

GKV - Verlust der Kontrolle über den Kontrollverlust

- Den Text habe ich, Henrik Jordan, Anfang 2003 geschrieben, habe damals noch an Reform- und Einsichtsfähigkeit deutscher Politiker und damit an meine eventuelle Rückkehr nach Deutschland geglaubt. Verlorene Liebesmüh. Einiges ist überholt, das Meiste immer noch aktuell.

GKV : VERLUST DER KONTROLLE ÜBER DEN KONTROLLVERLUST

**1. DIE ILLUSION EINER GESETZLICHEN
KRANKENVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND ODER
DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE IST
VERFASSUNGSWIDRIG**

**2. POTENZ UND IMPOTENZ DER
"SELBSTVERWALTUNG"**

3. "WETTBEWERB" ZWISCHEN KRANKENKASSEN

**4. ZULASSUNG, PREISBILDUNG UND GEBRAUCH VON
ARZNEIMITTELN UND MEDIZINISCHEN GERÄTEN**

**5. GESETZLICH DEFINIERTE ABHÄNGIGKEIT DES
UMSATZES DER BEHANDLER VON IHRER
INDUSTRIENÄHE**

**6. WARUM FALLPAUSCHALEN IN DEUTSCHLAND
TENDENZIELL DAS SYSTEM VERTEUERN UND
ZUSÄTZLICHEN PERSONALDRUCK AUSLÖSEN**

**7. SCHWEIGEPFLICHT UND WEITERGABE VON
PATIENTENDATEN AN KRANKENKASSEN,
EPIDEMIOLOGIE**

**8. DIE PILLE, DAS MOORSCHES GESETZ UND DIE
ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER BEITRAGSZAHLER**

9. MODELLE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

GKV – VERLUST DER KONTROLLE ÜBER DEN KONTROLLVERLUST

Frank Ulrich Montgomery, Vorsitzender des Marburger Bundes, der Gewerkschaft für angestellte Ärzte in Deutschland und bis vor kurzem noch Präsident der Ärztekammer Hamburg, warf der Bundesgesundheitsministerin am 5. Dezember 2002 in Berlin vor, sie habe die Kontrolle über das Gesundheitssystem verloren (Deutsches Ärzteblatt online, 06.12.02).

Da irrte er. Frau Schmidt hatte noch nie die Kontrolle besessen. Auch ihre Vorgängerin nicht, Frau Fischer, nicht Herr Seehofer, kein Gesundheitsminister jemals in der Bundesrepublik Deutschland. **Es hatte niemand die Kontrolle über das Gesundheitswesen, weil es gesetzlich so organisiert ist, dass niemand die Kontrolle haben kann.**

1. DIE ILLUSION EINER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG IN DEUTSCHLAND ODER DIE BEITRAGSBEMESSUNGSGRENZE IST VERFASSUNGSWIDRIG

Die gesetzliche Krankenversicherung ist keine Versicherung

Im Sozialgesetzbuch, Teil I, Paragraph 4, (1) werden die Bestandteile der Sozialversicherung in Deutschland zusammenfassend aufgeführt:

Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung. Diese Institutionen sind aber keine Versicherungen, daran ändert auch die wiederholt falsche Bezeichnung nichts. An Hand der "gesetzlichen Krankenversicherung" (GKV) soll dies im Einzelnen begründet werden. Schlussfolgernd wird aufgezeigt, welche Organisationsform im Bereich der sozialen Sicherungssysteme tatsächlich gewählt wurde.

Die "gesetzliche Krankenversicherung" ist aus mehreren Gründen keine Versicherung. Erstens werden in der GKV keine individuellen Krankheitsrisiken berechnet, was die Grundvoraussetzung für jede wirtschaftliche Handlungsweise einer Versicherung ist. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind gesetzlich verpflichtet, jeden Bewerber aufzunehmen, sie unterliegen einem "Kontrahierungszwang". **Risikoprüfung, normalerweise kaufmännische Voraussetzung für eine Versicherung, kommt im Vokabular der gesetzlichen Krankenkassen nicht vor.**

Zweitens werden von den "Versicherten" keine Versicherungsprämien erhoben, weil die Versicherungsprämien nur das individuelle Risiko absichern würden. Damit wäre dann aber noch lange nicht das Risiko der Kinder, nicht arbeitenden Ehepartner und anderer Empfänger von Leistungen gedeckt, die keine oder nicht ihrem Risiko entsprechende Beiträge zahlen, aber in den gesetzlichen Kassen mitversichert sind.

Private Krankenversicherungen sind tatsächlich Versicherungen. Jeder Antragsteller muss einen ausführlichen Fragebogen korrekt ausfüllen, er muss alle wesentlichen Krankheiten sowie die behandelnden Ärzte der letzten Jahre angeben und die Ärzte gegenüber der privaten Krankenversicherung von der Schweigepflicht befreien. Damit kann das individuelle Risiko jedes Versicherten geprüft und die Versicherungsprämie versicherungsmathematisch bestimmt werden. Die Prämie ist damit vom individuellen Risiko und dem Eintrittsalter abhängig, was eine ganz normale versicherungstechnische Verfahrensweise darstellt. Bei falschen Angaben im Antrag darf der Versicherer den Vertrag kündigen – das heisst hier gehen Versicherer und Kunde einen ganz normalen bürgerlichen Vertrag ein, was bei der gesetzlichen Krankenkasse nicht möglich ist.

Tatsächliche Organisationsform der "GKV"

Gesetzliche Krankenkassen sind keine Versicherungen, die Risikoprämien einfordern. Sie ziehen statt dessen auf gesetzlicher Grundlage einen vom Lohn oder Gehalt anteiligen

Betrag ein und verteilen diesen wieder an Anspruchsberechtigte. Die Krankenkassenbeiträge (niemand würde auf die Idee kommen, sie als "Versicherungsprämien" zu bezeichnen) werden von abhängig Beschäftigten oder "freiwilligen" Beitragszahlern direkt von einer "Einzugsstelle" in Absprache mit dem Arbeitgeber einbehalten. Diese Einzugsstelle verhält sich so als wäre sie eine Abteilung des Finanzamtes. Die Beiträge werden nicht nach dem Risiko sondern nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Beitragszahler berechnet. **Damit sind die Krankenkassenbeiträge in der "GKV" ihrem Charakter nach eine direkte Steuer, eine Einkommenssteuer, ganz egal welche Synonyme für sie erfunden werden.**

Der Staat geht mit diesem Geld prinzipiell genauso um wie mit Steuern, die er z. B. für Bildung ausgibt, indem auch die Bildung leistungsunfähiger Personen bezahlt wird (in diesem Beispiel wird der Steuercharakter besonders deutlich, weil Bildung fast ausschliesslich die Voraussetzung zur Leistungsfähigkeit ist), weil dies im Interesse des Staates ist. Deswegen sollten die Beiträge an die gesetzlichen Krankenkassen auch besser Krankheitssteuer genannt werden. Mit dieser Krankheitssteuer realisiert der Staat die Behandlung kranker Bürger, er nimmt ordnungspolitische Aufgaben wahr. Tatsächlich ist die "GKV" eine "GKF" – eine gesetzliche Krankenfürsorge, die über eine zweckgebundene Steuer finanziert wird.

Es lohnt sich ein Blick in die **gesetzlichen Vorschriften zur Einführung einer "Krankenversicherung" 1883 in Deutschland** (2) zu werfen, einem Instrument zur Sicherung des sozialen Friedens. Dazu war es Ende des 19. Jahrhunderts u.a. notwendig, eine Absicherung erkrankter Tagelöhner und Industriearbeiter, also gegen Lohn oder Gehalt Beschäftigter, zu installieren. Die gesetzlich festgelegten Beiträge zu den Krankenkassen orientierten sich auch damals schon am finanziellen Leistungsvermögen (waren also eine Steuer) und nicht am individuellen Risiko. Einen besonderen Raum nahm die finanzielle Unterstützung der Familien erkrankter Krankenkassenmitglieder ein. Über den Grund, warum bereits damals die Fürsorge fälschlicherweise als Versicherung bezeichnet wurde, lassen sich hier nur Vermutungen anstellen. **Wahrscheinlich sollte mit dem "Versicherungszwang" verschleiert werden, dass mit dem Gesetz eine Fürsorge geschaffen wurde, die über Steuern der am schlechtesten bezahlten Lohn- und Gehaltsempfänger finanziert wurde. Sicherlich war dies auch vor 120 Jahren schwer zu vermitteln.**

Bemerkenswert ist, dass bereits im Deutschen Kaiserreich bei bestimmten "Freizeitunfällen" die Krankenkassen ihre Leistungspflicht einschränken durften: "da Mitgliedern, welche sich die Krankheit vorsätzlich, oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln, durch Trunkfälligkeit oder geschlechtliche Ausschweifungen zugezogen haben, das statutenmäßige Krankengeld gar nicht, oder nur theilweise zu gewähren ist" ((2), Paragraph 26).

