



Plädoyer für ein neues Gesundheitskonzept

**Hans-Wolff Graf
Ruth Knittel**

Plädoyer

**für ein neues
*Gesundheitskonzept***

Einleitung

Die menschliche Gesundheit steht in der Rangfolge der Wünsche der Bevölkerung - alters-, geschlechts- und berufsabhängig - an erster Stelle.

Sie ist die Grundvoraussetzung dafür, daß Menschen ihre sonstigen Ziele und Wünsche verwirklichen können.

Vor rund 130 Jahren wurde der Wunsch des Menschen, seine Gesundheit und Leistungsfähigkeit möglichst lange und ungeschmälert zu erhalten, in der Weise zum Inhalt kollektiver Verantwortlichkeit erhoben, daß der Staat das Gesundheitswesen und dessen Wahrung zum festen Bestandteil der Gesetzlichen Sozialversicherung erhob.

Damit sollten vor allem arme, beruflich überdurchschnittlich beanspruchte Bürger sowie kinderreiche Familien vor dem sozialen Abstieg und den Folgen teurerer medizinischer Vorsorge oder Behandlung geschützt werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung wurde eingeführt, und mit ihr die Pflicht zur Mitgliedschaft für bestimmte Berufe, wobei die Arbeitgeber und die Arbeitnehmer (als Versicherte) als Partner der Berufstätigkeit jeweils hälftig Beiträge zu entrichten hatten.

So fortschrittlich, sozial und gesellschaftlich vernünftig diese Idee damals war, die Zeiten und die Verhältnisse haben sich gravierend verändert. Entsprechend die damalige demographische Situation in der deutschen Bevölkerung noch tatsächlich einem „Tannenbaum“, so hat sich die Alterspyramide nach den zwei Weltkriegen, insbesondere aber seit Mitte der 60er Jahre zunehmend verändert. Zum einen werden die Menschen nämlich heute durchschnittlich 30 Jahre älter als zu *Bismarcks* Zeiten, was nicht zuletzt dem medizinischen Fortschritt und einem Katalog von Vorsorgemaßnahmen zu verdanken ist. Zum anderen sank die Reproduktionsrate in Deutschland gravierend; bestand die Familie Ende des 19. Jh. noch aus durchschnittlich 6,8 Personen (inklusive Eltern), so weist die Durchschnittsfamilie zu Beginn des 21. Jh. gerade einmal 3,2 Personen auf. Dramatisch verkürzt hat sich auch die Lebensarbeitszeit - übrigens: absolut wie auch relativ -, da der durchschnittliche Deutsche noch nie so lange in Schul- und Ausbildungszeiten stand wie heute und gleichzeitig so wenig an (beitragspflichtigen) Berufszeiten absolvierte sowie einen derart langen Zeitlauf in Rente/Pension verbrachte.

Seit 1977 ist die Gesetzliche Krankenversicherung von Jahr zu Jahr mehr selbst zum „Patienten“ geworden, an dem mit immer wieder für nötig erachteten „Reformen“ herumgedoktert wurde. In Wahrheit handelte es sich bei diesen (bisher) 7 „Reformen“ jedoch nur um eine Verlagerung von Kosten. Substantiell - unter Einbeziehung völlig veränderter demographischer Verhältnisse und eines gänzlich anders-gearbeiteten Arbeitslebens - wurde überhaupt nichts verändert. Dies hängt - Fluch jeder richtigen Reform- vor allem daran, daß die Wählerklientel nicht verschreckt und ins politische Lager des Gegners gejagt werden sollte.

Genau das ist jedoch der Fluch der derzeitigen Situation im Gesundheitswesen: Die Architekten heutiger Reformen müssen sich für die Lasten, die sie späteren Generationen aufbürden, nicht verantworten. Die viel beschworene *Wahrung des Solidaritätsprinzips der Sozialversicherung* (jung, reich und gesund zahlt für alt, arm und krank) kann - und darüber sind sich alle wirklichen Fachleute völlig einig - nicht mehr funktionieren.

