

# Für immer Sklave?

Gesundheitspolitik und Ärzte-Protteste

Bertram Steiner

# Einleitung

Das Jahr 2006 mit der Koalitionsvereinbarung zwischen CDU/CSU und SPD über eine Gesundheitsreform hat eine ärztliche Protestbewegung gezeitigt, die im Nachkriegsdeutschland unbekannt war. Direkter Auslöser bei der niedergelassenen Ärzteschaft waren die Auswirkungen des aktuellen EBM, Auslöser bei den Krankenhausärzten war die aufgestaute desolante Arbeitszeitsituation gepaart mit schlechter finanzieller Entschädigung und überbordenden bürokratischen Aufgaben.

Die innerärztliche Diskussion, sei es auf standespolitischer Ebene oder auf der Ebene der ärztlichen Basis war geprägt durch den Widerwillen gegenüber einer erneuten „Gesundheitsreform“ bekannten Musters, wie im Eckpunktepapier der großen Koalition abzulesen war. Leider kamen die Defizite ärztlicher Standespolitik der vergangenen Jahrzehnte in diesem Zusammenhang zum Vorschein, eine Ursache für das Versagen der ärztlichen Protestbewegung des Jahres 2006. Die ärztliche Basis war zwangsläufig nur in ihrem Willen, Ablehnung zu signalisieren, geeint und konnte erst recht keine homogene Zielstellung hervorbringen.

Ziel des vorliegenden Papiers soll es sein, sowohl einen Überblick über die Ursachen der Misere des deutschen Gesundheitswesens zu geben und die augenblickliche Situation zu beschreiben, als auch mögliche Handlungsstrategien für die nahe Zukunft herauszuarbeiten und in Bezug auf Sinnhaftigkeit und Nachhaltigkeit zu bewerten.

# Die (nicht allen Ärzten) bekannten Tatsachen

Auch wenn es im Grundgesetz keine ausdrückliche Verankerung findet, wurde in den vergangenen 50 Jahren die Gesundheitspolitik als „Staatszielpolitik“ verstanden. Nach Kriegsende bestand die Notwendigkeit, in der allgemeinen Mangelverwaltung auch der medizinischen Versorgung Raum zu geben. Die Reichsversicherungsordnung (RVO), die 1911 das Krankenversicherungsgesetz von 1883 ablöste, war 1949 die vorgefundene Rechtsordnung für die Bundesrepublik. In dieser Phase der Mangelverwaltung konnte man der RVO mit ihrem Sachleistungsprinzip (fußend auf dem Umlagesystem) durchaus die politische Notwendigkeit zugestehen.

Die systemimmanenten Fehler des Sachleistungssystems und des Umlageverfahrens waren bekannt. 1956 versuchte Theo Blank mit einem Gesetzentwurf die Grundlage für ein Kostenerstattungsverfahren zu schaffen. Leider wurde der Gesetzentwurf aufgrund von diversen Interventionen (insbesondere seitens der ärztlichen Standespolitik) durch Konrad Adenauer angesichts anstehender Wahlen zurückgezogen. Der Siegeszug der Sachleistung war gebahnt.

Die in der RVO beschriebene Systematik hat zwei grundsätzliche Fehler, die zu der permanenten finanziellen Notlage führen müssen. Auch die kurze Phase finanzieller Prosperität der deutschen Sozialsysteme zwischen 1965 und 1975 lässt eine andere Beurteilung nicht zu.

## Umlageverfahren

Ein grundsätzlicher Fehler besteht in dem Umlageverfahren, das für alle Zweige der Sozialversicherung gilt. Das eingezahlte Geld wird prinzipiell für die notwendigen Ausgaben verwendet. Anders als beim Kapitaldeckungsverfahren darf im Umlageverfahren bis auf die gesetzliche Deckungsreserve kein Kapital angespart werden. Es wird sofort offenbar, dass eine akute Abhängigkeit zwischen wirtschaftlichem Wachstum und Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung besteht. Jede gesamtwirtschaftliche Turbulenz muss bedrohliche Auswirkungen auf die finanzielle Basis der Sozialversicherung haben.

1960 mochte niemand daran denken, dass sich das Wirtschaftswachstum negativ entwickeln könnte. Erst recht wollte niemand voraussehen, dass sich die Geburtenrate negativ entwickelt und zusammen mit den medizinischen Erfolgen die Alterspyramide radikal verändern würde.

Das Umlageverfahren fußt auf dem politischen Versprechen, zu einem späteren, nicht vorhersehbaren Zeitpunkt von den anderen Teilnehmern am Umlageverfahren eine Leistung zu erhalten. Dafür beteiligt sich der Teilnehmer an den aktuellen Leistungskosten. Nur in einem statischen System, in dem

1. die Gruppe der Einzahlenden gleich groß bleibt,
2. die eingezahlte Summe gleich groß bleibt,
3. die Leistungskosten gleich groß bleiben,

bzw. in einem System, in dem die Verhältnisse der drei Parameter zueinander gleich bleiben, könnte so ein Versprechen gehalten werden. Leicht lässt sich erkennen, dass es sich bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um ein sehr varia-

bles, auf keinen Fall um ein statisches System handelt. Sobald sich nur einer der drei Parameter anders als vorgesehen entwickelt, muss eingegriffen werden.

Da sich die Parameter in dem Fall der GKV zusätzlich potenzieren, gestalten sich die Eingriffsmöglichkeiten noch schwieriger. In den letzten Jahren ging die Zahl der Einzahlenden zurück, die Zahl der Leistungsempfänger aber stieg nicht nur durch die gestiegene Lebenserwartung, sondern auch durch die Tatsache, dass Arbeitslose mehr Leistungen abfordern als im Berufsleben stehende Menschen.

Nicht zuletzt: Es ist dem Einzahlenden politisch schwer zu vermitteln, dass er plötzlich auf Leistungen keinen Anspruch mehr hat, für die er in der Vergangenheit – als er sie nicht benötigte – seinen Beitrag bezahlt hat.

## **Sachleistungsprinzip**

Der speziell für die GKV wichtige weitere Systemfehler besteht im Sachleistungssystem. Das Sachleistungssystem leidet prinzipiell unter mehreren negativen Einflüssen, die nicht oder kaum beeinflussbar sind.

### **moral hazard**

Bei einer Pflichtversicherung gegen ein eher häufig eintretendes Risiko, wie bei der gesetzlichen Krankenversicherung, entsteht „moral hazard“, d.h. die Verlockung, Trittbrett zu fahren. Die Gründe sind

1. Der Versicherte kann die Höhe seiner Beitragszahlung nicht beeinflussen.
2. Es hat keinen Einfluss auf die Beitragshöhe, ob die Versicherung in Anspruch genommen wird oder nicht.
3. Der Versicherte weiß nicht, welche Kosten er verursacht.
4. Der Versicherungsfall ist nicht klar umschrieben (wie z. B. bei einer Lebensversicherung).
5. Der Versicherte fühlt sich benachteiligt, wenn er die Versicherungsleistung nicht beansprucht.

Durch die leichte Zugänglichkeit (Kreditkartensystem, flächendeckende medizinische Versorgung) ist der „moral hazard“ enorm groß. Mit Selbstbeteiligungen oder Prämienrückvergütungen versuchen private Versicherer, den „moral hazard“ zu verringern. In der GKV hat die Einführung der „Praxisgebühr“ oder die Selbstbeteiligung bei Medikamenten nicht den gewünschten Effekt, im Gegenteil versuchen die Patienten, möglichst viele Ärzte im gleichen Quartal aufzusuchen.

Die in der Nachkriegszeit anzutreffende moralische Haltung, kollektiv finanzierte Hilfssysteme möglichst selten in Anspruch zu nehmen, hat sich umgekehrt. Es gilt bei den Versicherten mittlerweile als Dummheit, diese nicht in Anspruch zu nehmen. Besondere soziale Anerkennung (zumindest im Freundeskreis) erhält der, der das Sozialsystem besonders intensiv und „clever“ in Anspruch nimmt.