Diese Krankheitsfürsorgesteuer weist Besonderheiten als Überbleibsel der kaiserlichen Intentionen auf. Man kann von ihr befreit werden. Dies ist unter verschiedenen Umständen möglich, z. B. ist eine Befreiung als Staatsdiener (Beamte wie z. B. Lehrer, Professoren, Geistliche, Berufssoldaten, Verwaltungsbeamte in Finanzämtern oder bei Rentenversicherungsanstalten), Selbständiger oder Besserverdiener möglich. Weiterhin wird ab der sogenannten Beitragsbemessungsgrenze das darüberliegende Einkommen nicht mehr berücksichtigt, also tritt hier eine grosszügig gewährte Steuerbefreiung für Besserverdiener ein.

In dem im Auftrag der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung angefertigten und im Juli 2002

vorgelegten Gesetzentwurf (3) zur Revolution der Krankenversicherung werden drei "Konstruktionsfehler" des Kaiserlich-Bismarckschen Systems beschrieben, von denen zwei im Zusammenhang mit der steuerlichen Finanzierung des Systems zitiert werden sollen: "Erstens:

Obwohl das GKV-System 90 % der Bevölkerung erfaßt, grenzt es den reichsten Teil der Bevölkerung und die dynamischsten Segmente des Volkseinkommens aus, nämlich die Einkünfte aus Gewinn und Kapital sowie die der Spitzenverdiener über der Pflichtversicherungsgrenze.

Die GKV verzichtet auf Einnahmen, die sie als Volks-Versicherung leicht erzielen könnte.

Zweitens: Mit der Bindung der Beiträge an das 'pflichtige' Lohneinkommen plus 50%igem Arbeitgeberbeitrag macht die GKV ihre Finanzkraft faktisch von Konjunktur und Lage am Arbeitsmarkt abhängig. Sie ist solange gut 'bei Kasse', wie die Wirtschaft floriert und immer dann zu Leistungskürzungen gezwungen, wenn Arbeitslosigkeit und Lohnausfall drohen. **Die Lage am Arbeitsmarkt bestimmt somit das Volumen der Gesundheitsausgaben und nicht mehr der Zustand der Volksgesundheit."**

Heute bestimmt der Gesetzgeber (Volksvertreter im Bundestag), welche Fürsorgeleistungen von den Fürsorgeberechtigten in Anspruch genommen werden. Dafür hat er u.a. unterschiedliche Abstufungen für Fürsorgeberechtigte eingeführt: Chronisch Kranke oder Personen mit einem niedrigem Einkommen werden von Zuzahlungen befreit. Wenn jetzt in der Öffentlichkeit diskutiert wird, die Versorgung von Freizeitunfällen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankheitsfürsorge zu streichen, heisst dies auch noch nicht, dass die Fürsorger zu Versicherern werden. Es wird im Gegenteil der Charakter der Fürsorge durch die Eingrenzung der Leistungen hervorgehoben.

Konsequenzen

Die Folgen einer konsequenten Betrachtung der gegenwärtigen **Struktur des Gesundheitswesens in Deutschland als steuerfinanzierte Fürsorge** wären weitreichend. Hier können nur kurze Beispiele gegeben werden: Die "Beitragsbemessungsgrenze", oder besser "Krankheitsfürsorgesteuerbefreiungsgrenze", müsste im Rahmen der Steuergerechtigkeit verfassungsrechtlich aufgehoben werden. Oder wenn z.B. Krankheitsfürsorger gegenüber Pharmafirmen (oder anderen Leistungsanbietern) als Behörde betrachtet werden, die bundeseinheitlich wirkt, fallen sie nicht mehr unter das Kartellrecht. Diesbezüglich hatte der Bundesgerichtshof eine Anfrage an den europäischen Gerichtshof eingereicht, um klären zu lassen, ob die Festlegung von Höchstpreisen für Medikamente (Festpreisbindung) durch Krankenkassen gegen das europäische Kartell- und Wettbewerbsrecht verstosse (4).

Der EuGH hat in seiner Urteilsverkündung am 05.03.2003 in einem ähnlich gelagerten Fall zum spanischen Gesundheitssystem SNS festgestellt, dass dieses ohne Gewinnabsicht durch Sozialbeiträge und staatliche Gelder finanziert werde und deshalb wettbewerbsrechtlich nicht als Unternehmen anzusehen sei (5). Durch dieses Urteil erfährt auch die Auffassung deutscher gesetzlicher Krankenkassen als staatliche Fürsorgeeinrichtungen eine Unterstützung, da kein wesentlicher Unterschied in der Organisation der Finanzierung feststellbar ist.

Einen steuerfinanzierten Anteil der Krankheitsfürsorge bzw. -versorgung wird es in demokratischen Ländern wahrscheinlich immer geben, weil es immer einen Anteil an der

Bevölkerung geben wird, der von seinem individuellen Leistungsvermögen her nicht in der Lage sein wird, sich auch nur minimal medizinisch zu versichern. Daher wird es auch bei dem weiterhin steigenden Angebot durch den medizinisch-industriellen Komplex keine andere Möglichkeit für den fürsorgenden Staat geben, als den Fürsorgekatalog im Interesse der Beitragszahler sehr präzise zu definieren. Also muss er eine Aufteilung der Leistungen in Grund- und Wahlleistung realisieren um einerseits den staatlich-fürsorgerischen Bereich abzugrenzen und damit gleichzeitig den Weg frei zu machen für neue Formen der privaten Krankheitsversicherung.

Auch die anfangs angeführten Unfall-, Pflege- und Rentenversicherungen sind keine Versicherungen im eigentlichen Sinn. Der Begriff des "umlagefinanzierten" Rentensystems drückt ebenso eine illusionäre Verkennung aus wie der der "gesetzlichen Krankenversicherung" in Deutschland. Auch das Rentensystem ist letztlich über Steuern finanziert. **Die Organisationsform der kaiserlichen Fürsorge wird den heutigen Bedingungen nicht mehr gerecht, bei der einem ständig wachsenden Angebot an Leistungen durch den medizinisch-industriellen Komplex ein begrenztes Steueraufkommen gegenüber steht.** Diese überalterte Struktur hat zur Folge, dass der Beitragszahler der Steigerung seiner Beiträge machtlos gegenüber steht. **Es ist überfällig, dass der Gesetzgeber in dem Bereich der sozialen Sicherungssysteme endlich begriffliche und damit auch organisatorische Klarheit und Sicherheit schafft, um die Voraussetzungen für weitreichende Reformen im Interesse der Beitragszahler und Leistungserbringer zu gewährleisten.**

2. POTENZ UND IMPOTENZ DER "SELBSTVERWALTUNG"

Im Sozialgesetzbuch IV, Paragraph 29 ist die Rechtsstellung der "Träger" (Krankenkassen, tatsächlich tragen sie keine Versicherung sondern werden von den Fürsorgebeiträgen der Fürsorgeverpflichteten getragen) der Sozialversicherung definiert, wesentlich ist Absatz 2: "Die Selbstverwaltung wird ... durch die Versicherten und die Arbeitgeber ausgeübt." Diese "Selbstverwaltung" beschränkt sich aber in der Realität auf mehr oder weniger formale Akte, eine wesentliche steuernde Bedeutung besitzen sie nicht.