Bereits im Jahr 2020 wird sich die Zahl der Hundertjährigen verdreifacht haben und einem Arbeitnehmer würden zwei zu Versorgende (noch-nicht-Beitragszahler bzw. nicht-mehr-Beitragszahler) gegenüberstehen. Auf durchschnittlich 25 Jahre als Beitragszahler kämen - davor und danach - 65 Jahre als beitragsloser Bezieher von Leistungen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Ein wesentlicher Grund dafür, daß das heutige Gesetzliche (und sogar das Private) Krankenkassenwesen nicht länger funktionieren kann, liegt aber auch darin, daß eine immer aufgeblähtere Bürokratie und Verwaltungsstruktur speziell bei den Gesetzlichen Krankenversicherungen zwar eine Vielzahl von gut-dotierten und sicheren Arbeitsplätzen geschaffen hat, die dafür notwendigen Kosten (inkl. Abfindungen und Ruhestandsbezügen) aber dem nicht seinem ursprünglichen Zweck dienenden Sinn immer

mehr Substanz entzogen hat. Die *Gesetzlichen Krankenversicherungen* (allen voran die *Allgemeinen Ortskrankenkassen*) haben gesundheitspolitisch - nach Vorgaben des Gesetzgebers - immer mehr an Macht gewonnen und inzwischen einen funktionalen Wasserkopf in Vorständen und (Verwaltungs-) Beiräten aufgetürmt, den sich die Privatwirtschaft niemals leisten könnte. Als öffentlich-(un)rechtliche Unternehmen sind sie jedoch konkursunfähig und somit existentiell geschützt.

Zur Minderung der wirtschaftlichen Not der Gesetzlichen Krankenversicherung haben sich die Parteien jeweils rechtzeitig etwas einfallen lassen. Hierbei seien insbesondere erwähnt:

1. Die Umlagefinanzierung (Risikostrukturausgleich)

Wirtschaftlich florierende, sparsam wirtschaftende Ersatz- und Betriebskrankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, nach einem bestimmten Schlüssel diejenigen Kassen mitzufinanzieren, die weniger Gewinn erwirtschaften bzw. sogar (einige davon notorisch) rote Zahlen schreiben.

2. Die Einführung der Pflegeversicherung

Als vierte Säule der Sozialversicherung hochgelobt und von der „christlich“-„liberalen“ Koalition unter Leitung von Minister *Blüm* ins Leben gerufen, besteht die Aufgabe der Pflegeversicherung im Grunde genommen darin, unter einem anderen Namen Aufgaben der Krankenversicherung zu übernehmen, ohne das die Beitragszahler die damit verbundenen zusätzlichen Kosten als zusätzliche Beiträge zur ihrer Gesundheitsvorsorge wahrnehmen. Das über 18 (leistungslose) Monate aufgebaute Polster der Pflegeversicherung in Milliardenhöhe schmilzt bereits im laufenden Kalenderjahr (2000) um etwa 1,5 Mrd., und spätestens im Jahre 2004 kommt die Pflegeversicherung um eine Beitragserhöhung nicht herum. Gleichzeitig dient die Pflegeversicherung bereits heute den Gesetzlichen Krankenversicherungen in vielfältiger Weise als „Abschiebestation“. Werden nämlich Kranke, denen bestimmte Behandlungsmethoden oder Kuren nicht mehr genehmigt werden, zu Pflegefällen, so fallen sie kostenmäßig aus dem Bereich der Krankenversicherungen in den der Pflegeversicherung.

3. Die ständige Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze (BBG)

Hierdurch werden immer mehr Arbeitnehmer in den Kreis der Beitragszahler gezwungen. Zwar kann sich derjenige, der durch eine Erhöhung der gesetzlichen Beitragsbemessungsgrenze wieder unter die Pflichtversicherungsgrenze fällt, befreien lassen und weiterhin in seiner Privaten Krankenversicherung bleiben, dies ist aber mit der Drohung versehen („*Einmal befreit, immer befreit*“), daß ihm für alle Zukunft der Weg in die Gesetzliche Krankenversicherung versperrt ist. Zwar muß man fairerweise zugestehen, daß es nicht angehen kann, daß sich jeder Arbeitnehmer immer nur die „Rosinen“ aus dem sozialen Kuchen pickt, noch viel weniger ist jedoch einzusehen, warum der Staat ein längst marodes System zu Lasten seiner Bürger auf Biegen und Brechen meint, verteidigen zu müssen, und unter dem Mäntelchen der „sozialen Verantwortung“ glaubt, Millionen erwachsener Menschen entmündigen zu dürfen, ihnen also schlicht die Fähigkeit und Verantwortungsbereitschaft abspricht, selbst für ihre Gesundheit und die unabdingbaren Folgen des Alters zu sorgen.