## **Medizinischer Fortschritt**

Medizinischer Fortschritt sorgt nicht nur aus sich heraus für steigende Kosten, sondern generiert zusätzlich Kosten aufgrund der steigenden Lebensdauer der länger lebenden multimorbiden Menschen.

Ein (nicht zynisch gemeintes) Beispiel macht es jedem klar: Stirbt der Patient am ersten Herzinfarkt, verursacht er keinerlei weitere Kosten. Stirbt der Patient am dritten Herzinfarkt, hat er zwischen dem ersten und dritten Herzinfarkt Kosten verursacht. Die Vorhaltung einer schnellen medizinischen Versorgung durch einen an sich schon Kosten verursachenden Apparat sorgt zusätzlich für eine (hoffentlich lange) Lebensdauer und weitere Kosten.

Hinzu kommen neue Erkrankungen (AIDS). Erkrankungen, die früher sehr selten waren (Malaria, Tropenkrankheiten), treten durch verändertes Verhalten der Menschen (Reisen) auf. Wie das Auftreten des HIV zeigt, lässt sich solches nicht vorhersehen.

### **Unerfüllbares Versprechen**

Die Nachfrage nach medizinischen Leistungen ist theoretisch unbegrenzt, die Mittel hierfür sind aber immer begrenzt. Je intensiver der Mensch untersucht wird, um so eher wird eine therapierbare Erkrankung festgestellt. Zusammen mit dem „moral hazard“ sorgt das für eine unbegrenzt steigende Nachfrage. Das Sachleistungssystem verspricht aber den Versicherten die unbegrenzte Bereitstellung wirtschaftlicher, angemessener, notwendiger und zweckmäßiger Leistungen - ein ungedeckter Scheck.

Die Krankenkassen – mit politischer Unterstützung – dienen den Versicherten mit großem Werbeaufwand ihr Leistungsversprechen an. Schon die Einschränkung auf das wirtschaftliche, angemessene, notwendige und zweckmäßige Maß muss von den Ärzten vorgenommen werden und wird von den Krankenkassen entgegen der gesetzlichen Vorschrift oft hintertrieben.

### **Leistungsausweitungen**

Neben den medizinischen Leistungsausweitungen sind in den vergangenen Jahrzehnten diverse Maßnahmen in den Katalog der GKV aufgenommen worden, die das medizinische Selbstverständnis von Krankheit strapazieren.

Kuren (aktuell Mutter-Vater-Kind-Kuren) zum Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit – im Ausland als Sozialleistung unbekannt – wurden in beträchtlichem Ausmaß von der Rentenversicherung auf die GKV umgelagert.

Drogensubstitution, zweifellos eine Behandlung, die in die Hand des Arztes gehört, wurde aus dem gesamtgesellschaftlichen Rahmen herausgelöst und der GKV zugeordnet, genauso wie Geschlechtsumwandlungen oder kosmetische Aspekte der Zahnbehandlung.

In diesem Zusammenhang darf der Widerspruch innerhalb der GKV bei nicht-schulwissenschaftlichen Verfahren nicht vergessen werden. Einerseits besteht das SGB V im schulwissenschaftlichen Bereich auf „evidence base“, andererseits öffnet es sich modernistischen Tendenzen unter Verzicht auf wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit.

### **Verschiebepark**

Da das Sachleistungsprinzip losgelöst ist von sachlich-medizinischen Erwägungen und ausschließlich auf politischer Machbarkeit beruht, sind die Wege geöffnet, den anderen Zweigen der Sozialversicherung oder dem Fiskus Entlastung auf Kosten (oder manchmal auch zugunsten) der GKV zu gewähren. Wie bereits bei Kuren

oder Drogensubstitution angedeutet, steht es dem Gesetzgeber frei, die Finanzströme (besser deren Mangel) nach politischer Opportunität zu leiten.

## **Die Bürokratie**

Im Gegensatz zu den recht „einfachen“ bürokratischen Vorgängen in der privaten Krankenversicherung wird in der GKV mit ihrem Umlage- und Sachleistungssystem ein Verwaltungsapparat benötigt, der durch nichts zu rechtfertigen ist. Abgesehen von den direkten Kosten, die bei den Arbeitgebern, Krankenkassen, KV/KZVen und Leistungserbringern entstehen, gibt es zudem eine unüberschaubare Anzahl gesetzlich vorgeschriebener Sondereinrichtungen (z. Bsp.: Gemeinsamer Bundesausschuss, Datenaufbereitungsstelle, Arbeitsgemeinschaft MDK, Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung-Ausland, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, und viele andere), die Kosten verursachen.

Die gesetzliche Grundlage (SGB I bis XII) verfügt zusammen mit den untergesetzlichen Normen über mehr als elftausend (!) Einzelvorschriften, die die medizinische Tätigkeit berühren. Allein diese Tatsache macht deutlich, wie groß der bürokratische Aufwand ist, und welchen unüberwindlichen Schwierigkeiten jede Reformmaßnahme entgegensteht.

## **Politische Strategien**

### **Die Parteien**

Trotz der unauflösbaren systemimmanenten Fehler hängen die politischen Kräfte in der großen Mehrheit dem Sachleistungssystem an. SPD, CDU, CSU, Grüne und Linke favorisieren das Sachleistungssystem im Umlageverfahren. Einzig die FDP vertritt eine Politik der Privatisierung des niedergelassenen Gesundheitswesens.

CDU/CSU stehen in unterschiedlicher Ausprägung für das Sachleistungsprinzip, mit begrenzten Möglichkeiten für den Versicherten, das Kostenerstattungsprinzip zu wählen. Das GKV-Prinzip stellt die CDU/CSU bislang nicht infrage, auch nicht der Mittelstandsflügel oder die Junge Union.

SPD und Linke sind in ihrer Haltung konsistent. Beide halten ein staatliches Gesundheitswesen für sinnvoll, mit der Unterscheidung, dass die SPD dieses System gern privat (global) finanzieren ließe, die Linke aber ausschließlich eine staatsnahe oder staatsidentische Ausprägung favorisiert. Die Haltung der Grünen ist am wenigsten erkennbar. Einerseits wollen sie mehr Freiheit, andererseits doch Staatsnähe.

Die FDP steht für eine Versicherungspflicht der Bürger bei definiertem Leistungskatalog. Versicherer müssen privat geführte Unternehmen sein, Körperschaften des öffentlichen Rechts sind ungeeignet. Soziale Härten gelten der FDP als gesamtgesellschaftliche Aufgabe und müssen über das Steueraufkommen aufgefangen werden. Die Durchsetzungsmöglichkeiten der FDP sind durch ihren Wählerstimmenanteil wahrscheinlich gering.

### **Die Körperschaften KV/KZV**

Die Strategien der Körperschaften sind eindeutig auf Selbsterhalt konzentriert. Bestand bis 1993 neben den Kontroll- und Disziplinierungsfunktionen die Hauptaufgabe der KV/KZV hauptsächlich darin, mit den Krankenkassen ein adäquates Ho-

norar für die einzelne medizinische Leistung auszuhandeln, ist diese Tätigkeit aufgrund der Budgetierung völlig in den Hintergrund geraten.

Nach 1993 (eigentlich schon seit 1986 – Beitragssatzstabilität vor Angemessenheit) sah die KV/KZV sich vor die Aufgabe gestellt, ein begrenztes Volumen „gerecht“ auf die Ärzte zu verteilen. Honorarverteilungsmaßstäbe wurden entwickelt, Gebührenordnungen verändert. Bis zur Budgetierung bestand der Begriff „Selbstverwaltung“ für die Körperschaften aufgrund der unbudgetierten Aushandlungsbefugnis einer Vergütung noch einigermaßen zurecht. Spätestens seit Einführung der Hauptamtlichkeit der KV/KZV-Vorstände steht ausschließlich das Durchsetzen staatlicher Anordnungen im Vordergrund.

