

## **Systemausstieg aus der GKV – Zerschlagung des Gordischen Knotens**

Wer das kümmerliche Ergebnis der sog. Gesundheitsreform der Großen Koalition vom Oktober 2006 bewertet, kommt zwingend zu einem – von den Koalitionären ungewollten - Ergebnis: wenn selbst die vereinte Kraft von CDU/CSU und SPD nicht ausreicht, ein vernünftiges tragfähiges und zukunftsfähiges Konzept für die Einnahme- und Ausgabeseite des deutschen Gesundheitssystems (GKV) zustande zu bringen, so muss man die These formulieren:

- **die GKV ist unsteuerbar geworden und zwar auf der Makroebene (Politik)**
- **aber auch auf der Mikroebene des Vertragsarztes (das Ziel der Regelbegierde von Politik (BMG und Sozialministerien) und Berufspolitik (KVen und Kammern))**

Die Ursache liegt darin, dass Generationen von Sozial- und Berufspolitikern ein dermaßen dichtes Netz von Regelungen, Verschiebebahnhöfen und unübersichtlichen Finanzströmen konstruiert haben, dass es nahezu intransparent geworden ist. Keiner überblickt mehr wirklich das Gesamtsystem und weiß was passiert, wenn Punkt A bewegt wird – es kommt oft zu entfernten Systemreaktionen, die dann wieder korrigiert werden müssen usw. Ich erinnere an Harz IV, das erhebliche unerwartete finanzielle Auswirkungen produzierte.

Seit Jahren versuchen mehr oder weniger gut informierte Sozialpolitiker diesen „Gordischen Knoten“ aufzuknöpfen – sie scheitern daran, weil diese Sisyphosarbeit im Prinzip unlösbar geworden ist. Kluge Politiker haben das erkannt – reden nicht darüber, weniger kluge haben es erkannt und benennen das Übel – die verbrennen ihre Karriere, die die es nicht erkannt haben und nicht darüber reden sind die „Visionäre“ die die immer gleichen Vorschläge im Laufe der Jahrzehnte generieren, und vierte Kategorie, das sind die, die das nicht wissen und nicht darüber reden – das sind halt die fleißigen Fußvolk-Arbeiter, die die sich widersprechenden Regelvorschriften glatt bügeln wollen.

Diese Charakterisierung gilt gleichermaßen für die ärztlichen Berufspolitiker, die meist glauben, sie könnten etwas regeln und sich neuerdings auch Konzernlenkern ähnlich fühlen – wobei sie de facto vorgegebenes Spielgeld in vorgegebene Kanäle versenken, den immer größeren Mangel hin und her verteilend, in einem zwangsbewirtschafteten System, das ordnungspolitisch überhaupt nicht mehr in die wirtschaftliche Entwicklung passt.

Frau Schmidt ist die Protagonistin des untauglichen Versuchs, in einer freien Wettbewerbswirtschaft eine Insel des Sozialismus zu pflegen. Dafür

opfert sie viel, auch die PKV, an deren thesauriertes Geld die Politik nur zu gerne käme, und riskiert einen Verfassungsbruch.

Dass die CDU und insbesondere Frau Merkel hier der SPD das Feld überlassen haben war ein schwerer Fehler, da sich auf dem Feld der Sozialpolitik – so wie das der Ära Schröder – das Schicksal der Koalition entscheiden wird. Frau Merkel hat zu wenig Sachverstand für das Thema, hat zugelassen dass der ärztliche Sachverstand von Frau Schmid in der Vorbereitungsphase der Gesundheitsreform systematisch ausgeklammert wurde. Hier kommt leider die ostdeutsche Herkunft von Frau Merkel zum Tragen (auch wenn jetzt aufgeschrieen wird) die wenig Verständnis für den moralischen, emotionalen und stabilisierenden Charakter einer freien Ärzteschaft zu haben scheint – sie hat es nicht erlebt. In der ehemaligen DDR war alles bis zum Kreisarzt durchgeregelt und „verwaltet“. Eine Garantie der Sicherstellung der medizinischen Versorgung aus dem Herzen der Ärzteschaft heraus, wie in der BRD, gab es nicht. Der Versuch von Frau Merkel hier technisch regeln zu wollen, ohne diese zugrunde liegenden Interessen der Ärzteschaft emotional zu verstehen, wird deshalb scheitern.

