

N 20587 F

# Fragen der Freiheit



Gesundheitspolitik  
am Scheideweg

März/April 1977  
Doppelheft  
125

Das Prinzip, daß die Regierung für das Glück und Wohl,  
das physische und das moralische der Nation sorgen müsse,  
ist der ärgste und drückendste Despotismus.

Wilhelm v. Humboldt

# **FRAGEN DER FREIHEIT**

- Beiträge zur freiheitlichen Ordnung von Kultur, Staat und Wirtschaft -

Doppelheft  
Folge 125

März/April 1977

Herausgegeben vom Seminar für freiheitliche Ordnung  
Postverlagsort: 54 Koblenz

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
<i>Heinz Hartmut Vogel</i> Sozialpolitik am Scheideweg . . . . .	3
<i>Ernst Winkler</i> Grenzen des Staates in der Sozialpolitik . . . . .	6
<i>Dietrich von Abel</i> Probleme im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland . . . . .	24
<i>Heinz Hartmut Vogel</i> Zur Kostenexplosion im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung . . . . .	35
<b>Berichte</b>	
<i>Fritz Penserot</i> Der totale Ausbau der Krankenversicherungspflicht als Ursache für die Kostenexplosion vom Standpunkt der Ärzteschaft, der Gewerkschaft, des Unternehmertums und des Einzelpatienten aus gesehen . . . . .	39
<b>Zeitkommentare</b>	
<i>Hartmannbund</i> Landesverband Baden-Württemberg – Entschließung – Das Krankenhauskostendämpfungsgesetz (KVKG) . . . . .	46
<i>Verband der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.</i> Bericht zur Lage . . . . .	47
Argumentationshilfe zur Ablehnung des Krankenversicherungs- Kostendämpfungsgesetzes . . . . .	48
<i>Aktionsgemeinschaft Baden-Württembergischer Ärzte</i> Ärzte nehmen Stellung . . . . .	53
<i>Gottfried Büttner</i> Die Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V. – Aufgaben und Ziele – . . . . .	59
Pressemitteilung . . . . .	63
<i>Heinz Hartmut Vogel</i> Zur Stellungnahme der GKV zum Krankenversicherungs- Kostendämpfungsgesetz . . . . .	64
Eine Bemerkung zu »Ärzte nehmen Stellung« der Aktionsgemeinschaft Baden-Württembergischer Ärzte . . . . .	65
<i>Helmut Schoeck</i> Staatlich verordnete Gesundheit treibt die Kosten hoch . . . . .	66
<i>Karlheinz Rode</i> Negative Vereinigungsfreiheit und Zwangsmitgliedschaft in öffentlichen Körperschaften . . . . .	69
<i>Rudolf Affemann</i> Gesundsein lernen – Der Beitrag der Schule zur Gesundheitserziehung – . . . . .	72
<i>Gerhard Vescovi</i> Fernziel: Medizin als umfassende Lebenslehre . . . . .	79
<i>Heinz Hartmut Vogel</i> Der Kranke und der moderne medizinische »Apparat« – Stellungnahme zum Pressebericht der FAZ vom 18. 4. 1977 über den Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin von Rainer Flöhl . . . . .	81
<b>Buchbesprechung</b>	
<i>Heinz Hartmut Vogel</i> Siegfried Häußler – »Reform durch Zwang oder Einsicht?« . . . . .	83
<b>Ankündigungen</b>	
49./50. Tagung des Seminars für freiheitliche Ordnung in Herrsching/A. vom 28. Juli bis 7. August 1977 . . . . .	88

# Sozialpolitik am Scheideweg

Heinz Hartmut Vogel

Die Kosten für Gesundheitsleistungen, auf die mehr als 90% der westdeutschen Bevölkerung einen gesetzlichen Anspruch haben, sind im Laufe der letzten Jahre auf 12% der Bruttoeinkommen der versicherungspflichtigen Bürger angestiegen. Sämtliche Sozialversicherungs-Beiträge zusammen machen bereits rund 40% der Brutto-Arbeitseinkommen aus, wenn man die gesetzliche Lohnfortzahlung hinzurechnet. Eine weitere Erhöhung käme einer teilweisen Enteignung der arbeitenden Bevölkerung gleich.

Bedingt durch die wirtschaftliche Rezession können die Altersrenten mit den geringer gewordenen Beiträgen nicht mehr voll abgedeckt werden. Unser Sozialversicherungssystem ist damit in seine erste schwere Krise geraten.

Die Bindung der Altersvorsorge an die Höhe der eingezahlten Beiträge ist weder ein soziales noch ein ökonomisches Problem. Es ist für jeden einsehbar, daß im Alter nur soviel verbraucht werden kann, wie man in der Jugend durch Konsumverzicht erspart hat. Hier wird es lediglich darauf ankommen, der Bevölkerung die Notwendigkeit vor Augen zu führen, höhere Beiträge während des Arbeitslebens zu leisten, bei gleichzeitig ökonomischer Verwendung und Verwaltung der auf diese Weise von Generation zu Generation gebildeten Rücklagen. Dies ist ein in sich logischer Zusammenhang.

Schwieriger scheint es zu sein, die Abhängigkeit von Leistungsansprüchen und Kosten im Gesundheitswesen offenzulegen.

Die für die ständige Ausweitung der Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung verantwortlichen Politiker aller Legislaturperioden seit Begründung der Bundesrepublik haben offenbar geglaubt, man könne die freiheitlichen Grundsätze unserer Verfassung, das heißt Selbstbestimmung und Selbstverantwortung, innerhalb eines kollektiven gesundheitlichen Versorgungssystems aufrechterhalten, denn dies bedeutet: legalisierte Inanspruchnahme jedes Arztes für jede beliebige gewünschte Leistung durch den Versicherten bei gleichzeitiger Erwartung einer individuellen Behandlung nach dem letzten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse durch den Arzt.

Das Vollkasko-Versicherungssystem ohne persönliche Verantwortung und ohne Direktbeziehung zwischen Patient und Arzt macht unsere Grundrechtsordnung auf dem wichtigen Gebiet des Gesundheitswesens unwirksam. An die Stelle individueller und direkter Rechtsbeziehung zwischen Patient

und Arzt tritt das anonyme Kassensystem, das aus immanenter Eigen-gesetzlichkeit den Rest von Freiheitlichkeit im Patient-Arzt-Verhältnis früher oder später vollständig beseitigen muß.

An diesem Punkt sind wir nunmehr angekommen.

Es ist die entscheidende Frage an unsere verantwortlichen Politiker aller Parteien zu richten, ob sie gewillt sind, unser Gesundheitswesen nunmehr auf den Boden unserer freiheitlichen Grundordnung zurück-zuführen; das heißt aber: Herstellung einer gesetzlichen Rahmenordnung, die es jedem Bürger möglich macht, eine Mindest-Schadensversicherung für schwere und chronische Krankheiten, für Unfälle und für den durch Krankheit verursachten Verdienstaufall mit einer dem Aufsichtsamt unter-stehenden Versicherung abzuschließen.

Bei Einkommen einer festzusetzenden Mindestgrenze kann dann der Schaden und der Verdienstaufall von der Solidargemeinschaft wie bisher getragen werden.

Das Bonner Grundgesetz gewährleistet die freiheitliche Gesellschafts-ordnung. Sie ist auf dem Gebiet des Gesundheitswesens durch das kollektive System der gesetzlichen Krankenversicherung aufgehoben.

Zur Dämpfung der »Kostenexplosion« im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung hat nunmehr das Bundesarbeitsministerium (Minister Ehrenberg, SPD) dem Kabinett einen Gesetzentwurf (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz) am 16. Februar 1977 zur Beschlußfassung vorgelegt, der am System der »Vollkaskokrankenversicherung« nicht nur nichts ändert, sondern sich zudem an den falschen Adressaten wendet, indem er das Angebot ärztlicher Leistungen einschränken will. Der Versicherte ist damit nach wie vor uneingeschränkt *berechtigt*, nach eigenem Gutdünken ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen. Er behält gewissermaßen den Schlüssel zur Krankenkasse, das heißt zur Auszahlung von Krankengeld und zur Gewährung von ärztlichen Leistungen in der Hand, ohne für die ent-stehenden Kosten verantwortlich zu sein. Von den Mitgliedern der ge-setzlichen Krankenversicherung wird kein kostendämpfendes Verhalten erwartet. Sie werden weiterhin wie unmündige Kinder von ihrer Kranken-kasse betreut. An eine *Selbstkontrolle* und Selbstverantwortung des einzel-nen Pflichtversicherten bei der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und deren Vergütung ist wiederum nicht gedacht. Wenn auch dieses Gesetz nicht ein Schlag ins Wasser sein soll, ist damit zu rechnen, daß der Gesetz-geber Schritt für Schritt die ärztlichen Leistungen reglementieren muß – zunächst mit der Forderung oberster Kostengrenzen (wie vorgesehen), dann mit der »Empfehlung« von Positivlisten für Kassenarzneimittel bei bestimmten Indikationen, wobei davon ausgegangen wird, es sei möglich, für jede Krankheit das wirksamste und kostengünstigste Arzneimittel

wissenschaftlich festzustellen. Die Ärzteschaft sieht mit Recht darin den *ersten entscheidenden Schritt auf dem Wege zur Staatsmedizin* und zur Aufhebung der Therapiefreiheit.

In dem vorliegenden Heft wird die Grundsatzfrage gestellt: Wollen wir auf dem Wege zur Sozialisierung unseres Gemeinwesens gedankenlos weitergehen wie bisher, oder raffen wir uns zur Selbstbesinnung auf und stellen die ordnungspolitischen Weichen in Richtung auf selbstverantwortliches Leben und Handeln.

Dann wird es sich erweisen, daß der Einzelne besser als das Kollektiv in der Lage ist, Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen, wenn er über die ihm jetzt vorenthaltenen Einkommensteile selbst verfügen kann.

Nehmen wir die Politiker, die vom mündigen Bürger sprechen, beim Wort.

# Grenzen des Staates in der Sozialpolitik<sup>1)</sup>

Ernst Winkler

Unsere Tagung befaßt sich mit einem höchst aktuellen und brisanten Thema. Noch nie war die Gesundheitspolitik Gegenstand so leidenschaftlicher Diskussion und so heftiger politischer Auseinandersetzung wie in diesen Tagen einer katastrophalen Kostenexplosion im Gesundheitswesen und einer geforderten oder befürchteten Ausweitung staatlicher Planung, die scheinbar harmlos mit dem neuen Arzneimittelgesetz beginnt und möglicherweise, wie der Vorsitzende des Kassenärzteverbandes warnte, in einer »verstaatlichten, sozialisierten und seelenlosen Medizin« enden könnte.

Bevor wir unter dem unerträglich wachsenden Druck drängender Sachprobleme und verschärfter Interessengegensätze auf unserer Tagung in die schwierige Diskussion komplexer Zusammenhänge und verhängnisvoller Verstrickungen eintreten und uns vielleicht im Gestrüpp widerstreitender Einzelprobleme verirren, scheint es geboten, aus größerem Abstand einen *orientierenden Gesamtüberblick über die grundsätzliche Problematik* des Themas zu suchen. Daß Gesundheitspolitik eine Aufgabe des Staates ist, scheint unbestritten; aber vor der Untersuchung über Ziele und Inhalte dieser Politik sei die *Frage nach ihrer Beziehung zur Gesamtproblematik der staatlichen Ordnung*, also die *Frage nach ihren Rahmenbedingungen und grundsätzlichen Grenzen* erlaubt. So jedenfalls möchte ich versuchen, dem mir erteilten Auftrag eines Einführungsreferates für diese Tagung gerecht zu werden. Es handelt sich somit um unser modernes Verständnis vom Staat, der bekanntlich im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland als »*demokratischer und sozialer Rechtsstaat*« für den Bund in Art. 20 und für die Länder in Art. 28 definiert ist. Genauer gesagt: Es handelt sich um die komplementäre *Spannung zwischen liberalem Rechtsstaat und Sozialstaat*, also auch um die, durch dieses Verhältnis bedingte *Grenzziehung*.

Damit ergibt sich für unsere grundsätzliche Fragestellung ein erweiterter Rahmen, der mir die Thema-Formulierung nahelegt: »Grenzen des Staates in der Sozialpolitik«. Da die Anwendungen auf die Gesundheitspolitik als besonderem, heute sehr aktuellen Teilbereich der Sozialpolitik auf der Hand liegen, hoffe ich durch solche allgemeinen Überlegungen zugleich die

1) Einführungs-Referat am 20. 2. 1976 zur Tagung über Gesundheitspolitik in der Pol. Akademie Eichholz -



psychologischen Voraussetzungen zu schaffen und den Orientierungsrahmen abzustecken für die Diskussion der Sachfragen, die in den folgenden Vorträgen wissenschaftlich oder behördlich kompetenter Referenten erörtert werden.

## 1. Liberalismus und Sozialismus

### 1.1. Liberalismus und Sozialismus in der historischen Perspektive

An den Anfang unserer Überlegungen stellen wir ein Zitat, das uns Einblick in die Problematik aus der Sicht eines wichtigen historischen Augenblickes gewährt.

»Es ist eine Forderung der Billigkeit, daß man sich seitens der öffentlichen Gewalt des Arbeiters annehme, damit er von dem, was er zum allgemeinen Nutzen beiträgt, etwas empfängt, so daß er in Sicherheit hinsichtlich Wohnung, Kleidung und Nahrung ein weniger schweres Leben führen kann. Daraus folgt, daß alles zu fördern ist, was irgendwie der Lage der Arbeiterschaft nützen kann. Wenn der Staat hierfür Sorge trägt, so . . . nützt er der Gesamtheit, die ein offenes Interesse daran hat, daß ein Stand, welcher dem Staat so notwendige Dienste leistet, nicht im Elend sein Leben friste. . . . Wenn auch immerhin die Vereinbarung zwischen Arbeiter und Arbeitgeber, insbesondere hinsichtlich des Lohnes, beiderseits frei geschieht, so bleibt dennoch eine Forderung der natürlichen Gerechtigkeit bestehen, die nämlich, daß der Lohn nicht etwa so niedrig sei, daß er einem genügsamen, rechtschaffenen Arbeiter den Lebensunterhalt nicht abwirft«.

Dieses Zitat ist der *Enzyklika Rerum Novarum* (RN. 27 und 34) des Papstes Leo XIII entnommen, die als erste päpstliche Sozialenzyklika 1891 den Anstoß zur Entwicklung der katholischen Soziallehre gegeben hat. Sie ist nur verständlich als historisches Dokument ihrer Zeit und als Stellungnahme zu einem Jahrhundert sehr bewegter Sozialgeschichte in der Zeitspanne von 1789 bis 1891. Mit der französischen Revolution begann der Liberalismus seinen Siegeszug durch die Länder Europas; er brachte die Befreiung des dritten Standes, also des Bürgertums, von der Ständeherrschaft und die Ablösung des Feudalsystems durch den, in geschriebener Verfassung verankerten liberalen Rechtsstaat. Aber die anschließende wirtschaftliche, insbesondere industrielle Entwicklung setzte bald an die Stelle der überwundenen Ständeherrschaft die neue Form der Klassenherrschaft. Die Entwicklung des Kapitalismus führte zur Bildung und Zusammenballung wirtschaftlicher Macht, damit aber zur Entstehung und Ausbeutung einer vierten Klasse, nämlich des Proletariats. Wenn Leo XIII. zugeben muß, daß die angeblich freie »Vereinbarung zwischen Arbeiter und Arbeitgeber« nicht ohne weiteres der »Forderung der natürlichen

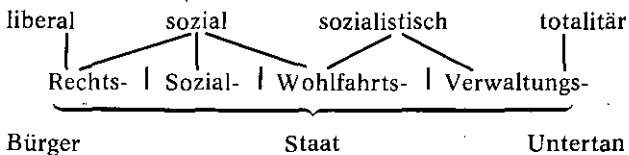
Gerechtigkeit« entspricht, so gibt er damit ungewollt der marxistischen Lehre vom kapitalistischen »Gesetz« der Lohnbildung recht. *Ferdinand Lasalle*, der 1864 die Internationale Arbeiter-Assoziation gründete, formulierte das »eiserne Lohngesetz«, daß die sogenannten »Lohnverträge« nur das Existenzminimum des Arbeiters gewähren, weil der mittellose Arbeiter durch den Unternehmer als alleinigen Eigentümer aller Produktionsmittel erpreßt wird, und *Karl Marx* begründete in dem 1867 erschienenen ersten Band des »Kapital« das »Mehrwertgesetz«, daß der Unternehmer nach den legalen Gesetzen kapitalistischer Wirtschaft die Ware »Arbeitskraft« zu jenem niedrigen Selbstkostenpreis kauft, der sogar die zitierte päpstliche »Forderung der natürlichen Gerechtigkeit« erfüllt, und den durch die Produktivität dieser einzigartigen »Ware« erzeugten Mehrwert als seinen eigenen »Profit« behält.

Diese *kapitalistische Fehlentwicklung des Liberalismus führte zur Gegenbewegung des Sozialismus und dessen Zuspitzung zum Kommunismus*, der im *Kommunistischen Manifest* 1848 als Ziel den Sturz der Bourgeoisie und die Herrschaft des Proletariates proklamiert. Der Gegensatz zwischen Liberalismus und Sozialismus bestimmt die sozialen und politischen Kämpfe bis in unsere Tage; der Aussöhnungsversuch durch Sozialpolitik des liberalen Rechtsstaates konnte nur die Erscheinungsformen, nicht das Wesen dieser Kämpfe verändern. Eine wichtige Etappe dieser Auseinandersetzung bildet die päpstliche Enzyklika, welche die schon in ihrem Titel »*Rerum Novarum*« angesprochenen Neuerungen als verderbliche Irrtümer ablehnt, den Sozialismus wie den Liberalismus scharf verurteilt und die Entwicklung in die Richtung einer berufsständischen Ordnung zurückwenden möchte – ein Programm, das die nächste Sozialenzyklika *Quadragesimo Anno des Papstes Pius XI.* 1931 aufgreift und weiter ausbaut. Man darf nicht vergessen, daß in den parlamentarischen Demokratien, besonders auch in Italien bis in die Anfänge des 20. Jahrhunderts noch Reste des Feudalismus fortbestanden und die katholische Soziallehre entscheidend prägten. Das zeigt die heute völlig überholte Argumentation der ersten Sozialenzyklen: Das natürliche und göttliche Recht auf Eigentum wird am Beispiel des Bodeneigentums begründet, der »gerechte Lohn« auf die Fürsorgepflicht des Grundherrn für seine Arbeiter mit Berücksichtigung der Familien-Größe zurückgeführt und der soziale Aufstieg des Arbeiters durch Kauf eines kleinen Grundstückes aus den Lohnersparnissen befürwortet. Mit dieser vergangenheitsorientierten Vorstellung über die »gottgewollte Ordnung von arm und reich« und den vermeintlich »gerechten Lohn« hat die Kirche im entscheidenden Jahrhundert gegenüber der immer drängender werdenden sozialen Frage versagt und selbst verschuldet, daß die Arbeiterschaft ihr verloren ging. Erst 70 Jahre später

hat sie mit den *Sozialenzykliken der Päpste Johannes XXIII. und Paul VI.* in den Jahren 1961 bis 1967 die längst fällige Wende vollzogen; mit ihrer Anerkennung des gemäßigten Sozialismus und Verurteilung kapitalistischer Ungerechtigkeit, besonders hinsichtlich des Gegensatzes zwischen arm und reich in der Völkerfamilie kam sie zu spät für die innenpolitische, aber noch rechtzeitig für die internationale Entwicklung der sozialen Frage. Aber bereits in der ersten Sozialenzyklika von 1891 finden sich zwei für die soziale Innenpolitik entscheidend wichtige Forderungen, deren Erfüllung noch immer aussteht: erstens die *Sozialpflichtigkeit des Eigentums*, die nun endlich in die geschriebene Verfassung, nämlich Artikel 14 des Grundgesetzes Eingang gefunden hat, aber noch kaum in die Verfassungswirklichkeit; zweitens das *Subsidiaritätsprinzip*, das durch die heutige Sozialpolitik, insbesondere durch unser Sozialversicherungswesen in sein Gegenteil verkehrt wurde. Dieses Prinzip fordert, daß jeder einzelne bereit sein soll und dazu instand gesetzt wird, zunächst mit Anspannung seiner Kräfte selbst für sich vorzusorgen, und daß nur in einer, seine eigenen Kräfte übersteigenden Notlage die jeweils nächst höhere Gemeinschaft, nämlich Familie, Gemeinde, Organisation und zuletzt der Staat helfend eingreift.

## 1.2. Liberalismus und Sozialismus in der Verfassung des Staates

Die politische Entwicklung hat in der Auseinandersetzung zwischen Liberalismus und Sozialismus ein breites Spektrum verschiedener Staatsformen hervorgebracht, zwischen denen sowohl inhaltlich wie auch in der historischen Entwicklung fließende Übergänge bestehen. Dieses Spektrum sei in folgendem Schema skizziert.



Die Entwicklung in der Europäischen Geschichte der beiden letzten Jahrhunderte – übrigens ähnlich auch in anderen Geschichtsepochen anderer Kulturkreise – begann am rechten Ende dieser Skala mit dem obrigkeitlichen, also weitgehend *totalitären Verwaltungsstaat*, der dann durch den, links am Anfang vermerkten *liberalen Rechtsstaat* ersetzt wurde; gegenwärtig erleben wir dessen stetige Umwandlung über den *Sozial-* und den *Wohlfahrts-Staat* in einem demokratischen oder vielmehr als »demokratisch« bezeichneten *Verwaltungsstaat* – ein Umwandlungsprozeß, mit dem wir uns

im folgenden noch eingehend beschäftigen wollen. Fast könnte man zu der pessimistischen Meinung kommen, die echt funktionsfähige Demokratie in der Verfassung eines liberalen Rechtsstaates sei nur eine relativ kurze und labile Episode der politisch-gesellschaftlichen Entwicklung; im klassischen Altertum umfaßte sie nur die 100 Jahre athenischer Demokratie von 510 (Kleisthenes) bis 404 (Ende des Peloponnesischen Krieges), während die römische Republik wesentlich eine Adelherrschaft war.

*Der obrigkeitliche Verwaltungsstaat versteht sich selbst als Wohlfahrts- und Ordnungsstaat. Mittels eines bürokratischen, zentral geleiteten und hierarchisch gegliederten Verwaltungssystems, also mit dem vollen Einsatz der staatlichen Macht sorgt er für die öffentliche Ordnung und die allgemeine Wohlfahrt – nach damaliger Sprachregelung: für »die irdische Glückseligkeit der Untertanen«. Mit der politisch autoritären Führung war Bevormundung von Wirtschaft und Kultur, also Beschränkung der individuellen Freiheit wesensnotwendig verbunden. Rückblickend sprechen wir heute vom »Polizeistaat«, dessen Sicherheitsorgane völlig oder weitgehend der parlamentarischen oder (beziehungsweise und) richterlichen Kontrolle entzogen sind.*

Im Gegensatz hierzu betrachtet der *liberale Rechtsstaat* als seine höchste Aufgabe die Garantie der individuellen Freiheitsrechte, die auch als Menschenrechte oder Naturrechte definiert werden und vor allem gegen die Staatsmacht mittels geschriebener Verfassung geschützt werden sollen. Diese Zielsetzung wurde in der französischen Revolution mit einem Höchstmaß an Pathos und Klarheit proklamiert und zwar in den folgenden beiden Artikeln der Erklärung der Menschenrechte von 1789:

Artikel 4. Die Freiheit besteht hauptsächlich darin, alles tun zu dürfen, was einem anderen nicht schadet. Die Ausübung der Naturrechte eines jeden Individuums hat daher keine anderen Grenzen als jene, die anderen Gliedern der Gesellschaft die Ausübung der gleichen Rechte gewährleisten. Diese Grenzen können nur durch das Gesetz festgelegt werden.

Artikel 5. Das Gesetz hat nur das Recht, die der Gesellschaft schädlichen Handlungen zu verbieten. Alles was durch Gesetz nicht verboten ist, darf nicht verhindert werden, und niemand kann gezwungen werden, etwas zu tun, was es nicht vorschreibt.

Diese Postulate hat *Wilhelm von Humboldt* in seiner 1792 verfaßten (allerdings sehr viel später veröffentlichten) Schrift »Ideen zu einem Versuch, die Grenzen der Wirksamkeit des Staates zu bestimmen« philosophisch unterbaut und inhaltlich weiter geführt. Er definiert als Aufgaben des Staates einzig und allein den äußeren Schutz und die innere Rechtssicherheit als Garantie für die Selbstentfaltung des Individuums. Diese fand bekanntlich als eines der Freiheitsrechte auch Eingang in den Grundrechts-

katalog unserer Verfassung trotz wesentlich weiter gespannter Kompetenzen des Staates, nämlich in Artikel 2 als »das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit«. Aber Wilhelm von Humboldt präzisiert seine Forderung mit den Worten: »Der Staat enthalte sich aller Sorgfalt (das heißt Fürsorge) für den positiven Wohlstand der Bürger und gehe keinen Schritt weiter, als zu ihrer Sicherheit gegen sich selbst und gegen auswärtige Feinde notwendig ist; zu keinem anderen Zweck beschränke er ihre Freiheit«.

Demnach setzt der liberale Staat den mündigen Bürger voraus, der selbst darüber entscheidet, was seinem Wohle dient, und nicht dem Staat oder irgend einer Institution diese Entscheidung überläßt. Er setzt allerdings auch die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Möglichkeiten voraus, daß der Bürger die gewünschte Gestaltung seines Lebens selbst, das heißt durch eigene Einsicht und eigene Leistung verwirklichen kann. Diese Voraussetzung wurde in der Tat zunächst durch Abschaffung des Verwaltungsstaates und der Ständeherrschaft für den Bürger geschaffen. Aber die anschließende wirtschaftliche Entwicklung mit Industrialisierung und Entstehung des Kapitalismus führte über wirtschaftliche Machtpositionen zu jener Klassenherrschaft, welche der neugebildeten Klasse des Proletariates eben diese Möglichkeiten versperrte.

Der *unglaublich gewordene Liberalismus forderte sozialistische Gegenbewegungen* heraus, die zum Teil sehr hoffnungsvolle Ansätze für die Entwicklung einer besseren Gesellschaftsordnung brachten, wie zum Beispiel der französische Sozialreformer J. P. Proudhon, aber schließlich von der revolutionären marxistischen Bewegung verdrängt wurden. Der Marxismus benützte als theoretisches und propagandistisches Kampfmittel eine »Ideologiekritik«, welche den Liberalismus ebenso wie Moral, Recht, Religion als »ideologischen Überbau« und den Staat als Herrschaftsinstrument der besitzenden und ausbeutenden Klasse zu entlarven suchte. Das proklamierte Ziel der Befreiung von Unterdrückung, Ausbeutung und Selbstentfremdung des Menschen in einer künftigen klassenlosen Gesellschaft sollte über eine Diktatur des Proletariats durch Sozialisierung des Eigentums, vor allem Sozialisierung der Produktionsmittel erreicht werden. In der Tat aber führte die historische Entwicklung im Osten zu kommunistischen Staaten als geringfügig verschiedenen Spielarten des totalitären Verwaltungsstaates, der sich als *Wohlfahrts- und Ordnungsstaat* versteht.