Die ärztliche Einflussnahme an diesem Vorgang beschränkt sich auf Vorstandswahlen mit (eingeschränkter) Festlegung der Vorstandsvergütung, Haushaltsbelange, disziplinarische und kontrollierende Aufgaben und andere Verwaltungstätigkeiten. Auch die Ärzte- und Zahnärztekammern verlieren zunehmend ihren Selbstverwaltungscharakter und werden zu Durchsetzungsorganen staatlicher Vorgaben (Röntgen, Hygiene etc.)

Beide Körperschaften (KV bzw. Kammer) nehmen für ihren Selbsterhalt das Argument in Anspruch, nur sie könnten die vorgegebenen gesetzlichen Bestimmungen am besten für die Kollegen umsetzen und „Schlimmeres verhindern“. Mag dies bei der Umsetzung der Hygienevorschriften durch die Kammer vielleicht noch zutreffen, ist dies bei KV/KZV längst nicht mehr der Fall.

Im Gegenteil muss die KV logisch dem Sachleistungsprinzip das Wort reden. An Auseinandersetzungen mit dem Gesetzgeber, wie im Jahr 2006, darf sie sich nicht beteiligen. Die Frage, wie sich der Gesetzgeber bzw. die Aufsichtsbehörde verhalten würde, wenn die Ärzteschaft sich den Funktionen der KV verweigern würde, stellt sie sich nicht. (Die vor einigen Jahren massiv geführten Auseinandersetzungen zwischen dem Vorstand der KZBV unter Dr. Schirbort und Seehofer und zwischen der KZV Niedersachsen, auch unter Dr. Schirbort, und Frau von der Leyen sind bemerkenswerte Einzelfälle.)

### **Sicherstellungsauftrag**

Dieser Begriff sorgt bei den Kollegen immer wieder für Verwirrung. Die Wortwahl impliziert, dass es sich um einen Auftrag handelt, der nach Aushandeln der Bedingungen von der KV/KZV angenommen wurde und, wenn die Bedingungen nicht mehr stimmen, auch wieder aufgekündigt werden könnte, so wie bspw. der Auftrag eines Gastwirts an eine Brauerei, ihn zum Preis X regelmäßig mit Bier zu beliefern.

Das ist beim „Sicherstellungsauftrag“ gänzlich anders, und das Wort „Sicherstellungsbefehl“ würde den Sachverhalt klarer ausdrücken. Die Körperschaft des öffentlichen Rechts KV/KZV ist durch das SGB V gesetzlich verpflichtet, die Sicherstellung der ärztlichen/zahnärztlichen Versorgung zu gewährleisten. Das Gesetz sieht auch vor, wann der KV/KZV dieser „Sicherstellungsauftrag“ zu entziehen ist: Wenn mehr als 50% der Vertragsärzte eines Planungsbereiches ihre Zulassung (kollektiv) zurückgegeben haben. Eine Rückgabe des „Sicherstellungsauftrages“ durch die KV/KZV ist nicht möglich.

## **Krankenkassen**

Die Selbstverwaltungsstellung der gesetzlichen Krankenkassen ist in den letzten 50 Jahren kontinuierlich zurückgegangen. Durch einen einheitlichen Leistungskatalog, durch Risikostrukturausgleich, durch Kontrahierungszwang für jegliche Versicherungengruppe (Aufhebung der VdAK/RVO-Trennung) konnten sich die Krankenkassen nur noch im beschränkten Bereich der außervertraglichen Leistungen differenzieren.

Der ausgleichende Charakter der gemeinschaftlichen Führung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer wurde durch die Einführung der Budgetierung entfernt. Früher hatte die Arbeitgeberseite berechnete Interessen an einer nur schwachen Ausweitung der Kassenleistungen und stand damit im Gegensatz zur gewerkschaftlich bestimmten Arbeitnehmerseite. Gegenwärtig haben beide Seiten ein Interesse an einer Leistungsausweitung innerhalb des Budgets, kostet sie doch weder die Arbeitgeber- noch die Arbeitnehmerseite Geld.

Auch die Krankenkassen verfolgen Selbsterhaltungsstrategien mit starker Unterstützung der Gewerkschaften. Zwar könnten sich einzelne Vorstände die Einführung der Kostenerstattung vorstellen. Der körperschaftliche Charakter soll aber nicht in Frage gestellt werden. Angesichts der über 135.000 Mitarbeiter der Krankenkassen, die lediglich aufgrund der Sachleistungsbürokratie benötigt werden (mit der von anderen Behörden bekannten Produktivität), die teilweise beamtenähnlichen Status genießen (Dienstordnung) und außerordentlich gut entlohnt werden, ist diese Haltung nachvollziehbar. Das Beharrungsvermögen wird natürlich durch die exorbitanten Gehälter von über 200 Krankenkassenvorständen unterstützt.

## **Ärztliche Standespolitik**

Der Ursprung ärztlicher Standespolitik geht weit zurück. Der 1900 gegründete Hartmannbund konnte sich 1904 durch Streikmaßnahmen gegenüber den übermächtigen Krankenkassen durchsetzen. Eine Notverordnung von Reichskanzler Brüning legte nach 1931 fest, dass der Hartmannbund künftig als Vertreter aller Ärzte fungieren durfte und über die eingerichteten Kassenärztlichen Vereinigungen die Honorare intern verteilen konnte. 1935 wurden aus den kassenärztlichen Vereinigungen Körperschaften des öffentlichen Rechts, die Ärztekammern wurden mit eigener Disziplinargewalt ausgestattet.

Nach dem Krieg wurde in der DDR das aus der Inflationszeit stammende Ambulatorium als Prinzip eingeführt und die niedergelassenen selbständigen Ärzte wirtschaftlich so stark behindert, dass ihre Zahl 1989 keine Rolle mehr spielte. Standespolitik fand nicht statt, wenn man demokratische Maßstäbe ansetzt.

In der BRD wurden nach 1945 die aus der Nazizeit stammenden körperschaftlichen Strukturen übernommen, die zunächst im wesentlichen vom Hartmannbund besetzt wurden. Der 1947 gegründete Marburger Bund (MB) verstand sich als Vertretung der angestellten und verbeamteten Ärzte innerhalb der Ärztekammern und als gewerkschaftlicher Verbund, der sich für tarifvertragliche Belange einsetzte.

Der NAV-Virchowbund entstand 1949 als Arbeitsgemeinschaft der Ärzte, die keine Kassenzulassung (NKV) hatten und setzte sich für eine allen Ärzten zugängliche Kassenzulassung ein. Eine Verfassungsklage des NKV zusammen mit dem MB

führte im Jahre 1960 zur freien Zulassung aller Ärztinnen und Ärzte zur Kassenzulassung.

Der Freie Verband Deutscher Zahnärzte (FVDZ), 1955 als Notgemeinschaft Deutscher Zahnärzte gegründet, hat sich nach Erreichen der freien Kassenzulassung 1960 für den Erhalt der Selbstverwaltung und die Abschaffung des Sachleistungssystems eingesetzt. Mit dem Hartmannbund wurde eine enge Zusammenarbeit gegen die gesetzlichen Beschränkungen angestrebt.

Im Laufe der Jahre entwickelten sich die ärztlichen Verbände mehr zu Wahlvereinen für die Körperschaft KV/KZV (und nebenbei auch für die Kammer). Die wichtigen Ämter wurden in der Körperschaft gesehen, der Zusammenhalt der niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte fand nur noch innerhalb der Zwangsmitgliedschaft der KV/KZV statt. Fachärztliche Verbände traten hinzu, der Hausärzterverband trat in einen offenen Gegensatz zu fachärztlichen Verbänden, es ging um die Verteilung des Sachleistungshonorars.