Wenn die Unsteuerbarkeit des Gesamtsystems zum Thema wird, kann es nur eine wirkliche Alternative geben:

- **der Gordische Knoten muss zerschlagen werden, damit sich die Teile entmischen können und eine wirkliche Neuregelung ermöglicht werden kann. Dieser Schritt ist durch den kollektiven Systemausstieg ausreichend vieler Vertragsärzte erreichbar.**

Dieser heilende Schnitt wurde vom Gesetzgeber mit drakonischen Strafandrohungen im SGB V „vorgeregelt“, deren Verfassungsmäßigkeit allerdings zur Disposition steht. Es ist mehr als fraglich, ob der Gesetzgeber einen Vertragsarzt, der das System verlässt mit 6 Jahren „Strafe“ an die Regeln dieses verlassenen Systems fesseln kann – es gibt dafür meines Wissens kein weiteres Beispiel in der Rechtsgeschichte - das wird über dies Verfassungsgerichte sicher abgeklärt werden.

Unabhängig von diesen zweifelhaften gesetzlichen „Vorschlägen“ im SGB V **kann die Ärzteschaft natürlich in einem Akt der Verweigerung diesen Schritt dennoch gehen und sie schafft damit die obige neue Wirklichkeit.** Das sind dann die klare Infragestellung des GKV-Systems und seiner Grundprämissen – und die Chance, neu zu gestalten. Die Ärzteschaft sollte diesen Schritt machen, solange die Politik die Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem weiterhin zulasten der „Gesundheitsarbeiter“ im System systematisch und absichtsvoll verschlechtert und die freie Ärzteschaft – auch als unternehmerische Größe – in die Insolvenz treibt. Die Ärzte tun gut daran, sich auf diese ultima-ratio-Reaktion vorzubereiten, wenn sie nicht ihre Würde vollständig verlieren möchten. Diese wird ja seit Jahren bewusst in Frage gestellt und reißerisch in der veröffentlichten Presse ausgebreitet. Was nicht heißt, dass es keine betrügerischen Ärzte oder Apotheker gäbe...

Der von der Politik und den Krankenkassen gemeinsam inszenierte so genannte freie Wettbewerb geht v. a. zu Lasten der Leistungsträger, die angeblich eine Über- Fehl- und Unterversorgung zu verantworten hätten. Man möchte das Herzstück der ärztlichen Versorgung in Deutschland, die leicht erreichbaren Fachärzte mit ihrem immensen Qualitätsangebot deutlich reduzieren, auch die Zahl der Krankenhäuser. Dazu werden Instrumente konstruiert, mit denen sich die Ärzte unterschiedlicher Sektoren gegenseitig niederdumpen sollen (IV-Versorgung, MVZs, Vertragsvielfalt mit Hausärzten und Verbänden etc) – alles bewusst an den bisherigen Ordnungsstrukturen KV und Kammern irgendwie haarscharf vorbei. Das Kalkül hat also Methode. Damit wird jedoch das Spezifikum des deutschen Gesundheitswesens bewusst geopfert – die nahezu vollständige Erreichbarkeit eines spezialisierten Arztes zu einem vergleichsweise schnellen und effektiven Ergebnis und auf der Grundlage eines umfassenden Leistungskatalogs. Darin ist Deutschland weltweit führend.

## **Sachleistungssystem versus Kostenerstattung**

C.A. Gebauer, Rechtsanwalt, hat kürzlich in einem bemerkenswerten Artikel „Lenin und der Kassenarzt“ den entscheidenden Fehler des deutschen Gesundheitswesens auf den Punkt gebracht: „Der gleichsam axiomatische Fehler findet sich im Dogma vom so genannten Sachleistungsprinzip, also der Technik, Geld als Zahlungsmittel im System abgeschafft zu haben. Mit diesem Prinzip ist innerhalb des Gesundheitswesens faktisch das für jede Wirtschaftsordnung maßgebliche Steuerungs- und Kontrollelement abgeschafft.“ (Mitteilungen des BDC Der Chirurg, 6-2006).