## 2. Verfassung und Verfassungswirklichkeit

Im *freien Westen*, speziell in der Bundesrepublik Deutschland bewegt sich die Entwicklung noch im Mittelfeld der besprochenen Skala, nämlich zwischen dem liberalen und sozialen Rechtsstaat unseres Grundgesetzes

und dem Sozialstaat unserer Verfassungswirklichkeit, aber *mit starken Tendenzen* und bereits sichtbaren Ansätzen *zum Wohlfahrts- und Verwaltungs-Staat*. Wenn diese Entwicklung nicht rechtzeitig – und das heißt: *sofort – gestoppt* wird, droht als Endergebnis zwar nicht ein Totalitarismus kommunistischer Art, wohl aber eine gesellschaftspolitische Ordnungsform, die man als »*totalitäre Demokratie*« bezeichnen könnte. Sie unterscheidet sich zwar als Demokratie von einer Diktatur – also auch von einer »*Volksdemokratie*« östlicher Prägung – durch ihre Regierungsform mit Gewaltenteilung und ihre Regierungsbildung auf Grund echter demokratischer Wahlen, andererseits aber von einer liberalen Demokratie durch weitestgehende praktische Aufhebung der persönlichen Freiheitsrechte, auch wenn sie formal-juristisch weiterbestehen.

### 2.1. *Verfassung*

Die Verfassung des liberalen Rechtsstaates beschränkt die Macht des Staates durch Garantie der unverkürzten Freiheitsrechte der Bürger. Unser Grundgesetz stellt den Grundrechtskatalog als Grundlage der Verfassung *an den Anfang und begrenzt die Grundrechte des einzelnen Bürgers nur* durch diese verfassungsmäßige Ordnung selbst und die für jede freiheitliche Ordnung wesentlichen Grundprinzipien. So garantiert Artikel 2 jedem »das Recht auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt«, oder Artikel 5 die Freiheit der Meinungsäußerung und der Presse mit der Einschränkung durch gesetzliche Bestimmungen etwa zum Schutz der Jugend und der persönlichen Ehre, während die in Artikel 4 garantierte Glaubens-, Gewissens- und Religionsfreiheit naturgemäß keinen Beschränkungen unterworfen wird.

Theoretisch definiert also der Grundrechtskatalog als tragende Grundlage unseres Rechtsstaates fast ausschließlich das liberale Prinzip mit zwei beachtenswerten Ausnahmen, die demnach als Systemwidrigkeiten erscheinen. Zum ersten bedeutet Artikel 7 eine beträchtliche, vielleicht verhängnisvolle *Konzession an den Verwaltungsstaat, wenn er in Absatz 1* dekretiert: »Das gesamte Schulwesen steht unter der Aufsicht des Staates« und auch nach Absatz 4 durch die der privaten Schule eingeräumten sehr bescheidenen Rechte das Prinzip der staatlich verwalteten Schule kaum einschränkt. Zum zweiten stellen die Artikel 14 und 15 eine weitgehende, durch unsere Rechtsprechung noch lange nicht ausgeschöpfte *Konzession an den Sozialismus* dar, wenn sie zum Wohl der Allgemeinheit die Möglichkeit der Enteignung von Privateigentum sowie die Vergesellschaftung von Grund und Boden, Naturschätzen und Produktionsmitteln vorsehen.

## 2.2. Verfassungswirklichkeit

Wir wissen alle aus der praktischen Politik und aus unseren persönlichen Erfahrungen, daß der freiheitlich-soziale Rechtsstaat nicht durch die geschriebene Verfassung allein gesichert ist, daß vielmehr zwischen *Verfassung* und *Verfassungswirklichkeit* eine beträchtliche Kluft bestehen kann und in unserer Bundesrepublik Deutschland auch tatsächlich besteht. Es kommt nämlich darauf an, ob ein verbrieftes Grundrecht wie die freie Entfaltung der Persönlichkeit, ob die freie Meinungsäußerung in effektiven Formen, also mit publizistischen Mitteln, ob die freie Wahl von Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte (Art. 12) auch verwirklicht werden kann. *Eine verfassungsmäßige Ordnung ist nur realisierbar in Verbindung mit einer gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Ordnung, die mit ihr konform ist und auf die sie sich stützen kann. Auf längere Sicht steht und fällt sie mit der faktisch bestehenden Wirtschaftsordnung.*

Grundlage des *liberalen Staates* ist die *freie Marktwirtschaft*; aber eine sehr unsichere Grundlage war die ungezügelt freie Marktwirtschaft, die faktisch zu wachsender wirtschaftlicher Vermachtung und kapitalistischer Entartung führte. Grundlage des *zentral geleiteten Verwaltungsstaates* und zwar eine sehr stabile Grundlage ist die *zentral geleitete Planwirtschaft*. Folgerichtig entwickelte die neoliberale Wirtschaftstheorie unter Führung von *Walter Eucken* und *Franz Böhm* als Grundlage des freiheitlich-sozialen Rechtsstaates das Konzept einer »*Sozialen Marktwirtschaft*«, nämlich die *Synthese des freien Marktes mit dem Sozialprinzip* durch eine vom Staat geschaffene und kontrollierte rechtliche Rahmenordnung für einen echten Leistungswettbewerb und Leistungsaustausch ohne Verzerrungen und Behinderungen durch Monopole und wirtschaftliche Machtpositionen. Diese Wirtschaftsordnung ist nicht nur leistungsfähiger als jede andere, sondern sie könnte als einzige auch allen Wirtschaftsteilnehmern, das heißt vor allem den Arbeitern den sozial gerechten, nämlich leistungsgerechten Anteil an der Güterproduktion und am Wirtschaftswachstum ermöglichen. Leider wurde bereits in den ersten Jahren der neu begründeten Bundesrepublik Deutschland, nämlich in den Jahren des ebenso bewunderten wie verhängnisvollen »*Wirtschaftswunders*«, der *ordnungspolitische* Rahmen dieses Wirtschaftsmodells im Interesse einer möglichst raschen Wirtschaftsexpansion und unter dem Interessendruck der Unternehmer bewußt vernachlässigt: die Antimonopol-Politik wurde mit Skepsis und daher völlig unzulänglich gehandhabt und die wirtschaftliche Effizienz einseitig auf Kosten des Sozialprinzips erstrebt. Private Strategien und öffentlicher Dirigismus führten zur Aushöhlung und Fehlentwicklung der Sozialen Marktwirtschaft, wie Begründer und Vorkämpfer dieser Wirtschaftsordnung

(Müller-Armack, Hans Otto Wesemann, Alexander Rüstow, Hans Besters) im Rückblick nach 20 Jahren enttäuscht und resigniert feststellen mußten.<sup>1)</sup>

### 2.3. Sozialpolitik

So kam es denn, daß das unzulängliche soziale Fundament unseres freiheitlichen Rechtsstaates zunehmend durch Sozialpolitik ersetzt und korrigiert werden mußte, also durch die soziale Gesetzgebung und die sozialen Institutionen eines Verwaltungsstaates mit beständig wachsendem *Widerspruch* zwischen Verfassung und Verfassungswirklichkeit. Der verfügbare Ausgangspunkt für die Sozialpolitik der neugegründeten Bundesrepublik Deutschland war das aus dem kaiserlichen Obrigkeitsstaat übernommene Sozialgesetzgebungswerk, das insbesondere *Bismarck* 1891 in einer für die damaligen Verhältnisse vorbildlichen Weise durch Sozialversicherung, Arbeitsschutzgesetz und Arbeitsrecht ausgebaut hatte. Der erste Kanzler der neuen Bundesrepublik, Dr. *Konrad Adenauer*, hatte freilich zu Beginn der dritten Legislaturperiode des deutschen Bundestages das Programm entwickelt, die überkommene Sozialgesetzgebung entsprechend der Idee einer freien Gesellschaft und den Prinzipien der Sozialen Marktwirtschaft umzugestalten. Ein Referenten-Entwurf des Bundesarbeitsministeriums (verfaßt von Dr. *Clausen*) und ein Reformvorschlag der Bonner Sozialpolitik sprachen sich gegen eine weitere Überforderung des Solidaritätsprinzips im Versicherungswesen, speziell gegen weitere Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung aus; sie beriefen sich stattdessen auf das Prinzip der individuellen Mitverantwortung und Selbstvorsorge und forderten speziell die Selbstbeteiligung bei Krankenversicherungen mit Unterscheidung zwischen kurzfristigen leichten Erkrankungen und dem Risiko schwerer, längerdauernder Krankheiten.

Diesem Reformvorhaben wurde durch die tatsächliche wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung, nämlich die charakterisierte Fehlentwicklung der Sozialen Marktwirtschaft der Boden entzogen. Stattdessen wurde jene Art der Sozialpolitik fortgesetzt, die der freiheitlichen Idee des Grundgesetzes widerspricht und sich von ihr immer weiter entfernt. Sie hat die Grenzen des liberalen Rechtsstaates längst überschritten; nun aber stößt sie in der harten Wirklichkeit sogar an die Grenzen des praktisch Durchführbaren.

1) vgl. Tagungsprotokoll Nr. 37 der Aktionsgemeinschaft Soziale Marktwirtschaft vom Juni 1973 (erschienen unter dem Titel: »25 Jahre voraus« im Druckerei-Verlag M. Hoch, Ludwigsburg); zu weiterer Orientierung vgl. auch E. Winkler: Was heißt »sozial« in der Sozialen Marktwirtschaft?, Fragen der Freiheit, Heft 118 vom Dezember 1975.



### 3. Grenzüberschreitungen

#### 3.1. Von der sozialen Fürsorge zum Wohlfahrtsstaat

Die vom kaiserlichen Obrigkeitstaat geschaffene *Sozialversicherung* bedeutete soziale Fürsorge für die Bedürftigen, die sogenannte besitzlose Klasse, auf Kosten des Staates, also Mitversorgung von etwa 5% der Bevölkerung durch alle übrigen Bürger. Die beständige Ausweitung auf einen wachsenden Personenkreis nach Kriterien der Einkommensgrenzen, der besonderen Stellung, wie beispielsweise im Staatsdienst, oder der besonderen Belastung, zum Beispiel durch Kinderreichtum, bedeutet eine Umverteilung des Einkommens zwischen verschiedenen Klassen oder Schichten der Bevölkerung. Sie kann sozialpolitisch der System-Stabilisierung dienen durch Verringerung der sozialen Spannungen und jener sozialen Ungerechtigkeiten, die aus einer falschen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung entspringen. Sie kann aber auch dem sozialistischen Ziel der Nivellierung dienen, also der Gleichmacherei im Lebensstandard ohne Rücksicht auf individuelle Leistungsbereitschaft, Leistungsfähigkeit und tatsächliche Leistung. Damit stört sie die ethisch bedeutungsvolle und wirtschaftlich notwendige Relation zwischen Leistung und Gegenleistung, beeinträchtigt also Selbstverantwortung und Eigen-Initiative. Das Prinzip einer sozial gerechten Ordnung wird so dem sozialistischen Prinzip geopfert, das eine neue Form der Ausbeutung ermöglicht und begünstigt, nämlich Ausbeutung der arbeitswilligen und leistungsfähigen Bürger durch jene, die ohne eigene Verantwortung und Anstrengung die sozialen Leistungen der Gesellschaft, das heißt die Leistungen ihrer Mitbürger als vermeintlich selbstverständliches Recht für sich in Anspruch nehmen. Es liegt auf der Hand, daß diese Rechnung nicht aufgehen kann. Je weitere Bevölkerungskreise von diesem bürokratischen und ineffektivem System der Zwangsversicherung erfaßt werden, desto größer werden die vom Staat geforderten Sozialleistungen und desto mehr wird das System ausgeweitet, um auch die höher verdienenden Bevölkerungsschichten als Beitragszahler in die Versicherung hineinzupressen. Heute sind bereits 90% der Bevölkerung erfaßt, und es wäre eine absurde Erwartung, daß die restlichen 10% die drohende Katastrophe der aus mehreren Ursachen gespeisten Kostenexplosion abwehren könnten.

Da der Staat naturgemäß an Sozialleistungen nicht *mehr* bieten kann – faktisch sogar, wie wir noch sehen werden, *sehr viel weniger* bietet –, als er insgesamt an Leistungen von seinen Bürgern erhält, steigen für alle Bürger die Soziallasten über das erträgliche Maß. Derzeit betragen sie 37–40% des Brutto-Verdienstes, wenn man den Krankenkassenbeitrag, die Rentenversicherung, die Arbeitslosenversicherung und die Lohnfort-

zahlungsanforderungen zusammenzählt und dabei den Arbeitgeber-Anteil einrechnet, der ja für den Unternehmer Bestandteil der Lohnkosten ist, also faktisch der Lohntüte des Arbeiters von vorneherein entzogen und selbstverständlich auf die Preise abgewälzt wird. Beschränken wir uns auf die expliziten Aufgaben des Lohnzettels bzw. der Gehaltsabrechnung des einzelnen Bürgers, so stellen wir fest, daß die aus Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen zusammengesetzten Zwangsabgaben von durchschnittlich 35,3% im Jahr 1970 auf 39,3% im Jahr 1974 angewachsen sind.

Wenn aber weit mehr als ein Drittel des Einkommens der freien Verfügung entzogen wird, also auch der Möglichkeit eigener Selbstvorsorge zum Beispiel durch effiziente Privatversicherung auf Risiko-Basis, so wird damit der Bürger zu Passivität und Unmündigkeit verurteilt und sein Anspruch an staatliche Sozialleistungen weiter gesteigert, weil er nach Möglichkeit wieder herauszuholen versucht, was ihm zwangsweise abgenommen wurde. Die Verschleierung des Zusammenhanges zwischen Leistung und Gegenleistung rächt sich durch ihre katastrophalen Folgen; der naive Glaube, daß der Staat als Wunder-Kuh im Himmel gefüttert und auf der Erde gemolken wird, erweist sich als absurde Illusion, und die vermeintliche soziale Gerechtigkeit entpuppt sich als ebenso unsozialer wie unhaltbarer Zustand.

### *3.2. Vom Wohlfahrts- zum Verwaltungsstaat*

Damit wird unser Staat in die Rolle des Verwaltungsstaates gedrängt und als solcher überfordert; denn er leistet sich zuviel Leistungen mit zu wenig Leistung. Im Gegensatz zu einem autoritären ist gerade der demokratische Verwaltungsstaat dieser Aufgabe nicht gewachsen wegen der Verwischung von Kompetenz und Verantwortung – verglichen etwa mit einem industriellen Großbetrieb – und wegen der Verkürzung der Entscheidungshorizonte – verglichen mit dem privaten Unternehmer oder auch nur mit jedem wirtschaftenden Bürger, der seine wichtigen Entscheidungen für den Zeitraum seines Lebens und oft noch darüber hinaus im Blick auf die Zukunft seiner Kinder zu treffen pflügt. In unserer Gefälligkeits-Demokratie aber reicht der Blick der Politiker oft nur bis zur nächsten Wahl, und jeweils im Jahr vor diesem wichtigen Termin suchen Regierungs- und Oppositions-Parteien sich in ihren Gesetzes-Anträgen an Großzügigkeit der Wahlgeschenke gegenseitig zu überbieten. So entsteht jenes Gestrüpp von Gesetzen und bürokratischen Regelungen, deren Undurchsichtigkeit dem Politiker oft sogar hilfreich ist. Sie werden im Buhlen um Wählergunst und um Interessengruppen beschlossen auf Grund kurzfristiger Erwägungen mit fiktiven Zukunftsprognosen und unzulänglicher Abschätzung der Folge-

lasten. Wenn dann die kurzfristige Rechnung, welche die beschlossenen Mehrausgaben durch die künftig zu erwartenden Mehreinnahmen decken will, nicht mehr aufgeht; wenn im Gegenteil eine plötzliche Kostenexplosion sinkenden Staatseinnahmen gegenübersteht, so genügt der verbliebene geringe Spielraum von vielleicht 10% freier Haushaltsverfügung nicht, die drohende Katastrophe abzuwenden.

Als Beispiele seien genannt: die Ermöglichung eines nachträglichen Einkaufs in die Versicherung, dessen kurzfristige Einnahmen durch langfristige Mehrausgaben weit übertroffen werden; die Dynamisierung und vorgezogene Anpassung der Rente sowie die Flexibilität der Altersgrenze mit dem Ergebnis, daß 100 Beschäftigte nunmehr 55 Rentner erhalten müssen gegen 45 im Jahr 1964 und daß die Renten-Ausgabe um 11%, die Einnahmen aber nur um 6-7% gestiegen sind; die Berufsumschulung, deren Kosten jetzt bei 1,3 Millionen Arbeitslosen auch noch für einen 50-jährigen Arbeitslosen zwecklos und zusätzlich zur Arbeitslosenhilfe aufgebracht werden müssen; der großzügige Ausbau von Kliniken mit Erzeugung eines unrationellen kostspieligen Klinikbetriebes und eines überschüssigen Bettenberges; die unkontrollierte und unkoordinierte Förderung des medizinischen Fortschrittes, der wegen überhöhter Verdienstmöglichkeiten für pharmazeutische Industrie, Apotheken und ärztliche Labortätigkeit eine nicht nur qualitativ, sondern vor allem quantitativ bedingte Kostensteigerung brachte, den Pflegesatz der Krankenhäuser in vier Jahren verdreifachte und beispielsweise dem Röntgenarzt das dreifache Einkommen des Kinderarztes garantiert.

Solche Mißwirtschaft, deren katastrophale Folgen uns plötzlich in einem Zustand von Rat- und Hilflosigkeit überraschen, wurde dereinst mit dem Slogan von privatem Reichtum und öffentlicher Armut eingeleitet. Die Absurdität dieser Argumentation hat der Frankfurter Professor Dr. Wolfram Engels an einem drastischen Beispiel verdeutlicht: Würde der Staat die kostenlose Zuteilung von Kraftwagen an die Bevölkerung als seine soziale Aufgabe betrachten, so entstünde trotz gewaltiger Produktionssteigerung, also staatlicher Verschwendung, ein allgemeines Mangelempfinden, also der Vorwurf öffentlicher Armut; der Staat müßte den durch Verschwendung nicht behebbaren Mangel durch Autozuteilungsämter verwalten - einen Numerus clausus für Mercedes-Wagen.

### 3.3. Vom Verwaltungsstaat zur totalitären Demokratie

Diese immer offenkundiger werdende Fehlentwicklung weckt die Kritik des Bürgers, der zwar als mündig angesprochen, aber als unmündig behandelt wird und dennoch sich seiner Mündigkeit immer deutlicher bewußt

wird. Vor allem aber führt das persönliche Erleben wachsender Zwangsabgaben ohne eigene Verfügungs- und Einflußmöglichkeiten und die schematische bürokratische Zuteilung ohne Rücksicht auf eigene Wünsche, Initiative und Leistung zu wachsender Staatsverdrossenheit. Denn die einzige Methode der Zuteilung von Gütern, Chancen und Lebensstandard, die allgemein als gerecht empfunden und akzeptiert wird, *beruht auf dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung.*

So erklärt sich die in jüngster Zeit auffällig vermehrte Klage über eine »Legitimationskrise« unseres Staates. Besonders bedenklich ist aber, daß hinter der Frage nach den fehlenden »Legitimationsressourcen« und hinter dem eifrigen Suchen nach »Legitimationsbeschaffung« – wie es in unserem schönen Soziologen-Jargon heißt – unverkennbar eine kaum verschleierte Absicht steht im Blick auf gewisse, als notwendig proklamierte staatliche Maßnahmen oder sogar Änderungen der staatlichen Struktur. Es handelt sich um die immer wiederholten Forderungen der Gewerkschaften und des linken SPD-Flügels nach Verstaatlichung von Banken und Großbetrieben, nach staatlicher Investitionsplanung oder wenigstens Investitionssteuerung oder gar Festsetzung einer Höchstgrenze für alle Einkommen. Auch in ernsthaften wissenschaftlichen Untersuchungen von Soziologen und Wirtschaftswissenschaftlern lesen wir über den »gesellschaftlich notwendigen und verfassungsmäßig möglichen Einbau demokratisch institutionalisierter und kontrollierter Planungs- und Kontrollmechanismen«<sup>1)</sup> oder noch radikaler über die Notwendigkeit »umfassender Regelungen oder Einkommens- und Wohlstandszumessungen« mittels »strengerer hierarchischer Strukturen« und »entscheidender Einschränkungen der bürgerlichen Freiheiten«.<sup>2)</sup>

#### 4. *Wahrung der Grenzen*

Der freiheitliche und soziale Rechtsstaat kann durch die doppelte Aufgabenstellung charakterisiert werden, der er gerecht werden muß, nämlich als liberaler Rechtsstaat: Sicherung des Lebens, der Freiheit und des Eigentums;

als sozialer Rechtsstaat: Sicherung der wirtschaftlichen Existenz, des Arbeitsplatzes und – nach der hochentwickelten Sozialgesetzgebung unserer Bundesrepublik – sogar Sicherung des jeweils erreichten Lebensstandards.

Für die Bundesrepublik Deutschland ist die erste Aufgabengruppe durch die geschriebene Verfassung festgelegt, aber nur in einer geeigneten Wirt-

1) Werner Glastetter, Zur Diskussion über das ordnungspolitische Leitbild der Sozialen Marktwirtschaft, Das Parlament (Beilage), 23. 6. 1973

2) Daniel Bell, The Coming of postindustrial Society, London 1974

schafts- und Gesellschaftsordnung erfüllbar; die zweite Aufgabengruppe durch die Sozialgesetzgebung gelöst, aber mit zunehmenden, vor allem finanziellen Schwierigkeiten und mit zunehmender Beeinträchtigung des liberalen Prinzips.

#### *4.1 Allgemeine Grundsätze für die Sozialpolitik*

Eine auf Dauer wirksame und verfassungskonforme Erfüllung der sozialen Aufgaben des Staates ist nur möglich durch klare Trennung der folgenden drei, wesensgemäß verschiedenen Aufgaben-Bereiche.

1. Die globale Sozialpolitik, nämlich die Sorge für Vollbeschäftigung, für eine funktionsfähige Wirtschaft und für soziale Gerechtigkeit nach dem Prinzip von Leistung und Gegenleistung beinhaltet die Verpflichtung des Staates zur Schaffung einer Rahmengesetzgebung, welche eine funktionsfähige Wirtschaft mit echtem Wettbewerb und echtem Leistungstausch sichert, wie dies im theoretischen Konzept der Sozialen Marktwirtschaft annähernd erstrebt, aber in ihrer Verwirklichung weitgehend verfehlt wurde. Eine solche Wirtschaftsordnung und die auf ihr sich aufbauende Gesellschaftsordnung gäbe kaum noch Veranlassung zu sozialpolitischen Einzelmaßnahmen. Insbesondere würde der weitaus größte Teil unserer ineffektiven und unsozialen Sozialversicherungen hinfällig, weil abgesehen von wenigen Ausnahme- und Härtefällen der Bürger zu selbständiger Vorsorge fähig und in der Praxis auch sehr rasch erzogen würde. .

2. Als zusätzliche Sicherung könnte für die Bürger eine gesetzliche Verpflichtung zur Risiko-Versicherung eingeführt werden und zwar vor allem für schwere Krankheitsfälle, vielleicht auch noch zu einer Renten- oder Lebensversicherung, wobei die Verpflichtung nach gewissen Kriterien wie Einkommensgrenzen eingeschränkt werden könnte. Dieser Zweck wird optimal von Privatversicherungen erfüllt, die ähnlich wie die Kraftfahrzeug-Versicherungen verschiedene Tarife je nach Selbstbeteiligung und vereinbarter Gegenleistung bis hin zur Vollkasko-Versicherung anbieten werden und natürlich staatlicher Rechtsaufsicht zu unterstellen sind. Es wird sich rasch zeigen, daß die meisten Versicherten keineswegs Vollkasko, sondern die für sie wirtschaftlichste Variante von Selbstbeteiligung und Gegenleistung wählen werden und daß diese Versicherungen insgesamt sehr viel wirtschaftlicher arbeiten als die staatliche Zwangsversicherung, das heißt gegen geringere Beiträge höhere Gegenleistungen erbringen können. Dem Staat könnte ruhig zugestanden werden, mit diesen privaten Versicherungen in Wettbewerb zu treten.

3. Danach verbleibt dem Staat als einzige, finanziell zu bestreitende Sozialmaßnahme die echte soziale Fürsorge und zwar einmal global, nämlich Schutz aller Bevölkerungsgruppen vor Gefahren, besonders durch die

allgemeine Gesundheitsfürsorge, zum zweiten individuell bei Härtefällen und besonderer Bedürftigkeit, also nur noch in seltenen Ausnahmefällen. Damit wird das Solidaritätsprinzip wieder sinnvoll durch Beschränkung auf die Fälle, in denen es wirklich geboten ist; es nähert sich in seiner Wirkungsweise dem anfangs erläuterten Subsidiaritätsprinzip. In eine andere Kategorie gehört die soziale Aufgabe eines Ausgleiches verschiedener Belastungen durch Familiengröße, Ausbildungskosten u. ä., der vor allem durch die Steuergesetzgebung erreicht werden kann.

Die hier entwickelten grundsätzlichen Forderungen mögen als wirklichkeitsferne Utopie erscheinen, weil sie dem gesetzlich fixierten Zustand von heute diametral widersprechen. Utopisch ist nicht die beschriebene wirtschafts- und sozialpolitische Struktur an sich, sondern nur die derzeitige Möglichkeit ihrer politischen Verwirklichung. Es handelt sich also um ein Gedankenexperiment, aber meines Erachtens nicht um nutzlose Gedankenspielererei. Denn zur Diagnose der tiefer liegenden Ursachen für die Heillosigkeit unserer gegenwärtigen Situation und zur Orientierung über eine sinnvolle Richtung grundsätzlicher Verbesserungen kann die gedankliche Konstruktion eines »idealtypischen« Zustandes nützlich sein, dem sich die Wirklichkeit grundsätzlich annähern kann. Leider konnten wir bisher aus der Praxis hierüber nur sehr seltene und sehr unvollständige Erfahrungen sammeln; aber auch bescheidene und unvollkommene Schritte der Annäherung an die beschriebenen Prinzipien erbringen überraschende Erfolge, wie die erste Phase in der Entwicklung unserer Sozialen Marktwirtschaft oder ein vergleichender Blick auf die dezentralisierte, wesentlich freiheitlichere und effizientere Gesundheitspolitik der Schweiz lehrt.

Änderungen, die bisher unmöglich waren, können durch »unmöglich« werdende Zustände notwendig werden. Wenn nicht alles täuscht, wird die weitere Entwicklung als einzig ehrliche und wirksame Lösung eine Überprüfung und zweckmäßige Änderung des gesetzlich fixierten Zustandes erzwingen, also die teilweise Aufhebung eines vermeintlichen »sozialen Besitzstandes«. Solche Änderungen beabsichtigen nicht die viel beschriebene »soziale Demontage«, sondern im Gegenteil eine grundsätzliche soziale Verbesserung und müssen daher ungefähr die Richtung auf die genannten Prinzipien einschlagen, auch wenn sie hinter ihrer vollen Realisierung noch weit zurückbleiben mögen.