Somit war auch die Verbändelandschaft in Mitleidenschaft gezogen. Da die lukrativen Positionen nur über die Verbände zu erreichen waren, und das auch noch in Konkurrenz untereinander, mussten die Verbände eine körperschaftliche Orientierung gewinnen. Gerade aufgrund der Budgetierung nahm der verbandliche Konkurrenzkampf zu. Nicht der Widerstand gegen die politischen Vorgaben stand im Vordergrund, sondern der innerärztliche Konkurrenzkampf um den zu verteilenden Kuchen.

Diese Ausgangssituation mit ihren verkrusteten Strukturen und abgeschotteten Netzwerken führte angesichts sich verschärfender politischer und wirtschaftlicher Situation zu einer Abwendung der ärztlichen Basis von ihren Verbänden. Ein „Marsch durch die Institutionen“ wurde nicht in Erwägung gezogen, eine fatalistische Haltung machte sich bei den Kollegen in den Jahren 1985 bis 2005 breit. Erst die für eine erhebliche Zahl von Ärzten unerträgliche wirtschaftliche Situation in den Jahren 2003 bis 2005 führte zu Zulauf bei neuen Verbänden wie der Freien Ärzteschaft (FÄ) oder dem Bündnis Direktabrechnung (BD).

Einige Ärztegemeinschaften gründeten sich in den letzten zehn Jahren (MEDI etc.) mit der Zielsetzung, innerhalb des Systems, aber außerhalb des KV-Systems, unter Ausnutzung der gesetzlichen Möglichkeiten einen zusätzlichen wirtschaftlichen Ertrag für die Ärzte zu generieren. Hierbei muss – regional unterschiedlich – ein gewisser Erfolg festgestellt werden. Hausarztverträge, integrierte Verträge, DMPs u.a. konnten außerhalb der KV mit Vorteilen für die teilnehmenden Ärzte abgeschlossen werden. Immerhin fließen heute über 30% der Gesamtvergütung in diese Selektivverträge.

Allen traditionellen ärztlichen Verbänden mit Ausnahme des FVDZ und teilweise des HB ist die Anhänglichkeit an das GKV-System eigen. Eine Umorientierung mit allen Konsequenzen – Direktabrechnung mit dem Patienten, Abschaffung der Körperschaften, Kostenerstattung durch privatrechtliche Versicherer – haben die wenigsten Verbände begonnen oder gar vollzogen. Zu lange sahen die Funktionäre die Verbände als Wahlverein für die Körperschaften.

Der Sachleistungsmisere können die meisten Verbandsfunktionäre keine politische Vision entgegensetzen. Von den jüngeren Verbänden haben lediglich FÄ und BD

eine klare Ausrichtung weg von der GKV vorzuweisen. MEDI und Genossenschaften nehmen eine Zwitterstellung ein. Sie wollen das Korsett KV abstreifen, gehen aber davon aus, dass es nach wie vor ein GKV-System geben wird. Die diesem System innewohnenden Widersprüche lassen sie unaufgelöst. Sie sehen ihre standespolitische Chance in einem Spagat zwischen begrenzter Gesamtvergütung und unbudgetiert ausgezahltem Honorar für Selektivvertragsleistungen.

## **Ärztliche Basis**

Nach der Phase der Mangelverwaltung nach Kriegsende (bis 1960) konnten die am Sachleistungssystem teilnehmenden Ärzte eine bislang unbekannte wirtschaftliche Prosperität verzeichnen. Schneller und sichtbarer als beim Rest der Bevölkerung wuchs der Wohlstand der Ärzte und Zahnärzte. Bedauerlicherweise zeigte die vergleichsweise große Gruppe ihren unverhofften Wohlstand zu deutlich. Dem Neidphänomen wurde ungewollt Vorschub geleistet. Nicht bedacht wurde, dass diese Phase von kurzer Dauer sein könnte.

Um diesen Wohlstandsstandard trotz der ersten Kostendämpfungsmaßnahmen (1977, Ehrenberg) zu halten, wurde das „Hamsterrad“ in Funktion gesetzt. Aufgrund des fehlenden Steuerungselementes „Markt“ konnte das Einkommen trotz sinkender Einzelleistungsvergütung durch eine einerseits gesteigerte Selbstausschöpfung (55 Wochenstunden) und andererseits durch unreflektierte Leistungsausweitung auf gleichem Niveau gehalten werden.

Da Geld nicht unendlich vermehrbar ist, mussten weitere Kostendämpfungsmaßnahmen durchgesetzt werden. Obwohl die Beschleunigung des „Hamsterrades“ für einen geringen Ausgleich sorgte, sahen sich einzelne (abwechselnde) Fachgruppen benachteiligt und forderten „Verteilungsgerechtigkeit“. Bei den länger niedergelassenen Kollegen wurden gut verkraftbare wirtschaftliche Anpassungsmaßnahmen innerhalb der Praxis und im privaten Bereich vorgenommen. Die neu niedergelassenen Kollegen starteten ihre selbständige Karriere mit niedrigeren Erwartungshaltungen an ihr Einkommen.

## **Exkurs: moralische Überlegungen**

Trotz allem hielten die Kollegen, egal ob neu niedergelassen oder länger selbständig, an einer während der Ausbildung und im Krankenhaus erworbenen moralischen Haltung fest. Die Ausbildung – zugegebenermaßen auf einem sehr hohen Niveau – lässt wirtschaftliche Erwägungen medizinischer Behandlung unberührt. Auch wenn während der Ausbildung und während der Tätigkeit im Krankenhaus das Prinzip der Selbstausschöpfung durchgängig praktiziert wird, wird dieses unmoralische Prinzip an keiner Stelle in Frage gestellt.

Eine Kosten-Nutzen-Überlegung im Rahmen einer Behandlung darf nicht gestellt werden. Natürlich ergeben sich andauernd Kollisionen mit den wirtschaftlichen Gegebenheiten, bspw. wenn ein Krankenhaus über ein teures Gerät nicht verfügt oder wenn die Liegedauer eines Patienten durch wirtschaftliche Vorgaben beschränkt werden muss. Dann wird darüber geklagt, dass das Geld für dieses Gerät oder jene Maßnahme nicht bereitgestellt wird.

An der alma mater und an den Krankenhäusern wird dem Prinzip geheiligt, dass jeder Patient – egal welche Leistungsfähigkeit er hat oder wie viel er bereit ist, selbst für seine Genesung beizutragen – jede mögliche Leistung erhalten können muss (wenn man einmal davon absieht, dass bei Herztransplantationen gelegentlich über

die Compliance nachgedacht wird). Die Haltung der Ärzte bezüglich der längstens 28 Tage währenden Selbstbeteiligung der Patienten in Höhe von zehn Euro ist oft indifferent bis bedauernd. Diese Einstellung setzt sich nach erfolgter Niederlassung in unterschiedlicher Ausprägung fort.

Die Debatte um das AVWG – das ich für verfassungswidrig und gänzlich unmoralisch halte – hat diese Haltung gezeigt. Warum soll ein Patient, wenn ihm ein teures Medikament besser bekommt als das billigere, die Differenz nicht aus eigener Tasche bezahlen? Warum soll ein Patient, wenn die erlaubte Menge nur für 10 Tage reicht, für die restlichen 10 Tage der Medikation nicht selbst aufkommen?

Die moralische Frage besteht darin: Gibt es ein Recht auf optimale ärztliche Versorgung? Gibt es ein Recht auf ärztliche Versorgung überhaupt? Wenn ja: Wer bezahlt es? Und weiter wenn ja: Wer bekommt es? Was ist, wenn die vorhandenen Mittel, Medikamente, nicht für alle ausreichen? Triage? Selektion? Durch wen? Nach welchen Maßstäben? Legitimiert wodurch? Wenn nein: Wenn die eigene Gesundheit das höchste Gut ist (wie ja immer behauptet wird), wie viel ist der Mensch bereit, dafür zu geben? Alles? Viel? Ein wenig?