4. Das Gesetz zur Scheinselbständigkeit

In geradezu unverfrorener Arroganz griff der Staat mit diesem Gesetz in den Arbeitsmarkt ein und maß sich damit an, darüber zu befinden, in welcher Weise Anbieter von Arbeitsplätzen und Anbieter ihrer Arbeitskraft (Arbeitgeber und Arbeitnehmer) miteinander in Geschäftsbeziehungen zu treten haben. Auch dieses Gesetz wurde offiziell „zum Schutze des Bürgers“ verabschiedet, in Wahrheit ging es ausschließlich darum, die leeren Kassen der Gesetzlichen Sozialversicherung zu füllen.

Wir meinen hingegen, daß es mündigen Bürgern schon selbst überlassen bleiben muß (und kann), in welcher Weise sie miteinander als Arbeitnehmer/-geber in ein berufsmäßiges Rechtsverhältnis eintreten und wie sie dies inhaltlich gestalten.

Ein weiterer Grund für das Desaster des heutigen Gesundheitswesens liegt im psychologischen Bereich: Zwangsweise zur Zahlung verpflichtete BürgerInnen verlieren durch die (indirekte) Abrechnung über ihre Krankenversicherung nach und nach das Kostenbewußtsein für ihnen zuteil werdende medizinische Versorgung. Die Verrechnungssystematik wird für den Patienten anonymisiert und auf die Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Krankenversicherungen abgeschoben. Zum anderen sieht sich der Krankenkassenpatient darin im Recht, möglichst viele Leistungen der Krankenversicherung immer bedenkenloser abzurufen. Ihm fehlt, nicht zuletzt aufgrund enorm hoher und ständig überproportional steigender Beiträge, jede Motivation, kostenbewußt und verantwortungsvoll im Sinne einer Sozialgemeinschaft zu denken und zu handeln.

Dies resultiert vor allem aus dem Umstand, daß mit der Einbeziehung immer neuer Bevölkerungs- und Berufsgruppen unter dem Deckmantel einer *sozialen* Einrichtung eine höchst gefährliche „Lunte“ gelegt wurde: Der gesetzlich unter Kuratel gestellte und seiner Eigenverantwortlichkeit enthobene Bürger verabsäumt nämlich zunehmend, im Sinne einer (ihm abgesprochenen) Mündigkeit, sich als für sich selbst verantwortlich zu empfinden.

Dies führt(e) - allen sozialen Theorien zum Trotz - zunehmend dazu, daß man der Gemeinschaft die Verantwortung in dem Maße überläßt, wie der Gesetzgeber dem Einzelnen die Eigenverantwortlichkeit abspricht und raubt.

Einen besonders gravierenden, zunehmend ausufernden Kostenfaktor stellt das *Krankenhauswesen* dar. Zumeist unter staatlicher oder öffentlich-(un)rechtlicher Regie stehende Krankenhäuser geben ihre Beleg-Planungen ein, die dann - in die Kompetenz der Länder gestellt - als „Vorhalteleistung“ definiert zu einer Zahlungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung von 75% des jeweiligen Pflegesatzes bei Leerstand führt. Wir leisten wir uns eine in Europa bzw. unter den Industrienationen einzigartige „Bettenburg“ - alleine in Bayern sind dies etwa 10.000 -, deren Subventionsanteil bei ungefähr DM 400 pro Bett und Tag liegt. Derzeitige jährliche Kosten monströser und völlig verantwortungsloser Fehlplanung in den alten Bundesländern: Etwa 16 Milliarden DM!

Auch die Verweildauer in bundesdeutschen Krankenhäusern ist die mit Abstand höchste der westlichen Welt. Dabei lägen - Beispiel: USA - die Kosten einer postoperativen Hotelbelegung bei weniger als der Hälfte der teuren Krankenhausbetten. Von regelmäßigen Doppelbelegtagen (Eingangs-/Abgangstage), die dann natürlich auch den Krankenversicherungen doppelt berechnet werden, ganz zu schweigen.

Fazit: Aus den o.g. (und vielen weiteren) Gründen ist das heute geltende Krankenversicherungswesen nicht mehr länger finanzierbar und zudem geneigt, seinen eigentlichen Anspruch, Teil einer „*sozialen Werte- und Kostengemeinschaft*“ zu sein, zur Farce werden zu lassen.

Es *müssen* neue Wege gegangen und *Reformen* eingeführt werden, die diesen Namen auch verdienen.

Das *LFD - Liberales Forum Deutschland* möchte im folgenden - skizziert und möglichst leicht verständlich - eine wirkliche Alternative vorstellen.