Es gibt auf der Welt zahlreiche Systeme mit und ohne Kostenerstattung, mit Sachleistungen etc in allen Mischungen. Durch Kostenerstattung kommt zunächst natürlich kein Cent mehr ins Spiel. Dennoch ist es eine banalste Wahrheit, dass erst eine durch richtige Geldbeziehungen strukturierte Versorgungswirklichkeit durchschaubar und berechenbar ist. Im deutschen Gesundheitswesen herrschen seit Jahrzehnten „Mondpreise“, eine wilde Schätzometrie, die mit Betriebswirtschaft nur entfernt etwas zu tun hat. Es sind „politische“ Preise, die sich aus dem Verhandlungspoker von Krankenkassen und KVen und den jeweiligen politischen Machtverhältnissen auf Kassen- und Ärzteseite ergeben – davon hängt dann auch die innerärztliche Verteilung der Geldströme ab.

Der Versuch der KBV einen betriebswirtschaftlichen EBM zu konstruieren war trotz aller ehrenwerten Ansätze mit Kauf des Standardbewertungssystems etc. ein grandioser Flop, da aufgrund des **Dogmas der Beitragsstabilität im SGB V** und der politischen Vorgaben aus dem Bundesgesundheitsministerium und des Verhandlungspokers der Spitzenverbände der Krankenkassen nur wieder nach aller Mühe ein Mondpreis-Projekt herauskam – zwar in sich etwas geordneter, aber sonst nichts... Von einer Vollkostenkalkulation der Betriebswirtschaft einer Arztpraxis als Basis der betriebswirtschaftlichen Kalkulation kann immer

noch keine Rede sein. Auch wird die Versorgungswirklichkeit mit ihren Inderdependenzen von Klinik und Praxis wenig reflektiert und abgebildet.

So arbeiten wir weiterhin mit einem System floatender Punktwerte, ständig wechselnden Bewertungen, mangelhafter Kalkulationssicherheit in Vergangenheit und Zukunft – die KVen werden über die sinkenden Geldzuflüsse zunehmend zu Konkursverwaltern ihrer Klientel. Es ist ein Wunder dass das funktioniert – nicht zuletzt der großen Einsatzbereitschaft und des Engagements der Ärzteschaft geschuldet, die Einkommensverzichte um 30 Prozent seit Jahren als Beitrag zu Stabilisierung geduldig ertragen hat.

Wenn der Staat über die systematische Korrumpierung der Einkommensbasis der Ärzteschaft seine Fürsorgepflicht für diese Ärzte verrät und ihnen dieses Notopfer nicht anerkennt – ja im Gegenteil sie für alle Fehler dieses „verrückten“ Systems in die Haftung nimmt, dann bleibt der Ärzteschaft ein **Notwehrrecht** und das heißt: **Vertragskündigung, Ausstieg aus einem unrechten und sozial deformierendem System. Das ist der kollektive Ausstieg.**

Im Sachleistungssystem fühlen sich alle wohl, da es so schön einfach erscheint – keiner muss sich wirklich um etwas kümmern und das Geld der Versicherten verschwindet in einem großen schwarzen Loch...Der Anspruch der Versicherten auf Mitbestimmung und Wissen, was mit ihrem Geld geschieht spielt überhaupt keine Rolle. Es wird von zahlreichen Institutionen verwaltet und gewendet und kommt als Rinnsal schlussendlich bei den Leistungsträgern an. Diese Intransparenz ermöglicht es Sozialpolitikern und ärztlichen Berufspolitikern seit jeher Schattenspiele aufzuführen, die mit der ökonomischen dahinter liegenden Wirklichkeit nur ungefähr etwas zu tun haben. Im Prinzip funktioniert das Sachleistungssystem nach dem Modell der Nachkriegs-Bezugsscheine. Das Dramatische daran ist nur, dass keiner weiß ob das Angebot des Leistungskatalogs, der in Deutschland enorm groß ist überhaupt mit den geleisteten Einzahlungen der Versicherten, die immer noch lohnbezogen erfolgen, abgedeckt ist. Natürlich ist die Decke zu kurz, wie wir wissen und es erfolgt damit eine Systemausbeutung der Leistungserbringer, aber auch eine permanente Austrocknung der Kassenlandschaft.