Gegenwärtig wird häufig die Auffassung geäußert, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ein sehr mächtiges Instrument sei, weil er für die Zulassung von Arzneimitteln und Heilverfahren zuständig sei. Das ist ein grosser Irrtum. In Paragraph 92 Abs 2 SGB V werden die Aufgaben des BAÄK definiert – sie beschränken sich auf die Erstellung von Richtlinien für die konkrete Verwendung bereits von Bundesbehörden zugelassener Arzneimittel und Geräte. Das Bundessozialgericht äusserte sich zu diesem Sachverhalt in einer Urteilsbegründung vom 30.09.99 umfassend. Hier seien nur kurz die wesentlichen Aussagen zusammengefasst:

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist vom Gesetzgeber nicht ermächtigt, die Behandlung bestimmter Krankheiten oder zugelassene Arzneimittel von der Aufnahme in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen auszuschliessen. Zum Ausschluss von Krankheiten aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen sei nur der Gesetzgeber berechtigt, also das Bundesministerium für Gesundheit (ausführlich und nüchtern wird dieser Gegenstand im Ärzteblatt Baden-Württemberg 10/2002 von Micha H. Werner beschrieben). Eine amüsante Fussnote: Das BSG hat dem Bundesausschuss seine begrenzte Potenz in einem Verfahren um ein Potenzmittel deutlich gemacht.

Die Zulassungsbehörde für Humanarzneimittel ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), für Sera, Impfstoffe, Testallergene, Testsera und Testantigene sowie für Blutzubereitungen das Paul-Ehrlich-Institut in Langen.

Im Jahr 2001 sind beim BfArM 2.411 Anträge auf Zulassung oder Registrierung eingegangen. Für den selben Zeitraum wurden 2.496 Arzneimittel zugelassen und 16 homöopathische Arzneimittel registriert. 642 Zulassungen bezogen sich hierbei auf Arzneimittel mit neuen Stoffen im Sinne des Paragraphen 49 Arzneimittelgesetz. Das heisst, dass nur etwa ein Viertel der neu zugelassenen Arzneimittel auch tatsächlich neue Wirkungen aufweisen. Ein Satz aus Paragraph 25 des Arzneimittelgesetzes verdient es in diesem Zusammenhang, besonders hervorgehoben zu werden:

“Die Zulassung darf nach Satz 1 Nr. 4 nicht deshalb versagt werden, weil therapeutische Ergebnisse nur in einer beschränkten Zahl von Fällen erzielt worden sind.” **In der Praxis bedeutet dies, dass der Gesetzgeber dem BfArM vorschreibt, praktisch jeden Stoff, bei dem auch nur eine sehr geringe Wirkung auf Krankheiten oder Symptome von Krankheiten nachgewiesen wurde, zuzulassen.** Die Folge war 2001 die Zulassung von über 1800 Präparaten, die lediglich “Nachahmer” waren und deren Produktions- und Vertriebskosten den Krankheitssteuerzahlern zusätzlich aufgebürdet wurden. Welchen Sinn macht es wenn der Wirkstoff Captopril von ca. 40, Carbamazepin von 20, Cefuroxim von 13, Cimetidin von 20 Herstellern angeboten wird? Und das war nur die Auswahl von “Ca...” bis “Ci...” aus der “Roten Liste”, dem Arzneimittelverzeichnis Deutschlands.

Das Bundessozialgericht hat in der oben erwähnten Urteilsbegründung auch die “erektile Dysfunktion” (Impotenz, wird in den meisten Fällen von Ärzten als Symptom gesehen) zur Krankheit erklärt und damit eine beinahe unbeschränkte Behandlungsnotwendigkeit definiert. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass der Fachjournalist Ray Moynihan Pharmakonzernen und konzernnahen Ärzten im British Medical Journal vom 04.01.03 vorwirft, das Krankheitsbild "weibliche sexuelle Dysfunktion" ohne hinreichende medizinische Studien konstruiert zu haben.

1997 wurde von verschiedenen Pharmafirmen unter reger Beteiligung von Pfizer in den USA eine Konferenz organisiert, um eine neue Krankheit zu definieren, an der angeblich über 40 Prozent der Frauen leiden würden. Von den 19 Autoren, die im Jahr 1998 einen Bericht über die vermeintliche Dysfunktion verfasst hätten, hätten 18 finanzielle Interessen am Verkauf eines neuen Sexualpräparates oder direkte Verbindungen zu Pharmakonzernen. Damit schaffe sich z. B. der Konzern Pfizer, der jedes Jahr über 1 Mrd. \$ an Viagra verdiene, ein neues Marktsegment, in dem er weitere Gewinne erhoffe. Dass Lustlosigkeit durch zahlreiche soziale Faktoren, Stress oder ernsthafte Krankheiten verursacht sein kann, spielt dabei keine Rolle.

Mit Hilfe der “weiblichen sexuellen Dysfunktion” sollen Ärzte dazu gebracht werden, Medikamente zu verschreiben, die nicht unbedingt notwendig seien. Zugleich werde damit gesunden Frauen suggeriert, dass sie krank seien. In einem weiteren Artikel im BMJ vom 4. Januar zitiert Moynihan einen Urologen, der zur Prävention von Impotenz die tägliche Einnahme von Viagra empfiehlt. Damit eröffnen sich für die Pharmafirmen ganz neue Möglichkeiten – und für den Beitragssatz der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland neue Steigerungsraten.

Ulla Schmidt wirft der “Selbstverwaltung” der Ärzte und Krankenkassen oft und gerne Versagen vor. Gute Gelegenheit dazu findet sie bei der regelmässigen Veröffentlichung der

Finanzdaten der GKV, letztmalig wieder Anfang Dezember 2002, als das Defizit von 3,176 Milliarden Euro für die ersten drei Quartale 2002 bekanntgegeben wurde. Sie verwies dabei besonders auf den Anstieg der Arzneimittelausgaben um 4,9 Prozent und den Anstieg der Verwaltungskosten der Krankenkassen um 4,6 Prozent. Mit ihrer Kritik greift die Ministerin offensichtlich zu kurz. Haben wir doch gerade gesehen, dass es eine Reihe von Institutionen gibt, die den Arzneimittelmarkt (die Bezeichnung "Markt" in diesem Zusammenhang ist ein schlechter Witz) direkt beeinflussen, ohne dass die "Selbstverwaltung" vom Gesetzgeber auch nur die leiseste Möglichkeit eines Widerstandes eingeräumt bekommen hat, bevor die Ärzte in den Praxen das Rezept oder in den Kliniken das Medikament zur Hand nehmen:

Das BfArM muss laut Gesetz fast alles als Arzneimittel zulassen, was ihm von Pharmafirmen mit einer halbwegs ordentlichen Dokumentation ins Haus getragen wird; nur der Gesetzgeber, nicht aber der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat das Recht, Leistungen wie z. B. Behandlungen bestimmter Symptome aus dem Katalog der GKV zu streichen; das Bundessozialgericht definiert Krankheiten; findige Pharmafirmen bezahlen kreative Ärzte, die aus Symptomen oder Symptomkomplexen neue Krankheiten erfinden, wofür bei den Pharmaherstellern die Pillen bereits im Regal liegen: die Industrie scheint die Preise für ihre Produkte weitgehend selbst zu bestimmen.

Die Selbstverwaltung bezieht sich tatsächlich nur auf die Verwaltung der Krankenkassen und Ärzte. Mit der Innovationskraft der Pharma- und Medizintechnikfirmen kamen zwei neue Kostenfaktoren in das Gesundheitssystem, die sich inzwischen gewaltig entwickelten. Die "Selbstverwaltung" hat widerstandslos bzw. stillschweigend auch die Verwaltung dieser Kostenfaktoren übernommen. Womit sie sich gewaltig übernommen hat.

3. "WETTBEWERB" ZWISCHEN KRANKENKASSEN

Von der gegenwärtigen Regierung wird, noch übertönt von der Konkurrenz CDU, dem Wettbewerb zwischen den Krankenkassen das Wort geredet. Es kann aber gar keinen Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf dem Leistungsgebiet geben, wenn die Kassen weder ein ausreichendes Risikoprofil ihrer Mitglieder erstellen können noch einen Einfluss auf die von ihnen angebotenen Leistungen haben. Der bisherige "Wettbewerb" zwischen den gesetzlichen Krankenkassen hat sich bisher über zwei wesentliche Stränge abgespielt.