Wie bewertet es der Arzt, wenn der Patient sagt, dass er die Behandlung oder das Medikament nicht selbst bezahlen kann, aber bekanntermaßen raucht? Oder Lotto spielt? Oder Auto fährt? Oder säuft? Oder schlimmer: Ein Pensionär mit 2.400 EUR Pension muss sich für monatlich 100 EUR ein Medikament kaufen. Er sagt: „Viel zu teuer!“

Zurück. Gibt es nicht eine moralische Verpflichtung, zunächst einmal sich selbst in Anspruch zu nehmen, bevor das „Kollektiv“ in Anspruch genommen wird? Muss man nicht erst mal seine Urlaubsgewohnheiten ändern, bevor das Geld anderer Menschen beansprucht wird? Ist es nicht eine Staatsaufgabe, die zur Selbsthilfe nicht fähigen Menschen zu unterstützen?

*Ich will meine persönliche moralische Position nicht zurückhalten. Eine wesentliche ethische Eigenschaft des Arztberufes ist das Mitleiden können. Allerdings muss diese Empathie auf das körperliche Leiden beschränkt bleiben, solange die wirtschaftliche Situation nicht genauso offengelegt wird wie die körperliche. Eine Mitteilung, dass das Medikament zu teuer ist, reicht genauso wenig aus, wie die triviale Mitteilung, diese oder jene Therapie „nicht zu mögen“. Ich meine, dass das Subsidiaritätsprinzip gerade bei der eigenen Gesundheit (oder besser Krankheit) Vorrang vor dem Solidaritätsprinzip genießt.*

### **Aktuelle wirtschaftliche Situation**

Der EBM 2000+ hat einem Teil der Ärzteschaft vor Augen geführt, dass das Sachleistungstöpfchen nicht ausreicht, um alle so zu vergüten, wie es vereinbart war. Diese Situation hat dazu geführt, dass Maßnahmen ergriffen werden müssen. Die Politik hat ein weiteres Reformvorhaben initiiert, das den Ärzten nicht gefallen kann. Die ärztliche Basis hat den Aufrufen zum Protest in erstaunlich großer Zahl Folge geleistet. Durch das WSG werden sich keine Verbesserungen ergeben. Neben der bestehenden finanziellen Not werden weitere Engpässe entstehen. Noch mehr Ärzte werden in wirtschaftliche Schwierigkeiten geraten.

Allerdings: Die Ärzteschaft ist nicht homogen. Einige Ärzte (ca. 10%) werden in naher Zukunft ihre Tätigkeit aus Altersgründen beenden, einige Ärzte (10%

zunehmend) werden aus wirtschaftlichen Gründen ihre selbständige Tätigkeit einstellen (d.h. später im MVZ oder im Ausland arbeiten), einige Ärzte (10% abnehmend) werden „Geld von zuhause mitbringen“, einige Ärzte (30% zunehmend) werden der wirtschaftlichen Not durch Ausweichmaßnahmen (IVs etc.) begegnen wollen, einige Ärzte (10%) werden den Beruf als Hobby betreiben, der Rest wird auch weiterhin genügend Privatpatienten haben. Wir können also leicht erkennen, dass mehr als die Hälfte glaubt, in diesem Land im Sachleistungssystem weiterhin praktizieren zu können.

Die Illusion des Selektivvertrages, die Hoffnung auf ein größeres Stückchen aus dem Sachleistungskuchen, wird nur für eine begrenzte Zeit tragfähig sein. Bereits jetzt werden über 30% der Gesamtvergütung für Selektivverträge (zu Lasten der Nichtteilnehmer) aufgewendet. Der Tod des Selektivvertrages ist immanent: Je mehr Teilnehmer – um so geringer die Auszahlungsquote! Die Privatversichertengruppe stagniert seit Jahrzehnten. Hier ist kein Zuwachs zu erwarten. Im Gegenteil wird der Basistarif eher für neuerlichen wirtschaftlichen Druck sorgen, wenn auch erst in einigen Jahren.

### **Ausblick**

Eine Verringerung der Arztzahlen um 15 bis 20% ist durchaus politisch gewollt. Die ärztliche Unterversorgung in einigen dünn besiedelten Regionen der Bundesrepublik wird politisch beklagt, um die ärztliche Selbstverwaltung als unfähig zu diffamieren. Vielleicht ist sogar ein Abgeordneter aus Mecklenburg oder Brandenburg ehrlich betroffen, dass seine Wähler zum nächsten Hautarzt 45 Kilometer fahren müssen. Den politischen Entscheidungsträgern ist längst klar, dass auf Helgoland kein Krankenhaus für Intensivmedizin sein kann. Warum also soll in jeder Kleinstadt der Uckermark ein Augenarzt sein?

Über alles gesehen werden die niedergelassenen Ärzte in Deutschland (ohne radikale Umorientierung) in den nächsten fünf Jahren 10 bis 20% ihrer Gesamteinnahmen inflationsbereinigt einbüßen. Folge hiervon wird eine Ausdünnung der Arztdichte sein (in höherem Grad bei den Fachärzten, aber auch bei den Hausärzten). Die verbleibenden Praxen können aufgrund dieser „Marktkorrektur“ etwas länger bestehen. Nicht berücksichtigt sind die konjunkturellen Schwankungen, die die Einnahmenseite der GKV beeinflussen.

### **Medizinische Versorgungszentren (vulgo Polikliniken)**

Ein mögliches Szenario besteht in einer aggressiven Marktdurchdringung durch die großen „player“ auf diesem Sektor: Rhön, Askulap, Vivantes, Charité u.a. Solange die Bevorzugung dieser Einrichtung Bestand hat, weil der Kartellbehörde die Hände gebunden sind, ist dies wahrscheinlich.

Angesichts der finanziellen Lage der Krankenkassen wäre ein MVZ zunächst einmal nur durch Synergieeffekte innerhalb des MVZ gegenüber niedergelassenen Ärzten im Vorteil. Durch Klinikketten initiierte MVZ aber haben deutlich bessere wirtschaftliche Chancen. Zunächst kann die Investitionsfinanzierung des MVZ mit Klinikmitteln „befördert“ werden. Bei der Kostendeckung werden in diesem Fall andere Maßstäbe angelegt, als bei einem arztbetriebenen, isolierten MVZ, die Aufgabenstellung ist eine andere.

Unabhängige niedergelassene Ärzte und MVZ weisen ihre Patienten in die Klinika ein, die sie aktuell für die geeigneten halten. Klinikabhängige MVZ weisen alle kos-

tengünstigen stationären Fälle in das eigene Krankenhaus ein, kostenträchtige Fälle in eine fremde Klinik. Die MVZ-Klinik hat einen weiteren wirtschaftlichen Vorteil durch die Verkürzung der Liegezeit. Die nachstationäre Betreuung (Stichwort „blutige Entlassung“) findet durch das MVZ statt, bei der genannten Vorauswahl durchaus sinnvoll.

Bei der ärztlichen personellen Ausstattung dieser MVZ können weitere Synergieeffekte genutzt werden. Auch in dünner besiedelten Regionen lassen sich auf diese Art Fachabteilungen aufrecht erhalten, die sonst wegen Unwirtschaftlichkeit geschlossen werden müssten: Der betreffende Arzt ist eben nur teilstationär tätig. Es versteht sich von selbst, dass diese angestellten Ärzte nur eine in den Krankenhäusern übliche Bezahlung erhalten sollen.