Interessanterweise schwingen sich Kassen und KVen gemeinsam zu Vertretern und Verteidigern dieses obsoleten Systems auf: einfach zu verstehen, denn im Schattenreich lässt sich gut handeln ohne dass man wirklich Rechenschaft ablegen muss und man kann auch noch gelegentlich mit dem Füllhorn Geschenke verteilen, wenn es irgendwo knirscht im System. Geld als Universalschmiermittel – uralte Methode. Nur durch das Sachleistungssystem wird der Fortbestand der KVen garantiert – ihr Know How besteht in der Transcodierung und Transformation von Mondgeld in echte Euro. Diese Dienstleistung wird überflüssig im Kostenerstattungssystem, bei dem der Vertragsarzt im Prinzip auch selbständig agieren kann und keine permanenten Kontrollbehörden mehr braucht.

**Wegen dieser Transparenz: einfache Vertragsbeziehung zwischen Arzt und Patient, einfache Geldbeziehung, Wiederherstellung des Versicherungsgedankens ist die Kostenerstattung die Voraussetzung für eine Gesundung des Systems.** Der Versuch von Frau Schmidt, die PKV ebenfalls zu „versozialstaatlichen“ ist als Anschlag auf die Vernunft zu kennzeichnen: der einzig gesunde Teil des Gesundheitswesens aufgrund echter rationaler Geldbeziehung soll krank gemacht werden – Ausfluss eines völlig außer Kontrolle geratenen Sozialstaatsprinzips. Es sei darauf hingewiesen dass das Grundgesetz einen „Sozialstaat“ nicht kennt, es will ausdrücklich einen „sozialen Staat“ was ein feiner Unterschied ist. Im übrigen ist auch eine auf Kapitaldeckung aufgebaute PKV ein solidarisch aufgebautes System, das sei nochmals erwähnt. Einkommens- und Krankheits-Risikostratifizierung haben nun einmal nichts miteinander zu tun – das rechtfertigt deshalb auch nicht dazu, die GKV als „solidarischer“ zu kennzeichnen nur weil sie permanent eine Umverteilungsmaschine zwischen diesen beiden Gesichtspunkten betreibt.

Es ist ebenso klar, dass die Kostenerstattung nur ein **Vehikel zur Lösung von Problemen ist, nicht die Lösung selbst.** Natürlich ist eine Umstellung auf dieses System mit erheblichem Aufwand verbunden und bedarf des „Umlernens“ auf vielen Ebenen – bei Politik, Kassen, KVen, Leistungserbringern und Versicherten. Die zahlreichen Ängste, die jetzt geschürt werden von Interessengängern des Sachleistungssystems nutzen natürlich den Mechanismus „Angst vor Veränderung“, der Menschen wohl genetisch mitgegeben wurde bewusst aus, um ihre Position – und damit auch Subsistenz – zu sichern....Kostenerstattung ist erst der Anfang: wenn es darum gehen sollte Einsparvolumen zu realisieren im System müssen andere Mechanismen, wie Selbstbehalte, Tarifgestaltung etc. dazu kommen.

**Der kollektive Systemausstieg der Vertragsärzte wird dann dieses einfache System etablieren und das heißt: es wird ökonomische Vernunft einziehen. Nur ein auf einer realen Geldbeziehung aufgebautes Gesundheitssystem hat eine Überlebenschance – übrigens auch europarechtlich betrachtet.**

## **Unsteuerbarkeit des Systems auf Mikroebene**

Für den normalen Vertragsarzt existiert eine andere Wirklichkeit, als für den Gesundheitsökonom, den Sozialpolitiker und auch den ärztlichen Berufspolitiker, der sich mit den komplexen Systembedingungen des deutschen Gesundheitswesens herumschlägt. Der deutsche Vertragsarzt ist die Endstrecke der Regelwut zahlreicher beteiligter Institutionen und für ihn stellt sich diese Realität als **Garotte von Bürokratie** dar, die ihm zunehmend das ärztliche Handwerk verleidet, ja unmöglich macht, ihm die Luft buchstäblich abwürgt...