Erstens über die Versichertenstruktur der Krankenkassen, wobei die Allgemeinen Ortskrankenkassen traditionell die höchsten Risiken bezahlen müssen und "Internetkrankenkassen", die ein relativ junges Klientel erreichen, also für geringere Risiken eintreten. Diese extremen Unterschiede zwischen den Morbiditätsrisiken würden bei Krankenversicherungen sofort zu einem exorbitanten Anstieg der Versicherungsprämien bei den AOK, einem Massenaustritt und damit zur Pleite führen. Da aber die **gesetzlichen Krankenkassen tatsächlich politische Ordnungsinstrumente des Staates zur Erhaltung des sozialen Friedens** sind, kann der Staat per Gesetz mal fix einen sogenannten **"Risikostrukturausgleich" (RSA)** installieren und damit einen Ausgleich zwischen Kassen organisieren. Was dazu führt, dass z. B. manche Betriebskrankenkassen bis zu 60 Prozent ihrer Einnahmen in den "Ausgleich" schießen müssen.

Der zweite wesentliche Wettbewerbsstrang besteht in den "Kopfprämien", die von den Krankenkassen quartalsweise an die Kassenärztlichen Vereinigungen gezahlt werden. "Alte" Krankenkassen zahlen 500 €, viele Betriebskrankenkassen nur 200 €. Dabei werden diese Quartalsprämien mal für eine Person, mal für eine vielköpfige Familie bezahlt, weil

Familienmitglieder in den gesetzlichen Krankenkassen ohne Aufschlag "mitversichert" sind. Die Abwanderung der Beitragszahler in die Betriebskrankenkassen führt letztlich nur dazu, dass den Kassenärztlichen Vereinigungen weniger an "Budget" zur Verfügung steht. Mit Wettbewerb hat das nichts zu tun. Damit aber beim dem lustigen Spiel des RSA noch genügend Krankenkassen mitmachen, hat der Gesetzgeber die Spielbedingungen extrem vereinfacht: Man braucht nur 1000 Mitspieler zu finden, die sich als Mitglieder einer Krankenkassenmannschaft einschreiben, fertig ist die neue Krankenkasse mit Vorstand, regionalem Geschäftsführer (Geschäftsführergehälter lohnen sich viel mehr als z. B. ein einfaches Abteilungsleitergehalt) etc. Deswegen gibt es auch knapp 400 Krankenkassen.

Leider reicht der RSA nicht aus, um nach dem von den Politikern gewollten "Wettbewerb" alle Unterschiede wieder zu nivellieren. Das führt dann zu unterschiedlichen Beitragssätzen der einzelnen Krankenkassen. Um diese schreiende Ungerechtigkeit erträglich zu machen, hat der Gesetzgeber ein neues Spiel erfunden: Bäumchen wechsele dich. Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen brauchen ihrer Kasse nur schriftlich mitzuteilen, dass sie kündigen. Das dürfen sie seit Anfang 2002 vier Mal im Jahr. Die Folge dieses Spiels ist ein Anstieg der Verwaltungsausgaben der gesetzlichen Krankenkassen, die ja für mehr Kündigungen und Neuaufnahmen einen höheren Aufwand betreiben müssen. Bei gleichbleibenden Mitgliederzahlen (etwa 50 Mio.) die Anzahl der Angestellten bei den Krankenkassen seit 1985 von ca. 90 000 auf über 140 000 angestiegen.

Aha, der Gesetzgeber ist also selbst dafür verantwortlich, dass die Verwaltungskosten steigen, schlussfolgert aber in Person der Bundesministerin für Gesundheit, dass die Selbstverwaltung versagt habe. Freunde macht man sich so nicht. Auch wird durch den ständigen und nicht vorhersehbaren Wechsel von Kassenmitgliedern die vom Sachverständigenrat geforderte Intensivierung der im Paragraph 20 des SGB V von den Krankenkassen vorgeschriebene Prävention und Selbsthilfe ad absurdum geführt. Prävention wirkt nur langfristig auf die Gesundheit der Mitglieder und damit auf die Beiträge. Bei ständig wechselnden Mitgliedern lohnt sich damit Prävention nicht für einzelne Krankenkassen. Versucht doch einmal eine Krankenkasse Wettbewerb, wird ihr dies von den Gerichten verboten. So geschehen mit der Betriebskrankenkasse Berlin, die einen eigenen Pflegedienst gründen wollte. Begründung: Die Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten habe keine gesetzliche Grundlage, dies würde aber mit der zwingenden Inanspruchnahme des kasseneigenen Pflegedienstes eintreten (Sozialgericht Berlin, Aktenzeichen:-). Das Rentenrecht ist dagegen anders organisiert. Dort ist festgelegt, dass der Rentenversicherer die Klinik für eine Rehabilitation auswählt. Warum gibt es hier diese Unterschiede?

4. ZULASSUNG, PREISBILDUNG UND GEBRAUCH VON ARZNEIMITTELN UND MEDIZINISCHEN GERÄTEN

Über einen uneingeschränkten "Wettbewerb" zwischen den Krankenkassen freut sich die Pharmaindustrie. Dazu die in einem Interview mit der Berliner Zeitung vom 19.12.02 geäußerte Meinung des Vorstandsvorsitzenden von Schering, Hubertus Erlen: "Alle Regulierungen sollten so weit wie möglich zurückgenommen werden. Lassen Sie den Markt agieren. Der Staat hat sich herauszuhalten. Dann werden auch die Preise sinken."

Schauen wir dazu kurz in die USA, wo die Ideen von Herrn Erlen zum Selbstverständnis des Staates gehören. Einer seiner Kollegen, Rolf Krebs, der Chef von Boehringer Ingelheim hat dazu eine sehr konkrete Aussage getätigt (FTD,-): "Im Eldorado des Krankenkassenwettbewerbs, wo es so gut wie keine staatliche Regulierung gibt, liegen die

Medikamentenpreise im Mittel 105 Prozent über dem europäischen Durchschnitt". Dementsprechend betragen die Pro-Kopfausgaben für Gesundheitsleitungen im Jahr 2000 in den USA 4631\$, der Schweiz 3222\$ und in Deutschland 2748\$ (OECD-Angaben). Ein Schelm, wer Arges bei den Wettbewerbswünschen der Pharmaindustrie denkt.

Angenommen, der Patient Horst Mustermann sitzt nun endlich im Sprechzimmer seines Vertragsarztes und der Arzt erklärt ihm, dass er ein Medikament braucht. Nehmen wir ein Beispiel aus der Psychiatrie, das ist gegenwärtig besonders griffig. Patient Horst Mustermann hat eine schwere Depression, braucht also nach dem gegenwärtigen Stand der Wissenschaft ein Antidepressivum. Da gibt es ältere Medikamente, die pro Monat ca. 20 € kosten, mit neueren Präparaten werden es locker 50 €. Bei Frau Hertha Musterfrau mit einer Schizophrenie werden die Unterschiede noch grösser: 20 € mit alten, 200 – 400 € im Monat mit neuen Präparaten. Nun ist die Frage erlaubt, warum denn der Arzt jetzt die teuren neuen und teuren Medikamente verschreiben muss.

Dafür gibt es zwei wesentliche Gründe. Erstens muss er den Patienten darüber aufklären, dass die neuen Medikamente wesentlich weniger Nebenwirkungen haben als die alten. Klärt er nicht darüber auf, macht er sich wegen Körperverletzung strafbar. Dann will der Patient natürlich die nebenwirkungsarmen, teuren Medikamente haben. Sagt der Arzt ihm aber, dass er die teure Medizin nicht verschreiben darf, weil er seine Richtgrößen schon überschritten habe, geht der Patient zu seiner Krankenkasse und verlangt die Verschreibung der neuen Medikamente. Dann wundert sich die Krankenkasse und meint, dass der Arzt die Medizin verschreiben müsse.

Richtgrößen werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen als ein "Verordnungsdurchschnitt" einer bestimmten Fachgruppe geführt. Wer als ambulanter Facharzt zuviel verschreibt, muss damit rechnen, einen "Regressbescheid" zu bekommen. **Durch diesen "Durchschnittswert" hat sich der Einsatz nebenwirkungsarmer Medikamente in der ambulanten Psychiatrie in Deutschland im Gegensatz zum restlichen Europa deutlich verzögert.** Es gibt Psychiater, die sich für ein Überbeschreiten des Fachgruppendurchschnittes um 40 000 € rechtfertigen müssen. Eventuell eingesparte Krankenhausbehandlungstage durch bessere aber teure Medikamente werden von der Ministerin nicht gegengerechnet.

Ein stationärer Behandlungstag kostet je nach Einrichtung zwischen 200 und 400€. Eine epidemiologische Studie, die darüber ausreichende Aussagen macht, gibt es in Deutschland nicht.