Dieses *alternative Gesundheitskonzept* wird mit seiner Verabschiedung als integraler Bestandteil in das Grundsatzprogramm des *LFD* aufgenommen.

Unsere Alternative

Das Gesundheitskonzept des *LFD - Liberales Forum Deutschland* fußt im wesentlichen auf folgenden Grundlagen:

- **Markt- und wettbewerbsgerechte Bedingungen**
- **Förderung der Eigenverantwortlichkeit im Berufs- und Privatleben (wozu auch die Gesundheits- und Risikovorsorge gehören)**
- **Mitverantwortung - u.a. durch Selbständigkeit und Freiheitlichkeit im Denken und Handeln**
- **Soviel *privat* wie möglich und *so wenig Staat* wie unbedingt nötig.**

An die Stelle halbherziger Reförmchen und kreativer Verschiebe-Aktionen - immer mit einem schielenden Auge auf den Wähler - muß ein klug und fachlich kompetentes Denken und ein strukturell völlig neu gegliedertes Gesundheitskonzept rücken.

1. Das bestehende *Pflichtversicherungswesen* in der Gesetzlichen Krankenversicherung soll in eine *Versicherungspflicht* umgewandelt werden. Das bedeutet, daß jede(r) Bürger(in) eine Absicherung der elementaren Gesundheitsrisiken - bei völlig freier Kassenwahl - nachweisen muß.
2. Aufhebung der kastenartigen Trennung nach Arbeitern und Angestellten, Selbständigen und Beamten, Schülern und Studenten, Kindern und Rentnern, Künstlern und Sozialhilfeempfängern, Bergleuten, Landwirten und Seeleuten, Richtern, Soldaten und Beamten in Sonderstellungen. Die bisher beitragslose Absicherung der Beamten und das Zuschußwesen für Angestellte im öffentlichen Dienst wird aufgehoben.
3. Zur Absicherung der *Grundversorgung* (als *Basisabsicherung*) hat der Bürger die freie Wahl zwischen einer Gesetzlichen und jeder Privaten Krankenversicherung. Die Privaten Krankenversicherer müssen, um als solche zugelassen zu werden, gleichwertige *Basistarife* zur Verfügung stellen und diese - unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand des Versicherten - allen BürgerInnen offenhalten.
Diese Grundversorgung sollte umfassen:
 - a., Unfallnothilfe;
 - b., Stationäre Versorgung und
 - c., Operationen.Dabei ist konsequent zwischen Geschehnissen zu unterscheiden, die ohne Einfluß des Versicherten eintreten und solchen, die ein Dazutun des Versicherten zum Hintergrund hatten. Wer z.B. in betrunkenem Zustand verunfallt, wird zwar versorgt, die dafür anfallenden Kosten hat er jedoch selbst zu tragen, wenn der Unfall durch seine Trunkenheit verursacht wurde. Ebenso soll ein Versicherter. Behandlungskosten selbst bestreiten, wenn diese als Folgen risikoreicher Lebensführung eintreten, z.B.: Organ- und Skelettschäden aufgrund von Übergewicht, Drogenkonsum, Rauchen, Medikamentenabusus, Sportverletzungen u.ä.
4. Über die Grundversorgung hinausgehende Leistungen sind freiwillig und liegen in der Entscheidung jedes einzelnen Versicherten. Demzufolge sind Hobbys, Sport- und Freizeitaktivitäten jeder Art Sache des Einzelnen. Sich gegen etwaige Fährnisse abzusichern, liegt in der Eigenverantwortung jedes Bürgers.
Nicht einzusehen ist auch, warum die Folgen von Rauchen, Alkohol, Drogen (inkl. Medikamentenabusus) und Übergewichtigkeit der Allgemeinheit aufgebürdet werden sollen. Typischerweise daraus erwachsende Kosten hat der Versicherte künftig selbst zu bezahlen.