Insbesondere auf dem weiten Feld der Gesundheitspolitik als dem derzeit aktuellsten Teilgebiet der Sozialpolitik sind Änderungen dringend notwendig, die als erste tastende Schritte sich am Ziel der skizzierten grundsätzlichen Lösungsmöglichkeit orientieren müssen und durchweg auf die Grundrechte unserer Verfassung berufen können. In diesem Sinn setzt sich zum Beispiel die *Union der Freiheitlichen Medizin*\* für die Ziele

ein:<sup>1)</sup> Freiheit der medizinischen Wissenschaft und Unabhängigkeit des Arztes zur Sicherung der Behandlungs- und Verordnungsfreiheit (mit Berufung auf Art. 5, Abs. 3 GG); ärztliche Gewissensfreiheit (Art. 4, Abs. 1); uneingeschränkt freie Wahl des Arztes (Art. 3, Abs. 1); Selbstverantwortung und Selbstbestimmung des Bürgers bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Art. 1, Abs. 1). In diesem Sinn erhoffen wir auch von unserer Tagung wesentliche Erkenntnisse und Lösungsansätze für die Probleme der Gesundheitspolitik, insbesondere für die Teilfragen des bevorstehenden Krankenversicherungs- und Krankheitskosten-Dämpfungsgesetzes, des Krankenhauswesens und der Rentenversicherungen.

#### 4.2. Das sogenannte Gemeinwohl

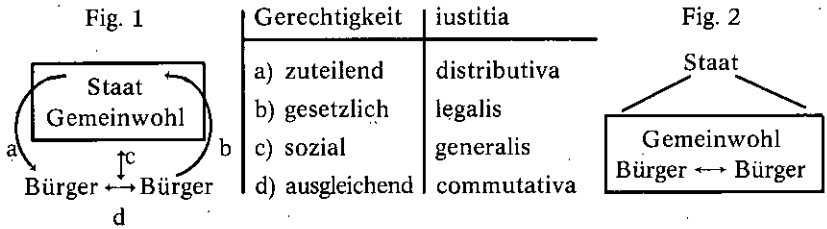
Unser Versuch, die Grenzen des Staates in der Sozialpolitik zu bestimmen, hat sich vielfach auf Begriffe und Argumente aus der geschichtlichen Tradition des Liberalismus berufen, dem wir die modernen freiheitlich-demokratischen Verfassungen verdanken. Aber diese Argumentation ist in unseren Tagen Mißverständnissen und Mißdeutungen ausgesetzt. Man kann ihr die alten und die neu aufpolierten, so einleuchtend klingenden Forderungen entgegenstellen: Gemeinnutz geht vor Eigennutz; das Sozialprinzip steht höher als das Individualprinzip, das Solidaritätsprinzip höher als das Eigeninteresse. Es handelt sich hier um das bekannte Postulat des Gemeinwohles, das früher im Namen des obrigkeitlichen Wohlfahrtsstaates und heute im Namen der sozialistisch interpretierten »Gesellschaft« den Freiheitsrechten des Einzelmenschen entgegengesetzt wird.

Aber dieser vermeintliche Gegensatz ergibt sich nur, wenn mit einseitiger Deutung des schillernden Begriffes »Gemeinwohl« das wahre Wesen des Menschen und der Gesellschaft ideologisch verkannt wird. Zur Klärung hilft uns der ebenso vieldeutige, aber inhaltlich reichere Begriff der »sozialen Gerechtigkeit«, der für die katholische Soziallehre und für die heutige gesellschaftliche Auseinandersetzung eine zentrale, wenn auch höchst unterschiedliche Rolle spielt.

In Anlehnung an die Antike unterscheidet die katholische Soziallehre vier verschiedene Arten des Gerechtigkeitsbegriffes, die in folgender Übersicht mit ihren deutschen und ihren, meist richtigeren lateinischen Bezeichnungen zusammengestellt und durch die Figur 1 anschaulich gedeutet werden mögen.

\* die *Ärztliche Aktionsgemeinschaft für Therapiefreiheit*, die Aktion Volksgesundheit, beide Pforzheim, und neuerdings – wenn auch zögernd – der Hartmannbund und der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV).

1) vgl. Aufgaben und Ziele der Union für Freiheitliche Medizin, Fragen der Freiheit, Heft 81 vom April 1970



In Fig. 1 veranschaulichen die Pfeile (a) und (b) unsere Schilderung des Wohlfahrtsstaates, der für die Bürger Sozialleistungen erbringt (a: »zuteilende Gerechtigkeit«) auf Grund von Leistungen, die er zuvor dem Bürger abverlangt (b: »gesetzliche Gerechtigkeit«). Für diese Zusammenhänge ist der Begriff »Gerechtigkeit« höchst problematisch und inhaltlich nur durch die Macht-Autorität einer staatlichen Obrigkeit oder die »göttliche« Autorität der Kirche oder die bürokratische Entscheidung einer Funktionärsherrschaft definierbar. Die Problematik wird offenkundig, sobald man die in allgemeinen und vagen Schlagworten formulierten Zuteilungsprinzipien kritisch unter die Lupe nimmt, nämlich: »Jedem das Seine« oder aber: »Jedem das Gleiche« oder schließlich: »Jeder nach seiner Leistungsfähigkeit und jedem nach seinen Bedürfnissen«.

Die »gerechteste« Formel würde wohl lauten: »Jedem nach seinen Leistungen«; aber auch sie scheidet an der inneren Widersprüchlichkeit einer »zuteilenden Gerechtigkeit«. Das zeigt sich bereits auf der untersten und vergleichsweise leicht überschaubaren Ebene eines Wirtschaftsbetriebes in dem fast rührenden, aber eher verzweifelten Ringen zwischen Unternehmer und Gewerkschaftsfunktionär um »objektive Leistungsmessung« – ein Bemühen, das weder objektiv der gestellten Aufgabe noch subjektiv der Würde des mündigen Bürgers gerecht zu werden vermag.

Die Leistungsgerechtigkeit läßt sich nicht im Verhältnis des Bürgers zu seinem Arbeitgeber, zum Vorgesetzten oder zum Staat definieren und verwirklichen, sondern nur in den gegenseitigen Beziehungen der Bürger untereinander, nämlich durch das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung im freien Wettbewerb und Leistungsaustausch. Es ist jene Form der Gerechtigkeit, die in unserer Übersicht unter der irreführenden deutschen Bezeichnung als »ausgleichende« und unter der richtigen lateinischen Bezeichnung als »gegenseitige Gerechtigkeit« erscheint. Genau diesen Sachverhalt charakterisierte der französische Sozialreformer Proudhon mit seinem prägnanten Ausspruch: »Gegenseitigkeit ist die Formel der Gerechtigkeit«. Sie ist zugleich die Formel für den Ausgleich zwischen Sozial- und Individualprinzip, zwischen Gemeinwohl und Eigeninteresse. Damit entfällt überdies eine besondere Verpflichtung der Bürger gegenüber einem vom Staat



repräsentierten »Gemeinwohl«, also jene Verpflichtung, die nach der, in unserer Übersicht wiedergegebenen Tradition in der lateinischen Version als »allgemeine« und in der unzulänglichen deutschen Wiedergabe als »soziale Gerechtigkeit« bezeichnet wird. Das in Fig. 1 wiedergegebene Beziehungsgefüge muß im Sinn der Fig. 2 abgeändert werden: Das Gemeinwohl ist aus der Identifizierung mit der staatlichen Autorität zu lösen und vielmehr identisch mit einer funktionsfähigen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung, welche die eigentliche »soziale Gerechtigkeit« im Sinn der Gegenseitigkeit verwirklicht. Der Staat dagegen soll soweit wie irgend möglich von seiner zuteilenden Funktion entlastet werden, vor allem von dem Betrug, daß er großzügig Sozialleistungen verteilt, für die er zuvor im Übermaß zwangsweise Leistungen seiner Bürger kassiert. Primär hat der Staat weder wirtschaftliche noch soziale Funktionen, sondern vor allem oder sogar ausschließlich Rechtsfunktionen; zu diesen gehören insbesondere die rechtlichen Rahmenbedingungen für eine funktionsfähige, sozial gerechte Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung.

# Probleme im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland\*

Insbesondere im Krankenversicherungsbereich

Dietrich von Abel

Das System der Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist nicht mehr so unumstritten, wie es viele Jahrzehnte lang galt. Die deutsche Sozialversicherung ist nun nahezu hundert Jahre alt. Sie kann für sich in Anspruch nehmen, das älteste Sozialversicherungssystem der Neuzeit zu sein. Als es im vorigen Jahrhundert durch die Bismarcksche Sozialgesetzgebung das Licht der Welt erblickte, war das in der damaligen zivilisierten Welt zunächst einmalig. Dem Schöpfer, Bismarck, kann man sicher nicht nachsagen, daß er Sozialist gewesen sei. Er schuf diese Sozialgesetze vielmehr aus der Erkenntnis heraus, daß es eine Bevölkerungsschicht gibt, die bei dem damaligen raschen industriellen Wachstum der Gründerjahre mit all seiner Hektik nicht mehr mithalten konnte, da mit einem solchen industriellen Aufschwung auch immer eine Verteuerung der Lebenshaltungskosten verbunden ist. Gedacht war die Sozialgesetzgebung als eine Sicherung für diejenigen, die nicht in der Lage waren, sich selbst finanziell abzusichern, die aber andererseits nicht von der Wohltätigkeit und der Fürsorge anderer oder des Staates abhängig sein sollten. Der Grundgedanke einer Solidargemeinschaft war genügend tragfähig, um das System lange Zeit mit dem Prädikat »hervorragend« zu versehen.

Auch heute noch ist die gesetzliche Krankenversicherung ziemlich einmalig in der Welt. Deckt sie doch alle finanziellen Belastungen, die der Versicherte durch eine Erkrankung erfährt, zu hundert Prozent ab. Keine andere europäische Krankenversicherung ist so umfassend, ohne eine Eigenbeteiligung des Versicherten in irgendeiner Form, wie unsere. Dies gilt auch nicht für das von der sozialen Sicherung her so gepriesene Schweden, wo eine unter Umständen recht empfindliche Eigenbeteiligung verlangt wird, oder für das sehr interessante und äußerst soziale System der Holländer, wo man ab einer gewissen Einkommensgrenze (3000 Gulden) gar nicht mehr Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann. Am Anfang der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung standen natürlich nicht im entferntesten so umfassende Versicherungsleistungen

\* Vortrag gehalten anlässlich der Tagung des Seminars für freiheitliche Ordnung vom 15. bis 17. Oktober 1976 über Gesundheitssysteme in Niederbachem/Bad-Godesberg.

zur Verfügung, wie dies heute der Fall ist. Durch immer neue Leistungsausweitungen, die besonders in den letzten zwanzig Jahren des hektischen wirtschaftlichen Aufschwungs in der Bundesrepublik hinzukamen, wurde das System zu dem, was es heute ist. Auch ein Blick nach dem Osten läßt dort keine größere Leistungsfähigkeit erkennen, weil dort durch Kontrollen und andere restriktive Sicherungen dafür gesorgt ist, daß der Topf nie überlaufen kann. Während auch in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik früher eine ganze Reihe von Sicherungen eingebaut war, wurden diese unter der Parole, daß wir nur noch »mündige Bürger« hätten, immer mehr abgebaut und die Leistungen so erweitert, daß man heute kaum noch von einer Krankenversicherung sprechen kann, sondern zur Kennzeichnung der umfassenden Möglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung eher von einer Gesundheitsversorgung sprechen muß.

Eine Versicherung ist ja gerade dadurch gekennzeichnet, daß die Beiträge die Versicherungsrisiken abdeckt. Entsprechend der Häufigkeit der Beanspruchung der Versicherung werden die Beiträge in ihrer Höhe berechnet. Man kann aber nicht gleichzeitig aus politischen Gründen immer neue Leistungen der Versicherung aufbürden und gleichzeitig, ebenfalls aus politischen Gründen, eine Anpassung der Beiträge an die gestiegenen Leistungen verbieten.

Es mag in der Natur einer parlamentarischen Demokratie liegen, daß der gewählte Volksvertreter bestrebt ist, immer mehr Leistungen seinen Wählern anzubieten. Er handelt aber unverantwortlich, wenn er sich nicht gleichzeitig Gedanken darüber macht, wie diese Leistungen zu finanzieren sind. Wenn aber ein Teil der Volksvertreter der Ansicht ist, daß für die Gesundheit nichts zu teuer ist, und daß Geld hierbei keine Rolle spielen darf, so ist das einfach unverantwortlich. Dabei ist es unerheblich, ob solches Gedankengut auf politischen Überzeugungen sozialistischer Prägung oder auf einem emotional begründeten Idealismus beruht. Völlig vergessen wird dabei nämlich das menschliche Verhalten, das häufig ganz anders reagiert, als diese Leute es sich vorstellen.

Während zum Beispiel Jahrzehnte lang die jeweilige Krankenkasse eine gewisse Kontrolle in der Ausgabe von Krankenscheinen ausüben konnte, wurde ihr diese Möglichkeit mit Einführung der Krankenschein-Scheckhefte genommen. Von da ab konnte sich der Versicherte so viele Krankenscheine im Vierteljahr ausstellen, wie er wollte. Die freie Arztwahl war auch vordem keineswegs eingeschränkt, da ja der Versicherte sich seinen Hausarzt frei wählen konnte und im Falle einer notwendigen Überweisung auch den Facharzt, zu dem er Vertrauen hatte, wählen konnte. Nur war es bis dahin notwendig, daß auch der frei gewählte Hausarzt die Notwendigkeit einer Facharzt-Überweisung anerkannte.

Eine weitere Sicherung bestand früher bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherte hatte Anspruch auf sein Krankengeld, das immer etwas geringer war als sein Nettolohn, erst nach sogenannten drei Karenztagen. Dem lag der Gedanke zugrunde, daß jeder Mensch einen kurzen Ausfall von Lohn überbrücken kann und daß in diesen drei Tagen eine Krankheit im allgemeinen auch objektiv festgestellt werden kann. Schließlich wurde auf diese Weise dadurch Geld eingespart, daß eine Reihe von kurzen Krankheitszuständen und Unpäßlichkeiten kein zusätzliches Krankengeld kosteten. Auch die Krankenhausbehandlung war eine sogenannte Kann-Leistung. Sie mußte also nicht von der Kasse von Gesetzeswegen gewährt werden, wengleich sie nahezu immer gewährt wurde, weil selbstverständlich eine Krankenhausbehandlung immer, auch heute noch, begründet werden konnte und kann. Es wurde aber hierdurch erreicht, daß die ambulante Behandlungsmöglichkeit stärker ausgeschöpft wurde und manche gedankenlose Krankenhauseinweisung unterblieb.

Der Gedanke einer Versicherung, die durch die Beitragsleistungen gedeckt sein mußte, war noch so stark, daß es bis vor gar nicht langer Zeit die äußerst unsoziale Maßnahme der Aussteuerung gab. Wenn nämlich eine Krankheit länger als 26 Wochen dauerte, hörten die Leistungen der Krankenversicherung auf. Dies war deshalb besonders unsozial, weil es gerade die Ärmsten der Armen, nämlich die chronisch Kranken traf, die ja keinerlei Verdienstmöglichkeit mehr hatten. Von seiten der Ärzte wurde gerade gegen diese Bestimmung Sturm gelaufen. Nach Ansicht der Ärzte und besonders des Hartmannbundes hätte man viel eher die Krankengeldzahlungen zu Beginn einer Arbeitsunfähigkeit erheblich niedriger halten und diese dann bis zum vollen Lohnausgleich allmählich steigern sollen. Ein Mißbrauch wäre hier allein dadurch ziemlich unmöglich gewesen, daß niemand auf die Dauer eine Krankheit vortäuschen kann, die nicht vorhanden ist. Auch ist die Zahl der chronisch Kranken im Verhältnis zur Gesamtzahl aller arbeitsunfähig Kranken relativ gering. Aber gerade sie haben die Hilfe der Solidargemeinschaft am nötigsten.

Mit Einführung der Lohnfortzahlung in den ersten sechs Wochen einer Arbeitsunfähigkeit war den Krankenkassen die Kontrolle über einen Zustand der Arbeitsunfähigkeit entzogen oder besser gesagt, sie hatten gar kein Interesse an der Kontrolle, so daß der hierfür bestehende vertrauensärztliche Dienst fast arbeitslos wurde. Erst nach einer Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen interessiert sich die Krankenkasse wiederum für die Erkrankung, was auch prompt mit der Vorladung zum Vertrauensarzt dokumentiert wird. Der Arbeitgeber, der die Lohnfortzahlung leisten muß, hat eine Kontrollmöglichkeit nur in sehr eingeschränkter und sehr indirekter Form, indem er bei begründetem Verdacht eine vertrauensärztliche Untersuchung

bei der Krankenkasse beantragen kann.

Der Gesetzgeber hat aber gerade in den letzten Jahren nicht nur die Kontrollmöglichkeiten und Sicherungen gegen eine zu rasche Kostenexpansion abgebaut und den Gedanken einer echten Risikoversicherung völlig verdrängt, er hat auch durch Leistungsausweitung den Krankenkassen Leistungen aufgebürdet, die eindeutig in den Bereich der Versorgung, ja sogar des Wohlfahrtsstaates gehören. Vom ärztlichen Standpunkt aus ist es ohne Zweifel ein Gewinn, wenn sogenannte Vorsorgeuntersuchungen eingeführt werden, die auch dem Versicherten die Möglichkeit zu einer Untersuchung auf bestimmte, besonders heimtückische Erkrankungen wie den Krebs gibt, auch wenn er keinerlei Anzeichen einer Erkrankung oder Beschwerden verspürt. Es erscheint nur äußerst fraglich, ob die hierdurch entstehenden Kosten einfach in den normalen Beitragsleistungen subsummiert werden sollen, oder ob es nicht viel ehrlicher gewesen wäre, hierfür einen in seiner Höhe ja genau bekannten Sonderbeitrag zu erheben. Dadurch hätte auch erreicht werden können, daß die Vorsorgeuntersuchungen besser ausgenutzt worden wären, weil niemand gern Geld ohne Gegenleistung hergibt. Ähnlich steht es um den Zahnersatz. Hier handelt es sich um eine besonders kostspielige Seite von Gesundheitsleistungen, die viel besser durch individuelle Beitragszusätze geregelt werden könnte.

Auf großes Unverständnis von seiten der Ärzteschaft stieß schließlich die gesetzliche Gewährung von sogenanntem Kurlaub. Man kann zwar dem zugrundeliegenden Gedanken noch folgen, daß nämlich schlimmere Krankheiten dann verhütet werden können, wenn in Form einer Kur Gesundheitsmaßnahmen durchgeführt werden. Daß sich so etwas aber dann, wenn es keinerlei finanzielle Belastung für den Versicherten mit sich bringt, eben zum »Kurlaub« entwickeln mußte, das heißt zum Urlaub auf Kosten der Krankenkasse, war eigentlich selbstverständlich und für jeden Eingeweihten vorauszusehen. Wir erinnern uns alle noch gut an die herrlichen bebilderten Prospekte der Reisebüros, die eine solche Form des Urlaubs anpriesen und ihre Kunden aufforderten, einen entsprechenden Antrag bei ihrer Krankenkasse zu stellen. Den schwarzen Peter hatte hier allein der Arzt in der Hand, der dann beschimpft wurde, wenn er keinen Grund zur Bescheinigung der Notwendigkeit solcher Urlaubsgestaltung sah. Mit dem schrecklichen Erwachen aller Beteiligten, hervorgerufen durch die Erkenntnis der sogenannten »Kostenexplosion« des Gesundheitswesens, wurde solchen Ausflügen ins Schlaraffenland allerdings rasch wieder der Garaus gemacht.

Gänzlich unverständlich erscheint es, wenn man einer ohnehin schon völlig überlasteten Krankenversicherung noch die Versicherungsleistungen für die Rentner aufbürdet, ohne ihr hierfür das finanzielle Äquivalent

zukommen zu lassen. Rentner zahlen ja bekanntlich keinen Krankenkassenbeitrag.

Eine solche Politik, die nicht für eine ausgeglichene Bilanz sorgt, die Ausgaben nicht von den Einnahmen abhängig macht, die dem Leistungsgeber ohne Rücksicht auf seine Möglichkeiten seine Leistungen diktiert, die gleichzeitig die Kosten für den Leistungsempfänger, nämlich den Versicherten, so verschleiert, daß sie ihn überhaupt nicht mehr interessieren, die ihm nur mitteilt, was er alles im Selbstbedienungsladen der gesetzlichen Krankenversicherung haben kann, muß bei den Leistenden Resignation hervorrufen, bei den Leistungsnehmern jeden Gedanken an eine Solidargemeinschaft vergessen lassen. Und diejenigen, die die Leistungen anordnen aber auch steuern sollen, werden dann keinen Gedanken mehr an kalkulatorische oder gesundheitserzieherische Überlegungen verschwenden.

Damit kann man klar nachweisen, daß man durch solche Maßnahmen das Verhalten aller so sehr verschieben kann, daß alle Beteiligten das Gefühl für Mitverantwortung zunehmend verlieren.

Und damit sind wir bei dem eigentlichen Thema dieses Referates, das Probleme in unserem Gesundheitssystem deutlich machen soll. Dieses System, so perfekt und umfassend es heute ist, kann nur funktionieren, wenn alle Beteiligten verantwortlich handeln. Niemand kann verantwortliches Denken jedem einzelnen Beteiligten abnehmen. Und ich möchte es ausdrücklich betonen, daß hier keineswegs nur die Versicherten gemeint sind, aber auch die Versicherten, ebenso die übrigen Partner, die Ärzte und die Verwaltung, das heißt die Krankenkassen. Dazu kommt der Gesetzgeber, der zwar kein unmittelbarer Partner ist, aber mittels der Gesetzgebung einen erheblichen Einfluß ausübt und die gesamte Richtung bestimmt.

Zunächst einmal erhebt sich die Frage, ob ein so großes und im wesentlichen anonymes Gebilde, wie es die Deutsche Sozialversicherung ist, geeignet ist, um verantwortliches Denken zu fördern. Alle großen und damit für den Einzelnen nicht mehr überschaubaren Organisationen sind der Gefahr ausgesetzt, die Eigenverantwortung des einzelnen Beteiligten verblassen zu lassen. Andererseits haben solche großen Organisationen oft Jahrhunderte lang durchaus gut funktioniert, zum Teil formten sie sogar ihre Mitglieder zu bestimmten Menschentypen. Aber gerade das ist das Merkmal der hierarchischen Ordnung, wie sie in früheren Zeiten üblich war. Mit zunehmender Demokratisierung oder, besser gesagt, mit dem Aufleben des von uns allen gewünschten Pluralismus, wird alles weit schwieriger. Pluralismus gibt der persönlichen, der individuellen Freiheit mehr Raum, verlangt andererseits vom Einzelnen eine weit höhere Disziplin als in einer hierarchischen Ordnung, bei der die Disziplin jederzeit erzwungen werden kann und in der eben nur die gewünschten Menschentypen herangezogen und zugelassen sind.

Insofern ist es auch ein notwendiger Kunstgriff in einer Demokratie, daß sie zentral, also vom Staate her, nicht alles selbst machen will, sondern daß sie möglichst viel delegiert nach dem Subsidiaritätsprinzip. Dieses besagt nichts anderes, als daß jeder für sich und sein Tun verantwortlich ist. Wenn Aufgaben heranstellen, die der einzelne nicht mehr lösen kann, werden sie in der kleinstmöglichen Gruppe gelöst, erst bei noch größeren Aufgaben in der großen Gruppe und substaatlichen Organisationen, wie es zum Beispiel die Körperschaften darstellen, die eine Selbstverwaltung mit staatlichen Aufsichtsmechanismen sind. Und erst die ganz großen Aufgaben löst der Staat selbst. Dies fördert natürlich in besonderer Weise die Initiative der Individuen, aber auch ihr Verantwortungsgefühl.

Das Deutsche Reich kam aus einer Diktatur, die Bundesrepublik wurde ein demokratischer Staat mit allen hierzugehörigen Merkmalen, Schritt für Schritt wurden Zwänge abgeschafft, Zügel gelockert in der Hoffnung, daß daraus der sogenannte »mündige Bürger« entstehe. Der »mündige Bürger« kommt aber nicht von selbst und schon gar nicht dadurch, daß man ihm immer mehr Freiheiten gewährt, ohne ihn auch gleichzeitig dazu zu erziehen, diese Freiheiten nicht zu mißbrauchen, also gegenüber seinen Mitbürgern verantwortungsvoll zu denken und zu handeln. Es ist wie bei einer Waage. Jeder Zuwachs an persönlicher Freiheit muß in der anderen Waagschale auch einen Zuwachs von Verantwortungsgefühl zur Folge haben, sonst ist die Waage nicht mehr im Gleichgewicht.

Ich habe hier, wie Sie bemerkt haben werden, ganz bewußt das Wort »Gesellschaft« vermieden. Heute spricht man ja so gerne von der Verantwortung, die der Einzelne gegenüber der Gesellschaft habe. Die Gesellschaft aber ist bereits wieder ein recht abstrakter Begriff, sie ist ein zwar definierbares, aber kaum faßbares Gebilde. Für den einzelnen Menschen fängt die Haltung gegenüber der Gesellschaft bei der Haltung gegenüber seinem Nachbarn, seinen Mitbürgern an. Es ist zweckmäßig, konkrete Begriffe zu verwenden und die verschwommenen, aber auch idealistisch und manchmal utopischen Begriffe mit Zurückhaltung zu betrachten.

Wenn wir solche Erkenntnisse auf unsere Sozialversicherung, auf unser Gesundheitssystem projizieren, so bemerken wir, daß die Trennung von Beitragsleistung und Versicherungsleistung dem Einzelnen keine Chance läßt, die Abläufe und Zwangsläufigkeiten in der Versicherung zu durchschauen. Für den Versicherten haben diese beiden Leistungen, nämlich seine Beitragsleistung und die Leistung seiner Versicherung, keinerlei Beziehung mehr zueinander. Er kann also nicht mehr erkennen, daß er für eine bestimmte Leistung auch eine Solidarleistung bezahlt. Er sieht nur, daß er einen ständig steigenden Beitrag genau wie seine Steuern bezahlen muß und zwar gezwungenermaßen, denn er kann sich ja nicht ausschließen,

daß er aber keinerlei Einfluß nehmen kann auf die Verwendung seines Beitrags.

Damit verliert er das Interesse an der Funktion dieses Systems. Wenn er keine Kenntnis von den Kosten hat, die er durch die Handlung seines Arztes verursacht, so sind sie ihm auch gleichgültig. Im Gegenteil, je schneller und je höher seine finanziellen Beiträge im prozentualen Verhältnis zu seinem Einkommen gesteigert werden, desto eher wird bei ihm der Gedanke aufkommen, daß er doch einen recht großen Teil seines Einkommens hier einzahle und also nun auch endlich einmal in den Genuß von Versicherungsleistungen kommen wolle. Damit ist der Gedanke der Solidargemeinschaft, auf dem dieses Versicherungssystem beruht, in sein Gegenteil verkehrt worden.

Der andere Partner, der Arzt, sieht sich einem Versicherten gegenüber, der fordert, der das sogenannte »optimale« fordert, also das beste, da er ja auch entsprechend hoch zur Kasse gebeten wird. Der Arzt sieht staunend, wie der Gesetzgeber immer größere Geschenke macht, wie er die Risikoversicherung in eine Wohlfahrtsversorgung umändert. Da auch er nur ein Mensch ist, verläßt er allmählich die Position desjenigen, der weiß, daß er eine besonders hohe Verantwortung im Versicherungssystem hat. Muß er doch ständig abwägen, ob eine Ausgabe, die er durch seine Anordnung verfügt, auch dem Krankheitsfall angemessen ist. Es ist nur natürlich, daß auch bei ihm der Grad des Verantwortungsgefühls nachläßt.