Weder ist ihm klar in welchem Rechtskreis er sich gerade bewegt, da es keine saubere Trennung zwischen dem Dasein als Privatarzt und dem als

Vertragsarzt gibt – ja diese beiden Einflussphären: Privatrecht (BGB) und Sozialrecht (SGB) absichtsvoll vermischt werden. Er soll in seiner Person den Widerspruch versöhnen, den das Rechtssystem nicht versöhnt hat. Im Sozialrecht gelten zahlreiche Einschränkungen, Budgets, Haftungsgrenzen, im Privatrecht nicht. Dennoch unterliegt der Arzt auch als Vertragsarzt dem Sorgfaltsmaßstab des BGB – was vielen nicht bewusst ist. Er kann sich nicht mit den vielfältigen Einschränkungen des Sozialrechts entschulden – in Haftungsfragen vor dem Amtsgericht wird das massiv offenbar.

Im Bereich der PKV agiert der Arzt als Unternehmer, im Bereich der GKV als Scheinselbständiger.

Ständig erlebt der Vertragsarzt, dass scheinbar klare Regelungen nur begrenzt gelten. Jede Medikamentenverordnung wird zu einem Balanceakt zwischen Normalität und Selbstzensur – gerade in diesem wichtigen Bereich der Versorgungsrealität werden die massivsten Einsparversuche gemacht und der Arzt in die Verantwortung wirtschaftlicher Verordnungsweise geholt. dagegen ist nichts einzuwenden, wäre das Budget wirklichkeitsnah – tatsächlich ist die Versorgung der Bevölkerung damit kaum noch nach dem Stande des medizinischen Wissens auszustatten. Dies gilt gleichermaßen für Heilmittel, zunehmend für die Hilfsmittelversorgung, es gilt für die Kuren, die häusliche und stationäre Pflege usw.

Die Tatsache der zunehmenden verschleierte **Rationierung** – von der Politik durch mangelhafte finanzielle Ausstattung des Gesundheitswesens erzeugt – führt bei vielen Ärzten zu Verzweiflung, Wut und zunehmendem Burn out. Sie sind stets die Botschafter schlechter Nachrichten, ohne dass sie Alternativen wüssten. Sie fordern mehr Ehrlichkeit in der Diskussion – eine offene Wertedebatte über die Grenzen des Bezahlbaren und Machbaren in der Medizin. Geht es jedoch hier an die Wurzeln des Leistungskatalogs, dann entziehen sich die „verantwortlichen“ Politiker – denn das ist ein genuin öffentlich-politisches Thema - standardmäßig der Diskussion und bemühen den ärztlichen Sachverstand...

Der ärztliche Alltag wird zunehmend von Bürokratie zugemüllt – allein das Handling der Praxisgebühr – eingeführt durch ein nahezu untaugliches Gesetz – führt zu unglaublichen Zeit- und Reibungsverlusten und permanentem Ärger. Die avisierte Gesundheitskarte wird dies multiplizieren, da weder die politischen Drahtzieher, die das Projekt gesponsert haben, noch die ausführende Industrie über den nötigen praktischen Sachverstand verfügen, um dieses Projekt alltagstauglich zu gestalten.

Ein Wirrwarr von Einzelverträgen bricht zur Zeit nach dem Willen des Gesetzgebers, der Wettbewerb verordnet hat, über die Praxen herein – völlig unhändelbar durch die Helferinnen, da sie die Konsequenzen nicht mehr überblicken können. Dennoch hat das Nichtbeachten aller dieser zahlreichen Einschränkungen oft massive, existenzbedrohende Folgen für den Vertragsarzt.