## **Ärztliche Proteste**

Entgegen der verbreiteten ärztlichen Auffassung, dass die Proteste des Jahres 2006 ungehört und ineffektiv waren, nur weil die Politik mit extremer Sturheit an ihrer sozialistischen Reform festhielt, waren die Demonstrationen sehr erfolgreich. Dass die Politik darauf nicht eingehen konnte und musste, hatte andere Ursachen.

Der Erfolg der ärztlichen Protestbewegung besteht in der festgestellten Möglichkeit, eine erstaunlich große Gruppe der Ärzte zu mobilisieren. Durch die Proteste wurde erkennbar, wieentwicklungsfähig eine eigentlich inhomogene und zersplitterte Berufsgruppe ist, die für gewöhnlich nicht gegen den „Staat“ aufbegehrt.

Die Versäumnisse liegen nicht im Jahr 2006 begründet, sondern datieren viel früher. Die Verbände waren in der Mehrzahl vollkommen unvorbereitet, als die Basis aufzubegehren dachte. Weder bestand eine Einigkeit gegenüber der Politik, noch waren die intraverbandlichen Differenzen ausgeräumt.

## **Die Steuerungsgruppe**

Es war zweifellos eine Neuheit des Jahres 2006, dass mehr als drei ärztliche Verbände an einem Tisch sitzen konnten, ohne in interne Streitigkeiten auszubrechen. Die politischen Aussichten, durch die Koalitionsvereinbarung vom 11.11.2005 vermittelt, halfen dabei.

Nachdem die Freie Ärzteschaft die erste ärztliche Protestdemonstrationen im Jahr 2005 initiiert hatte, sahen sich nun auch die großen Verbände wie NAV und HB zum Handeln genötigt. Die Berliner Demonstration im Januar 2006 war ein überzeugendes Ergebnis dieser Zusammenarbeit.

Zunächst bestand die Aufgabe darin, die neugewonnene Einigkeit nicht unbedacht aufs Spiel zu setzen. Der FVDZ mit seinen 20.000 Mitgliedern wurde zwar „vergessen“, brachte sich aber selbst wieder in Erinnerung. An den Vorbereitungen des zweiten Berliner Protesttages im März 2006 waren alle großen Verbände beteiligt. Wieviel die einzelnen Verbände durch ihr Engagement zu der großen Teilnehmerzahl beitrugen, ist nicht messbar.

Die veröffentlichten Inhalte:

- für freie Arztwahl,
- für Therapiefreiheit,
- für eine wohnortnahe Versorgung durch Haus- und Fachärzte,

- für den Erhalt der ärztlichen Schweigepflicht,
- eine fortschrittliche Medizin für alle Patienten,
- gegen Wartelisten-Medizin und
- gegen die katastrophalen Rahmenbedingungen in der ärztlichen Praxis

sind Forderungen, die von allen Ärzten, aber auch von der Politik sofort unterschrieben werden. Über den einzuschlagenden Weg zu der Erfüllung dieser Forderungen hatte aber nur die Politik ein Konzept vorgelegt – nämlich die geplante Gesundheitsreform. Die verfasste Ärzteschaft konnte sich nicht auf ein gemeinsames Konzept einigen.

In der Vorbereitung zu der Mai-Demonstration konnte weiterhin keine konzeptionelle Einigung erzielt werden. Das Motto hieß lapidar: "Erhalt von Freiheit und Freiberuflichkeit: Wir kämpfen weiter!" Allerdings zeigten sich im Verlauf bereits grundsätzliche Unterscheidungen zwischen Verbänden, die mehr dem Sachleistungssystem anhängen und solchen, die der Kostenerstattung das Wort redeten. Obwohl die dritte Demonstration des Jahres 2006 keinen Rückgang der Teilnehmerzahl verzeichnen musste, wurde das Defizit eines einheitlichen konzeptionellen Gegenentwurfes zur Reformentwicklung immer sichtbarer.

Im Sommer 2006 fügte die KBV dem Protest durch zwei Veröffentlichungen erheblichen Schaden zu. Passend zu dem Entwurf aus dem Gesundheitsministerium wurde von der KBV ein Honorarentwurf und kurze Zeit danach ein gegen das Kostenerstattungsprinzip gerichtetes Papier veröffentlicht. Mit der Steuerungsgruppe war dieses Vorgehen nicht abgestimmt und löste bei einigen Teilnehmern Empörung aus.

Die im Mai gegründete Allianz der Ärzteverbände (AdÄ) erklärte sich zum Sprachrohr der Steuerungsgruppe. Wünsche, u.a. die FÄ und den FVDZ in diese Allianz aufzunehmen, wurden dilatorisch behandelt. Eine vom FVDZ eingebrachte Resolution, dass das KBV-Papier „Kostenerstattung“ politischen Schaden angerichtet hatte, wurde zur Veröffentlichung an die Allianz verwiesen. Eine breite Veröffentlichung fand nicht statt. Ansonsten wies die AdÄ einige politische Gespräche vor, die als bedeutungslos bezeichnet werden müssen.

Inzwischen war auch der Hausärztebundesverband aus der Steuerungsgruppe ausgeschieden und legte sich konzeptionell auf eine Anpassung der Honorarhöhe innerhalb der bestehenden Sachleistungssystematik fest, die er im Konsens mit der Politik durchsetzen wollte.

Für die vierte Protestdemonstration im September 2006 konnte weiterhin keine gemeinsame Konzeption vorgelegt werden, da insbesondere über die prinzipielle Ausrichtung Sachleistung-Kostenerstattung keine Einigung erzielt werden konnte. So lautete das Motto der Veranstaltung: „Freiheit statt Sozialismus“ mit nachfolgenden Unterzeilen (in Beispielen):

- damit ärztliche Leistung sich wieder lohnt
- damit Patienten nicht nur Nummern sind
- damit Patienten ausreichend behandelt werden
- damit Ärzte wieder heilen statt verwalten
- damit Ärzte heilen und nicht den Mangel verwalten
- denn Patienten haben das Recht auf medizinische Versorgung statt auf

Zwangs- und Zuteilungsmedizin,

war also eine Wiederholung des bereits geäußerten Unwillens, ein einheitliches politisches Konzept stellte es nicht dar. Die Teilnehmerzahlen sanken erheblich.

Im ganzen Jahr 2006 war die Gruppe der großen ärztlichen Verbände nicht in der Lage, sich auf ein tragfähiges nachhaltiges gesundheitspolitisches Konzept zu einigen. Die Systemfrage konnte nicht beantwortet werden mit der Folge, dass die Politik an ihrem Vorhaben unbehelligt festhalten konnte.

## **Ärztliche Ziele**

### **Innerhalb des Sachleistungssystems**

Das für alle sichtbare Symptom der Krankheit des Gesundheitswesens ist die ungenügende finanzielle Ausstattung der GKV mit den Untersymptomen Budgetierung, Punktwertverfall, Wirtschaftlichkeitskontrolle, Regress, Bürokratisierung. Die Therapievorschläge innerhalb des Sachleistungssystems sind symptomatischer, ja eher noch palliativer Natur.

Diese Therapievorschläge sind schlicht. Die finanzielle Basis der GKV zu verbreitern wird von der Politik seit Jahrzehnten in unterschiedlichem Ausmaß betrieben durch die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und durch die Krankenkassen durch Anhebung des Beitragssatzes. Auch von Ärzten ist zuweilen die sozialistische Forderung zu hören, andere Einkunftsarten (wie Zinsen o.ä.) zur Berechnung der Beitragshöhe mit heranzuziehen.

Die Forderungen der Ärztebasis sind häufig noch einfacher: Aufhebung der Budgetierung, Beendigung des Punktesystems, Auszahlung in Euro und Cent, weniger Bürokratie, Ende der Drangsalierung durch Krankenkasse und KV. Die Frage nach der Herkunft der dafür notwendigen finanziellen Mittel beantworten sich viele Ärzte – wenn überhaupt – mit Einsparungen an anderer Stelle, bspw. bei den Verwaltungskosten oder Vorstandsgehältern.