Beim dritten Partner, bei der Verwaltung, bei den Krankenkassen, sieht es nicht besser aus. Ihre Kontrollmöglichkeiten werden abgebaut. Sie wollen nicht der Prügelknabe sein. Ihnen hängt ganz ungerechterweise immer noch der Geruch der Arme-Leute-Kasse an. Infolgedessen bemühen sie sich, ganz besonders großzügig zu sein. Sie haben es zudem mit ihrer Selbstverwaltung wesentlich schwerer als die Ärzte. Die Selbstverwaltung der Ärzte in ihren Körperschaften besteht aus Ärzten. Bei den Krankenkassen besteht die Spitze der Selbstverwaltung aus den Partnern der Arbeitswelt, aus den Arbeitgebern und den Arbeitnehmern. Da wir ein gegliedertes Krankenkassensystem haben und keine riesige anonyme Einheitskrankenkasse, wäre es an sich leicht, Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Personen zu verpflichten. Stattdessen werden sie entsandt als Funktionäre der mächtigen Arbeitsorganisationen. Die Arbeitnehmer-Vertreter werden von den Gewerkschaften bestimmt, die ihre Politik machen und infolge ihrer besseren und strafferen Organisation den Arbeitgebern weit überlegen sind. Das Gleichgewicht der Selbstverwaltung ist gestört.

Zur Gewerkschaftspolitik muß ein Wort gesagt werden. Gewerkschaften, also ein Zusammenschluß von Arbeitnehmern, sind notwendig. Als es noch keine gab, war der Schwächere zu sehr dem Stärkeren, dem Arbeitgeber,



ausgeliefert. Die Bildung von Zusammenschlüssen von Arbeitnehmern zu Beginn des industriellen Zeitalters war ein Akt der Selbsthilfe. Die eigentliche Aufgabe der Gewerkschaften waren die Tarifverhandlungen. Damit begnügten sie sich aber nicht. Ihre Leistungen für ihre Mitglieder dehnten sie schon aus Attraktivitätsgründen immer mehr aus. Sie betrieben ein System der umfassenden Fürsorge für ihre Mitglieder. Das hat scheinbar einen sehr positiven und humanen Anstrich. Das Ergebnis ist aber fatal, weil Fürsorge nur da angebracht ist, wo einer sich nicht selbst helfen kann. Nimmt man dem Menschen immer mehr von seiner Sorgspflicht für sich und andere ab, kommt man dem natürlichen Streben nach zunehmender Bequemlichkeit ständig entgegen, züchtet man geradezu den unmündigen Menschentyp. Es ist der Typ, der nicht mehr fragt: »Was ist zu tun, für was ist Sorge zu treffen?«, sondern der nur noch sagt: »Die sollen das regeln, der Staat soll, die anderen sollen für mich regeln. Ich verstehe davon nichts, dafür sind andere da«.

Sie mögen erkennen, wie Idealismus und Altruismus schließlich das Gegenteil von dem bewirken können, was eigentlich ihr Ziel war. Fraglos kann jeder auch erkennen, aus welcher politischen Richtung dieser Wind weht.

Aber nicht solche Erkenntnisse haben heute allen Beteiligten und besonders den Politikern den Blick auf unser Gesundheitssystem geschärft, sondern es war die materielle Folge der Sinnesänderungen aller Beteiligten, nämlich das finanzielle Fiasko. Die rasante Zunahme der Kosten bei nicht annähernd so rasch wachsenden Einnahmen ließ alle zutiefst erschrecken, insbesondere diejenigen, die meinten, es werde des Guten noch lange nicht genug getan, und die phantastische Reformpläne für eine Gesundheitsorganisation aus einem Guß schmiedeten. Sie gehören heute in das Reich der Utopie.

Jeder ruft: »Haltet den Dieb«. Nur meint jeder immer nur den anderen damit, aber nie sich selbst. Zuerst packte man das schwächste Glied, die niedergelassenen Ärzte, die als »Kleinunternehmer« am leichtesten zu fassen waren, indem man ihnen nicht mehr wie bisher ihre einzelnen Leistungen honorierte, sondern eine bestimmte Gesamtsumme festlegte, die sie dann nach eigenem Willen unter sich verteilen konnten. Damit war ein sehr großer Sektor, nämlich die gesamte ambulante ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, genau kalkulierbar und finanziell steuerbar geworden. Gleichzeitig schärfte man den Ärzten aber ein, daß deshalb ihre Leistung sich auf keinen Fall verschlechtern dürfe. Das peinliche an dieser Anordnung war nur, daß man über die eigentlichen großen kostensteigernden Faktoren im Gesundheitswesen Bescheid wußte. Es war bekannt, daß die ambulante ärztliche Versorgung den geringsten Anteil hieran hatte. Tatsäch-

lich sollte dies auch nur Signalwirkung auf die anderen und stärkeren kostensteigernden Bereiche im Gesundheitssystem haben.

Hier ist mit Abstand der Spitzenreiter die stationäre Versorgung, also der Krankenhaussektor. Man konferierte zwar auch auf diesem Gebiet. Hier gab es aber viel mächtigere Verhandlungspartner, nämlich die Krankenhausträger, die ja sehr häufig die Kommunen, oder Staatsorgane mit gesetzgeberischen Gewalten selbst sind. Das ernüchternde Ergebnis der Konferenz lautete: Man könne es sich auf dem Krankenhaussektor nicht so einfach machen wie bei der ambulanten Versorgung, denn hier seien die hauptsteigernden Faktoren ja auf dem Personalsektor, da die Krankenhäuser nun einmal ein personalintensiver Betrieb seien. Und hier könne man eben keine Einsparungen machen. Daran ist lediglich richtig, daß die Personalkosten in den Krankenhäusern weitaus an der Spitze stehen. Nur erhebt sich die Frage, ob dies nicht bei den niedergelassenen Ärzten und vor allen Dingen den besonders leistungsfähigen Praxen ebenso ist.

Die pharmazeutische Industrie gelangte ebenfalls in das Rampenlicht der öffentlichen Kritik. Sie erlebte geradezu eine Satire: Als sie versuchte, auf dem Werbesektor sich erheblich mehr zurückzuhalten als bisher, kam sie mit dem Druckgewerbe und den Werbebetrieben und damit auch mit Gewerkschaften in Konflikt, die für die Arbeitsplätze in solchen Betrieben fürchteten. Sehr schnell kam man nämlich ganz allgemein zu der Erkenntnis, daß da, wo finanzielle Mittel eingeschränkt werden, auch Arbeitsplätze verloren gehen.

Die größte Partnergruppe sind die Versicherten selbst. Und weil es eben eine so große Gruppe ist und damit auch eine sehr große Anzahl von Wählern und weil man auf keinen Fall sogenannte »soziale Demontage« betreiben wollte, wurde bisher hier recht wenig getan, wenn man einmal absieht von Aufklärungsaktionen über die Schädlichkeit des Rauchens und der Süchte, wobei der Alkoholismus an erster Stelle steht.

Wir sollten uns frei von Emotionen oder politischen Richtungen und Zweckmäßigkeiten einmal wirklich überlegen, was letzten Endes für den freien, den mündigen Menschen besser ist: Ihn in den Versorgungsstaat segeln zu lassen, oder ihn durch Erziehung zur Selbstvorsorge unabhängiger zu machen? Wenn man letzterem zustimmt, muß man ihn wieder lehren, Selbstvorsorge zu treiben oder wenigstens ihm Wahlmöglichkeiten zu lassen.

Vorschläge, wodurch dies zu erreichen sei, gibt es viele. Der mildeste ist die Forderung nach Kostenkenntnis. Dem liegt der Gedanke zugrunde, daß jemand, der weiß, welche Kosten er verursacht hat, auch bereit ist, entweder dafür zu bezahlen oder seine Forderungen zurückzuschrauben. Das allein kann aber nicht genügen, wie Modellversuche ergeben haben.

Solange es einen für den einzelnen unbeeinflußbaren Zwangsbeitrag gibt, kann die Kostenkenntnis allein nichts bewirken.

Es sind aber auch viele andere Vorschläge mit Selbstbeteiligung in verschiedenen Formen gemacht worden. Einer der ältesten ist der Vorschlag, den der Hartmannbund bereits in den fünfziger Jahren machte, nämlich das jetzt bestehende Sachleistungssystem in ein Kostenerstattungssystem umzuwandeln. Es gibt auch Vorstellungen, die Versicherung in eine Gesundheitssparkasse umzuwandeln, wobei jeder Versicherte sein Konto mit einem erhobenen Zwangsbeitrag hat, und wobei ihm das Ersparte dann wieder zufließt, wenn er sein Konto nicht oder nur teilweise in Anspruch genommen hat. Ein anderer Vorschlag zielt auf ein Versicherungssystem hin, wie es in der Autobranche üblich ist, nämlich eine Vollkaskoversicherung mit einem Selbstbeteiligungs-Sockelbetrag, den der Versicherte in seiner Höhe selbst wählen kann.

Ein anderes Modell schlägt eine Staffelung der Beiträge je nach dem Gesundheitsverhalten des einzelnen vor. Schließlich wird vorgeschlagen, dem Versicherten, ähnlich wie in der privaten Krankenversicherung, verschiedene Tarife wahlweise anzubieten. Es gibt sicher noch eine ganze Reihe anderer Vorschläge. Ich habe hier nur einige als Beispiel genannt.

Wichtiger aber als alle diese Vorschläge, die im Grund nur die Modifikation eines Grundthemas sind, ist die Frage, ob solche Reformpläne politisch durchsetzbar sind. Was nützt das schönste Modell, wenn es aus politischen Gründen für tabu erklärt wird. Nach aller Erfahrung auf diesem Gebiet kann man mit großer Sicherheit sagen, daß es eine Reform aus einem Guß mit der Änderung des Grundgedankens der deutschen Sozialversicherung, nämlich dem der Solidargemeinschaft, nicht geben wird. Man wird von dem vorgegebenen, nämlich der jetzigen gesetzlichen Krankenversicherung, ausgehen müssen und Überlegungen darüber anstellen, welche kleinen Schritte Aussicht auf Erfolg haben. Da war es zweifellos schon außerordentlich mutig, wenn eine im Bundestag vertretene Partei Pläne einer Änderung der Versicherung in Richtung auf eine Selbstbeteiligung des Versicherten vorlegte. Sie fand allerdings keine Gegenliebe bei den beiden großen Parteien, wobei die SPD gegen ihre Überzeugung handeln würde, wenn sie solche Reformen vertreten würde, und die CDU offensichtlich die Situation noch nicht für reif oder besser gesagt für so ernst hält, daß ein so heißes Eisen angepackt werden muß.

Die Vorstellungen der großen Parteien, wie man die Kostenexpansion in den Griff bekommen soll, sind vage. Es ist noch nicht ein einziger konkreter und auch praktikabler Vorschlag von dieser Seite gekommen.

Dabei muß allerdings zugute gehalten werden, daß es außerordentlich schwer erscheint, eine gerechte Reformlösung zu finden. Allen Plänen

mit Selbstbeteiligung, oder besser gesagt, mit Individualisierung des Sozialversicherungssystems wird mit einem gewissen Recht immer wieder vorgeworfen, daß die sogenannten schlechten Versicherungsrisiken dann nicht mehr zu decken seien und daß diese sich schließlich doch wieder in einem besonderen Versicherungstopf sammeln müßten. Der Einwand allerdings, den ich vor gar nicht langer Zeit von einem Bundestagsabgeordneten hörte, daß man doch besser nicht von Selbstbeteiligung sprechen solle, da doch jeder Versicherte seinen Beitrag bezahle und also bereits selbst beteiligt sei, ist meines Erachtens unerlaubt und verkennt die Lage total: Ein Zwangsbeitrag ohne Beeinflussungsmöglichkeit durch den Zahlenden ist eben gerade keine individuelle Selbstbeteiligung. Er ist ja die eigentliche Ursache dafür, daß ganz legitim Forderungen und Ansprüche entstehen, die auch eingelöst werden.

Die Ärzte, die bei dem von mir geschilderten Trend natürlich auch in den Strudel der Verordnungsfreude geraten sind, was gar nicht zu vermeiden war, unterliegen, soweit sie niedergelassene Ärzte sind und also die ambulante Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, schon immer einer Form der Prüfung auf Wirtschaftlichkeit, deren Zügel sich gelockert haben mögen, die aber ohne große Schwierigkeiten wieder angezogen werden können. Der dritte Partner, die Krankenkassen, die letzten Endes eben bezahlen müssen, sollten wieder zurückhaltender mit Versprechungen und teilweise geradezu Aufforderungen zu besonderen Leistungen an ihre Versicherten werden, wie dies früher der Fall war. Es war gar kein so ungesunder Zustand, daß sowohl Ärzte wie Versicherte auch einmal über ihre Krankenkassen ungehalten waren, wenn sie allzu vorsichtig mit der Bewilligung von Leistungen umgingen.

Am Schluß bleibt festzustellen: Die Fahrt in den Bankrott unseres so soliden und vorbildlichen Krankenversicherungssystems ist nur in einer konzertierten Aktion unter Heranziehung aller Beteiligten zu verhindern.

Kein Partner kann ausgeschlossen werden, und es ist sinnlos, nur einen Partner »in den Griff« bekommen zu wollen, denn das ist, wie eine große Tageszeitung in den letzten Wochen schrieb, »nur ein Tropfen auf einen heißen Stein«.

# Zur Kostenexplosion im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung

- Ein Vorschlag zur Reform -

Heinz Hartmut Vogel

Die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung haben seit der Erhöhung der Krankenkassen-Beiträge ab 1. 1. 1976 einen kaum mehr zu überschreitenden Anteil vom Brutto-Arbeitseinkommen erreicht.

Da der sogenannte »Arbeitgeberanteil« vom Arbeitgeber grundsätzlich den Lohn- bzw. Gehaltskosten zugerechnet wird, ergibt sich folgendes Bild:

1. RVO-Kassen - mittlerer Krankenkassenbeitrag von 11,7%
  - Ortskrankenkassen 10,8%
  - Barmer Ersatzkasse 12,1%
  - Deutsche Angestellten-Krankenkasse 11,7%
2. Beiträge zur Renten-Versicherung 18%  
(Beitragsbemessungsgrenze DM 3.100,--)
3. Beiträge zur Arbeitslosenversicherung 3%
4. Aufwendungen für Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle 6%  
(bei einem mittleren Krankenstand von 6%)

Der Bruttoarbeitsverdienst des Arbeitnehmers reduziert sich folglich durch die gesetzlichen Abgaben zu den Sozialversicherungen um 38,7%.

Vom restlichen Einkommen wird die Lohnsteuer erhoben. Das dann noch verbleibende Real-Einkommen wird noch einmal geschmälert durch die indirekten Steuern wie Miete, Pachten und Kapitalzinsen, die in unterschiedlicher Höhe in sämtlichen Verbraucherpreisen enthalten sind.

Bei der Festlegung der Abgaben zu den gesetzlichen Sozialversicherungen hat weder das einzelne Pflichtmitglied noch die Versichertengemeinschaft ein Mitwirkungsrecht. Auch auf die Auszahlung der Rentenversicherung und der Arbeitslosenversicherung hat der Versicherte keinen Einfluß. Lediglich zu den Krankenversicherungs- und Lohnfortzahlungs-Auszahlungen hat das Pflichtmitglied Zugang und zwar über den Krankenschein und den behandelnden Arzt. Es ist also nicht der Arzt, der über den »Schlüssel« zur Kasse der gesetzlichen Krankenversicherung verfügt, sondern der Versicherte.

Der frei gewählte Arzt steht zwischen gesetzlich verbrieften Rechten des Versicherten auf Krankenbehandlung bei allen nur möglichen subjektiven und objektiven Beschwerden und der Krankenkasse.

Nach dem Gesetz sind nicht nur die großen Krankheitsrisiken (Krankheitsgroßschaden) abgesichert, sondern auch sämtliche alltäglichen Mißbefindlichkeiten, die sich vielfach nicht im wissenschaftlichen Sinne objektivieren lassen. Ein versicherungsfähiger Krankheitsbegriff liegt dem bestehenden System nicht zugrunde. Die versicherungsfähige Krankheit ist nicht eindeutig definiert und wird in der Praxis in nicht wenigen Fällen vom Versicherten selbst bestimmt.

Es hieße, das ökonomische Prinzip und die opportunistische Natur des Menschen von Grund auf zu verkennen, wenn man bei der Beurteilung der Ausgaben für Krankheitsbehandlung in der GKV nicht von der oben zitierten Interessenlage des Versicherten ausginge. Bei den gesetzlich erzwungenen hohen Einkommensabzügen muß damit gerechnet werden, daß der Versicherte versucht, teilweise in den Genuß von Ausgaben zu gelangen, auf die er auf legalem Weg (Krankenschein, Krankmeldung) Einfluß nehmen kann.

Der frei gewählte, auch mit anderen Ärzten im Wettbewerb stehende behandelnde Arzt gerät dabei zwangsläufig ins Spannungsfeld der Interessen zwischen Versicherten und Krankenkassen.

#### *Vorschlag:*

##### *Die Krankheits-Großschadensversicherung*

Die gesetzliche Krankenversicherung muß dahingehend weiterentwickelt werden, daß das echte Versicherungsprinzip voll zur Wirksamkeit kommt, das heißt, das Interesse des Versicherungsträgers (GKV) und das Interesse des Versicherten müssen in gleicher Weise darauf ausgerichtet sein, daß der Versicherungsfall möglichst *nicht* eintritt. Dies ist jetzt schon beim Krankheitsgroßschaden durchaus der Fall. Das Interesse des Versicherten *und* der Versicherung stimmen darin überein, daß zum Beispiel ein Unfall, eine lebensbedrohliche Operation, eine über mehrere Wochen sich hinziehende innere Krankheit nicht eintritt. Der Krankheitsgroßschaden mit einem Kostenaufwand einer versicherungsmathematisch zu bestimmenden Größenordnung (Mindestsumme und Maximalsumme) ist allein *versicherungsfähig*. Die Prämien sind versicherungsmathematisch kalkulierbar und werden vom derzeitigen Gesamt-Krankenversicherungsbeitrag der *Krankheitsgroßschadens-Versicherung* zugeführt. Ausgaben für den behandelnden Arzt und die Apotheke, die *unter* der versicherungsfähigen Großschadenssumme liegen, werden vom Versicherten selbst von einem individuellen Krankheitssparkonto (Pflichtkonto für Gesundheitsleistungen) direkt bezahlt.

##### *Das Krankheitssparkonto*

*Das Krankheitssparkonto* wird von dem verbleibenden derzeitigen Krankenkassenbeitrag bis auf eine Summe aufgefüllt, die ausreicht, um anfallende

Krankheitskosten bis zum Einsetzen der Großschadensversicherung abzudecken. (Vorgeschlagen wird ein Kontostand, der zwischen 3 und 6 Monatslöhnen liegt). Ist das individuelle Krankheitssparkonto aufgefüllt, so endet die Pflichteinzahlung. Weitere Einzahlungen sind freiwillig und stehen, zusammen mit den anfallenden Zinsen dem Pflichtsparer zur freien Verfügung. Die bisher in Anspruch genommenen gesetzlichen Lohnfortzahlungen im Krankheitsfalle werden den tariflichen Löhnen der Arbeitnehmer zugeschlagen (ca. 6% der Lohnsumme). Dafür übernimmt der Versicherte aus seinem Krankheitssparkonto neben den Behandlungs- und Arzneimittelkosten zunächst auch die bisherige Lohnfortzahlung im Falle der Arbeitsunfähigkeit selbst.

Ist das Krankheitssparkonto des Versicherten bei Eintritt eines Krankheitsgroßschadens durch unvorhersehbare, häufige Inanspruchnahme teilweise oder ganz verbraucht, so übernimmt die Großschadensversicherung die vom Versicherten im Regalfalle von seinem Krankheitssparkonto zu zahlenden Krankheitskosten.

Der Versicherte wird mit der entsprechenden Summe Schuldner der Großschadensversicherung. Diese Schuld ist bei Wiederherstellung der Arbeits- und Verdienfähigkeit zurückzuzahlen. Bei Dauerinvalidität entfällt die Rückzahlung. Das individuelle Krankheitssparkonto bleibt Eigentum des Versicherten.

Die Aufgliederung des bisherigen Krankenkassen-Beitrages, einschließlich der Lohnfortzahlungssumme in

- eine Prämie zur Krankheitsgroßschadens-Versicherung;
  - eine Pflichteinzahlung auf ein individuelles Krankheitssparkonto zu einem festzulegenden oberen Kontostand
- hätte eine zweifache positive Wirkung:

1. Der Versicherte verwaltet jenen Teil seines Einkommens, den er zweckgebunden für das kleine *Krankheitsrisiko* angespart hat. Er ist nunmehr daran interessiert, auch bei alltäglichen Unpäßlichkeiten mit diesem Krankheitssparkonto haushälterisch umzugehen, um nach Erreichen des vorgeschriebenen Kontostandes einzahlungsfrei zu werden, bzw. in der Lage zu sein, bei kurzdauernden Krankheiten mit vorübergehender Arbeitsunfähigkeit Behandlungs- und Arzneimittelkosten sowie den Einkommensausfall von seinem Konto selbst abzudecken. Sein Verhältnis zum Arzt hat dann den Charakter eines freien Behandlungsvertrages ohne Einschaltung Dritter. Der Versicherte »kontrolliert« die Leistungen des Arztes und bestimmt bei alltäglichen Gesundheitsstörungen als der Auftraggeber den Umfang der vom Arzt für erforderlich erachteten Maßnahmen.

Die von allen Seite heute geforderte *Selbstbestimmung und Selbstverantwortung* des mündigen Bürgers ist dann auf dem Gebiete des Gesundheitswesens hergestellt. Einem unkontrollierten Ausufern der Krankheitskosten ist im Rahmen des kleinen, überschaubaren Krankheitsrisikos vom Verursacher selbst ein Riegel vorgeschoben. Vor allem wird die Solidargemeinschaft nicht mit Ausgaben belastet, die weitgehend in den subjektiven Ermessensspielraum des einzelnen Versicherten fallen und über deren Umfang und Nötwendigkeit auch nur der Betroffene selbst entscheiden kann.

2. *Das große Krankheitsrisiko* bzw. der Krankheitsgroßschaden ist wie bisher durch die Versichertengemeinschaft nach den bewährten Prinzipien der echten Schadensversicherung abgesichert. Im Unterschied zur bestehenden *Vollkasko-Krankenversicherung* ist jedoch der abzudeckende Krankheitsgroßschaden erst von einer bestimmten festzulegenden Größenordnung an versicherungsfähig.



# Berichte

»Der totale Ausbau der Krankenversicherungspflicht als Ursache für die Kostenexplosion vom Standpunkt der Ärzteschaft, der Gewerkschaft, des Unternehmertums und des Einzelpatienten aus gesehen«\*

Da das vorgelegte Thema implicite den Ausbau der Krankenversicherungspflicht als einzige Ursache der Kostenexplosion in unserem Gesundheitswesen erscheinen läßt, wurde zunächst die Thematik in einige Fragen gekleidet:

1. Wie sind die Kosten gewachsen?
2. Woher kommt die Kostensteigerung?
3. Wer hat ein echtes Interesse daran, die Kosten der Krankenbehandlung niedrig zu halten? Der versicherte Patient? Der Arzt? Das Krankenhaus? Die pharmazeutische Industrie? Der Gewerkschaftsbund? Der Unternehmer? Die Krankenkassen? Die Privatversicherungen?

1. *Wie sind die Kosten gewachsen?*  
Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung

1968	21,5 Milliarden D-Mark	
1972	36,4 Milliarden D-Mark	= 14,1%
1973	43,4 Milliarden D-Mark	= 19,2%
1974	51,9 Milliarden D-Mark	= 19,6%
1975	58,3 Milliarden D-Mark	
	im Jahresdurchschnitt 1968/72	

Aufgliederung der Gesamtkosten aller Kassen (AOK und Privat) 1975

18,2 Mrd. DM	Krankenhaus	= 31,2%
11,6 Mrd. DM	Arzneimittel	= 20, %
11,1 Mrd. DM	Ärzte	= 19, %
4,9 Mrd. DM	Krankengeld	= 8,4%
4,0 Mrd. DM	Zahnärzte	= 6,9%
3,4 Mrd. DM	Zahnersatz	= 5,9%
5,1 Mrd. DM	Sonstiges	= 8,6%
58,3 Mrd. DM		100 %

Durchschnittliches Brutto-Einkommen nach Abzug der Praxiskosten der

	1963	1974
(a) Ärzte	49.756,-	150.000,-
(b) Zahnärzte	36.628,-	180.000,-
(c) Arbeitnehmer (Durchschnitt)	8.957,-	24.752,-
	(Arbeitszeitverkürzung nicht berücksichtigt)	

2. *Woher kommt die Kostensteigerung?*

Zunächst ist festzuhalten, daß der allgemeine medizinische Fortschritt in Verbindung mit der allgemeinen Wohlstandssteigerung eine ganz wesentliche Verbesserung der medizinischen Versorgung der gesamten Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland ermöglicht hat. Hinzu kommt die Ausdehnung des Krankenversicherungswesens, wodurch es heute der gesamten Bevölkerung möglich ist, von dem medizinischen Angebot weitestgehend Gebrauch zu machen. Darüber hinaus hat das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz mit seinen Auswirkungen auf Krankenhausbedarfsplanung, Krankenhausinvestitionen, Pflegesätze, Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen einschließlich der Vermehrung des Krankenhauspersonals und des Bestandes von medizinisch-technischen Geräten aller Art ganz wesentlich zur Steigerung der Kosten der Gesunderhaltung bzw. der Krankenbehand-

\* Ergebnis-Bericht des Arbeitskreises III der Tagung »Gesundheitspolitik - Die Ursachen der Kostenexplosion im Gesundheitswesen « des Seminars für freiheitliche Ordnung in Verbindung mit der Politischen Akademie Eichholz, Wesseling b/Bonn, vom 20. bis 22. Februar 1976

lung der Bevölkerung beigetragen. Schließlich hat das Lohnfortzahlungsgesetz zusätzlich zur Erleichterung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen aller Art und damit zur Kostensteigerung in allen Bereichen des Gesundheitswesens einen nicht gering zu veranschlagenden Beitrag geleistet.

Dazu nur einige wenige Stichworte: weniger Krankenhausbetten pro Arzt (heute etwa 20 gegenüber früher 50 bis 60); mehr Pflegekräfte pro Patient (bis herunter zu 3 Pflegerinnen auf 5 Patienten); mehr Komfort in immer moderneren Krankenhäusern; mehr Krankenhäuser an sich; immer bessere, ja allzu gut ausgestattete Krankenhäuser – mit Einrichtungen, die oft überhaupt nicht oder nur relativ selten in Anspruch genommen werden; Zunahme der Fach- und Labor-Ärzte, Abnahme der praktischen Ärzte und Allgemeinmediziner. Hinzu kommt der Ehrgeiz der Politiker auf allen Ebenen, »alles und nur das Beste zum Wohle der Bevölkerung« tun zu wollen.