5. Die *Basisabsicherung* umfaßt alle Risiken im Gesundheitswesen, die einen Menschen ohne eigenes Zutun und unter der Voraussetzung eigenverantwortlicher Vorsorge treffen können, für die er also nicht ursächlich selbst verantwortlich gemacht werden kann. Dazu gehört vor allem der *stationäre* (Krankenhaus)Bereich, das *OP-Risiko* und das Risiko *schwerer Krankheiten*. *Berufs-/Erwerbsunfähigkeit*, das *Unfallrisiko* und die *Folgen des Ablebens* können anderweitig abgesichert werden.
6. Um den Gedanken der Eigenverantwortlichkeit - der bereits Gegenstand der Erziehung in den Familien und Unterrichtsstoff in den Grundschulen sein sollte - zu stärken und der Eigenvorsorge (Prophylaxe) entsprechende Motivation zu verleihen, sollte (ähnlich wie bei der Gesetzlichen Rentenversicherung) für jeden Versicherten ein individuelles *Lebens-Gesundheitskonto (LGK)* geführt werden. Hierbei sollte die Solidargemeinschaft für den Fall einspringen, daß dieses *LGK* ins Minus geraten sollte. Immerhin sind die Fähnrisse besonderer Art, die den einzelnen Versicherten treffen können, nicht immer nur im Verantwortungsbereich des Bürgers zu suchen. Hingegen - und hier setzt die erwähnte Motivation ein - sollte für den Fall, daß dieses *LGK* beim Eintritt in die Rente ein Plus aufweist, dieses *LGK* auch zur *Erhöhung der Rente* verwendet werden können, und falls das *LGK* beim Ableben des Versicherten im Plus ist, sollte dieses sogar vererbt werden können, wobei eine daraus erwachsende Erbmasse dann jeweils dem *LGK* des/der Erben zufließen sollte. Hier empfiehlt sich, eine geistige Anleihe bei dem Stadtstaat *Singapur* zu nehmen, in dem Teile dieses Gedankens bereits erfolgreich verwirklicht wurden. Leicht zu erahnen: Das Interesse daran, ältere Familienangehörige gesund zu erhalten, würde sicherlich sprunghaft steigen, die übliche Weise, ältere Menschen in Heime abzuschieben, säne wohl deutlich.
7. Die *Grundversorgung* (inkl. *Krankentagegeldversicherung*, *Sterbehilfe*, *Behandlung durch Heilpraktiker*, *Psychologen* oder *Psychotherapeuten* etc.) ist - siehe das *Steuer-, Wirtschafts- und Sozialkonzept* des **LFD** - steuerfrei zu stellen (Konsumsteuerklasse I). *Zusatzversicherungen* (z.B. *Krankenhaustagegeld*, höherwertige *orthopädische* oder *Dentalleistungen* etc.) unterliegen der Konsumsteuerklasse II (20 %), während *Sonderrisiken* [*Auslands(Reise)KV*, *Sportrisiken* für Taucher, Fallschirmspringer etc.] der Konsumsteuerklasse III (40 %) unterliegen.
8. Die bisher übliche hälftige Beitragszahlung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber soll entfallen. Der Arbeitnehmer erhält den hälftigen Krankenversicherungsbeitrag des Arbeitgebers (ebenso, wie wir dies bei den übrigen Sozialabgaben fordern) vollständig ausbezahlt. Die Höhe des über den Grundversorgungsbetrag hinausgehenden Arbeitgeberbeitrages unterliegt der freien Absprache zwischen den Partnern eines Arbeitsverhältnisses. Hierüber haben weder Gewerkschaften noch der Gesetzgeber zu befinden. Sie stellen vereinbarte Teile eines Lohnes für eine geleistete Arbeit dar, und es obliegt dem Arbeitnehmer, seine nach eigener Wahl vereinbarten Krankenversicherungsbeiträge vollständig selbst zu leisten. Dies hätte außerdem den Effekt, daß in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen für den Arbeitnehmer transparent sind und er ein Bewußtsein für die Kosten wiedergewinnt, was im bisher gültigen System völlig verlorenging.
9. Sozialhilfeempfänger werden vom Staat zum Grundtarif versichert. Zusatzversicherungen nach Konsumsteuerklasse II werden ebenfalls von der Sozialhilfe getragen, sofern diese Zusatzversicherungen bereits mindestens zwei Jahre vor dem Bezug von Sozialhilfe bestanden haben. Staatliche Zuschüsse zur Konsumsteuerklasse III werden nicht erstattet.
10. Wehr -, Sozial- oder Ersatzdienstleistende werden vom Staat so versichert, wie (mindestens für ein vollständiges Jahr) zuvor der bisherige Versicherungsschutz bestand.