Der zweite Grund für die Zunahme der Verschreibung teurerer Medikamente besteht darin, dass die Pharmahersteller z. T. ihre teure Medizin kostenlos an die Krankenhausapotheken abgeben. Das erspart den Krankenhäusern gewaltige Kosten, müssen sie doch die stationär verordnete Medizin aus den Tagessätzen für die Patienten bezahlen. Ist erst einmal ein Patient auf ein Medikament stationär gut eingestellt, wird es sich kaum ein ambulant tätiger Arzt wagen, eine Umstellung auf ein billigeres Medikament mit der Gefahr eines Rückfalles zu riskieren.

Die bisherige Preisgestaltung ist absurd. Pharmafirmen und Hersteller medizinischer Geräte können für patentgeschützte bzw. neue Medikamente oder Verfahren Mondpreise verlangen, ohne dass die Krankenkassen eine Möglichkeit zur Verhandlung haben. Hier ein besonders drastisches Beispiel: In der Neugeborenenheilkunde wird seit einiger Zeit im Rahmen von Heilversuchen NO-Gas verwendet. Die Kosten betragen bisher dafür 70 € pro Tag, wobei die notwendigen Materialien und Geräte von den anwendenden Häusern selbst organisiert

wurden. Nachdem eine Firma sich mit verschiedenen Geräten und der Registrierung und Zulassung von NO-Gas als Arzneimittel das Monopol dafür gesichert hatte, stieg der Preis auf das 50-fache, auf 3500 € pro Tag (Quelle: Stellungnahme der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin, GNPI, 2002).

Im Arzneimittelgesetz gibt es einen Paragraphen 78, Titel "Preise". Dort ist festgelegt, wer ermächtigt ist, Preise für Arzneimittel festzulegen. Es ist das Bundesministerium für Wirtschaft. Warum werden dann die Krankenkassen mit der Festlegung von Festpreisen beauftragt, wenn Ulla Schmidt einfach nur bei ihrem Kabinettskollegen, dem Bundesminister für Wirtschaft anzuklopfen braucht und ihm klarmacht, dass er mal wieder ein wenig auf die Preise drücken muss?

5. GESETZLICH DEFINIERTE ABHÄNGIGKEIT DES UMSATZES DER BEHANDLER VON IHRER INDUSTRIENÄHE

Ärzte arbeiten im ambulanten wie im stationären Bereich unter Bedingungen, die den Verdacht einer Interessenkollision geradezu aufdrängen. 1987 hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung den sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt, um damit dem Auftrag des Gesetzgebers nach Kostendämpfung und Stärkung des Hausarztes zu entsprechen. Was der EBM damit zu tun hat, ist nicht klar, kostendämpfend haben in erster Linie die 1996 eingeführten Budgets gewirkt, die aber durch die von den Krankenkassen gezahlten Geldbeträge festgelegt wurden (Kommentar von Kassenärzten zum EBM 1996 im Deutschen Ärzteblatt: "Fehlverteilung", "Schlechte Lösung", "Total verblödet").

Die Wirkung des EBM hier kurz zusammengefasst:

Arzt A macht mehr Umsatz, deswegen bekommt Arzt B weniger Geld ausgezahlt. Völlig unabhängig von der Qualität der Leistung. Nicht klar?

Hier ein extrem simples Beispiel: Zwei ambulant arbeitende Fachärzte verfügen laut Budget über z. B. 200 € im Quartal, mehr dürfen sie nicht ausgeben. Beide machen jetzt für diese 200 € jeder 100 Untersuchungen für 1 €, bekommt jeder also 100 € pro Quartal.

Sagt Arzt A, oh, da gibt es ja ein tolles Gerät, wenn ich mir das kaufe, kann ich eine Untersuchung für 2 € abrechnen, bleibt mir nach Abzug der Gerätekosten immer noch 1 €, wenn das Gerät schnell abbezahlt ist bleibt sicher 1,50€. Gedacht, gemacht. Jetzt macht er 50 Untersuchungen ohne und 50 Untersuchungen mit Gerät, rechnet also bei der Kassenärztlichen Vereinigung $1 \times 50 + 2 \times 50 = 150$ € ab. Kollege B hat weiterhin seine 100 € pro Quartal abgerechnet, also werden jetzt bei der KV von beiden zusammen 250 € verlangt. Uuhps, das sind 50 Euro zuviel, was passiert damit? Das ist jetzt der Trick.

Es werden beide Ärzte dem "Durchschnitt" entsprechend gekürzt, d.h. beide haben die selbe Anzahl an Untersuchungen durchgeführt, also 50 € Minus geteilt durch zwei ist gleich 25 € Minus für Jeden. Arzt A bekommt also $150 - 25 = 125$ €, Arzt B $100 - 25 = 75$ €. Begriffen? Arzt B weiss gar nicht wie ihm geschieht, er hat genauso wie sonst immer gearbeitet, die Krankenkassen vielleicht an die KV genauso viel Geld überwiesen, trotzdem bekommt er 25 Prozent weniger. Arzt A hat für seine Geräteuntersuchungen 100 € erwartet, bekommt aber nur 75 €, wovon er 50 € an Gerätekosten bezahlen muss, bleiben als Gewinn nur 25 statt der erwarteten 50 €. So ein Mist, denkt sich Arzt B, muss ich mir ein Gerät für Untersuchungen kaufen, erhöht meinen Umsatz und dann auch wieder meinen Gewinn. Gedacht, gemacht.

Die Rechnung können Sie selber machen, wenn beide das selbe Gerät und die selbe Anzahl von Untersuchungen machen, bekommt jeder wieder 100 € ausgezahlt. Schön, ist Gerechtigkeit, Einheitlichkeit wieder hergestellt. Stimmt, aber jeder muss für seine 50 Geräteuntersuchungen 50 € an Unterhalt zahlen womit ihm kein "Gerätegewinn" mehr verbleibt und er jetzt von den 50 € der einfachen Untersuchung leben muss. Also Wohlstand auf niedrigem Niveau.

Das Spiel kann noch unendlich so weitergetrieben werden, bis alle Vertragsärzte hochgerüstet Pleite gehen, weil neben den Gerätekosten kaum noch etwas zum Leben übrigbleibt. Der Gewinner ist hier eindeutig die Industrie, weil die Ärzte ihre Geräte bei der Industrie mit echtem Geld bezahlen müssen. Weder die Industrie noch die Angestellten der Krankenkassen, der Krankenhäuser noch die Beamten werden nach diesem sogenannten "gleitenden Punktwert" bezahlt.

Gleitender Punktwert bedeutet: pro medizinischer Leistung gibt es x Punkte, die je nach Summe aller Punkte unterschiedlich viel wert sind. Der Wert eines Punktes ist auch davon abhängig, bei welcher Kasse der Patient versichert ist, "Punkte" von Betriebskrankenkassen sind weniger wert als z. B. von der AOK, weil die BKK eine deutlich geringere "Kopfpauschale" pro Quartal zahlen. Der einzelne Arzt hat darauf keinen Einfluss.

Man muss das Spiel nicht mit Geräten ausüben, es geht auch mit einer Ausweitung der Anzahl der Untersuchungen, was von den Vertragsärzten auch als "Hamsterrad" bezeichnet wird. Die KBV hat sich für dieses ausserordentliche Wirtschaftsmodell sogar eine eigene Währung ausgedacht. Der EBM ist damit eigentlich ein verkapptes Konjunkturprogramm für die Medizingeräteindustrie. Im ersten Halbjahr konnten sich die im Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) vertretenen Hersteller über ein Umsatzplus von 5,5 Prozent, also deutlich über der allgemeinen Wachstumsrate liegend, erfreuen. Wegen dieses Effektes vergibt die KV auch keine Zulassung mehr an Ärzte, die älter als 55 Jahre sind.

Die Angst ist zu gross, dass durch die Anfangsinvestitionen bei Eröffnung einer Praxis der Druck auf die Ärzte so gross ist, dass sie um ihre Schulden in den 13 verbleibenden Praxisjahren bezahlen zu können, extrem viel arbeiten und damit abrechnen. Auch hier hat sich die "Selbstverwaltung" in Form der Kassenärztlichen Vereinigung übernommen.