Wie kann unter allen diesen Umständen die **Kostenexplosion** in unserem Gesundheitswesen gebremst oder zum Stillstand gebracht werden? Doch zunächst die dritte Frage:

### 3. *Wer hat ein echtes persönliches Interesse daran, die Kosten der Krankheitsbehandlung niedrig zu halten?*

Zunächst wurde die Vermutung ausgesprochen, daß doch eigentlich alle Patienten ein Interesse daran haben (oder haben müßten), die Krankheitskosten niedrig zu halten, weil doch letztlich alle miteinander die Kosten des Gesundheitswesens zu tragen haben; weil doch die prozentuale Steigerung des Krankenkassenanteils an den Sozialabgaben aller Versicherten alle Versicherten trifft.

Diese Vermutung wird jedoch nicht

durch die Wirklichkeit bestätigt. Die Erfahrung lehrt vielmehr folgendes:

*Der voll-versicherte Patient* – zumal wenn er auch noch in den Genuß der Lohnfortzahlung gelangt – hat keinerlei persönliches Interesse daran, irgend welche Ersparnisse bei der Behandlung seiner echten oder vermeintlichen Krankheiten zu machen. Das genaue Gegenteil ist der Fall. Weil die Beiträge zur Krankenversicherung bereits im voraus und ohne jede Möglichkeit der Einflußnahme durch den Vollversicherten entrichtet werden müssen, entwickelt der Vollversicherte eine ausgesprochene Anspruchshaltung gegenüber dem gesamten medizinischen Versorgungswesen: er nimmt alle nur erdenklichen Möglichkeiten zur Wiederherstellung oder Erhaltung seiner Gesundheit wahr und fragt nicht im mindesten nach den Kosten und dies häufig auch bei Krankheitslapalien, bei denen er bei völliger Eigenverantwortlichkeit auf ärztliche Hilfe und Krankenhausbehandlung verzichtet hätte. Mag verordnet werden was will. Der Vollversicherte wird dadurch in keiner Weise mehr belastet.

Diese Feststellung gilt nicht für Privatpatienten oder nur Teilversicherte, die sparen müssen. Diese achten sehr wohl darauf, daß ihnen nicht *mehr* verordnet wird, als zur Wiederherstellung oder Erhaltung ihrer Gesundheit unbedingt erforderlich ist. Denn bei ihnen besteht eine direkte Beziehung zwischen medizinischer Leistung und den Kosten. Und obige Feststellung gilt auch bei Vollversicherten dann nicht, wenn Arbeitsplatzverlust droht: dann sind sie bestrebt, Arbeitsausfall durch häufigere Arztbesuche, Kuren, ja unter Umständen selbst Krankenhausbesuch zu vermeiden. Die Erfahrungen des Jahres 1975 (Rezession) haben dies voll auf bestätigt.

*Hat der Arzt, hat die Ärzteschaft ein echtes Interesse daran, Kosten zu sparen?* Man muß unterscheiden zwischen Allgemeinmedizinern, Fachärzten, Krankenhausärzten - Chefärzten und angestellten oder beamteten Ärzten - und Laborärzten. Insofern sind die Interesselagen gewiß unterschiedlich. Dennoch muß allgemein gesagt werden, daß kein Arzt ein direktes Interesse daran haben kann, seine Leistungen einzuschränken und Kosten zu sparen. Die Beobachtung läßt eher das Umgekehrte vermuten: die Ärzte sind an zusätzlichen Leistungen interessiert, um auf diese Weise ihre Einkommen zu erhöhen. Daran trägt in erheblichem Maße die sehr schlechte Honorierung der eigentlichen Beratung und Untersuchung des Patienten die Schuld und die - im Vergleich dazu - bei weitem zu hoch honorierte Vielzahl möglicher Nebenleistungen, die von angestelltem Personal ausgeführt werden. Ärzte mit kaufmännischem Sinn und einer modernen Praxis-Organisation holen auf diese Weise ein Mehrfaches aus dem großen anonymen Topf der Krankenversicherungen für sich herein als Allgemeinmediziner, die das Hauptgewicht ihrer Tätigkeit auf Untersuchung und Beratung richten. Die Überalterung der Allgemeinmediziner, das prozentuale Schrumpfen dieses Zweiges der Ärzteschaft bei gleichzeitig rascher Zunahme der Zahl der Fachärzte und Laborärzte bestätigt nicht nur die zunehmende Differenzierung des ärztlichen Wissens, sondern auch ihren Erwerbssinn. Denn Fachärzte erhalten eine nennenswert höhere Abgeltung für ihre Leistung von den Kassen, überdies erbringen sie in aller Regel weit mehr Nebenleistungen (die relativ zu hoch vergütet werden) als die Praktiker.

Angesichts dieser Umstände ist nicht zu erkennen, daß die Ärzteschaft irgend

ein Interesse daran haben könnte, ihre Leistungen und damit ihre Kosten einzuschränken.

*Haben die Krankenhäuser ein Interesse daran, Kosten zu sparen?* Die Krankenhäuser sind daran interessiert, daß ihre Einnahmen ihre Ausgaben decken. Sie sind daran interessiert, daß die Häuser optimal belegt sind und daß ihre vielfältigen medizinischen Einrichtungen optimal genutzt werden. Je länger die Verweildauer eines Patienten, desto günstiger ist dies bei der derzeitigen Abrechnungsmethode für das Krankenhaus. Desto angenehmer auch für die Verwaltung, die Schwestern und alle übrigen Krankenhausangestellten.

Alle Kosten, die in einem Krankenhaus entstehen, werden auf andere umgelegt, auf die Patienten, auf die Kassen, auf die Gemeinden, die Kreise, die Länder usw. Zahllose Bürgermeister, Kommunalpolitiker, Parlamentarier usw. setzen ihren Stolz darein, ihren Gemeinden, Wählern usw. die bestausgestatteten Krankenhäuser »geschenkt« zu haben. Nach den Kosten hat keiner gefragt, denn keiner braucht sie selbst zu tragen.

Ein weiteres kommt hinzu: die Arbeitszeitverkürzung hat ganz besonders die Krankenhäuser betroffen, in denen die Pflegekosten ohnehin den weitaus größten Anteil der Gesamtkosten ausmachen.

Was für die Kommunal-, Kreis- und andere öffentliche Krankenhäuser gilt, gilt nicht in gleichem Maße für Privat- oder Konfessionskrankenhäuser. In ersteren spielt die Wirtschaftlichkeit eine weit größere Rolle, in letzteren der reine, nicht nach Entgelt strebende Dienst am Nächsten. Aber auch sie sind, soweit sie ihren Patientenkreis aus Vollversicherten zur Zahlung heranziehen können, nicht kostenbewußt.

*Die Gewerkschaften* sind indirekt

mitschuldig an der Kostensteigerung, denn gerade sie haben allzu großzügig die Forderungen nach Bestversorgung der Patienten mit allen Errungenschaften der modernen Medizin erhoben und die Ansprüche der Versicherten unterstützt oder gar geweckt. Auch haben sie durch die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze ehemals auf Sparsamkeit bedachter Privatpatienten diese zu nunmehr ebenfalls anspruchsberechtigten Versicherten gemacht. Ferner hat die von ihnen bewirkte Arbeitszeitverkürzung und die Lohnfortzahlung erheblich zur Kostensteigerung beigetragen; zudem wurde durch erstere der Streß der Arbeitenden mit Krankheitsfolgen einerseits und Freizeitmißbrauch andererseits mitverursacht. Aber – alle diese Kosten treffen die Gewerkschaften überhaupt nicht, sondern sind über die Kassen letztlich von den Versicherten zu tragen.

*Anders die Unternehmerschaft*, sie trifft das Lohnfortzahlungsgesetz in seiner bisherigen Form der sofortigen Wirksamkeit vom ersten Krankheits-tage an direkt. Eine mögliche Neigung, darauf durch erhöhte Anforderungen an die Belegschaft zu reagieren, verbietet sich zumindest bei Vollbeschäftigung von selbst, denn die Folge wäre noch erhöhter Arbeitsausfall. Es zeigt, sich vielmehr, daß gutes Betriebsklima und gute Arbeitsmotivation in aller Regel niedrigere Krankenstände bewirken als schlechte Arbeitsverhältnisse. Bei Vollbeschäftigung, wenn die Arbeitnehmer »am längeren Hebelarm« sitzen, haben die Unternehmer alles Interesse daran, ihre Mitarbeiter voll zufrieden-zustellen und ihnen optimale Arbeits- und Existenzbedingungen zu bieten. In Zeiten der Unterbeschäftigung zwingt letztere die Not, sich nach den Wünschen der Unternehmer zu richten. Aber gleich wie die Konjunkturlage ist, die

Unternehmer haben ein Interesse daran, daß ihre Mitarbeiter nicht überflüssige medizinische Leistungen in Anspruch nehmen.

*Die gesetzlichen Krankenkassen* (AOKs) richten ihre Beitragssätze nach ihren Kosten. Ihnen sind ohnehin die Hände gebunden. Die Kostensteigerungen treffen jedoch niemand persönlich, sie werden ausnahmslos auf die Versicherten umgelegt. In keinem Falle werden zum Beispiel die hochdotierten Vorstände davon berührt.

Das gilt nicht für die Privatkassen. Sie müssen sich mit ihren Leistungen nach den gesetzlichen Kassen richten, stehen aber nicht nur im Wettbewerb mit diesen, sondern auch mit den anderen Privatkassen. Sie sind deshalb weitaus kostenbewußter als die gesetzlichen Kassen.

Erst die jetzige, kaum mehr steigerungsfähige Kostensituation hat auch die AOKs kostenbewußter werden lassen. Es wird gespart. Kuraufenthalte werden nicht mehr ohne weiteres gewährt, ganze Kurhäuser wurden geschlossen. Die gesamte Leistungs- und Kostengestaltung wird genaueren Prüfungen unterzogen.

*Dennoch bleibt festzuhalten: es fehlt auch im gesamten Bereiche des öffentlichen Krankenkassenwesens an persönlichen Motivationen, die Kosten unter allen Umständen niedrig zu halten.*

Und welche Rolle spielen *die pharmazeutische Industrie und die Apotheken* in Bezug auf die Kostengestaltung? Mit einem Wort: sie leben vom Umsatz – und nicht vom Sparen. Immer neue medizinische Produkte werden auf den Markt geworfen, mit immer raffinerter Werbung an den Mann zu bringen versucht. Von dieser Seite ist keine Kostenersparnis zu erwarten.

Wie kann unter diesen Umständen der Kostenexplosion im medizinischen Bereich begegnet werden?

4. *Vordergründig illusionäre Versuche.*  
Prinzipiell werden zwei Lösungsvorschläge gemacht:

1. Kostenersparnis unter Beibehaltung des bisherigen Systems der sogenannten Solidargemeinschaft aller Versicherten und
2. Angemessene Selbstbeteiligung aller Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten medizinischen Leistungen.

Zu 1

*Beibehaltung des jetzigen Systems der Solidargemeinschaft, Alle für Einen, Einer für Alle.* Man sei in Deutschland gut gefahren mit diesem System, es habe sich sogar glänzend bewährt. Nie und nirgendwo in der Welt sei dem Kranken besser geholfen worden als durch dieses System. Es sei schlechthin beispielhaft.

Freilich, man sieht die Kostenexplosion, aber man glaubt, sie innerhalb des Systems, also durch Kurieren an den Symptomen, eindämmen zu können:

- durch rationellere Medizinproduktion: Konzentration auf wenige Arzneimittel gleicher Art und Wirksamkeit, Ausschaltung des Überangebots ungezählter Firmen;
- durch Preisvergleichslisten und Empfehlungen an die Ärzte;
- durch Druck auf die pharmazeutische Industrie, die Preise niedrig zu halten; Preiskontrollen;
- durch Druck auf die Ärzte, Honorare - vor allem Nebenleistungen - niedrig zu halten. Die Ärzte sollen zur Selbstdisziplin erzogen werden;
- durch erzieherische Maßnahmen zur Veränderung der Konsumhaltung der Ärzte und Patienten;
- durch verbesserte Krankenhaus-Standortsplanungen: Zentral-Krankenhäuser in zentralen Plätzen, ergänzt durch Pflegeheime, Alters-

heime, Schließung unrentabler oder überflüssiger Häuser;

- durch rationellere Belegung der Krankenhäuser;
- durch stramme Kosteneinschränkungen in allen Häusern;
- durch Überwälzung sachfremder Leistungen (für Alter, Mutterschaft, Haushaltshilfen usw.) von den Krankenkassen auf den Staat;
- durch Offenlegung des Kostenrechnungswesens der Kassen, Krankenhäuser, Ärzte usw.

Wie immer wirksam, oder vielmehr unter Umständen unwirksam alle diese Maßnahmen sein sollten, man will das bestehende System unter allen Umständen beibehalten, da nur es allein den umfassenden Krankenschutz für alle, insbesondere auch für die Schwächsten und Ärmsten in unserem Lande mit Sicherheit garantiere - wohingegen jede Art der Änderung, zumal der Selbstbeteiligung der Versicherten an den Kosten, gerade die Schwächsten und Hilflosesten unmittelbar und mit verheerenden Folgen für ihre Gesundheit treffe.

Zu 2

*Angemessene Selbstbeteiligung aller Versicherten an den Kosten der für sie erbrachten medizinischen Leistungen.*

Die Argumente der Befürworter der Selbstbeteiligung lauten:

- Nur die Selbstbeteiligung weckt Selbstverantwortung;
- veranlaßt den Patienten, mit über die Kosten der Behandlungen nachzudenken; und nach den Kosten der Medikamente zu fragen;
- dadurch wird verhindert, daß der Versicherte wegen jeder Lapalie den Arzt aufsucht, die Wartezimmer verstopft, den Arzt hindert, sich den wirklich ernstesten Fällen zu widmen,

- weil ihm die Bagatellfälle die Zeit dazu nehmen;
- gibt dem Patienten Veranlassung, sich zu fragen, ob er sich nicht selbst helfen kann;
  - verhindert die maßlose Verschwendung von Medikamenten, die den Versicherten verschrieben werden, ohne daß diese sie überhaupt gebrauchen (wie jeder Hausarzt in ungezählten Fällen beobachtet hat).

Eine andere Frage ist es, *wie* die Selbstbeteiligung gestaltet werden müßte - so, daß sie der Verschwendung und der Kostensteigerung Einhalt gebietet, ohne für die wirklich Schwächsten, Unbemittelten zu einer drückenden Last zu werden. Wegen Zeitmangels konnte dieser Problemkreis nur angeschnitten werden. Genannt wurden: differenzierte Angebote der Krankenkassen; Mindestbeitrag (sofort zu bezahlen) für jeden Krankenschein und jedes Medikament, der nur Einkommensschwachen rückerstattet wird; Einsetzen der Lohnfortzahlung erst ab vierten Krankheitstag (bei Rückerstattung des Lohnausfalls nur bei testierter Krankheit).

Kurzum, eine echte Reform ist nur möglich, wenn der mündige Bürger selbst, »mündig«, seine Belange wahrnehmen kann und wahrnehmen muß - durch direkte Selbstbeteiligung an den Kosten.

### 5. Zusammenfassung

Die geradezu ungeheure Kostensteigerung in unserem Gesundheits- und Krankenversicherungswesen ist zunächst einmal eine Folge des medizinischen Fortschritts und der Zur-Verfügung-Stellung dieses Fortschritts für alle Kreise der Bevölkerung, wobei die allgemeine Hebung des Volkswohlstandes - durch Wissenschaft, Technik, Industrie

und freiheitliche (Markt-) Wirtschaftsordnung - dies ermöglicht haben. Zum zweiten hat das neue Krankenhausfinanzierungsgesetz eine Fülle von Verbesserungen der Krankenbetreuung und Krankenversorgung gebracht, die sich ebenfalls in erheblichem Maße als kostensteigernd ausgewirkt hat. Zum dritten hat die Ausdehnung der allgemeinen Krankenversicherungspflicht auf fast alle Nichtselbständigen den unmittelbaren Zusammenhang zwischen medizinisch-ärztlicher Leistung und finanzieller Gegenleistung vollkommen unterbrochen und dadurch jede Selbstbescheidungsmöglichkeit (schon aus Mangel an Transparenz der Leistungs- und Kostenverhältnisse) praktisch ausgeschaltet und überdies ein Anspruchsdenken hochkommen lassen, das bei auch nur geringer direkter Mitbeteiligung an den Kosten nicht eingetreten wäre.

Eine Lösung des Kostenproblems erscheint unter den gegenwärtigen politischen Umständen so gut wie ausgeschlossen: die Berufsverbände der begünstigten Versicherten werden mit Nachdruck darauf achten, daß der gegenwärtige »Besitzstand« der Versicherten nicht angetastet wird - das heißt daß eine wie auch immer gestaltete Selbstbeteiligung der Versicherten verhindert wird. Zwar wird man versuchen, Krankenhäuser, Ärzte, Krankenhaus-träger, Pharmazeutische Industrie, Apotheken, Krankenkassen und die Versicherten selbst zu Sparmaßnahmen zu bewegen, und man wird auch Untersuchungen durchführen, wie und wo gespart werden kann, und man wird auch Druck auf »Nichtsparer« ausüben - aber da alle Beteiligten keinerlei unmittelbares Interesse am Sparen, sehr wohl aber ein direktes Interesse an immer besseren Leistungen, optimaler Auslastung aller Anlagen, steigenden

Umsätzen und hohen Gewinnen haben, werden alle öffentlich-staatlichen Bemühungen um Kosteneinsparungen oder auch nur Kostenniedrighaltung ohne Erfolg bleiben. Erst wenn die Situation ausweglos geworden sein

wird, kann man auf Änderung hoffen - wobei es dann eine Frage sein wird, ob diese zur Wiedergewinnung der Freiheit und Selbstverantwortung oder zu totalem Dirigismus führen wird.

Fritz Penserot

\* \* \*

## Ordentliche Landesversammlung 1977

### EntschlieÙung

#### *Das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)*

Die Landesversammlung des Hartmannbundes, Landesverband Baden-Württemberg, lehnt das von der Regierung vorgelegte Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) wegen seiner eindeutigen politischen Zielsetzung einer weitgehenden Sozialisierung ab, da es für Patient und Arzt unerträgliche Nachteile zur Folge haben muß. Durch das Gesetz wird die persönliche Verantwortung aller Beteiligten – Versicherte, Ärzte, Mitarbeiter der Krankenkassen – geschwächt, die Institutionen – Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen – lediglich in ihrer Kontrollfunktion gestärkt. Ihre Handlungs- und Entscheidungsfreiheit wird durch Zentralisierung und vorgegebene dirigistische bundesweite Daten praktisch beseitigt. Die Kollektivierung der Verantwortung hat nach aller Erfahrung keine Kostendämpfung zur Folge, sondern eine Kostenausweitung bei Verringerung des Leistungsangebotes.

Die Behauptung von Politikern im Rang von Bundesministern, die Ärzte seien zur Mitarbeit bei der notwendigen Kostendämpfung im Krankenversicherungsbereich nicht bereit, wird schärfstens zurückgewiesen. Sie entlarvt sich schon dadurch, daß die Ärzte in freier Vereinbarung mit ihren Vertragspartnern im Jahre 1976 bereits zu einer erheblichen Kostendämpfung beigetragen haben. Sie zeigten damit als bisher

einzigste Gruppe der an der Krankenversicherung Beteiligten kostenbewußtes Verhalten. Dies war nur im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung möglich, die die Ärzte kraft Gesetzes alleinverantwortlich sicherzustellen haben. Dafür wurde den Kassenärzten von den Politikern und dem Bundeskanzler öffentlich Anerkennung ausgesprochen.

Die freien Verbände der Ärzte haben darüberhinaus erklärt, daß sie auch für die Zukunft zur Kostendämpfung beitragen werden in Form einer »Konzertierten Aktion«. Im Rahmen eines Gesetzes, das ihnen allein alle Risiken überträgt, auch diejenigen, die sie nachweislich nicht steuern können – sei es das Risiko der Krankheitshäufigkeit oder der Arzneimittelkosten oder durch gesetzliche Regelungen diktierte Leistungsausweitungen – müssen sie ihre Mitarbeit zwangsläufig versagen.

Nur durch eine »Konzertierte Aktion«, bei der alle Partner gleichberechtigt an einem Tisch sitzen, und durch Stärkung der persönlichen Verantwortung aller Beteiligten, kann eine echte Kostendämpfung, das heißt eine Anpassung der Leistungen an die finanziellen Möglichkeiten, erreicht werden.

19. März 1977



## Bericht zur Lage des Verbandes der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.

Sehr verehrte Frau Kollegin,  
sehr geehrter Herr Kollege,

die Ereignisse in Gesundheits- und Sozialpolitik überschlagen sich. Sogar die Tagespresse hat Mühe, ihre Leser über die täglichen Neuigkeiten aus Bonn auf dem laufenden zu halten. Deshalb ist es auch für uns aus Gründen der Aktualität notwendig, Sie mit dieser Sonderseite über den Inhalt des in den letzten Januartagen veröffentlichten Entwurfs zum »Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz« (KVKG) zu informieren.

Im KVKG-Entwurf ist fest einprogrammiert

*Das Ende unseres gewachsenen Systems einer gesetzlich fundierten und moralisch vertretbaren Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung!*

Rund 2,5 Milliarden DM jährlich will die sozialliberale Koalition in der ambulanten ärztlichen Versorgung einsparen. Rund 17 000 Krankenhausfachärzte sollen an der kassenärztlichen Versorgung beteiligt werden.

Ca. 12 Milliarden DM standen 1976 für rund 50 000 Kassenärzte für die ambulante ärztliche Versorgung zur Verfügung. Jetzt sollen es nur noch 9,5 Milliarden DM sein, an denen zusätzlich 17 000 Krankenhausfachärzte partizipieren können!

Ungeachtet der persönlichen Leistung, ungeachtet der weiterhin steigenden Praxiskosten wird der durchschnittliche Jahresumsatz pro Kassenarztpraxis um 98 000 DM sinken.

Durch diesen dirigistischen Eingriff steht die Existenz Ihrer Praxis auf dem

*Spiel! Wird Ihre ärztliche Tätigkeit drastisch reduziert!*

*Damit nicht genug:*

● Im KVKG ist die Festsetzung eines Höchstbetrages der zu verordnenden Arzneimittel vorgesehen. Wird dieser Höchstbetrag überschritten, wird das Honorar der Gesamtheit der Kassenärzte kollektiv um diesen Mehrbetrag gekürzt.

● Das gilt selbstverständlich auch, wenn Sie durch Epidemien zu wesentlich mehr Arzneiverordnungen als normalerweise gezwungen werden.

● Das Morbiditätsrisiko, das bisher die Krankenkassen getragen haben, wird wieder voll auf jeden einzelnen Kassensarzt abgewälzt.

Sparen Sie an Arzneimittelverordnungen und verlängert sich dadurch notwendigerweise in zahlreichen Fällen die Krankheitsdauer, so wird dies Ihnen, sehr verehrte Frau Kollegin und sehr geehrter Herr Kollege, als persönliche Raffsucht angelastet werden.

● Nach dem Motto »divide et impera« ist damit im Gesetz-Entwurf der Konflikt zwischen Patient und Arzt schon vorprogrammiert.

*Diese unzumutbaren Vorhaben der sozialliberalen Koalition müssen im Interesse unserer Patienten, aber ebenso im eigenen Interesse verhindert werden.*

Der Konsultationsring – in dem sieben freie ärztliche Verbände zusammengeschlossen sind: HB, NAV, BPA, die Berufsverbände der Chirurgen und Internisten, der Kassenarztverband und der Bundesverband der Knappschafts-ärztevereine – hat deshalb am 23. Januar 1977 in Frankfurt einen Krisenstab gebildet. Aufgabe dieses Krisenstabes ist

es, kurzfristig gesundheits- und sozialpolitische Aktionen zu koordinieren. Den Krisenstab bilden die Vorsitzenden der sieben Mitgliedsverbände. Ausführendes Organ ist ein Redaktionsausschuß, der die politische Position des Konsultationsringes in der Öffentlichkeit einheitlich vertritt und begründet.

Als Arbeitsgrundlage hat der NAV dem Krisenstab sein schon zu Zeiten der sogenannten »Hexenjagd« auf die Ärzte ausgearbeitetes Papier

#### *»Kampfmaßnahmen«*

zur Verfügung gestellt. Darin ist eine Stufenfolge von ärztlichen Aktionen im Konfliktfall projektiert.

In dieser Situation können Sie, sehr verehrte Frau Kollegin und sehr geehrter Herr Kollege, nicht erwarten, daß die von Ihnen gewählten Vertreter allein in der Lage sind, den Anschlag auf Patient und freiberuflich tätigen Kassenarzt abzuwehren.

*Wir brauchen die Unterstützung jedes Kollegen in Stadt und Land.*

Alle Mitgliedsverbände des Konsultationsringes tragen ihre Kosten selbst. Mit Sicherheit werden die Maßnahmen der kommenden Wochen und Monate zusätzliche Finanzmittel erfordern. Wir appellieren deshalb auch in dieser Hinsicht an Sie, Ihre Interessenvertretung so stark wie möglich zu machen. Sonder-

beiträge, die im übrigen als Betriebsausgaben absetzbar sind, bitten wir unter dem Stichwort

#### *»NAV-Kampffonds«*

auf unser Sonderkonto Nr. 015 55803 bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Filiale Köln, zu überweisen. Wir werden Sie auch künftig so aktuell wie möglich informieren.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
Ihr

(Dr. Kaspar Roos)  
NAV-Bundesvorsitzender

Köln, im Februar 1977

PS. Sind Sie mit uns der Meinung, daß mit diesem KVKG-Entwurf die Grenzen des Zumutbaren für uns überschritten sind, lassen Sie das bitte auch in einem persönlichen Schreiben den Bundeskanzler (Bundeskanzleramt, Görresstraße, 5300 Bonn 12) und den Bundesarbeitsminister (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Rochusstraße 1, 5300 Bonn-Duisdorf) wissen. Eine Kopie Ihres Briefes schicken Sie bitte an die NAV-Bundesgeschäftsstelle, Belfortstraße 9, 5000 Köln 1.

## Argumentationshilfe zur Ablehnung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG)

*Vorgesehene Änderungen gegenüber dem geltenden Recht*

1. Es soll eine Gesamtvergütung vereinbart werden. Die Höhe der zur Verteilung anstehenden Gesamtvergütung soll ohne Berücksichtigung von Art und Umfang ärztlicher Leistungen allein

*Einwände gegen die vorgesehenen Änderungen*

1. Die Vereinbarung der Gesamtvergütung, die an wirtschaftlichen Wachstumsraten und nicht an der ärztlichen Leistungsstruktur bemessen wird, muß auf längere Sicht zu einem

nach Wirtschaftsdaten bemessen werden. Ausweitung des medizinischen Leistungsspektrums (auch bei Epidemien), Einführung neuer Leistungen und die Gesamtzahl der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte werden nicht berücksichtigt.