11. Alle Krankenversicherungen haben generell einen *Kinder-Gesundheitstarif* anzubieten, wobei - ähnlich wie in anderen Versicherungssparten - Laufzeit- und Mehrpolicenrabatte gewährt werden sollten.
12. *Sonderrabatte* für einige (vom Versicherungsträger jeweils präferierte) Berufsgruppen sind generell zulässig (im übrigen auch sinnvoll, da unterschiedliche Berufsgruppen auch unterschiedliche Risiken aufweisen und durch besondere Vorsorge-Maßnahmen der einzelnen berufsständischen Vereinigungen sich diese Risiken auch reduzieren lassen). Hingegen entfallen staatliche Zuschüsse (die ja immer aus dem Steueraufkommen resultieren), wie z.B. für Beamte und öffentlich Bedienstete. Eine (bislang übliche) Bevorzugung von Staatsbediensteten ist sozial ungerecht und durch nichts zu rechtfertigen.
13. Die Versicherungswirtschaft kann Vorsorgemaßnahmen (Lehrgänge, Seminare, Vorträge etc.) anbieten (z.B. bereits in Kindergärten und an Grundschulen), um damit zum einen die Prophylaxe zu verbessern und zum anderen als Werbemaßnahmen. Hingegen kann und soll dies nicht Aufgabe des Staates sein, sondern in die Eigenverantwortlichkeit derer relegiert werden, die dafür die Verantwortung zu tragen haben: Eltern, Pädagogen und die Anbieter im Gesundheitsmarkt.
14. Eine Mitversicherung nicht-erwerbstätiger Ehegatten/Lebenspartner im Rahmen der bisher bei Gesetzlichen Krankenversicherungen geübten Praxis entfällt. Grundsätzlich ist jede in Deutschland lebende Person einzeln versicherungspflichtig. Dies gilt grundsätzlich auch für im Erziehungsurlaub stehende Elternteile.
15. Es obliegt einzig dem Patienten, ob er sich von einem schulmedizinisch orientierten Arzt oder in homöopathisch ausgerichteter Weise behandeln läßt.
16. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind ersatzlos abzuschaffen. Künftig obliegt es Patienten und Ärzten, in freier Entscheidung und unter den Bedingungen des Wettbewerbs die Behandlungsmethode und den dafür geforderten/gezahlten Preis zu vereinbaren. Damit entfielen das (heute im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung übliche) System der *Kosten-Anonymität*. Patienten und Ärzte müssen, in freier Übereinkunft und völlig auf den individuellen Fall abgestimmt, vereinbaren können, welche Behandlungsmethode zu welchem Preis nötig, vernünftig und anzuraten ist.
17. In gleicher Weise ist die heute übliche diktatorische Ausuferung des *Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK)* erheblich einzuschränken bzw. sogar abzuschaffen. Statt dessen könnte eine Kontroll- und Beschwerdeinstanz geschaffen werden, die bei Unstimmigkeiten bzw. Schadensfällen als neutrale Schiedsstelle zwischen Arzt und Patient bzw. Arzt und Krankenversicherung angerufen werden kann. Die bisherige Praxis, daß der *MDK* in keiner Weise an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Entscheidungen „am grünen Tisch“ fällt, oder sich sogar anmaßt, fachlich inkompetent aber gesetzlich abgesichert Entscheidungen über die Behandlungen eines Arztes oder eines Pflegedienstes bzw. eines sonstigen medizinischen Leistungserbringers anzuordnen, kann nicht länger hingenommen werden. Zudem muß ein Mitsprache-/Entscheidungsrecht und eine Einspruchsmöglichkeit für Patienten resp. deren Bevollmächtigte gegeben sein.
18. Der *BEMA [Bundeseinheitlicher Maßstab für Abrechnungen (inkl. der heute gültigen Punktwertberechnung und der „Gießkannen“-ähnlich vergebenen Budgets für (Zahn-)Ärzte)]* entfällt ersatzlos. Alle Gesundheitsleistungen werden nach *GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)* bzw. *GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte)* abgerechnet. Der Patient erhält vom jeweils behandelnden Arzt bzw. dem Leistungserbringer gesundheitsfördernder Maßnahmen (z.B. Optikern, Dental-labors, orthopädischen Firmen etc.) seine individuelle Rechnung, die er nach Prüfung ggf. an die für ihn zuständige Krankenversicherung weiterleitet. Eine Abrechnung nach Punktwerten und Budgets erübrigt sich damit, und Patienten werden - schon im eigenen Interesse - jeweils dann zu

Ärzten oder sonstigen gesundheitlichen Leistungserbringern gehen, wenn dies wirklich nötig ist. Es obliegt der Eigenverantwortung des Patienten, mit dem Arzt bzw. einem anderen Leistungserbringer den entsprechenden Behandlungs- und Kostenrahmen abzustecken (ähnlich wie beim Bau eines Hauses mit dem Architekten) und selbst zu entscheiden, welche Leistungen er dann mit welchen Selbstbehalten und ggf. Rabatten vereinbart.