Hätte sie es abgelehnt, weiterhin das Investitionsrisiko für Medizingeräte bei den Ärzten zu belassen (und damit die Medizinerhersteller mit "zu verwalten") und statt dessen eine ausreichende zeitabhängige Honorierung sowie Übernahme der Geräte- und Praxisinvestition von den Krankenkassen gefordert, stünden die Ärzte jetzt sicher besser da.

Allerdings gab es 1987 die Budgets noch nicht und man schien mit den Geräten so viel verdienen zu können. Die Geschichte erinnert an den Zauberlehrling von Schiller. Übrigens hat der EBM noch Stilblüten besonderer Art in der Justiz hervorgebracht. Es wurde mehrere Male auf angemessene Bezahlung von Ärzten geklagt, natürlich im Nachhinein. Durch den EBM sind Ärzte nicht mehr in der Lage, auf einem Markt um ihr Honorar zu verhandeln, Qualität spielt in der Bezahlung keine Rolle. Sie erhalten ein halbes Jahr nach ihrer geleisteten Arbeit ihr "Entgelt", dessen Höhe zum grossen Teil davon abhängt, wieviel ihre Kollegen wieder eingekauft bzw. gearbeitet haben. Die Berechnung des Entgeltes nach EBM erfordert zeitlich und materiell einen Wahnsinnsaufwand (im wahrsten Sinne des Wortes), die Kassenärztlichen Vereinigungen haben in einen Riesenrechnerpark investiert. Mehr Informationen dazu können unter

"http://www.aerztelatein.de/Inhalt/masse_machts_d_kassenpatien.htm" abgerufen werden.

Im stationären Bereich wird die Industrienähe der Ärzte anders organisiert. Nach Helmut Meinhold (SZ,) vom Stuttgarter Wissenschaftsministerium gibt es in Baden-Württemberg eine Gruppe von ca. 10 Professoren an den Universitäten, die sich mit der Behandlung von Privatpatienten in den Fächern Chirurgie, Radiologie und Anästhesie pro Jahr neben ihrem Chefarztgehalt über 5 000 000 € mit Privatliquidation dazuverdienen.

Das Einräumen der Privatliquidation gehört seit dem 19. Jh. zu den Rechten deutscher Chefärzte. Auffallend ist aber, dass in erster Linie diejenigen Chefärzte so viel Extra verdienen, die in einem Fach mit hohem Technikanteil tätig sind. Chefärzte in der Kinderheilkunde würden nur ca. 50 000 € Zusatzeinkommen erreichen. Dadurch werden Chefärzte finanziell motiviert, eine möglichst technikorientierte Medizin zu betreiben und einen erschöpfend ausgestatteten Maschinenpark im Haus zu haben. Für die Abrechnung der medizinischen Leistungen ist im privatärztlichen Bereich stationär und ambulant die gesetzlich definierte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) relevant. Es wäre spannend zu erfahren, welchen Einfluss diese Motivationslage auf die Ausstattung und Nutzung von medizinischen Geräten im Bereich der "GKV" hat.

6. WARUM FALLPAUSCHALEN IN DEUTSCHLAND TENDENZIELL DAS SYSTEM VERTEUERN UND ZUSÄTZLICHEN PERSONALDRUCK AUSLÖSEN

In der Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom 21.08.2002 (Drucksache) wird auf das vom Rat kritisierte "Nebeneinander öffentlich regulierter Kapazitätsplanungen und völliger unternehmerischer Freiheit bei medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen" eingegangen. Das Bundesministerium stellt dazu fest, dass "sorgfältig zu prüfen sein (wird), welcher Grad an Kapazitätssteuerung angemessen, möglich und umsetzbar ist,...". Voller Stolz wird berichtet, "dass Deutschland im Gegensatz zu Ländern wie Grossbritannien, Schweden und Frankreich, zumindest in diesem Bereich keine aktuellen oder mittelfristig zu erwarteten Kapazitätsprobleme hat". Dass bereits zur Drucklegung Kapazitätsprobleme im ambulanten Bereich in verschiedenen ostdeutschen Gebieten bestanden, wird bagatellisiert.

Diese Stellungnahme macht in wesentlichen Punkten einen halbherzigen Eindruck als Reaktion auf die differenzierten Äusserungen des Sachverständigenrates. Im Kapitel "Lösungsansätze – Prävention" werden sicherlich einige richtungweisende Ansätze genannt. Eine wesentliche Massnahme allerdings, finanzielle Anreize für die Gruppe der unternehmerisch tätigen niedergelassenen Ärzte als Multiplikatoren der Prävention, fehlt völlig. Statt dessen plant Ulla Schmidt die Durchsetzung industriefreundlicher Fallpauschalen auch im ambulanten Bereich. Sind doch gerade die Kosten für Behandlungen mit Geräten hoch und in den Pauschalen mit enthalten, wodurch sich für die Behandler ein grosszügiger Gebrauch dieser geräteintensiven Abrechnungsziffern über lange Zeiträume lohnen wird.

Personalintensive Behandlungen, in denen nur eine geringe potentielle Gewinnspanne enthalten ist, aber nicht. Und Prävention ist in erster Linie personalintensiv, präventiv arbeitende Häuser oder Ärzte erleiden damit finanzielle Nachteile.

Innerhalb eines reichlichen Jahres hat sich die Anzahl der frei gewordenen Arztpraxen im Land Brandenburg von 120 auf über 150 erhöht. Ulla Schmidt betrachtet zwar gerne die Hausärzte als ihre Verbündeten, merkt aber nicht dass deren Zahl immer geringer wird. Nicht

zuletzt deswegen, weil die Weiterbildungsbedingungen für Allgemeinmediziner ausserordentlich schwierig sind. Müssen sie doch, um die Ansprüche aus den Weiterbildungskatalogen zu erfüllen, sich über fünf Jahre immer wieder neu bewerben und damit den Arbeitsort wechseln, da es keine festgelegten Weiterbildungsprogramme oder "Rotationen" gibt. Vorgeschriebene Weiterbildungskurse werden selbst bezahlt und zum grossen Teil im Urlaub absolviert, Freistellungen werden kaum gewährt.

Die Arbeit in der Praxis gestaltet sich in der leider oft entsolidarisierten Ärzteschaft auch zu einer besonderen Belastung, eine Kollegin berichtete in der Zeitung des Marburger Bundes (mbz nr. 17, 6.12.02), dass sie als vollwertige Praxisvertretung eingesetzt war, aber neben der Unterstützung durch Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung vom Praxisinhaber ausser den Sozialabgaben in Höhe von 414 € kein Honorar bekam. Zwei Mal habe sie erfahren müssen, dass der Praxisinhaber die von ihm gezahlten Sozialabgaben von ihr zurückforderte.

Ulla Schmidt selbst erschwert mit ihrer Idee der Rezertifizierung von Fachärzten die Wiederbesetzung von Arztpraxen, weil die Rezertifizierungsnormen noch völlig unklar sind und natürlich ein Risiko für den Unternehmer Arzt darstellen, der in seine Praxis investiert hat. Diese Idee lässt sich sicher einfacher mit den von Ulla Schmidt favorisierten Polikliniken durchsetzen, wenn gleichzeitig durch den gesetzlichen Krankheitsfürsorger die Investitionen für Räume und Geräte übernommen werden. Das bedeutet im deutschen System eine Kulturrevolution, die sich letztendlich vor allem wegen des Innovations- und Preisdruckes der Industrie nicht mehr lange vermeiden lassen wird.

Womit Ulla Schmidt sicher auch noch nicht gerechnet hatte, ist die für den 18.02.03 anberaumte Verhandlung vor dem Bundesarbeitsgericht, bei der es darum geht, ob ärztlicher Bereitschaftsdienst in Deutschland als vollwertige Arbeitszeit gerechnet wird. Der Europäische Gerichtshof hat in einem ähnlich gelagerten Fall in Spanien entschieden, dass Bereitschaftsdienst für Ärzte als Arbeitszeit gewertet werden muss. Der Marburger Bund hat in einer konservativen Schätzung einen Mehrbedarf von 15 000 Arztstellen berechnet, um dieses Urteil in Deutschland umzusetzen – und es wird allgemein erwartet, dass das BAG dem europäischen Recht folgen wird, nachdem dies bereits die Arbeitsgerichte Gotha und Lübeck getan haben. Die kriminelle Energie der Betreiber des beklagten Krankenhauses wird unter anderem daran deutlich, dass sie ihre gegenteilige Haltung vor dem Arbeitsgericht Kiel mit der dreisten Behauptung begründet hatten, deutsche Ärzte würden im Bereitschaftsdienst durchschnittlich maximal 49 Prozent arbeiten. Wenn mehr als 49 Prozent gearbeitet wird, müssen die Kliniken Schichtdienste einführen. Das haben sie bisher aber nur in ausgewählten Bereichen getan, weil Bereitschaftsdienste für Kliniken wesentlich billiger als Schichtdienste sind (Urteil vom 8.11.2001 - Aktenzeichen 1 Ca).