Die Höhe des jährlichen Zuwachses der Gesamtvergütung ergibt sich für die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder *verbindlich* aus einer zwingend vorgeschriebenen Empfehlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Bundesverbänden der Krankenkassen. Diese Empfehlung soll sich an den gleichen Kriterien orientieren wie sie für die Festsetzung der Gesamtvergütung in den Gesamtverträgen vorgeschrieben sind, das heißt, daß auch hier unvorhersehbare Leistungsanforderungen (zum Beispiel Epidemien oder Fortschritt der medizinischen Wissenschaft) nicht berücksichtigt werden dürfen.

2. Es soll ein Arzneimittel-Höchstbetrag für verordnungsfähige Arzneimittel eingeführt werden. Wird dieser Höchstbetrag überschritten, so wird der Übersteigungsbetrag von der Gesamtvergütung für ärztliche Leistungen abgezogen. Das führt zu einer Verminderung der Honorarzählung für alle Kassenärzte.

Die vom Versicherten zu zahlende Rezeptblattgebühr wird von 2.50 auf DM 3.50 angehoben. Von der Zahlung sollen diejenigen befreit werden, die

Leistungsabbau in der ambulanten Versorgung zum Nachteil der Versicherten führen.

Diese Regelung verlagert die Festsetzung der Vergütung für kassenärztliche Leistungen verbindlich auf Bundesebene. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder sind beim Abschluß der Gesamtverträge an die auf Bundesebene festgelegten Wachstumsdaten und den vereinbarten Bewertungsmaßstab gebunden. Die Vertragshoheit der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder wird damit zur Farce; die Selbstverwaltung der Kassenärzte beseitigt. Landeseigene Besonderheiten fallen dem Bundesdurchschnitt zum Opfer.

2. Die Festlegung eines Arzneimittel-Höchstbetrages führt zu einer »Sippenhaft« der Kassenärzte, die unter keinem Gesichtspunkt zu rechtfertigen ist. Benachteiligt sind primär die Versicherten, da Ärzte zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses – nach der Gesetzesvorlage werden dabei unterschiedslos alle Ärzte betroffen, gleichgültig, ob »wirtschaftlich oder unwirtschaftlich« verordnet wurde – bemüht sein werden, die Arzneimittelversorgung einzuschränken. Diese Regelung bedeutet einen Rückschritt hinter den 1931 durch Notverordnung eingeführten »Reichsregelbetrag«, wobei der Reichsregelbetrag wenigstens noch auf den einzelnen Versicherten bezogen und fachgruppenspezifisch gegliedert war.

Es kann nicht Aufgabe des Arztes sein, darüber zu entscheiden, ob der Patient aufgrund seiner wirtschaftlichen Lage die Rezeptblattgebühr von DM 3.50

wegen langer Dauer einer Krankheit laufend Arzneimittel benötigen. Die Entscheidung hierüber soll beim Arzt liegen.

Der im Gesetzentwurf aufgenommene erforderliche Preisvergleich von Medikamenten ist zwar bereits jetzt in den Arzneimittelrichtlinien enthalten, allerdings mit dem ausdrücklichen Hinweis, daß vor dem Preis insbesondere der medizinische Nutzen für die Verordnung ausschlaggebend zu sein hat und unter diesem Gesichtspunkt auch teurere Arzneimittel verordnet werden können.

zahlen kann oder nicht, oder ob das Medikament im Einzelfall doch verordnet werden kann. Die Übertragung dieser Entscheidung auf den einzelnen Arzt muß dazu führen, daß der Patient versucht, durch Arztwechsel oder Androhung von Arztwechsel die Freistellung von der Rezeptblattgebühr bzw. die Verordnung zulasten der Krankenkassen in jedem Fall zu erreichen.

(Soll sich der Arzt hierfür eine Verdienstbescheinigung, sowie eine amtliche Bescheinigung über den Familienstand und vielleicht sogar Auskünfte über die finanziellen Verpflichtungen des Patienten besorgen?)

Wenn überhaupt das Erfordernis eines Preisvergleichs in das Gesetz aufgenommen werden soll, muß klargestellt werden, daß für den Arzt nicht die Frage des Preises, sondern der therapeutische Nutzen des zu verordnenden Medikaments im Vordergrund zu stehen hat. Das bedeutet nicht, daß Kassenärzte damit einer besseren Transparenz des Arzneimittelmarktes widersprechen wollen.

---

3. Die Ersatzkassen werden in das Vertrags- und Leistungsrecht der Ortskrankenkassen eingegliedert und können keinen eigenen Bewertungsmaßstab mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbaren, sondern sind an den auch für Ortskrankenkassen geltenden Bewertungsmaßstab gebunden.

Soweit es die Höhe der Gesamtvergütung betrifft, ist auch mit den Ersatzkassen in Zukunft diese Gesamtvergütung nicht mehr als die Summe der nach der E-Adgo abgerechneten Leistungen festsetzbar.

3. Die bestehende Vertragsfreiheit zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkassen wird beseitigt, die Eigenständigkeit der Ersatzkassen und die Gestaltungsfreiheit der vertragsärztlichen Versorgung wesentlich eingeschränkt. Zusammen mit der Regelung zum Finanzausgleich in der Rentner-Krankenversicherung bedeutet dies den sicheren Weg zur Einheitsversicherung. Die Ersatzkassen verlieren aufgrund der nunmehr fast völligen Gleichstellung im Vertrags- und Leistungsrecht jede Attraktivität für den Versicherten.

4. Die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder sollen kraft Gesetzes den Sicherstellungsauftrag auch für die Anspruchsberechtigten in der freien Heilfürsorge (zum Beispiel Bundeswehr, Grenzschutz, Polizei) übernehmen. Die Vergütung soll an diejenige, die von den Ortskrankenkassen gezahlt wird, angebunden werden.

4. Ein gesetzlicher Zwang zur Übernahme der Versorgung der Anspruchsberechtigten der freien Heilmittelfürsorge in den verschiedenen Bereichen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder ist verfassungsrechtlich bedenklich, weil

- a) die Kompetenz des Bundesgesetzgebers, das Recht der Sozialversicherung regeln zu dürfen, hierfür nicht ausreicht,
- b) das Vergütungssystem für die Versorgung der Sozialversicherten aller Kassenbereiche und der Anspruchsberechtigten in der freien Heilfürsorge unzulässig gleichgeschaltet wird. Politisch ist diese Nivellierung als Einstieg in die Ablösung des gegliederten Sozialversicherungssystems durch ein umfassendes staatliches Versorgungssystem zu werten (zum Beispiel Bundeswehr: gleiches Honorar bei Untersuchungen vom Soldaten bis zum General).

---

5. Im Gesetzentwurf bleibt die Möglichkeit der individuellen Beteiligung oder Ermächtigung von Krankenhaus-Fachärzten gem. dem geltenden Recht bestehen. Daneben tritt aber die institutionalisierte vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie als Krankenhausleistung. Eine zeitliche Begrenzung der ambulanten vorstationären Diagnostik und ambulanten nachstationären Therapie ist sogar entgegen den Vorstellungen der Krankenkassenverbände nicht vorgegeben.

Die Möglichkeit der Beteiligung von Krankenhausärzten wird über den Kreis der leitenden Krankenhausärzte hinaus auf alle Krankenhaus-Fachärzte ausgedehnt. Die Bedürfnisprüfung bleibt bestehen.

5. Modellversuche haben ergeben, daß die vor- und nachstationäre Behandlung nicht zu Kosteneinsparungen führt. Aus diesem Grunde ist die Einführung der institutionalisierten vor- und nachstationären Behandlung nicht zu rechtfertigen.

Das Kassenarztrecht hat gerade erst zum 1. 1. 1977 den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder für die gesamte ambulante Versorgung – auch soweit sie am Krankenhaus durchgeführt wird – bekräftigt. Es gibt keinen erkennbaren Grund, warum wenige Wochen nach Inkrafttreten des Kassenarztrechts diese Regelung in Frage gestellt und der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder in dieser

Weise ausgehöhlt werden soll.

Die Öffnung der Krankenhäuser als Institution für die ambulante ärztliche Versorgung muß dazu führen, daß sich zumindest im Einzugsbereich eines Krankenhauses Fachärzte nur schwer oder gar nicht niederlassen können. Dies führt auf Dauer zur Beseitigung der wohnortnahen ambulanten fachärztlichen Versorgung durch die in freier Praxis niedergelassenen Ärzte. Die durch das Kassenarztrecht eingeführte Bedarfsplanung wird damit in Frage gestellt.

---

6. Den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder wird auferlegt, bei medizinisch-technischen Leistungen, die der Arzt zur Unterstützung seiner Maßnahmen benötigt, auf eine wirtschaftliche Erbringung hinzuwirken.

Diese Bestimmung muß im Zusammenhang mit der im Gesetzentwurf verankerten Maßnahme gesehen werden, wonach Bewertungsmaßstäbe in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen sind, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinisch-technischen Entwicklung sowie dem Erfordernis der Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit entsprechen.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder wird die Befugnis übertragen, anordnen zu können, daß medizinisch-technische Leistungen nur von bestimmten Ärzten oder besonderen Einrichtungen, zum Beispiel *Medizinisch-Technischen-Zentren*, erbracht werden dürfen.

6. Es besteht ohnehin für alle Leistungen des Kassenarztes eine von den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder zu überprüfende Pflicht zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung. Jede zusätzliche Maßnahme besonderer Wirtschaftlichkeitsgebote für bestimmte ärztliche Leistungen, auch solche medizinisch-technischer Art, ist überflüssig.

Die vorgesehene Zentralisierung medizinisch-technischer Leistungen bei bestimmten Ärzten oder Einrichtungen bedeutet auch einen verfassungsrechtlich unzulässigen Eingriff in die Berufsausübung des einzelnen Arztes. Sie kann für ganze Arztgruppen zur Beseitigung des Rechts auf freie Berufswahl führen.

# Ärzte nehmen Stellung

## Zum Entwurf eines Krankenversicherungs-Kostendämpfungs-Gesetzes der Bundesregierung vom 16. Februar 1977\*

### *Vorwort*

Vor der letzten Wahl zum Deutschen Bundestag versicherten die Mitglieder der alten und der jetzigen Bundesregierung bis zur letzten Wahlkundgebung: »Die Renten sind gesichert!« Sie taten dies wider besseres Wissen. Nach der Bundestagswahl wurde dies sehr schnell sichtbar.

Jetzt erklärt die Bundesregierung, sie wolle mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz anstreben, »das erreichte medizinische Versorgungsniveau der versicherten Bevölkerung aufrecht zu erhalten, den medizinischen Fortschritt weiter zu ermöglichen und den dafür erforderlichen Finanzbedarf mit der Belastbarkeit der Volkswirtschaft und der Beitragszahler in Übereinstimmung zu bringen« (Begründung des Gesetzentwurfes).

Entweder ist die Bundesregierung über die Folgen dieses Entwurfs so unverantwortlich schlecht informiert, wie sie dies angeblich teilweise vor der Bundestagswahl über die Rentensituation war, oder aber sie kennt diese Folgen und stellt erneut wider besseres Wissen solche Behauptungen auf. Dann wäre dies eine Täuschung unseres Volkes in einem kaum vorstellbaren Umfang.

Wir Ärzte wollen den Gesetzestext erläutern, rechtzeitig auf seine Folgen aufmerksam machen und unsere aus der täglichen Erfahrung stammende Meinung dazu sagen.

Die Wirtschaftsrezession 1967 wurde überwunden, weil der Staat und alle gesellschaftlichen Gruppen sich freiwillig zu einer konzertierten Aktion zusammenschlossen. So wurden die anstehenden Probleme durch gemeinsame und freiwillige Initiativen bewältigt. Eine gleiche Lösung muß jetzt für die bestehenden und noch auf uns zukommenden Schwierigkeiten in der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt werden. Statt sich mit Gewaltmaßnahmen und unter unerhörtem Zeitdruck die Ärzte und Zahnärzte, die Krankenhäuser und ihre Träger, die Millionen Mitglieder der Ersatzkassen und Kriegeropferverbände und viele andere zu Gegnern zu machen, sollte man ihre Erfahrung und Mitarbeit zu einer Weiterentwicklung und Stabilisation unseres bisher bewährten Krankenversicherungssystems einsetzen. Dies kann bei dem von der Regierung beabsichtigten Verfahren nicht geschehen, nämlich jeden Einwand und Widerstand in einem völlig unsinnigen politischen Schnellverfahren mit der Dampfwalze einer – wenn auch sehr knappen – politischen Mehrheit niederzuwalzen.

Wir alle wollen eine gute und für die Volkswirtschaft tragbare Krankenversicherung. Sie kann nur durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten, durch deren gemeinsame Disziplin und notfalls durch gemeinsame Opfer erhalten bleiben. Wir Ärzte sind dazu bereit und haben dies schon bewiesen. Nun sollte die Bundesregierung auch den Mut zur

\* auszugsweiser Abdruck

Sachlichkeit und fairen Zusammenarbeit aufbringen. Daß negative Maßnahmen immer nur negative Folgen haben können, hat sie selbst schon erfahren. Jetzt sollte sie es einmal mit dem Gegenteil versuchen und sich und uns allen dazu die notwendige Zeit lassen.

Aktionsgemeinschaft  
Baden-Württembergischer Ärzte

Im März 1977

\*

*Kontrolle  
statt Mitverantwortung*

*Die Bundesregierung will*

den Krankenkassen das Recht einräumen, den einzelnen Krankheitsfall im Hinblick auf die entstandenen Kosten zu überprüfen und den Versicherten dann zu unterrichten. Die Krankenkassen werden verpflichtet, ein Mitgliederverzeichnis zu führen.

Wie aus der Begründung für diese neue Möglichkeit hervorgeht, soll dieses Verfahren »insbesondere dazu beitragen, daß unwirtschaftlicher und übermäßiger Leistungsaufwand vermieden werden kann. Das Unterrichtsrecht der Krankenkasse soll es ermöglichen, dem Versicherten die Aufwendungen durchsichtig zu machen, die mit den für ihn erbrachten Leistungen verknüpft sind«.

*Der Entwurf des Kostendämpfungsgesetzes sieht vor:*

§ 223

*»Die Krankenkasse kann in geeigneten Fällen im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenhäusern und den Vertrauensärzten die Krankheitsfälle vor allem im Hinblick auf die entstandenen Kosten überprüfen und den*

*Versicherten über die in Anspruch genommenen Leistungen und ihre Kosten unterrichten«.*

*Wir meinen:*

Hier wird insbesondere dem Vertrauensärztlichen Dienst eine neue Kontrollfunktion über den Versicherten und seinen Arzt zugewiesen, die längst überwunden war. Darüber hinaus dient eine solche Bestimmung als Rechtsgrundlage für die Einführung des »großen Bruders«, nämlich einer über Computer bis ins letzte Detail eingeführten Überwachung jedes einzelnen Versicherten. Daß dabei die Intimsphäre völlig durchbrochen wird, weil diese Überprüfung der Leistungen immer auch mit der Aufnahme der Diagnose verbunden sein muß, ist ganz selbstverständlich. Die Erfassung all der vielen Daten im Computer wird viele Investitionen verursachen und viele neue Mitarbeiter bei den Krankenkassen benötigen.

*Also: keine Kostendämpfung, sondern Kostensteigerung!*

*Unser Vorschlag:*

Wenn der Gesetzgeber beabsichtigt, dem Versicherten die Aufwendungen durchsichtig zu machen, die mit den für ihn erbrachten Leistungen verknüpft sind, so geschieht dies am besten dadurch, daß man ihm die Kenntnis der von ihm verursachten Kosten direkt und unmittelbar vermittelt. Dazu dürfte es nur einer Übergabe eines Durchschlages der Arzt- und Krankenhausrechnung und eine genaue Bezeichnung der Kosten der für ihn verordneten Mittel. Wenn damit ein Kostendämpfungseffekt verbunden werden sollte, so könnte dies allerdings – wie nachgewiesen – nur durch eine prozentuale Selbstbeteiligung an diesen Kosten mit sozial zumutbaren Grenzen geschehen.

\*



## *Rentner zahlen die Zeche*

*Die Bundesregierung will, daß Arzneimittel, die nach überwiegender Ansicht zum täglichen Gebrauch gehören und nach ihrer allgemeinen Anwendung medizinisch nicht notwendig sind (zum Beispiel Kopfschmerztabletten, Beruhigungstabletten usw.), von der Verordnung auf Kassenkosten – wenn für den Versicherten zumutbar – ausgenommen werden können oder nur unter besonderen Voraussetzungen verordnet werden sollen.*

*Der Entwurf des Kostendämpfungsgesetzes sieht vor:*

*§ 368 p, Abs. 1, Satz 2*

*Die Bundesausschüsse haben unter Berücksichtigung der Therapiefreiheit und der Zumutbarkeit für die Versicherten in Richtlinien auch zu beschließen, welche Arzneimittel oder Arzneimittelgruppen, die ihrer allgemeinen Anwendung nach bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden, nicht oder nur bei Vorliegen besonderer Voraussetzungen zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen.*

Die Begründung des Kostendämpfungsgesetzes sagt dazu weiter: »Die Kosten für diese Mittel sind in der Regel nicht hoch. Es ist daher für den einzelnen zumutbar, die Kosten für diese Mittel selbst zu tragen«. Wenn man an eine solche Bestimmung denkt, dann müssen ganz präzise Klarstellungen getroffen werden, um welche Mittel es sich genau handelt, um aus den Sprechzimmern der Ärzte Diskussionen über unklare Rechtsansprüche herauszuhalten. Das ist deshalb ganz besonders wichtig, weil hierbei der Gummibegriff der »Zumutbarkeit für den Versicherten« eingeführt wird. Es muß für alle Beteiligten unmißverständlich klargestellt

werden, welche Mittel vom Versicherten selbst zu bezahlen sind.

### *Unser Vorschlag:*

Angesichts dieser Zahlenverhältnisse ist zu prüfen, ob nicht die Einführung eines Beitrages der Rentner zu ihrer Krankenversicherung sinnvoller ist und dann erlaubt, die Bezahlung solcher Mittel wie bisher durch die Krankenkasse vornehmen zu lassen. Die Kostendämpfung könnte dann auch hier durch eine prozentuale Beteiligung im Rahmen sozial tragbarer Grenzen erfolgen.

Auf alle Fälle darf jedoch keine Regelung eintreten, nach der der Arzt dem einen Patienten ein bestimmtes erforderliches Mittel – weil ihm zumutbar – als Kassenleistung verweigert, dieses Mittel aber dem nächsten Patienten – weil möglicherweise unzumutbar – »aufschreibt«. Mißtrauen würde einzug in unsere Sprechzimmer halten. Solche Einschränkungen müssen einheitlich für alle Patienten gelten.

\*

### *Umfassende Stellungnahme*

#### *Pflasterkur statt Dauerheilung*

Die »Kosten« dämpfen zu wollen, ohne gleichzeitig die Ursachen der steigenden Kosten zu beseitigen, heißt Pflasterkuren im Sozialbereich mit voraussehbaren weiteren Kostensteigerungen durchzuführen.

#### *Dies sind die Ursachen der Kostensteigerung*

1. Die Belastung der Krankenversicherung mit Aufgaben, die überhaupt nicht versicherbar sind, weil die Leistungen nicht mehr vom Eintritt eines Schadensfalles abhängig sind. Man kann die Unfallkosten bei Kraft-

fahrzeugen versichern, nicht aber die Kosten für die regelmäßige Kontrolle des Kraftfahrzeuges. Dies kann man insbesondere dann nicht, wenn man zum Beispiel den Versicherten dazu auffordert, doch möglichst regelmäßig jedes Jahr sein Fahrzeug zur Kontrolle zu bringen. *Solche Kosten sind nicht versicherbar.*

Der Gesetzgeber hat den Versicherten aufgelastet die Kosten für die regelmäßigen Untersuchungen von gesunden Kindern und Erwachsenen, die Kosten für Behinderte und für Straffällige, ebenso die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch auch aus sozialen Gründen. Kurz: *Versicherung, Versorgung und Fürsorge wurden durcheinandergemischt* mit dem Ergebnis eines nicht mehr versicherbaren Durcheinanders.

Insgesamt muß man allein für das Jahr 1976 mit einer Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Maßnahmen des Gesetzgebers (Strafrechtsreform, Zahnersatz, Rehabilitations-Angleichungsgesetz) in Höhe von 2,2 Milliarden DM rechnen.

Deshalb ist es auf die Dauer völlig sinnlos, die daraus stammenden, *versicherungsfremden Kosten* bei den Ärzten und Zahnärzten dämpfen zu wollen, statt deren Ursache zu beseitigen.

Entweder die Bundesregierung sieht nicht oder verschweigt wider besseres Wissen, daß *eine Versicherung nur Risiken von Schadensfällen* abdecken kann, nicht aber Fürsorgeleistungen oder Rechtsansprüche von Gesunden.

Oder aber die Bundesregierung will damit den Schritt von der bisherigen gesetzlichen *Krankenversicherung* zu einer letztlich aus Steuermitteln zu finanzierenden Staatsbürger-

*Versorgung* tun, was dann einer tatsächlichen Sozialisierung gleichkäme. Keinesfalls kann sie aber behaupten, mit dem jetzigen Gesetz diese Ursachen der Kostensteigerung zu beseitigen und damit tatsächlich die Kosten dauerhaft dämpfen zu können. Schon der Name bringt es zum Ausdruck: *Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz* – Dämpfung der Folgen, nicht Suche nach den und Beseitigung der Ursachen der Misere.

Wenn der Gesetzgeber die von ihm eingeleiteten Fehlentwicklungen beseitigen würde, wäre die gesetzliche Krankenversicherung auf die Dauer saniert.

\*

### *Blindheit oder Ideologie?*

Ursachen der Kostensteigerung sind weiter:

2. Die Belastung der Krankenversicherung mit *Ansprüchen*, die nicht versicherbar sind. Man vergißt oder unterschlägt, daß 40% der Patienten in den Kassenpraxen unter Beschwerden leiden, die mit der eigenen Lebensführung zusammenhängen. In der Kraftfahrzeughaftpflichtversicherung werden solche Unfälle von den Versicherungsleistungen ausgeschlossen, bei denen das mangelnde Profil der Reifen die Ursache war. In der Krankenversicherung hat jeder das Recht, seine Gesundheit zu ruinieren und dann auf Kosten der anderen reparieren zu lassen. Die Bundesregierung macht in ihrem Kostendämpfungsgesetz mit keinem einzigen Wort auf diese Ursache des Kostenanstiegs aufmerksam, geschweige denn, daß sie dafür eine Bremse vorschlagen würde. Sie will nur, daß die so entstehenden steigenden Ansprüche an die

Leistungen der Ärzte und Zahnärzte durch Minderung und obere Begrenzung von deren Honoraren – also an den Kosten, nicht an den Ursachen – bekämpft werden. Es gibt keine einzige Bestimmung in dem Gesetzentwurf, die etwa die *Selbstverantwortung des Versicherten für seine Gesundheit anspricht*, stärkt oder auch nur sichtbar machen würde. Das bedeutet eine krasse Unterschätzung der Einsicht und der Bereitschaft unserer Mitbürger zur Mitarbeit. Um einer gesicherten gesundheitlichen Zukunft willen sind sie zu tragbaren Einschränkungen bereit, wenn sie deren Notwendigkeit einsehen.

\*

#### *Die Notwendigkeit einer echten Reform*

Und noch einmal: Ursachen der Kostensteigerung

3. Die *Anonymität*, die Unpersönlichkeit der Inanspruchnahme und Leistungserbringung und der Honorierung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Versicherte gerät in Versuchung, eine unbegrenzte Zahl von Ärzten wegen des gleichen Leidens in Anspruch zu nehmen. Seine Krankenkasse hat ihm dies durch die *unkontrollierte Ausgabe von Krankenscheinen ermöglicht*. Er gerät in Versuchung, die Krankenversicherung auch für seinen *normalen Konsum in Anspruch zu nehmen*, und zwar nicht nur für den aktuellen Bedarf, sondern gleichzeitig auch für die *private Vorratshaltung* (Aktion Eichhörnchen). Niemand nimmt dies übel, und niemand nimmt auch nur davon Kenntnis.

Der Kassenarzt gerät in Versuchung,

aufwendige medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen zu erbringen und unnötigen Wünschen der Versicherten zu entsprechen. Seine Kassenärztliche Vereinigung kann ihm dies nicht in jedem Fall nachweisen, weil die Kontrolle seiner Leistungen und der damit verbundenen Abrechnung durch den Versicherten völlig fehlt. Dieser ist an einer solchen auch gar nicht interessiert, da es sich ja nicht um sein Geld handelt – wie er meint!

Die Krankenkasse gerät in Versuchung, um ihres guten Verhältnisses zu ihren Mitgliedern willen, im Einzelfall Leistungszusagen zu machen, die »das Maß des Notwendigen, Zweckmäßigen, Ausreichenden und Wirtschaftlichen« weit überschreiten. Sie kann dies deshalb tun, weil der Versicherte an solchen Leistungen ja direkt mit seinem eigenen Geldbeutel gar nicht beteiligt ist und sie deshalb gerne in Anspruch nimmt. Der Gesetzgeber gerät in Versuchung, immer mehr sogenannte fortschrittliche gesundheitspolitische Leistungen den Krankenkassen aufzubürden, da er ja nicht für die Deckung der dadurch entstehenden Kosten sorgen muß. Dies hat er jetzt auch mit der Überlagerung des Defizits der Rentenversicherung auf die Krankenversicherung getan.

Er dämpft lediglich die Folgen seiner Handlungen durch Bestrafung anderer, das heißt der Ärzte und Zahnärzte. Nicht derjenige soll zur Kasse gebeten werden, der zuviel Wasser verbraucht, sondern das Wasserwerk, weil es das verlangte Wasser liefert.

*Kurz: Das Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz beseitigt nicht die Ursachen des Kostenanstiegs! Es sieht dafür keinerlei Lösung vor. Im*

Gegenteil: Unnötige Heil-, Verbands- und Arzneimittel dürfen nur dann *nicht* zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden, wenn dies für den Versicherten zumutbar ist. Eine Information der Versicherten über die durch sie verursachten Kosten erfolgt nur, wenn der Verdacht besteht, daß der Arzt – *nicht sie selber* – die Kasse unwirtschaftlich belastet hat.

Insgesamt: Wer eine wirkliche Behandlung und Behebung der Ursachen des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung will, der muß an *ganz anderen Ansatzpunkten beginnen* und mit ganz anderen Methoden arbeiten, als dies das Gesetz zur Kostendämpfung in der gesetzlichen Krankenversicherung vorsieht. Der Versuch dieses Gesetzes, nur die Symptome, *nicht aber die Ursachen* zu bekämpfen, hat die gleiche Wirkung wie die *Bedeckung einer infizierten Wunde mit einem Pflaster*: unter der Decke vermehren sich die Bakterien und zerstören schließlich den Organismus oder machen einen sehr viel schwereren Eingriff notwendig, als dies bei einer sachgemäßen Behandlung notwendig gewesen wäre.

Um die Ursachen zu beseitigen, sind zahlreiche andere Maßnahmen notwendig. Sie bedürfen einer gründlichen Vorbereitung. Dazu braucht der Gesetzgeber Zeit. Diese hat er auch, denn die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich – ohne die jetzt beabsichtigte zusätzliche Belastung durch die Rentner-Krankenversicherung, wie die Krankenkassen ausdrücklich bestätigt haben – erheblich verbessert. Dies geschah allein durch Maßnahmen

der Selbstverwaltung und durch diszipliniertes Verhalten der Versicherten. Es gibt keinen Anhaltspunkt dafür, daß dies nicht auch in den nächsten Jahren so sein könnte, um die notwendige Zeit zur Besinnung und Vorbereitung einer echten Reform für den Gesetzgeber zu schaffen.