Es ist dem niedergelassenen Arzt nicht vorzuwerfen, wenn er Umgehungsstrategien sucht und entwickelt, um seine persönliche wirtschaftliche Situation zu verbessern. Diese Strategien beinhalten die Gründung von Teilgemeinschaftspraxen, von Gemeinschaftspraxen, von ärztlich geleiteten MVZ.

Als systemkonforme Strategie muss die Reduktion des GKV-Leistungskataloges und die Verbreiterung der außervertraglichen Leistungsmenge gesehen werden. Die Anwendung von „individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) wird innerhalb der Ärzteschaft in unterschiedlichem Ausmaß praktiziert. Diese Form der Quersubventionierung der GKV-Leistungen im niedergelassenen Bereich kann dauerhaft nicht ausreichen, um eine stabile wirtschaftliche Situation herbeizuführen.

Aber auch von Prof. Beske vom Institut für Gesundheits-System-Forschung in Kiel wird ein systemerhaltendes Konzept vorgeschlagen, wenn im Band 107 seiner Schriftenreihe konkrete Vorschläge für eine Neugestaltung des Leistungskataloges gemacht werden. Folgt man Prof. Beske, ergibt sich ein Einsparpotential in Höhe von ca. 4 Mrd. Euro. Angesichts des Finanzdefizits der GKV und angesichts der zukünft-

tigen Herausforderungen im stationären Bereich wird der Vorschlag nicht zu einer nachhaltigen Lösung führen können.

### **Selektivverträge**

Die Teilnahme an Selektivverträgen wie Hausarztverträgen, IVs, DMPs verbraucht mittlerweile 30% der Gesamtvergütung. Bei vielen Ärzten kann nur noch durch solche Verträge die wirtschaftliche Existenz der Praxis aufrechterhalten werden. Die Politik hat die Entstehung von Selektivverträgen gefördert, um der durch sinkende Vergütung drohenden Qualitätsverminderung medizinischer Leistungen zu begegnen.

Für die teilnehmenden Ärzte kann dies aber immer nur eine vorübergehende Strategie sein, da sich die Gesamtvergütung nicht verändert, sondern lediglich eine Umverteilung stattfindet. Einige ärztliche Verbände und Kassenärztliche Vereinigungen bemühen sich, solche Selektivverträge zu schließen mit der Folge, dass die Gesamtvergütung in steigendem Ausmaß für diese verbraucht wird und die Kollektivvertragsvergütung immer weiter sinkende Punktwerte verzeichnen muss bis zu dem Endpunktwert 0,00 Cent.

Wenn ein ärztlicher Verband durch Selektivverträge für die eigene Klientel finanzielle Vorteile zu Lasten der Gesamtvergütung erreichen möchte, kann man dafür als Verbandsmitglied Verständnis aufbringen. Unbeantwortet bleibt aber von den Verbandsführern die Frage, woher die „unbudgetierte“ Vergütung kommen soll, wenn die Gesamtvergütung verbraucht ist und wie sich der Punktwert gestaltet bei den Patienten, die sich nicht in einen Selektivvertrag pressen lassen.

### **Unausgesprochene Ziele**

Die Politik geht davon aus, dass sich eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung mit einer 20 bis 30% geringeren Ärztezahl realisieren ließe. Bereits 1995 stellte die Gesundheitsministerkonferenz ein Übergewicht der Facharztseite im Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten bei einer allgemeinen Überversorgung fest. Seitdem ist die Arztzahl weiter gestiegen. Die Politik hat durch Niederlassungsbeschränkungen reagiert, konnte aber den Anstieg dadurch nicht beenden.

Die aktuelle Strategie soll die Zahl niedergelassener Ärzte, speziell Fachärzte, durch wirtschaftliches Ausbluten verringern. Auch wenn die Unterversorgung in einigen Regionen von östlichen Bundesländern öffentlichkeitswirksam beklagt wird, ändert es nichts an der generellen Ansicht über die ambulante Überversorgung.

Man kann bei einer Anzahl ärztlicher Verbände vermuten, dass auch sie eine Reduktion der Arztzahlen um 20 bis 30% billigend in Kauf nehmen, um hierdurch die Honorierung für die verbleibenden Ärzte zu verbessern. Die Vermutung stützt sich auf die Tatsache, dass anders ein Anhängen am Sachleistungssystem nicht rational erklärbar ist.

### **Außerhalb des Sachleistungssystems**

Eine seit langer Zeit bekannte Forderung besteht in der Ablösung des Sachleistungssystems durch ein Kostenerstattungssystem. Diese Forderung wird von einigen Verbänden seit unterschiedlich langer Zeit mit unterschiedlicher Vehemenz gefordert. Hartmannbund und FVDZ sind am längsten der Auffassung, dass die Einführung der Kostenerstattung notwendig ist. Einige Verbände zogen später nach.

Allerdings sind die öffentliche Darstellung dieser Forderung sowie die Werbung bei den Mitgliedern und in der Ärzteschaft von unterschiedlicher Ausprägung. Oft nehmen die Verbandsführer zu viel Rücksicht auf die undifferenzierte Sachleistungsabhängigkeit der ärztlichen Basis oder lassen es unversucht, die Mitglieder von den Vorteilen des Kostenerstattungssystems zu überzeugen. Die politische Durchsetzbarkeit wird ängstlich in Zweifel gezogen.

Im Laufe des Jahres 2006 kamen von den neueren Verbänden FÄ, MEDI und BVÄG lautere Forderungen nach Kostenerstattung. Allerdings zeigte sich auch, dass die Forderung nach Kostenerstattung missverständlich ist und als einzige Forderung noch keine konzeptionelle Antwort darstellt.

Es gibt innerhalb des GKV-Systems durchaus Kostenerstattungs-Sonderfälle, die unterschiedliche Formen haben und bürokratischen Aufwand mit sich bringen. Wenn es auch der sogenannte „Schritt in die richtige Richtung“ ist, bleibt es eben nur ein Schritt. Das Beispiel Zahnersatz, in der eine bürokratische Zwitterform zwar dem Patienten und Zahnarzt mehr Freiheit gewährt als die Sachleistung, zeigt dies. Auch die Möglichkeit nach § 13 SGB V, die Kostenerstattung zu wählen, ist ohne bürokratischen Aufwand nicht möglich, und vor allem wird das Vierecksverhältnis Arzt-KV-Kasse-Patient nicht aufgelöst.

Hier liegt die notwendige Kernforderung:

- Abschaffung des Vertragsverhältnisses Arzt-Krankenkasse
- Einführung des ausschließlichen Vertragsverhältnisses Arzt-Patient
- Abschaffung direkter politischer Einflussnahme auf das Arzt-Patient-Verhältnis
- Privatisierung aller Krankenkassen

Deshalb entstand im Jahr 2006 die Forderung nach „Direktabrechnung“, die sich nicht mehr an politischer Machbarkeit orientiert, sondern die Möglichkeit beinhaltet, widerspruchsfrei die Probleme des deutschen Gesundheitswesens zu lösen.

Auf welchem Wege und in welcher Zeit das Ziel „Direktabrechnung“ mit den o.g. vier Kernforderungen erreicht werden kann, muss diskutiert werden und hängt von verschiedenen Faktoren ab. Viele Varianten ärztlicher Widerstandsmaßnahmen und Einflussnahmemöglichkeiten sind überlegt worden. Das Abwägen hinsichtlich der Wirksamkeit und Durchführbarkeit stellt eine dauerhafte Herausforderung dar.

## **Durchsetzungsmöglichkeiten**

Öffentlichkeitsarbeit ist ein wesentlicher Faktor innerärztlich und außerärztlich. Wie oben festgestellt, sind hier Defizite feststellbar. Die inhomogene uninteressierte und uninformierte ärztliche Basis stellt einen Haupthinderungsgrund der politischen Durchsetzungsfähigkeit ärztlicher Anliegen dar.