Weiterhin sind in dieser Schätzung des Marburger Bundes noch nicht die bisher von den Ärzten unbezahlt geleisteten Überstunden enthalten. Eine Befragung Berliner Krankenhausärzte ergab, dass von den befragten 451 Chefärzten 60 Prozent der Meinung waren, dass Überstunden ordnungsgemäss dokumentiert würden, dagegen nur 27 Prozent der befragten Assistenten. Dabei wird von den ärztlichen Vorgesetzten die Abhängigkeit der Assistenten von ihnen ausgenutzt, da zur Erlangung des Facharztstitels das Abarbeiten von Weiterbildungskatalogen Voraussetzung ist. Es gab Fälle, in denen Assistenten, die eine Bezahlung ihrer Überstunden durchzusetzen versuchten, über Monate nicht mehr in den Operationsplan eingetragen wurden und ihnen von der Verwaltung eine einvernehmliche Kündigung angeboten wurde (mbz 15, 25.10.02). Sicher gibt es auch Häuser mit einer gut strukturierten Weiterbildung und einem angemessenen Klima, aber offensichtlich sind es zu

wenige, sonst würden nicht bereits mehrere Tausend deutsche Ärzte im Ausland arbeiten.

Im Zusammenhang mit den bisher deutlich zu niedrig bezahlten Bereitschaftsdiensten und den unbezahlt geleisteten Überstunden ergibt sich noch ein Problem, auf das in seltener Einmütigkeit der Marburger Bund, die Bundesärztekammer und der Verband der leitenden Krankenhausärzte auf einer gemeinsamen Pressekonferenz bereits am 01.02.01 hingewiesen haben: "Wird die von Krankenhausärzten zur Aufrechterhaltung der Versorgung in erheblichem Umfang bereits jetzt schon geleistete unentgeltliche Mehrarbeit bei der Kalkulation der leistungsorientierten Pauschalentgelte für die stationäre Behandlung weiter ignoriert, zementiert dies die Problematik der unbezahlten Überstunden.

Die künftigen Erlöse aus DRG-Pauschalen werden bei weitem nicht ausreichen, um den notwendigen Personalbedarf zu finanzieren." Spannend genug, dass dies praktisch eine öffentliche Selbstanzeige leitender Krankenhausärzte ist, **geben sie doch zu, dass in ihrem Verantwortungsbereich Schwarzarbeit geleistet wird, was nach dem Schwarzarbeitsgesetz eine Ordnungswidrigkeit darstellt. Ausserdem ist dies ein Straftatbestand nach Paragraph 266a Strafgesetzbuch, Vorenthalten und Veruntreuen von Arbeitsentgelt sowie ein Verstoss gegen das Arbeitszeitgesetz Paragraph 16, Arbeitszeitznachweis, vor.** Laut Arbeitszeitgesetz Paragraph 17, Aufsichtsbehörde, Absatz 3 ist für die Durchsetzung des Arbeitszeitgesetzes im öffentlichen Dienst das jeweilige Bundesministerium zuständig. Aber diese Praxis wird toleriert, bietet sie doch die Möglichkeit, Geld zu sparen und den europäischen Nachbarn verkünden zu können: "Schaut her, wir sind besser, wir haben keine Wartelisten. Wir operieren eure Patienten." Kurzfristig mag dies stimmen, langfristig wird sich aber auch in deutschen Krankenhäusern eine normale Arbeitszeit durchsetzen, vielleicht letztendlich durch **eine seit Jahren zunehmende Flucht deutscher Ärzte ins Ausland.** Und dann ist bei der auch von den Chefärzten zugegebenen jetzt schon vorhandenen Überlastung der Einzugs von Wartelisten mit Sicherheit zu erwarten.

7. SCHWEIGEPFLICHT UND WEITERGABE VON PATIENTENDATEN AN KRANKENKASSEN, EPIDEMIOLOGIE

Im Zusammenhang mit der Einführung spezieller Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten (DMP, Disease Management Programm, frei übersetzt Krankheitsverwaltungsanleitung) haben sich die Vertreter der deutschen Ärzte vehement gegen eine ausführliche Erfassung der Daten Fürsorgeberechtigter (GKV-Mitglieder) mit dem Hinweis auf ihre Schweigepflicht bzw. den Hippokratischen Eid gewehrt. Dabei haben sie wesentliche Veränderungen im Vertragsverhältnis zu ihren Patienten übersehen. Zu Zeiten Hippokrates hatten sie mit ihren Patienten einen Vertrag, der Behandlung und Bezahlung einschloss. Jetzt schliesst der Arzt mit seinem Patienten nur noch den Vertrag über die Behandlung ab, die finanzielle Seite muss der Patient entweder mit seinem Fürsorger, dem Staat, oder mit seinem privaten Versicherer regeln. **Dafür legen der Staat in seinen Fürsorgegesetzen (SGB) oder der private Versicherer in seinen Verträgen spezielle Regeln für den Umgang mit Daten fest.** Das bedeutet, dass die Ärzte sich hier äusserst weitreichend in die Belange Dritter eingemischt haben und dem staatlichen Fürsorger verwehren, was in den Verträgen privater Versicherer selbstverständlich ist.

Hier ein Auszug aus den Versicherungsbedingungen eines privaten Versicherers: "Paragraph 9 Obliegenheiten. 2. Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherten und ihres Umfangs erforderlich ist. 3. Auf Verlangen des Versicherers ist

die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.“ Bei Verletzung dieser Pflichten ist der Versicherer von seiner Zahlungspflicht befreit. Ärzte kennen diese Versicherungsbedingungen, sind sie als Selbständige doch oft selbst privat versichert, um so weniger ist ihr Widerstand nachvollziehbar, wenn es um Mitglieder der gesetzlichen Fürsorge geht.

Mit ihrer Verweigerungshaltung behindern die Ärzte auch eine ausreichend aussagefähige Epidemiologie, die in dem teuren und hochkompliziertem System mit vielen Anbietern eine Präferenzen zur Organisation der Ausgaben liefern könnte. Aber darin sind sie sich mit dem Gesetzgeber einig, also den Volksvertretern im Bundestag, dessen statistische Auswertung der Ausgaben der GKF erschreckend und peinlich ist. Die Ausgaben werden in den Kategorien Ärztliche Behandlung, Zahnärztliche Behandlung, Zahnersatz, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhaus und Sonstiges aufgeführt. Es gibt keine Aussagen über die Kosten für eine bestimmte Krankheit, z. B. wieviel für Medikamente ausgegeben werden muss, wie hoch die Kosten für Personal oder medizinische Geräte sind.

Dies ist auch deswegen nicht möglich, weil z. B. die Gebührenordnung für Ärzte, die Gesetzescharakter hat, einzelne Leistungen im Paket abrechnet. Also macht sich die Kopplung des ärztlichen Honorars an den “Verbrauch” medizinischer Geräte auch hier wieder negativ bemerkbar, weil keine Aussage über den Anteil von Kosten für Verbrauchsmittel bzw. Personal möglich ist. Das deutsche Gesundheitswesen hat einen jährlichen Umsatz von etwa 200 Mrd. Euro, vergleichbar mit dem Ölkonzern Exxon. Unvorstellbar, dass der Buchhalter von Exxon keine Unterscheidung dieser Posten in seinen Büchern macht.

Durch das im deutschen Gesundheitswesen seit Jahrzehnten geheiligte buchhalterische Chaos ist es auch nicht möglich festzustellen, ob vielleicht an einer Stelle mit wenig Einsatz viel erreichen wird oder an einer anderen Stelle viel Geld mit minimalem Erfolg eingesetzt wird. Dieses **Organisationsprinzip des “Nicht wissen Was und Wofür”** kommt der Industrie entgegen, kann sie doch darauf aufbauend die sogenannte “angebotsorientierte Steuerung” durchsetzen. Anders formuliert bedeutet das nichts anderes, als das die Industrie etwas anbietet und das Gesundheitswesen den Angeboten hinterherrennt. Die Einführung der DRG’s ist sicherlich ein erster Schritt zur Erfassung der Kosten spezifischer Behandlungen im Krankenhaus, aber auch hier fehlt die differenzierte Erfassung des Personalkostenanteiles.