Außer diesen aufgeführten Vorschlägen für eine grundsätzliche Bereinigung der Ursachen der Kostensteigerungen gibt es

\*

#### *Vorschläge für eine kurzfristig wirksame Kostendämpfung*

1. Verzicht der Ärzte und Zahnärzte auf eine Erhöhung ihrer Tarife im Jahre 1978. Dabei übernehmen die Kassen lediglich das Risiko der Leistungsausweitung, nicht aber das Risiko der Tarifierhöhung.
2. Die Pharmaindustrie und die Apotheken verzichten auf eine Anhebung ihrer Verkaufspreise.
3. Die Krankenkassen geben für diesen Zeitraum pro Versicherten und Quartal nur noch einen einzigen Krankenschein aus. Der Versicherte kann bei der erforderlichen Inanspruchnahme mehrerer Ärzte – wie früher auch schon – sich von seinem erstbehandelnden Arzt einen Überweisungsschein ausstellen lassen.
4. Der Gesetzgeber verzichtet in dieser Zeit auf jede Ausweitung des Leistungsumfanges der gesetzlichen Krankenversicherung durch gesetzgeberische Maßnahmen.

## Aufgaben und Ziele

Trotz unterschiedlicher wissenschaftlicher Auffassungen haben sich *sieben Ärztegesellschaften zur Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin* zusammengeschlossen. Es verbindet sie ein gemeinsamer Wille: die Erhaltung und Fortentwicklung der biologischen Arzneitherapie. Mit Entschiedenheit treten sie für *alle* Arzneimittel ein, die im Fachbereich der *biologischen Medizin* gebraucht werden. Herkunft und besondere Eigenheiten dieser Arzneimittel werden wie folgt umschrieben:

1. handelt es sich um Arzneimittel natürlicher Herkunft, das heißt ihre Rohstoffe sind mineralischen, pflanzlichen oder tierischen Ursprungs.
2. Die Herstellung erfolgt nach dem DAB oder HAB bzw. besonderen Herstellungsverfahren zum Beispiel der anthroposophisch-medizinischen Richtung, und kann sich auf langjährige ärztliche und pharmazeutische Erfahrung berufen. Maßgeblich für die Arzneimittelherstellung und Entwicklung sind *ärztliche Rezepturen*. Kommerzielle Überlegungen spielen dabei eine *untergeordnete* Rolle und sind zumindest nicht alleiniger Antrieb für Neuentwicklungen. Wir treten deshalb für alle Hersteller ein, die den Bedürfnissen der ärztlichen Praxis dienen und ihre Produkte als *industrielle Vorfabrikierung ärztlicher Rezepturen* ansehen.
3. Arzneimittel dieser Kategorie werden im Sinne eines natürlichen Reiz-Reaktionsgeschehens angewandt, das heißt, sie unterstützen und fördern die Selbstheilungskräfte des

Organismus. Diese therapeutische Denkweise ist seit Virchow wissenschaftlich anerkannt und seit Menschengedenken praktiziert worden. Sie ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesamtmedizin. Durch die gezielte Anregung körpereigener Reaktionen durch (allgemeine oder krankheitsspezifische) arzneiliche Reize entfällt eine ernsthafte Gefährdung der Patienten durch unerwünschte Nebenwirkungen.

4. Ein Risiko durch unüberschaubare Innovationen besteht nicht. Im Allgemeinen werden Arzneimittel auch einzeln oder in Kombinationen angewandt, deren Eigenschaften seit Jahrzehnten oder Jahrhunderten durch den Gebrauch in der Humanmedizin bekannt sind. Ihre pharmakologischen Eigenschaften können als ausreichend erforscht gelten.
5. Wegen des praktischen Gebrauchs über lange Zeit und wegen ihres pharmakologischen Bekanntheitsgrades, bestehen gegen ihre weitere Anwendung in der Medizin keine Bedenken. Selbst wo es sich um hochtoxische Arzneimittel-Ausgangssubstanzen handelt, wie Arsen, Phosphor oder besondere Pflanzen- und Tiergifte, ist ihre Unbedenklichkeit unbestritten, weil sie entsprechend zubereitet und dosiert verabreicht werden.
6. Als Reiztherapeutika besitzen toxische Substanzen vorzügliche Eigenschaften, auf die die Medizin nicht verzichten kann. Im Rahmen der unterschiedlichen Anwendungsbe-

reiche, wie sie beispielsweise unter homöopathischen, antroposophischen oder homotoxikologischen Gesichtspunkten erschlossen worden sind, kommt solchen Giftstoffen überragende Bedeutung zu. Die Reaktionsstärke auf Reize dieser Art ist zum Teil abhängig von der Reizstärke, jedoch ist dies nicht ausschließlich eine Dosierungsfrage, da eine strenge Dosis-Wirkungsabhängigkeit in diesem Bereich nicht angenommen werden kann. Eine stufenweise Verdünnung oder »Potenzierung« wie sie sich seit *Hahnemann* praktisch bewährt hat, gilt deshalb als eine vielfach bevorzugte Arznei-Zubereitungsart. Es werden jedoch auch Urtinkturen bzw. hochprozentige (10, 20, 50% ige) Pflanzenauszüge etc. benutzt. Dosierungsfragen sind kein strittiger Punkt, wenn es um den grundsätzlichen Wert einer biologischen Arzneitherapie geht und man wird sie auch in Zukunft der individuellen ärztlichen Erfahrung und Verantwortung überlassen müssen.

7. Im Rahmen der Biologischen Medizin respektieren wir auch die Verwendung zusammengesetzter Arzneimittel, deren praktischer Wert trotz mancher wissenschaftlicher Bedenken unbestritten ist. Sogenannte Komplexmittel spielen eine erhebliche Rolle in der täglichen Praxis. Nach allgemeiner Überzeugung der Ärzte, die sich einer natürlichen Therapie mit Komplexmitteln widmen, bestehen keine Bedenken gegen ihre Verwendung. Es sind nicht nur praktische Überlegungen, die zu Komplexmitteln führen. Manche dieser Präparate eignen sich nicht nur wegen ihres breiteren Wirkungsspektrums und die vorgegebene Indikationsstellung, sondern stellen

durchaus, auch optimale Darreichungsformen dar, oft sind sie neue »Ganzheiten«. Es gilt auch hier, wie im organischen Bereich überhaupt, daß das Ganze mehr ist als die Summe seiner Teile. Dieser Standpunkt wird von vielen erfahrenen Therapeuten vertreten, obwohl nicht gelehrt wird, wie wertvoll eine Therapie mit Monopharmaka sein kann, besonders auch unter dem Gesichtspunkt wissenschaftlicher Übersichtlichkeit. In der Medizin kommt es jedoch auf den Erfolg, das heißt den tatsächlichen Heilerfolg in erster Linie an.

8. Theoretisch mögliche Gefährdungen von Patienten können bei der geschilderten Sachlage (Bekanntheitsgrad der benutzten Arzneimittel und vorsichtige Zubereitung und Dosierung) weitgehend als nicht-existent angesehen werden. Das vergleichsweise minimale Risiko bei sachgemäßer Anwendung biologischer Arzneimittel kann, da nicht absolut auszuschließen, von dem verordnenden Arzt jedoch getragen werden. Ordnungsgemäße Herstellung vorausgesetzt, gehört deshalb das Tragen dieses Risikos zu den Pflichten des behandelnden Arztes, nicht aber der Hersteller, die allein für die Qualität der Herstellung verantwortlich sind. Diese Verteilung der Verantwortungen ergibt sich aus der geschilderten Sachlage, daß die Hersteller von biologischen Arzneimitteln sich auf bewährte oder von Ärzten gewünschte Rezepturen berufen können. Nur für diese können Ärztevereinigungen, wie die in der *Hufelandgesellschaft* zusammengeschlossenen, in Zukunft »gutsagen«.
9. Für die Sicherheit der biologischen Arzneimitteltherapie und ihre Unbedenklichkeit garantieren jeweils die behandelnden Ärzte, soweit hier von

einer Garantie gesprochen werden kann. Das im Einzelfall möglicherweise noch vorhandene Risiko liegt nicht sosehr im Arzneimittel, sondern unter Umständen in der individuellen Reaktionslage des Patienten (zum Beispiel Arnica-Überempfindlichkeit) und kann nicht immer vom behandelnden Arzt vorausgesehen werden. Es ist jedoch bei einer Reiz-Reaktionstherapie praktisch nie mit irreversiblen Schäden zu rechnen. Auch hierin kann eine grundsätzliche Unbedenklichkeit und ein Vorzug dieser Behandlungsart gesehen werden.

Einige weitere Überlegungen schließen sich an diese Charakterisierung biologischer Arzneimittel an:

Eindeutige Bagatellfälle gibt es in Wirklichkeit nicht. Jeder Patient der ärztliche Behandlung wünscht, hat das Recht, mit seinen Beschwerden ernst genommen zu werden. Nicht selten sind funktionelle Störungen, auch solche rein subjektiver Art, ein erster Hinweis auf eine Krankheits-tendenz oder sie sind bereits eine erste Manifestation späterer schwerer Leiden. Es gibt auch keine scharfe Scheidung zwischen leichten und schweren Krankheiten, die unterschiedliches therapeutisches Vorgehen zwingend vorschreiben würden. Daraus ergibt sich, daß der biologischen Arzneitherapie keine prinzipiellen Grenzen gesetzt sind. Es wird von der Erfahrung des behandelnden Arztes und von der Reaktionsfähigkeit des Kranken abhängen, ob eine entsprechende Reiz-Reaktionstherapie zweckmäßig ist, nicht jedoch von abstrakten Festlegungen. Es wird sich andererseits kein Arzt auf eine Behandlungsart so ausschließlich verlassen, daß er andere therapeutische Verfahren prinzipiell aus-

schließt. Maßstab wird auch hier die Verantwortung des Arztes gegenüber seinen Patienten sein. In diesem Zusammenhang muß mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, daß es Aufgabe des Arztes ist, die therapeutische Strategie festzulegen und sich den jeweiligen Situationen anzupassen. Beurteilbar ist deshalb nicht nur in Ausnahmefällen die Wirksamkeit von Einzelmaßnahmen oder Einzelmitteln, sondern das Resultat des therapeutischen Vorgehens insgesamt unter ganzheitlichen Gesichtspunkten. Das gilt mit Sicherheit für die Biologische Medizin, sehr wahrscheinlich aber für jedes therapeutische Vorgehen.

Das Anliegen der *Hufelandgesellschaft* ist primär ein wissenschaftlich-praktisches. Die in der Gesellschaft zusammengeschlossenen Ärzte können ebenso wie ihre Patienten erwarten, daß die Sicherung der Biologischen Arzneitherapie auch in Zukunft durch die Bemühungen von Vorstand und Kuratorium gewährleistet wird, nicht aber die Durchsetzung materieller Forderungen, so berechtigt sie sein mögen. Das kann nur Angelegenheit anderer berufsständischer Vereinigungen sein. Die rechtliche Vertretung und der juristische Schutz wird den Mitgliedern und den von ihnen benötigten Arzneimitteln und deren Herstellern nur unter Ausschluß wirtschaftlicher Interessenfragen gewährt. Es geht der *Hufelandgesellschaft* nicht um materielle, sondern um diese speziellen ideellen Güter. Die Organe der *Hufelandgesellschaft* werden dennoch genötigt sein, sich auch in die Diskussionen um die gesundheitspolitischen Rechte und Pflichten der Ärzte einzuschalten und Bedrohungen des legitimen Rechts auf freies

therapeutisches Handeln *auch* unter wirtschaftlichen Aspekten betrachten müssen. Man darf sich nicht der Illusion hingeben, es gäbe keine starken wirtschaftlichen Interessen, die gegen unsere Bestrebungen gerichtet wären: Druck auf unsere Arzneimittelhersteller und auf unsere eigene wirtschaftliche und rechtliche Situation ist jederzeit möglich. Diskussionen um das Arzneimittelgesetz haben dies ebenso gezeigt, wie die augenblicklichen um das sogenannte Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz. Trotz unserer sozialen Verantwortung, die auch eine kostengünstige Behandlung mit einschließt, können wir zusätzliche Schwierigkeiten nicht ganz vermeiden. Das Arzneimittelgesetz wird sich nicht als Waffe zur Durchsetzung sozialpolitischer oder wirtschaftlicher Veränderungen mißbrauchen lassen, die gegen uns gerichtet sein könnten, weil es ausdrücklich den Fortbestand unterschiedlicher therapeutischer Richtungen garantiert. Das AMG ist insofern grundgesetz-konform und wir werden in ihm eine Stütze haben, wenn es um die Erhaltung der Therapiefreiheit auch im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung geht. Als Ärztesgruppe haben wir uns auch insofern ein gutes Ansehen bei den Abgeordneten aller Parteien und in den Ministerien erworben, als wir schon immer für die Therapiefreiheit eingetreten sind. Es ist uns nie um Ständesprivilegien oder wirtschaftliche Vorteile gegangen. Wir sind auch stets für die Wahlfreiheit der Patienten und damit für deren ureigene Rechte auf freie Behandlungswahl eingetreten, nicht nur für die grundgesetzlich garantierte freie ärztliche Berufsausübung. Da wir wirtschaft-

liche Vorteile nicht gesucht haben, sondern Sicherung der Grundrechte für *alle* Beteiligten, haben wir keinen Grund anzunehmen, daß man an unserer Redlichkeit zweifeln könnte. Wir genießen deshalb auch die Zustimmung unserer Patienten und einer breiten Öffentlichkeit, die sich in selbstloser Weise in Bürgerinitiativen im gesamten Bundesgebiet stets für unsere Rechte eingesetzt hat.

Falls wir gezwungen werden sollten, unter dem breiten Angebot guter biologischer Arzneimittel eine gewisse Auswahl für die Verwendung unter kassenärztlichen Arbeitsbedingungen vorzunehmen, so würden wir das Recht dazu im Namen unserer Mitglieder selbständig wahrnehmen und diese Aufgabe nicht an irgendeine öffentliche Institution (Kassenärztliche Vereinigung oder ähnliches) abtreten. Wir stellen jedoch vorab fest, daß es uns fern liegt, die uns angeschlossenen Ärztesellschaften zu bevormunden oder dem einzelnen Kollegen bindende Vorschriften zu machen. Es wird entscheidend von jedem einzelnen Arzt abhängen, welche Arzneimittel in Zukunft unter kassenärztlichen Bedingungen ausgewählt und verwendet werden.

Die von der *Hufelandgesellschaft* im Namen der Ärzteschaft gegründete *Arzneimittelkommission für Biologische Medizin* unter Leitung von Prof. Dr. med. R. Kohn, Heidelberg, wird in erster Linie dazu da sein, das Recht auf biologische Arzneimittel *allgemein* zu begründen und zu vertreten, in zweiter Linie aber auch, die daran interessierte Ärzteschaft fachkundig, das heißt *speziell* zu beraten. Die Arzneimittelkommission wird in verstärktem Maße auf die Mithilfe aller Kollegen angewiesen sein, wenn die Anforde-



rungen und Auflagen durch das Zweite Arzneimittelgesetz und das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz erfüllt werden sollen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden in Zukunft die beratende Mitwirkung unserer *Arzneimittelkommission* akzeptieren müssen, ebenso wie die Hersteller, auf deren Mitwirkung wir im übrigen zählen. Es wird nicht ausbleiben, daß strittige Fragen im guten Einvernehmen geklärt und zur gegenseitigen Zufriedenheit aller bereinigt werden müssen. Die Therapiefreiheit und das Recht von Arzt und Patient werden

auch hier oberster Maßstab sein. Wirtschaftliche Überlegungen und die Notwendigkeit zu sparen, wo dies möglich ist, werden gewisse Einschränkungen mit sich bringen. Falls Richtlinien für die kassenärztliche Verordnungsweise von der *Arzneimittelkommission für Biologische Medizin der Deutschen Ärzteschaft* gefordert werden sollten, können diese nicht als Bevormundung angesehen werden, sondern als Entscheidungshilfe einer im Prinzip freien Verordnung im Einzelfall.

Gottfried Büttner

## Pressemitteilung

Die *Hufelandgesellschaft für Gesamtmedizin e. V.*, eine Vereinigung der Ärztesellschaften für Biologische Medizin in der Bundesrepublik Deutschland, hat eine eigene *Arzneimittelkommission* unter Leitung von Prof. Dr. med. R. Kohn von der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg gegründet. Diese »Arzneimittelkommission für Biologische Medizin der deutschen Ärzteschaft« vertritt die Rechte der über 5000 Ärzte, die in der *Hufelandgesellschaft* zusammenarbeiten und hat beratende Funktion für die

entsprechenden Sachverständigengruppen der einzelnen Ärztesellschaften, denen nach dem Zweiten Arzneimittelgesetz, das am 1. 1. 1978 in Kraft treten soll, die *ausschließliche* Verantwortung für die Begutachtung von Arzneimittelwirksamkeit und -unbedenklichkeit zusteht.

(Anschrift der Arzneimittelkommission: Kornegasse 22, 6900 Heidelberg-Dossenheim)

gez.: Dr. med. G. Büttner

## Zur Stellungnahme der GKV zum Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz

– Wollen die Ärzte ihre Kompetenzen in Arzneimittelfragen dem Gesetzgeber ausliefern? «

Im Heft 11 des Deutschen Ärzteblattes vom 17. 3. 1977 nimmt die Kassenärztliche Bundesvereinigung zum Regierungsentwurf eines Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes Stellung. Mit Recht wird dort darauf hingewiesen, daß das geplante Gesetz das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt zerstören muß und daß die Therapiefreiheit in verfassungswidriger Weise eingeschränkt und schließlich aufgehoben würde.

In der entscheidenden Frage, in der Frage nach der therapeutischen Wirksamkeit eines Heilmittels und einer Behandlungsmethode, ist jedoch auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereit, die Freiheit der Ärzte an eine außerärztliche Instanz abzutreten:

*»Die Kassenärzteschaft lehnt ab, die Verantwortung dafür zu übernehmen, daß es dem Gesetzgeber nicht gelungen ist, durch das neue Arzneimittelgesetz den Arzneimittelmarkt auf die in ihrer therapeutischen Wirksamkeit gesicherten Medikamente zu begrenzen und ein offensichtliches Mißverhältnis zwischen Herstellerkosten und Preis bei bestimmten Arzneimitteln zu verhindern. Die Bundesregierung überbürdet in einer für die Kassenärztliche Bundesvereinigung nicht tragbaren Weise ihre Verantwortung für die Lösung dieser beiden vorrangigen Probleme auf die Kassenärzte, indem sie diesen die Kollektivhaftung für einen wirtschaftlich als vertretbar angesehenen Arzneimittelverbrauch auferlegen will.«*

Der Kampf um die Therapiefreiheit ist nicht erst jetzt entbrannt. Das zweite

Arzneimittelgesetz erklärte in seiner ursprünglichen Fassung bereits die Ärzte als nicht kompetent in der Beurteilung der Wirksamkeit der von ihnen angewandten medikamentösen Therapie. Dagegen hatte sich die Ärztliche Aktionsgemeinschaft für Therapiefreiheit e. V. und die neugegründete Hufeland-Gesellschaft für Gesamtmedizin mit Erfolg zur Wehr gesetzt – leider ohne durch die bestehenden großen Ärzteverbände, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesärztekammer Unterstützung zu finden.

Heute geht es erneut um diese Kernfrage ärztlichen Handelns. Wird es diesmal gelingen, die Bevormundung der Ärzte durch den Staat endgültig zurückzuweisen? Dies bedeutet jedoch auch: Herstellung des Direktverhältnisses zwischen Patient und Arzt in der Kostenfrage für ärztliche Leistungen. An die Stelle »eines kostenlosen Bezugs-scheinsystems« für ärztliche Leistungen muß die gegenseitige offene und für beide Teile überschaubare Leistungskontrolle treten. Die in wissenschaftlichen Ärztesellschaften zusammengeschlossenen Ärzte werden in Zukunft die Verantwortung für die in ihrem Bereich angewandten und für wirksam und zweckmäßig gehaltenen Heilmittel zu übernehmen haben. Die Bereitschaft hierzu hat die Hufeland-Gesellschaft für Gesamtmedizin durch die Gründung einer Arzneimittel-Kommission für biologische Medizin der deutschen Ärzteschaft übernommen. Wir verweisen auf die Beiträge zur Krankenversicherungsreform in Heft 120 *Fragen der Freiheit* mit dem Titel: »Das Arzneimittelgesetz, Prüfstein der Demokratie – eine Dokumentation zur Zeitgeschichte«.

Heinz Hartmut Vogel

## Eine Bemerkung zu »Ärzte nehmen Stellung« der Aktionsgemeinschaft Baden-Württembergischer Ärzte

Die Kritik der Baden-Württembergischen Ärzte am Entwurf eines Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes trifft den Kern des Problems.

Der Vorschlag zur Krankenversicherungsreform in diesem Heft greift die Stellungnahme der Baden-Württembergischen Ärzte auf. Das Gesetz muß in der vorliegenden Form verhindert werden, um Zeit zu gewinnen, die bestehende gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in eine echte Krankheitschadensversicherung umzuwandeln.

Der Vorschlag der Baden-Württembergischen Ärzte, im Rahmen der Arzneimittel-Verordnung erstattungsfähige Arzneimittel von nicht erstattungsfähigen durch den Gesetzgeber verbindlich festlegen zu lassen, ist jedoch selbst dann gefährlich, wenn »eine Bevorzugung oder Benachteiligung bestimmter medizinischer Methoden vermieden werden«. (Seite 15 der Stellungnahme).

Es ist zu fragen: Wer legt fest, was ein Heilmittel ist und was nicht. Wir stehen damit vor derselben Frage, wie sie durch das zweite Arzneimittelgesetz aufgeworfen wurde: Wer entscheidet über die therapeutische Wirksamkeit

eines Arzneimittels? Was ist ein Heilmittel für den alltäglichen Gebrauch, für leicht verlaufende Krankheiten oder Unpäßlichkeiten, und was ist ein Heilmittel für schwere Erkrankungen? Darüber zu befinden ist letzten Endes einzig und allein Sache des Arztes. Der Gesetzgeber müßte sich einer Ärztekommision bedienen, die diese Unterscheidungen treffen müßte. Bei der Vielfalt medizinischer Auffassungen und vor allem bei der Vielfalt unterschiedlicher therapeutischer Richtungen ist es völlig ausgeschlossen, eine Unterscheidung zu treffen zwischen Arzneimitteln für leichte und schwere Erkrankungen.

Eine ganz andere Frage ist es, welche Krankheitsschäden versicherungsfähig sind. Diese versicherungstechnische Frage kann nur von erfahrenen Fachleuten des Versicherungswesens in Zusammenarbeit mit Ärzten beantwortet werden. Da sich die Versicherungsprämien nach dem Schadensrisiko richten, wird die Lösung einer *Teilkasko-Versicherung* – ähnlich wie bei den Kraftfahrzeugversicherungen – zu suchen sein.

Heinz Hartmut Vogel

## Staatlich verordnete Gesundheit treibt die Kosten hoch\*

Gemeinsam haben Ärzte und Apotheker, Sprecher der Krankenhäuser und der Pharmaindustrie auf einer Tagung in Frankfurt die gesetzlich verordnete Ausweitung des Leistungskataloges der Krankenversicherung als »kostentreibend« verurteilt. Auch Professor Helmut Schoeck, Universität Mainz, kritisiert den politischen Anspruch, qua Gesetz optimale Gesundheit zu garantieren, als »unrealistisch und unaufrichtig«. Er plädiert für die Einführung einer Selbstbeteiligung der Patienten an den Behandlungskosten und schlägt gleichzeitig vor, die Eigenverantwortung der Versicherten durch verstärkte Aufklärung zu erhöhen.

Angesichts der Kostenentwicklung auf dem medizinischen Sektor wird heute in westlichen Ländern, bei uns wie in den USA, das Argument bemüht, Gesundheitspflege sei eben keine Ware oder Dienstleistung wie andere, die man auf einem freien Markt für sich kauft, sondern etwas völlig anderes. Wer also Gesundheitspflegeleistungen (nealth care services) kaufe, treffe keine Kaufentscheidung im üblichen Sinn. Vielmehr läge die Kaufentscheidung überwiegend beim Arzt, und deshalb versage hier der Markt als Steuerungssystem. An seine Stelle müsse früher oder später ein staatliches Einheitssystem treten.

Das Argument ist nur teilweise stichhaltig. Zugegeben, wer einen schweren Unfall oder einen Herzinfarkt erleidet, wird zunächst die Ärzte uneingeschränkt für sich entscheiden lassen. Aber die Mehrzahl aller Inanspruchnahmen medizinischer Leistungen steht keineswegs unter der Eigengesetzlichkeit lebensrettenden Handelns.

Es ist der Grundfehler unserer Gesundheitspolitik, daß sie der Öffentlichkeit von Jahr zu Jahr mehr suggeriert hat, die Gesundheit eines jeden und die der ganzen Bevölkerung entspringe sozusagen einem geschlossenen und ho-

mogenen System von Leistungen der Krankenversicherung, und jede einzelne Maßnahme darin sei gleichrangig. Damit wurden von vornherein zahlreiche Möglichkeiten, die Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu bremsen, als »politisch nicht machbar«, als indiskutabel ausgeklammert. Die Politiker dachten bei ihren Erwägungen, wie man den Aufwand für medizinische Leistungen in ein vernünftiges Verhältnis zum Ertrag an »mehr Gesundheit« bringen könnte, stets nur an Ärzte, an Krankenhäuser oder an die Pharmaindustrie. Ob es sinnvolle, erfolversprechende Steuerungsmöglichkeiten auf der primären Ebene, nämlich beim einzelnen Patienten geben könne, blieb so gut wie unerörtert.

In Wirklichkeit beginnen jedoch die weitaus meisten Inanspruchnahmen der Kassenleistungen mit einer Entscheidung des einzelnen Menschen, der absolut autonom darüber befindet, ob eine von ihm gemachte Beobachtung an seinem Körper oder Gemüt ein ausreichender Grund ist, zu diesem Zeitpunkt, und gerade zu diesem Zeitpunkt, einen Arzt aufzusuchen. Es ist doch nicht so, als ob unsere Ärzte, Krankenhäuser und Apotheker mit Fangnetzen, mit

\* Aus »Die Welt« vom 22. 2. 1977

Lassos auf der Straße herumlaufen und sich die Patienten holten. Ärzte und Krankenhäuser werben auch nicht für ihre Dienste. In der Regel hängt also, von Unfällen und offensichtlich lebensbedrohlichen akuten Erkrankungen abgesehen, die durch medizinische Leistungen erzeugte »Gesundheit« in der Bevölkerung davon ab, daß Millionen von Individuen selbständig, ohne jede äußere Kontrolle oder Anleitung, über den Beginn (und weitgehend auch über den Verlauf) einer solchen Leistung des Gesundheitswesens entscheiden.