Im Jahr 2006 zeigte sich eine seit Kriegsende ungekannte Mobilisierung der ärztlichen Basis. Sie ist aber keinesfalls ausreichend. Die innerärztliche Öffentlichkeitsarbeit muss also weiter um sich greifen. Der zu beschreitende Weg ist mühsam, muss aber gegangen werden.

## **Widerstandsmaßnahmen**

Erst hiernach können sinnvoll die folgenden Maßnahmen ergriffen werden, die eine große Beteiligung der niedergelassenen Ärzte erfordern. Im Forum Facharzt.de werden einige der Möglichkeiten diskutiert. Sie lassen sich unterscheiden.

### **Obstruktion ohne juristische Konsequenzen**

Teilzulassungen können zurückgegeben werden. Hier ließe sich mit einfachem Mittel Sand in das Kassengerieße streuen. Allerdings droht dem beteiligten Arzt ein Umsatzrückgang für den zurückgegebenen Bereich.

Praxisschließungen im Sinne eines „Generalstreiks“ bedürfen einer großen fachübergreifenden Beteiligung. Sie müssen für einen spürbaren Zeitraum vorgenommen werden, um politische Reaktionen hervorzubringen. Eine Woche ist sicherlich nicht ausreichend.

Leichter wäre eine flächendeckende Reduzierung der Öffnungszeiten für GKV-Patienten zu bewältigen. Es war früher durchaus üblich, einige Zeiträume den Privatpatienten vorzubehalten (Mi. nach Vereinbarung). Hier ließe sich gesetzeskonform das Kassenangebot spürbar verknappen. Die Dauer dieser Maßnahme müsste unbegrenzt sein. Ein Honorarverlust würde erst dann eintreten, wenn der Punktwert bei 5,11 Cent angelangt wäre.

Die von der Politik monierte Bevorzugung der Privatpatienten bei der Terminvergabe muss stärker praktiziert werden, wobei durchaus auch GKV-Patienten in den Genuss kommen können, wenn sie Selbstzahlerleistungen oder allgemein die Kosten-erstattung wählen. In Kombination mit der Reduzierung der Öffnungszeiten ergibt sich dies von selbst.

Die WANZ-Richtlinien müssen konsequent umgesetzt werden. Die Einhaltung des § 12 SGB V ist conditio sine qua non. Die helfersyndrombedingte andauernde Überschreitung dieser Gesetzesvorgabe kann aus vielerlei Hinsicht nicht hingenommen werden. Kassen, die gegen den § 12 verstoßen, müssen juristisch belangt werden.

Natürlich gehört auch die Kündigung aller Selektivverträge in diesen Katalog. Ich befürchte, dass dies aus wirtschaftlichen Gründen von den Kollegen nicht befolgt wird. Hier bedarf es einer verstärkten Öffentlichkeitsarbeit.

### **Obstruktion mit beschränkten juristischen Konsequenzen**

Die kollektive Zulassungsrückgabe „KORB“ gehört hierher. Aus der Erfahrung der Zahnärzte lässt sich schließen, dass die Zeitschiene der einschränkende Faktor ist. Obwohl ich die diesbezüglichen Bestimmungen des SGB V für verfassungswidrig halte, ist eine Überprüfung mit vielen Unwägbarkeiten behaftet.

Der Arzt soll eine GOÄ-Einfachvergütung erhalten. Damit würde er finanziell besser gestellt. Die politischen Möglichkeiten, hierauf kurzfristig zu reagieren, sind einfach. Die GOÄ kann auf dem Verordnungswege verändert werden, so dass sich sehr rasch diese Besserstellung aufheben ließe.

Mit einer kollektiven Zulassungsrückgabe würde in ein Wespennest gestochen. Politik, Krankenkassen, KVen, Sozialgerichtsbarkeit werden die Ärzte diffamieren. Die Politik wird die Medien gegen die Kollegen instrumentalisieren. Die Krankenkassen

werden die Patienten aufhetzen. Die KVen werden Disziplinierungsmaßnahmen und Regresse durchführen. Die Sozialgerichtsbarkeit wird in den unteren Instanzen gegen die Ärzte entscheiden. Diese Phase wird zwei Jahre bei abnehmender Intensität anhalten.

Einige Patienten werden die teilnehmenden Ärzte schlicht und wortlos verlassen. Ein weiterer Teil wird sie als geldgierige Erpresser beschimpfen. Viele Ärzte haben keine präzise Vorstellung von ihren tatsächlichen wirtschaftlichen Verhältnissen, da es in den vielen Jahren vorher immer „irgendwie ging“. Der einzelne Arzt wird nicht auf die wirtschaftliche Veränderung vorbereitet sein. Nicht stabile Ärzte sind in dieser Situation den Verlockungen der Krankenkassen und Politik besonders ausgesetzt.

Die Korb-Initiativen, die mit einem Auge auf eine Besserstellung im System schielen, werden enttäuscht werden, da das Druckpotential zu schwach und vor allem widersprüchlich ist.

### **„Widerrechtliche Maßnahmen“**

Eine zeitlich begrenzte Durchführung der Direktabrechnung, d.h. also das Verweigern der Annahme der Chipkarte, führt unter Umständen zu einer Öffentlichkeitswirksamkeit. Allerdings muss sich der teilnehmende Arzt mit den Widerständen seitens der Krankenkasse und seiner Patienten noch stärker auseinandersetzen als bei einer Praxisschließung. Rechtlich gesehen wird er seinen Anspruch auf Vergütung nur schwer durchsetzen können.

Eine weitere Möglichkeit bestünde im „Streik“ der KV, d.h. im Verweigern gesetzlich vorgeschriebener Verwaltungstätigkeiten. Angesichts der personellen Ausstattung der KV räume ich dieser Vorstellung keine Chance ein.

Eine bundesweite kollektive Zulassungsrückgabe mit Verweigerung der Rechnungslegung nach GOÄ 1-fach-Satz an die Krankenkassen (sondern mit Direktabrechnung) wäre gesetzwidrig, würde aber den Sachleistungsspek nach einer Übergangsphase am wirkungsvollsten und nachhaltigsten beseitigen.

Die Durchführbarkeit wäre möglich, wenn die Vergütungssituation sich in absehbarer Zukunft dramatisch verschlechterte. Auf jeden Fall müssen alle Anstrengungen unternommen werden, um zum angestrebten Ziel zu kommen, bevor die verschiedenen industriell-medizinischen Klinikkonzerne flächendeckend MVZ etabliert haben.

## **Ausblick**

Ohne Fortführung der aus dem Protest hervorgegangenen Initiativen in gleicher Intensität wird die sozialistische Politik obsiegen und in einigen Jahren mit modernen Polikliniken und darin angestellten Ärzten die ärztliche Versorgung der Bevölkerung darstellen. 20 bis 30 % der heute niedergelassenen Ärzte werden auf welche Art auch immer aus dem Berufsleben ausgeschieden sein. Es wird noch 80 % der Hausärzte und 20 % der Fachärzte in Selbständigkeit geben.

Die Hausärzte werden Kopfpauschalen für die Behandlung der eingeschriebenen Patienten erhalten und auf heutigem Einkommensniveau existieren. Die verbliebenen niedergelassenen Fachärzte werden sich von privater Nischenbehandlung ernähren oder sorgen in den Gebieten des Landes für die fachärztliche Versorgung,

wo ein MVZ unrentabel wäre. Der größte Teil der Fachärzte wird in den MVZ als angestellter Arzt tätig sein.

Wenn wir also nicht für immer Sklave sein wollen, wenn uns also dieses Szenario nicht gefällt, müssen die in diesem Papier aufgeführten Maßnahmen mit Vehemenz in Angriff genommen und weitere Vorstellungen entwickelt werden.

Packen wir's an!