8. DIE PILLE, DAS MOORSCHES GESETZ UND DIE ENTWICKLUNG DER ANZAHL DER BEITRAGSZÄHLER

Die Auswirkung der hormonellen Empfängnisverhütung, also der Pille, seit den 70er Jahren sind offensichtlich und für jedermann nachvollziehbar. Die Geburtenhäufigkeit in Deutschland ist drastisch gesunken. Sie betrug in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050, Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Juli 2000) 1963 ca. 2500, im Jahre 1998 nur noch etwa 1400 Kinder auf 1000 Frauen. Zur Reproduktion der Bevölkerung, dass heisst für eine konstante Zahl der deutschen Bevölkerung, ist eine Geburtenrate von etwa 2100 Kindern pro 1000 Frauen nötig.

Die in Deutschland geringe Geburtenrate führt langfristig dazu, dass die Bevölkerungsanzahl abnimmt und die Bevölkerung “altert”. Dies lässt sich in konkreten Zahlen ausdrücken. Gegenwärtig stehen 100 Personen im Erwerbsalter etwa 40 im Rentenalter gegenüber, die Statistiker bezeichnen dieses Verhältnis als “Altenquotient”. Nach Berechnungen des

Statistischen Bundesamtes wird dieser Quotient bei konstanter Geburtenhäufigkeit und grosszügig prognostizierter Zuwanderung bei 75 liegen, also 100 Menschen im erwerbsfähigen Alter stehen 75 Rentnern gegenüber. Verbunden mit längeren Ausbildungszeiten bedeutet dies eine drastische Senkung der Einnahmen der Krankenfürsorge in Relation zu den Fürsorgeberechtigten, da es je ein lohnsteuerbasiertes System ist.

Der Zusammenhang des Moorschen Gesetzes mit den Einnahmen der sozialen Sicherungssystem ist auf den ersten Blick nicht deutlich, ist auch das Moorsche Gesetz im Ggensatz zur Handhabung der Pille sicher nicht allen geläufig. Gordon Moore, Erfinder des integrierten Schaltkreises und Gründer des heute marktbeherrschenden Konzerns Intel, beschrieb 1965 erstmals eine Gesetzmässigkeit in der Entwicklung der Computertechnik, die er 1975 präzierte: Etwa alle zwei Jahre verdoppelt sich die Menge der auf einem integrierten Schaltkreis aufgebrauchten Transistoren und damit die Leistung der Rechentechnik. Bei relativ konstanten Produktionskosten für diese Schaltkreise bedeutete dies, dass man für das gleiche Geld alle zwei Jahre doppelt so viele Schaltelemente mit zweifacher Arbeitsgeschwindigkeit bekam, was für viele Nutzungsgebiete praktisch eine Vervierfachung der Leistungsfähigkeit bedeutete.

Die Folgen dieser exponentiellen Leistungssteigerung werden ausführlich von dem Informatiker und Untenehmer Ray Kurzweil in seinem Buch "Homo s@piens, Leben im 21. Jahrhundert" beschrieben (Econ Taschenbuch Verlag 2000, Originaltitel "The age of spiritual machines", Viking Press London). Nach Kurzweils Prognosen erreicht damit ein Computer etwa im Jahre 2019 die Leistung eines menschlichen Gehirns. Vorher allerdings haben den Menschen bereits andere, ausreichend leistungsfähige Rechner einen Grossteil der bezahlten Arbeit abgenommen. Dadurch sinkt der Anteil abhängig beschäftigter Personen eventuell ebenfalls dramatisch. Diese beiden vorgenannten Faktoren scheinen gegenwärtig bzw. in absehbarer Zukunft die grösste Bedeutung für die traditionelle Basis einer Fürsorgesteuer in einer Industrienation wie Deutschland zu haben.

9. MODELLE FÜR DAS GESUNDHEITSWESEN

Es gibt derzeit verschiedene Modelle der zukünftigen Gestaltung des Gesundheitssystems. In einem Gesetzentwurf im Auftrag der Vertragsärztlichen Bundesvereinigung von Wilhelm Hankel, Karl Albrecht Schachtschneider und Angelika Emmerich-Fritsche vom Juli 2002 wird die ausschliessliche Lohnbindung des gegenwärtigen Gesundheitswesens als Konstruktionsmangel bezeichnet. Die Autoren fordern eine private Pflichtversicherung und schliessen eine Explosion der Prämien als Folge wegen des sich dann belebenden Wettbewerbs aus. Weiterhin fordern sie eine familienfreundliche Gestaltung des Tarifsystems und für sozial Schwache sie einen Sozialkrankenschein.

Ähnlich gelagert sind die Vorstellungen (Deutsches Ärzteblatt, Jg 99,) des Kronberger Kreises, der sich aus sechs Ökonomieprofessoren (Jürgen Donges, Johann Eckhoff, Manfred Franz, Bernhard Möschel, Manfred Neumann, Olaf Sievert) gebildet hat. Auch der Kronberger Kreis fordert eine Auflösung der gesetzlichen Krankenversicherung in der privaten Krankenversicherung mit der Versicherung des individuellen Risikos. Sie betonen die Selbstverantwortung, äussern sich allerdings nicht zu genetisch bedingten oder angeborenen Störungen. Da bei beiden Modellen Aufwendungen für sozial Schwache weiterhin aus Steuermitteln erbracht werden müssen, laufen sie letztendlich darauf hinaus, das System der USA in Deutschland einzuführen.

Demokratisch orientierte Vorschläge oder Gedankenmodelle über grundsätzliche Probleme der Definition von versicherbarer Gesundheit bzw. Krankheit (u.a. Micha H. Werner) berücksichtigen den der Industrie immanenten Innovationsdruck und schlagen einen öffentlichen Diskurs über Möglichkeiten und Grenzen einer Krankenversicherung vor.

Das bisher radikalste Modell stammt von Lars Thielmann, Manfred Rohr und Diethart Schade (Szenarien für mehr Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, Arbeitsbericht Nr. 222, Dezember 2002, Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden - Württemberg). In der Einleitung ihrer Arbeit formulieren sie vorsichtig:

“Der Verwirklichung von (partikularen) Interessen steht dabei eine Freiheitsverwirklichung gegenüber, für die Ansprüche zu Aufgaben werden. Der auch im deutschen Gesundheitswesen zu beobachtenden Tendenz, (finanzielle) Lasten zu anonymisieren und so eine Entgrenzung der Forderungen zu betreiben, werden hierbei Selbstverantwortung, Selbstorganisation und Selbstbelastung entgegen gesetzt.”

Man könnte diese Formulierung auch so interpretieren, dass im undurchsichtigen deutschen Gesundheitssystem Tür und Tor für Gier und Betrug geöffnet sind (ein Beispiel für die Intransparenz des Systems ist die Verknüpfung von Personal- und Sachkosten in ärztlichen Honoraren). Sie bestärken die Auffassung des Sachverständigenrates, dass “die Förderung der Transparenz einen wichtigen Weg für alle Beteiligten im Gesundheitswesen dar(stellt), sich Rechenschaft abzulegen über die Qualität und die Risiken, die Potenziale und Grenzen der derzeitigen Gesundheitsversorgung und darüber in einen konstruktiven Austausch zu treten”. Zur Realisierung dieser Forderung schlagen sie u.a. die Schaffung eines Informationssystems über medizinische Leistungen, deren Kosten und über die Behandler vor, die Zusammenfassung der Rechte aller Nutzer in einem Patientenrechtegesetz, die Einrichtung einer “Stiftung Gesundheitstest” sowie die Erstellung von Grund- und Maximalleistungskatalogen vor, der Sicherstellungsauftrag soll an die gesetzlichen Kassen übergehen.

Es ist höchste Zeit, dass “Glasnost” auch in das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland Einzug hält.

Dipl.-Med. Henrik Jordan

Psychiater, Psychotherapeut

email: henrik.jordan@freenet.de

Republikflüchtling, im Exil in den Niederlanden