19. Eine Zwangsmitgliedschaft eines (Zahn-)Arztes in einer Kassen(zahn)ärztlichen Verrechnungsstelle gibt es nicht mehr. Jedem (Zahn)Arzt bleibt hingegen unbenommen, freiwilliges Mitglied einer derartigen K(Z)V zu werden/bleiben oder seine Abrechnung über eine private Verrechnungsstelle bzw. in Eigenregie vorzunehmen.
20. Das bislang standesrechtlich festgeschriebene Werbeverbot für (Zahn)Ärzte wird aufgehoben. Auch (Zahn)Ärzte sind Teilnehmer am Wettbewerb und es muß ihnen unbenommen bleiben, spezielle medizinische Leistungen und Fähigkeiten in Anzeigen oder auf ihren Praxisschildern anzugeben bzw. im Internet oder in sonstiger Weise zu veröffentlichen. Dies ist zum einen ein Gebot fairen Wettbewerbs, zum anderen trüge es entsprechend dazu bei, daß auch Ärzte sich fortbilden und mit dem jeweils neuesten Stand der Medizin vertraut machen. Allerdings muß eine Zusatzausbildung auch fundiert sein. Es kann nicht genügen, z.B. als Arzt einen Wochenendkurs in Akupunktur/-pressur zu absolvieren, um sich künftig als darin „ausgebildeter Fachmann“ oder als Heilpraktiker zu betätigen.
21. Der zunehmenden Vergewerblichung des (Zahn)Ärztstandes muß - im Sinne des fairen Wettbewerbs gegenüber den Leistungserbringern medizinischer Hilfsmittel - Einhalt geboten werden. Wer z.B. neben einer Praxis als Zahnarzt auch ein Dentallabor führen möchte, hat hierfür auch die nötige Ausbildung nachzuweisen, um dann auch tatsächlich eine doppelte Berufstätigkeit auszuüben.
Bisher fungieren nämlich die Ersteller von begleitenden Heil- und Hilfsmitteln lediglich als Auftragnehmer des (Zahn)Arztes und sind ausschließlich dessen Benevolenz und seinen Absprachen mit dem Patienten, die der Ersteller von Heil- und Hilfsmitteln oftmals nie persönlich kennenlernt, unterworfen. Im Sinne fairer Wettbewerbsbedingungen müssen Erbringer von medizinischen Leistungen auch im Sinne getrennter Berufsbilder gleichwertig nebeneinander im Wettbewerb stehen, besser noch: Als faire Partner und im Sinne der Ethik ihrer Berufstätigkeit zusammenarbeiten. Kartellartige Bedingungen, zu Gunsten einer und zu Ungunsten der anderen Seite, sind auszuschließen.
22. Die bisher üblichen Leistungskataloge werden durch individuelle Leistungsverzeichnisse ersetzt. Versicherte müssen selbst entscheiden können, welche Verordnungen des Arztes in welcher Ausführung und zu welchem Preis in Anspruch genommen werden. Es untersteht ausschließlich dem Vertrauensverhältnis von Patient und (Zahn)Arzt einerseits und Leistungserbringern sonstiger Art im (zahn)medizinischen Bereich andererseits, welche Leistungen (und von wem) zu einem transparent aufgeschlüsselten Preis gekauft werden.
23. Auch *ambulante Pflegedienste* rechnen ihre Leistungen mit dem Patienten bzw. dessen Bevollmächtigten ab. *Ambulante Pflegedienste* handeln zwar im Auftrag und nach Absprache mit (Zahn)Ärzten, sind diesen aber nicht - wie bisher - als subordinierte Leistungserbringer unterstellt. Den Patienten steht es frei, ihren ambulanten Pflegedienst selbst zu wählen, und entsprechend erfolgt die Abrechnung ambulanter Pflegedienstleistungen auch direkt mit dem Patienten, also weder über den Arzt noch über eine sonstige Verrechnungsstelle.
24. Auch Alten- und Pflegeheime bzw. medizinische Einrichtungen sonstiger Art sind dem freien Wettbewerb zu unterstellen. Das z.T. völlig ausgeuferte staatliche bzw. öffentlich-rechtliche System stationärer oder ambulanter medizinischer Einrichtungen hat sich als übermäßig personalintensiv und (wasser)kopflastig erwiesen. Diese Einrichtungen sind künftig - im Sinne eines