Nach dem Willen des Bundessozialgerichts muss ein Vertragsarzt ärztliche Leistungen erbringen, wenn sie zum Kernbestand seines Fachgebietes zählen, selbst wenn sie nicht betriebswirtschaftlich zu erbringen sind. Er darf sich also freiwillig ruinieren – oder die Leistungen klammheimlich nicht anbieten. Der Grundtenor aller Entscheidungen der Sozialgerichte ist schlicht und einfältig: **Systemerhalt vor Einzelerhalt**. Solange die Ärzteschaft es hinbekommt, dies intelligent untereinander auszubalancieren, wird sie zum Steigbügelhalter ihrer eigenen Selbstbeschädigung.

Die KVen machen inzwischen fast nichts mehr außer Schadensbegrenzung und Mangelverteilung – am besten so, dass es kaum auffällt...

Fasst man zusammen, wie die Versorgungsrealität der Arztpraxis aussieht, dann muss von einer zunehmenden **Zwangsbewirtschaftung** ausgehen, die genau das reflektiert, was an Prämissen durch die Politik eingegeben wird. Wir haben die DDR inzwischen implantiert und **bewegen uns auf der abschüssigen Bahn der Verstaatlichung des Gesundheitswesens** – nicht zuletzt dank der Hartnäckigkeit von Frau Schmidt und ihren Helfern im BGM.

Der Vertragsarzt, der sich fälschlich auch für die 90% Vertragsarztstätigkeit als Unternehmer missversteht hat seine niedergelassene Praxis als Wirtschaftssubjekt zu betreiben, das betriebswirtschaftlich funktionieren muss – daran hängen die Familien von Angestellten, der Einkauf medizinischen Gerätes etc. Die ökonomischen Rahmenbedingungen stimmen nicht mehr, der Vertragsarzt sieht oft nur das Ergebnis, ohne die Ursachen zu erkennen. Er sieht, dass er einen „Lohn“ erhält, der unter dem von Facharbeitern liegen kann – bei unglaublich hohem Leistungseinsatz und Verantwortungsbereitschaft.

## Schlussfolgerungen

- **Die kollektive Zulassungsrückgabe wird die einzig heilsame und das unregelmäßig gewordene System „erschütternde“ – grundlegende Veränderung sein, die Bewegung in die versteinerten Verhältnisse bringen kann. Dies wird von uns Ärzten verantwortet werden müssen, wenn wir zusehen müssen, dass der Grundkonsens einer humanen und sozialen Mittelverteilung im deutschen Gesundheitswesen von Sozialpolitikern weiterhin zerstört und untergraben wird.**
- **Kostenerstattung ist das einzige Vehikel, das Vernunft in das völlig intransparente Sachleistungssystem bringen kann und es damit endgültig ablöst. Dies ist Voraussetzung für weitere Lösungen, nicht die Lösung selbst.**
- **Die Arzt-Patienten-Beziehung gehört wieder auf die erste Stufe gestellt, d.h. es entsteht eine private Rechtsbeziehung zwischen Arzt und Patient. Die Krankenkasse wird wieder das, was sie dem Sinne nach sein sollte: eine privat agierende Versicherung. Rechnung gegen Leistung, wie bei jeder anderen Geldbeziehung**

**im Wirtschaftsleben auch. Trotz aller mentalen Umprogrammierungen ist dies den Versicherten beizubringen, auch wenn die Nutznießer des jetzigen Systems das vehement bestreiten. Sie tun dies aus bloßem egoistischem Selbsterhaltungstrieb.**

**Es gibt sonst nur noch die Alternative eines verstaatlichten Gesundheitswesens – ein Weg, der von der Mehrheit der niedergelassenen Ärzte nicht mitgetragen werden wird und kann. Wenn die Koalitionsregierung auf diesem Wege weiterschreitet, riskiert sie ihre Selbstabschaffung. Wir Ärzte werden unseren Widerstand gegen eine solche Entwicklung aufrechterhalten und intensivieren.**

**DIPL.-POL. EKKEHARD RUEBSAM-SIMON**  
FA für Allgemeinmedizin

Delegierter des Deutschen Ärztetages  
Mitglied der Vertreterversammlung LÄK BW und der  
BÄK Nordbaden  
Mitglied der Vertreterversammlung der KV BW  
Vorstandsmitglied Bezirksärztekammer Nordbaden  
1. Vors. NAI Nordbaden  
2. Vors. MEDI-Baden-Württemberg