fairen Wettbewerbs - nach marktwirtschaftlichen Grundsätzen zu führen. Zur Einrichtung und Führung eines derartigen Betriebes bedarf es einer Lizenzierung, die transparent Auskunft darüber gibt, wie kompetent welche Leistungen jeweils erbracht und angeboten werden dürfen. In Alten- und Pflegeheimen sind Patienten (ähnlich wie bei Wohnungseigentümergeinschaften) Mitspracherechte (nach dem Beirats-Prinzip) einzuräumen. Diese *Beiräte* sollen bei Problemen vermittelnd tätig werden.

Für Sozialhilfefälle sollen entsprechende Unterbringungs- und Versorgungsangebote gewährleistet sein, die den betreffenden Patienten einen Lebensabend in Würde garantieren. Auch hier sollen private Anbieter als Wettbewerber ihre Leistungen anbieten können. Eine (bisher übliche) Wettbewerbsverzerrung durch öffentlich-rechtlich subventionierte Trägervereine soll künftig nicht mehr möglich sein.

25. Schwestern, Betreuern und Pflegern innerhalb der Medizin-, Heil- und Pflegeberufe soll die Möglichkeit eines Wechsels geboten werden. Es kann nicht angehen, daß bei essentiell gleicher Grundausrichtung jeweils eine komplett neue Berufsausbildung notwendig wird, um von einem medizinisch-orientierten Beruf in einen anderen Beruf der gleichen Sparte zu wechseln. Hierbei müssen die unterschiedlichen Fachkenntnisse jeweils durch den Erwerb entsprechender Zusatzqualifikationen erworben und nachgewiesen werden. Eine komplette Neuausbildung ist jedoch nicht erforderlich, soweit es sich um artverwandte Tätigkeiten handelt (z.B. der Wechsel einer Kinder-/Krankenschwester zur Altenpflegerin bzw. umgekehrt).
26. Sämtliche Leistungserbringer im Bereich der Medizin sind als gleichberechtigte Partner mit Sitz und Stimme im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenversicherungen vertreten.
Eine Verlagerung von Kompetenzen und Entscheidungsbefugnissen auf staatliche oder sonstige „anonymisierte“ Institutionen unterbleibt künftig.

Schlußbemerkung

Der Bereich der Medizin, der Gesundheitsversorgung sowie der Heil- und Pflegebehandlung gehört zu den intimsten und für viele Menschen mit Ängsten in besonderem Maße verbundenen Belangen des täglichen Lebens.

Unter diesem Aspekt darf nicht verwundern, daß sich in früheren Zeiten (Zahn)Ärzte eine Art wettbewerbsrechtliches Refugium der besonderen Art geschaffen haben, was mit entsprechenden, überhöhten Einkommen verbunden war. Die dann vor ca. 20 Jahren einsetzende Gegenbewegung war vornehmlich von Neid und wenig Wissen und Verständnis um die Zusammenhänge geprägt. Der Versuch des Gesetzgebers, in populistisch „anmutiger“ Weise Mediziner in Bausch und Bogen als Krösusse und unsoziale Schmarotzer zu diffamieren, hat das gesamte Gesundheitswesen auf den Kopf gestellt und politisch in feindliche Lager geteilt. Die wirklich Schuldigen an der Ausuferung der Gesundheitskosten - gierige Pharmamanager, personalintensive öffentlich-rechtliche Krankenhäuser, publicity-süchtige Kommunalbeamte (die sich durch spezialisierte Krankenhäuser auch in kleinsten Orten persönlich ein Denkmal setzen wollten) und völlig überzogene Kostennoten von öffentlich-rechtlich bestellten Professoren in universitären oder staatlichen Kliniken - wurden von sämtlichen Maßnahmen im Gesundheitswesen überhaupt nicht betroffen.

Dem **LFD** geht es darum, das völlig aus den Fugen geratene Gesundheitswesen wieder auf wettbewerbs-adäquate Beine zu stellen. Es geht uns aber auch darum, die Menschen wieder ein vernünftiges Verhältnis zu ihrem eigenen Körper, ihrer eigenen Gesundheit und den Umgang mit damit verbundenen Risiken und Kosten gewinnen zu lassen.