Politiker und Funktionäre halten eine Fiktion aufrecht, wenn sie davon ausgehen, daß jede vom einzelnen Bürger selbständig getroffene Entscheidung über Aufwand und Erfolg einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme zu schweren Bedrohungen seines Lebens oder seiner Gesundheit führe. Gerade der Bürger nämlich, den man für unmündig hält, beispielsweise auch nur 50 oder 100 Mark pro Monat als »Gesundheitsbudget« selbst zu verwalten, den man für völlig unfähig hält, mit einem Kostenfaktor innerhalb seines Gesundheitspflege-Verhaltens vernünftig und verantwortungsvoll umzugehen, ausgerechnet dieser Bürger hat doch auch heute noch die absolute Freiheit, einen viel entscheidenderen Faktor selbst zu verwalten, nämlich den Zeitfaktor! Und niemand wagt, ihn bei dieser souveränen Dispositionen über den Zeitfaktor auf dem Gebiet seiner persönlichen Gesundheit zu drängen oder zu stören.

Jeder von uns kennt zahlreiche Fälle, die zeigen, was mit der autonomen Verwaltung des Zeitfaktors durch den Versicherten gemeint ist. Es gibt Menschen, denen Ärzte längst eine Gallenblasenoperation zum nächstmöglichen Termin angeraten haben, aber sie versuchen es eben doch immer wieder mit konserva-

tiven Maßnahmen. Sie sagen die Operationstermine ab, und man trifft sie auch nach Jahren immer noch in recht guter Verfassung an. Die Versicherten entscheiden aber auch allein, ob sie irgendwelche rheumaähnlichen Beschwerden schon in der nächsten Woche nach allen Regeln der Kunst diagnostizieren lassen wollen oder ob sie es erst in einem halben oder in einem Jahr tun werden. Der eine läßt seine Augen jedes Jahr untersuchen, der andere läßt zwischen den Untersuchungen viele Jahre verstreichen.

Sieht man von Unfällen jenseits einer gewissen Schwere, von hochfieberhaften Infektionskrankheiten, von akuten Kreislaufstörungen und Koliken der Bauchorgane ab, so bleibt ein ungemein breites Spektrum von Störungen und Zuständen übrig, bei denen die verschiedenen Menschen sich offenbar zu ganz verschiedenen Zeitpunkten zur Inanspruchnahme des Arztes entschließen. Ein staatlicher oder versicherungsrechtlicher Zwang, analog etwa zu den Zeitwängen, die im Straßenverkehr herrschen, zum jeweils medizinisch richtigen und günstigen Zeitpunkt mit der Nachfrage nach einer medizinischen Leistung zu beginnen, kann und darf in unserer Gesellschaft über das Individuum nicht ausgeübt werden.

An sich ist es ja paradox: Die Solidargemeinschaft der Versicherten im Kraftfahrzeugverkehr wird nicht mit den Kosten solcher belastet, die es fahrlässig versäumt haben, ihre Reifen ab einer bestimmten Profiltiefe zu ersetzen, aber in der Krankenversicherung wird die Gemeinschaft auch mit den durch solche Personen verursachten Kosten belastet, die sich nicht um das »Profil« ihrer Gesundheit kümmern. Eine Abhilfe ist aber nicht vorstellbar. Es wäre verfassungswidrig, und es würde totalitäre Institutionen und Maßnah-

men erfordern, wenn jeder Versicherte zu dem frühestmöglichen und therapeutisch aussichtsreichsten Zeitpunkt einer Gesundheitsstörung dem Arzt überstellt würde. Außerdem wäre gerade ein solches System der obligatorischen Früherfassung jeder ärztlich behandelnswerten Störung bestimmt nicht mehr finanzierbar, da, zumindest theoretisch, alle nur erdenklichen Risikogruppen zweimal im Monat zur Durchuntersuchung befohlen werden müßten.

Das Argument, die Einführung von Selbstbeteiligung in der Krankenversicherung würde zur Verschleppung von Krankheiten, zu verspäteten Diagnosen führen, ist mit der Feststellung widerlegbar, daß ja seit jeher alle Versicherten zu den denkbar verschiedensten Zeitpunkten den Arzt aufsuchen. Es ist sehr unwahrscheinlich, daß es nach der Einführung von Selbstbeteiligungs- bzw. Kostenerstattungsverfahren in der Krankenversicherung zu erkrankungstypischen Verzögerungen bei der ersten Nachfrage nach ärztlichen Leistungen kommen würde, weil die Versicherten ihre Autonomie über den Zeitfaktor regelmäßig innerhalb von Zeitspannen ausüben, die von einer Woche bis zu ein oder zwei Jahren, selbst beim Beobachten identischer Beschwerden, variieren.

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Gesundheit als »Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens«, der nicht allein durch »das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen« festlegbar sei. Ein beim einzelnen Menschen erreichbares Höchstmaß dieser so uneingrenzbare weit gefaßten Gesundheit erklärt die Weltgesundheitsorganisation zu einem Grundrecht. Dadurch wird verhindert (und das war auch die Absicht), daß die Handlungs- und Ermessensspielräume des einzelnen Menschen deutlich sichtbar werden, die eine Hauptursache für

jede Unvollkommenheit der Gesundheit beim einzelnen und, additiv, bei der Bevölkerung sind.

Die meisten dieser Handlungs- und Unterlassungsspielräume beim Individuum sind natürlich in einer westlichen Gesellschaft schon längst unantastbar geworden. Es gibt zum Beispiel keine Pflicht, sich irgendeiner Immunisierung zu unterziehen, man hat das Recht auf jede Art von Sport in jedem Lebensalter, jeder kann sich eine Tropenreise von der Stange kaufen (während er vor 40 Jahren zunächst auf Tropentauglichkeit untersucht worden wäre, obwohl damals seine Anreise sich schonenderweise über viele Wochen erstreckte). Die Senkung des Volljährigkeitsalters von 21 auf 18, der Ferntourismus für jedermann, die anfängliche Krankmeldung ohne ärztliche Krankschreibung – all dies setzt der politischen, der gesetzgeberischen Einflußnahme auf den Gesundheitsgrad des einzelnen und ganzer Bevölkerungsteile immer engere Grenzen. Politisch machbar sind vermutlich überhaupt nur gewisse Verbesserungen bei der Milderung und beim Abbau bestimmter Krankheits- und Unfallfolgen, nicht aber utopische Vollkommenheitsgrade von Individual- und »Volksgesundheit«.

Die Versicherten müssen deshalb ständig daran erinnert werden, daß sie mit der Freiheit der Wahl ihres Lebensstils ebenso wie mit ihrer Freiheit der Entscheidung, ob und wann sie ärztlichen Rat, ob und wann sie medizinische Behandlung in Anspruch nehmen wollen, in erster Linie selbstverantwortlich über ihre eigenen Gesundheitschancen entscheiden. Es ist deshalb, sowohl aus der Sicht der Politiker als auch der Versicherten, unrealistisch und unaufrichtig, wenn sich der Politiker, der Gesetzgeber heute immer mehr als Garant der optimalen Gesundheit versteht. Die

Politiker, die Parteien sind von Teilen dieser ihnen zugewachsenen Rolle wieder zu entlasten. Nur dann werden sie sich auch trauen, erforderliche Ände-

rungen im Krankenversicherungssystem auf der Ebene des einzelnen Versicherten vorzunehmen.

Helmut Schoeck

## Negative Vereinigungsfreiheit und Zwangsmitgliedschaft in öffentlichen Körperschaften<sup>\*) \*\*)</sup>

Die Untersuchung Rodes gipfelte in der Frage:

1. Welche Aufgaben und Regelungen sind so allgemeiner Natur, daß sie *nur* durch oder mittels der öffentlichen Gewalt (Staat oder Körperschaft des öffentlichen Rechts) verwirklicht werden können.
2. Welche sozialen Aufgaben sind durch *freie gesellschaftliche Körperschaften* lösbar uns diesen zu überlassen. (Red.)

### I. Zur Rechtsnatur der öffentlichen Körperschaft

1. Hans J. Wolff kennzeichnet die Körperschaft des öffentlichen Rechts als »eine mitgliederschaftlich verfaßte und unabhängig vom Wechsel der Mitglieder bestehende Organisation, die ihre Individualität als Rechtssubjekt *nicht der Privatautonomie*, sondern einem *Hoheitsakt*, nämlich i. d. R. einem *Gesetz* oder einem *Staatsakt auf Grund eines Gesetzes* verdankt«. Den entscheidenden Gesichtspunkt, auf den es in diesem Zusammenhang ankommt, hebt Wolff einige Zeilen später noch einmal hervor. »Öffentliche Körperschaften werden nach Vorschriften des öffentlichen Rechts *durch staatliche Hoheitsakte gebildet*, rechtlich wirksam und aufgelöst«. An anderer Stelle heißt es, daß eine Körperschaft als juristische Person des öffentlichen Rechts »zwar einem vorrechtlichen sozialen Substrat (Volk, Gemeinde) oder deren Entstehung (so die öffentlich-rechtlichen Genossen-

schaften) privater Initiative entsprechen mag«, daß sie ihre »Individualität als rechtsfähiges Rechtssubjekt aber nicht der Privatautonomie, sondern einem Spezialgesetz oder einem Staatsakt auf Grund eines typenbildenden Modellgesetzes verdankt, der dann *nicht lediglich Wirksamkeitsbedingung*, sondern *Grund der Rechtsfähigkeit*« ist.

Diese *Wolffsche* Lehre dürfte – jedenfalls soweit sie die hier anstehenden Fragen betrifft – repräsentativ sein für das heute allgemein herrschende Verständnis der öffentlichen Körperschaft als einer Einrichtung, die ausschließlich *kraft Staatsakts* und niemals kraft Privatautonomie, also niemals von einer *nur* mit privater Rechtsmacht ausgestatteten Person ins Leben gerufen werden kann.

2. Der Akt also, der eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ins Leben ruft, beruht nach dieser Lehre auf »öffentlicher Gewalt«, einer Macht, die sowohl faktisch wie auch rechtlich allein einem

\*) Aus Karlheinz Rode »Vereinigungsfreiheit und Zwangsmitgliedschaft in öffentlichen Körperschaften« in »Die Öffentliche Verwaltung« vom Dezember 1976, Heft 24

\*\*\*) Vergl. auch Karlheinz Rode, »Gesetzliche Pflichtversicherung und persönliche Freiheit« in »Versicherungswirtschaft«, Heft 8 vom 15. 9. 1970

Gemeinwesen zukommt und niemals auch bei einem »privaten« Menschen vorliegen kann. Nur Gemeinwesen (das heißt Staat, Gemeinden und andere Träger öffentlicher Verwaltung) haben diese ihnen eigene spezifische Autorität. In dieser ihrer Eigenschaft sind sie Träger und Subjekte *hoheitlicher* Gewalt.

Entscheidend ist also die gedankliche Trennung von staatlicher und privater Willensmacht: Staats- oder Hoheitsakte sind Ausfluß vom »Staatswillen«, private Akte dagegen Ausfluß »privaten« Willens. Das heißt, daß dort, wo man von der Errichtung einer Institution kraft »Staats- bzw. Hoheitsakts« spricht, gleichzeitig gesagt ist, daß diese Errichtungen auf Grund eines *freien*, von einem anderen (nämlich privaten) Willen unbeeinflussten Willensakt des Staates erfolgt.

Begreift man in diesem Sinne die Körperschaft des öffentlichen Rechts – und das tut die gegenwärtige Lehre – als eine Einrichtung, deren Existenz auf solchem *Staatswillen* beruht, versteht man sie also als eine Institution, die nur vom Staat, genau gesagt, nur von Inhabern staatlicher Herrschaftsmacht geschaffen werden kann, wird man allerdings sagen können, daß eine solche Körperschaft von »privaten« Menschen nicht errichtet werden kann.

Tatsächlich gibt es aber – und das übersieht die herrschende Lehre sowohl zur Körperschaftstheorie wie zu Art. 9 GG – Körperschaften des öffentlichen Rechts, deren Entstehungsprozeß den willensmäßig freien Staatsakt bei ihrer Erschaffung vermissen lassen und durchaus von einem »privaten« Bürger aus freier Willensentfaltung heraus und auch gegen den Willen staatlicher Stellen gebildet werden können.

## II. Öffentliche Körperschaften mit privatautonomem Ursprung

1. Betrachten wir zum Beispiel den Entstehungsprozeß einer Betriebskrankenkasse: Da ist ein Arbeitgeber, der in seinem Betrieb regelmäßig mindestens 450 Versicherungspflichtige beschäftigt. Er beschließt, eine Betriebskrankenkasse zu errichten, und erhält hierzu die Zustimmung der Mehrheit der beteiligten volljährigen Arbeitnehmer und die der abstimmenden beteiligten Arbeitgeber. Die tatsächlichen Umstände sind so gelagert, daß die geplante neue Betriebskrankenkasse den Bestand und die Leistungsfähigkeit vorhandener Ortskrankenkassen nicht gefährdet und ihre eigene Leistungsfähigkeit für die Dauer gesichert ist. Auch die in der gemäß den gesetzlichen Vorschriften geschaffenen Satzung vorgesehenen Leistungen sind denen der maßgebenden Krankenkasse mindestens gleichwertig. In diesem Fall *muß* das Oberversicherungsamt gem. § 253 Abs. 2 RVO die Errichtung der Kasse und gemäß § 254 RVO ihre Satzung genehmigen. Mit Recht sieht *Hans J. Wolff* und mit ihm nahezu die gesamte Rechtslehre daher in der Genehmigung der Errichtung einen »gebundenen Verwaltungsakt«, das heißt einen Verwaltungsakt, der bei Vorliegen eines gesetzlichen Tatbestandes mit dem gesetzlich bestimmten Inhalt erlassen werden *muß*. Der Verpflichtung des Staates zum Erlaß eines solchen Verwaltungsaktes steht ein entsprechender Anspruch einer (oderer mehrerer) Privatpersonen gegenüber.

Trotz dieser »Gebundenheit« der Erteilung der Genehmigung sieht man nun allgemein in diesem Akt den *staatlichen* (hoheitlichen) Errichtungsakt, der die Körperschaftsqualität erzeugt, allerdings – wie ich meine – zu Unrecht. Die Theorie der Körperschaft, die den staat-



lichen Hoheitsakt im Gegensatz zu privat-autonomen Handeln als Voraussetzung für die Schaffung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts zum wesentlichen Element erhebt, basiert nicht auf einer rein formalen Betrachtungsweise etwa in dem Sinne, daß die öffentlich-rechtliche Qualität einer Körperschaft ihren Rechtsgrund in jedem Staatsakt gleich welcher Art finden kann. Ein Akt, der rein deklaratorischer Natur ist und *freien*, das heißt von Willensbekundungen privater Personen determinierten Gestaltungswillen überhaupt nicht enthält, kann nicht ein *Hoheitsakt* i. S. der beschriebenen Lehre zum Wesen der öffentlichen Körperschaft sein.

Wenn also im Fall der Genehmigung der Errichtung einer Betriebskrankenkasse diese Genehmigung – und das ist nach der gegebenen Rechtslage nicht zweifelhaft – ein gebundener Verwaltungsakt, das heißt der Staat bei Vorliegen einer bestimmten, von einem Privaten aus eigener Gestaltungsmacht heraus geschaffenen Sachlage die Genehmigung erteilen *muß*, ohne daß ihm auch nur ein Funke der Möglichkeit zu eigener Willensentscheidung verbleibt, dann kann man in einem solchen Fall nicht davon sprechen, daß – im Sinne der Theorie der öffentlichen Körperschaft – ein Akt souveräner Hoheitsgewalt vorliegt, der einen neuen Hoheitsträger, nämlich die Betriebskrankenkasse, erzeugt. Die Errichtung der Betriebskrankenkasse ist also – so gesehen – ausschließlich Ausfluß privaten Gestaltungswillens und nicht Niederschlag staatlicher Gestaltungsmacht, weil sie sich ohne unmittelbare Willenseinwirkung des Staates, allein aus der Willensentfaltung des privaten Unternehmers und der Betriebsangehörigen heraus vollzieht. Sie entsteht daher nicht kraft eines Hoheitsaktes

im Sinne der überkommenen Lehre zur Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern aus privatautonomen Handeln heraus. Damit bietet die Betriebskrankenkasse ein erstes Beispiel dafür, daß im Rahmen unserer Rechtsordnung auch Körperschaften des öffentlichen Rechts privatautonomen Ursprungs sein können, daß es also nicht richtig ist zu sagen, ein Privater könne eine solche Körperschaft überhaupt nicht ins Leben rufen.

Ist eine bestimmte soziale Aufgabe oder ist die Verwirklichung spezifischer menschlicher Interessen *notwendigerweise* eine *Staatsaufgabe*, die rein faktisch nicht im Wege freier Verbandsbildung, sondern ausschließlich mit staatlichen Mitteln erfüllt werden kann, schützt das Grundrecht der negativen Vereinigungsfreiheit den Bürger nicht generell gegen Zwangsinorporation in eine öffentliche Körperschaft desselben Sachbereichs. Daß bei einem derartigen Sachverhalt der Hinweis des einzelnen auf sein Grundrecht fehlgehen muß, dürfte einsichtig sein: Der Staat müßte auf die Bewältigung von für die Allgemeinheit notwendigen Aufgaben verzichten. Die Aufgaben selbst würden – weil unmöglich – auch von anderer Seite nicht erfüllt werden können.

Man könnte in diesem Zusammenhang von der Präponderanz der *Notwendigkeit staatlichen Tätigwerdens* als einer dem Grundrecht der negativen Vereinigungsfreiheit immanenten Schranke sprechen. Ob nämlich eine solche Notwendigkeit besteht, das heißt ob eine bestimmte Aufgabe ihrer Natur nach ausschließlich mit staatlichen Mitteln erfüllt werden kann, dürfte eine Frage sein, die durchaus der sachlichen Beurteilung und auch der richterlichen Überprüfung zugänglich ist.

Berücksichtigt man dabei noch, daß der staatliche Eingriff in das Grund-

recht sich nicht nur an dem allgemeinsrechtsstaatlichen Aspekt der Erforderlichkeit zu orientieren hat, sondern darüber hinaus beschränkt ist durch die weiteren Prinzipien der Eignung und der Verhältnismäßigkeit des Mittels, dürfte die Anknüpfung an das

Erfordernis der Notwendigkeit staatlichen Tätigwerdens auch im Einzelfall eine praktische Entscheidung über die Zulässigkeit staatlich verordneter Zwangsmitgliedschaften in öffentlichen Körperschaften ermöglichen«.

Karlheinz Rode

## Zum Thema: »Macht die Schule unsere Kinder krank«

- Gesundsein lernen -

- Der Beitrag der Schule zur Gesundheitserziehung\* -

Auf einer Pressekonferenz der Pressestelle der Heilberufe in Baden-Württemberg sprach der bekannte Stuttgarter Psychotherapeut Dr. Dr. med. Rudolf Affemann zum Thema »Gesundsein lernen - Der Beitrag der Schule zur Gesundheitserziehung«. Die Gesundheitserziehung auf breiter Basis wird sicherlich eine der Hauptaufgaben der Medizin und nicht zuletzt auch der Pädagogik in den nächsten Jahrzehnten werden. Dr. Dr. med. Affemann, dessen Ausführungen wir nachfolgend zur Kenntnis geben, reduzierte dieses weitgespannte Thema auf das Paradigma der Schule und stellte die Problematik in 10 Thesen dar.

### 1. These

Bei Kindern und Jugendlichen mehrten sich seit geraumer Zeit Neurosen, psychomatische Störungen und Zivilisationskrankheiten. Es muß damit gerechnet werden, daß sich diese Störungen mit zunehmendem Alter noch stärker ausprägen. Falls sich diese Entwicklung fortsetzt, wird in der Zukunft die Zahl der kranken Menschen erheblich größer sein als heute. Nur am Rande sei auf die finanziellen Konsequenzen verwiesen, die sich hieraus ergeben.

Neuere Untersuchungen haben ergeben, daß ein großer Prozentsatz unserer Kinder erhebliche Störungen aufweist. So fand zum Beispiel der Psychologe und Pädagoge Thalmann in einer repräsentativen Untersuchung an Reutlinger Kindern, die im Jahre 1971 erschienen, schwere Persönlichkeitsverbildungen in rund 20%, mittelschwere Symptome in 30%, leichte in ebenfalls 30% der Fälle. Nur jedes fünfte Kind war symptomfrei. Bei den 20%, die schwerwiegende Störungen aufwiesen, wäre eine sofortige Behandlung, bei

\* Siehe auch: Rudolf Affemann »Lernziel Leben - Der Mensch das Maß der Schule« -, Deutsche Verlagsanstalt Stuttgart, 1976.

den 30%, die mäßige Symptome zeigten, wären Maßnahmen von fachlicher Seite zur Vorbeugung schwerer Schäden nötig gewesen.

Eine Erhebung des Heidelberger Sozialmediziners Frederking, die im Jahre 1975 veröffentlicht wurde, zeigte ein noch schlechteres Bild. Hatte Thalmann zum Beispiel nur bei einem Viertel der Kinder Schlafstörungen gefunden, so stellte Frederking diese Schwierigkeiten bei mehr als der Hälfte der untersuchten Kinder fest.

In der ersten Untersuchung waren 40% der Kinder Konzentrationsgestört, in der zweiten 63%. 25% litten unter immer wieder auftretenden Kopfschmerzen, 20% unter Leibschmerzen, 16% unter Übelkeit, 19% näßten nachts noch ein (Alter der untersuchten Kinder: 10 Jahre). Häufig wurden Angstzustände, depressive Symptome, aggressive Verhaltensweisen, sowie Spiel- und Arbeitsstörungen festgestellt.

Rund ein Drittel aller Jugendlichen, die bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen auf ihre Arbeitsfähigkeit hin untersucht wurden (siehe der Stuttgarter Arbeitsmediziner Scholz), weisen infolge von Entwicklungsstörungen eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf. Nur bei bestimmten Arbeitsverrichtungen und auf sie zugeschnittenen Arbeitsbedingungen sind sie voll arbeitsfähig. Die vordem zum Teil noch zugedeckten Probleme kommen heraus bei jugendlichen Arbeitslosen. Der Grund ihrer Arbeitslosigkeit liegt vielfach nicht nur im Mangel an Arbeits- und Ausbildungsplätzen, sondern an ihrer seelischen Gestörtheit. Es fehlt bei ihnen oft an Initiative, Belastungsfähigkeit, Durchhaltekraft. Viele von ihnen sind depressiv geschädigte Menschen. Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen ergaben ferner, daß mindestens jeder-vierte jugendliche Schäden oder Schwächen am Knochensystem aufweist.

Die Suchterscheinungen unter unseren Jugendlichen mehren sich. Wir müssen derzeit mit etwa 150 000 jugendlichen Alkoholikern rechnen. Viele von ihnen nehmen gleichzeitig Medikamente, um sich in einen Rauschzustand zu versetzen. Die Heroienvelle breitet sich aus. Skeptische Schätzungen sprechen von annähernd 40 000 Fixern in der Bundesrepublik Deutschland.

Das Wort »Schulstreß« signalisiert, daß Lern- und Leistungsstörungen in der Schule allmählich zum Problem werden. 1975 haben etwa 100 000 Schüler die Hauptschule ohne Abschluß verlassen; 1978 rechnet man mit 125 000 gescheiterten Schülern. Unsere Sonderschulen werden von rund 5% aller Schüler besucht. Die Lernstörungen der gescheiterten Hauptschüler gehen ebenso wie die vieler Sonderschüler im hohen Maße auf neurotische Verbildungen zurück.

Leider muß klar gesehen werden, daß die Selbstheilungstendenz jener Störungen unter jungen Menschen gering ist. Das bedeutet also, es ist damit zu rechnen, daß sich die Funktionsstörungen bei Jugendlichen chronifizieren und Organkrankheiten nach sich ziehen werden. Weil die Ursachen, die zum Entstehen jener Krankheit führen, bislang fortbestehen, dürfte es sehr wahrscheinlich sein – wenn diesen Prozessen nicht durch Vorbeugemaßnahmen entgegengetreten wird –, daß ihre Zahl noch größer und daß ihr Resultat der Übergang zu chronischen Krankheiten sein wird.

Werden nicht sehr rasch größte Anstrengungen unternommen, um die Ursachen jener Störungen zu beseitigen, und die schon entstandenen Schwierigkeiten durch präventive Maßnahmen aufzufangen, so wird in Zukunft die Zahl der kranken Menschen erheblich größer sein als heute. Das

heißt folglich, die Anzahl der gesunden, voll arbeitsfähigen Menschen, welche die Mittel erwirtschaften, die ein Sozialstaat benötigt, wird kleiner, die Zahl der kranken Menschen, die auf Versorgung angewiesen sind, wird hingegen größer. All dies geschieht in einer Zeit, in der sich ohnedies aus verschiedenartigen Gründen die Kosten im Gesundheitsbereich rapide erhöhen. Öffnet sich die Schere zwischen voll leistungsfähigen und leistungsbedürftigen Bürgern in der Weise, wie es sich abzeichnet, so kann unser heutiges System der sozialen Versorgung aus Kostengründen nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Es läßt sich leicht einsehen, wie viel sozialer und politischer Sprengstoff in einem solchen Falle entstehen würde. Die vorhin umrissene Entwicklung ist noch aus einem weiteren Grunde mit großen Gefahren für Gesellschaft und Staat verbunden. Unter jungen – aber auch unter älteren Menschen – breiten sich derzeit in raschem Tempo Zustände innerer Leere und zwischenmenschlicher Isolation aus. Jene Zustände sind verbunden mit den verschiedenartigsten depressiven Symptomen. Die Depression ist dabei, zur Krankheit unserer Zeit zu werden. Diese innerseelischen und zwischenmenschlichen Hohlräume lassen sich leicht mit Ideologien ausfüllen. Falls kein hinreichender Ausgleich mit materiellen Mitteln möglich sein sollte, ist damit zu rechnen, daß jene Vakuen Ideologien ansaugen. Daß damit eine Gefährdung unserer Demokratie verbunden wäre, liegt auf der Hand.

## 2. These

Es ist bekannt, daß viele Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter auftreten, bereits in der Kindheit und Jugendzeit angebahnt werden. Krank-

heitsvorbeugung muß also schon in diesem Lebensabschnitt beginnen. Je früher sie einsetzt, umso eher ist es möglich, Fehlentwicklungen leichteren Grades, die schon eingetreten sind, auszugleichen. Gemessen an den therapeutischen Aufwendungen ist der finanzielle und personelle Einsatz, der durch frühzeitige Gesundheitsvorsorge entsteht, gering.

Der medizinischen Forschung ist es seit geraumer Zeit geläufig, daß sich ein großer Prozentsatz der Krankheiten, die erst im Erwachsenenalter manifest werden, bereits im Kindes- und Jugendalter allmählich entwickelt. Nehmen wir die Krankheiten, die am häufigsten zum Tode führen, als Beispiel: die Herz- und Kreislauferkrankungen. In ihrer Entstehung spielen Bewegungsmangel, Überernährung, hoher Lipidspiegel im Blut, Rauchen und Streß eine wichtige Rolle. Diese Risikofaktoren bilden sich selbst bei einem Menschen, der erst in der zweiten Hälfte seines Lebens einen Herzinfarkt bekommt, häufig bereits am Anfang seines Lebens. Bewegungsarmut geht oft auf Verlust an Bewegungsfreude zurück. Selbstverständlich erzeugen die Bedingungen der technischen Welt Bewegungsmangel. Sicher ist es ebenfalls richtig, daß mancher zugunsten seiner Karriere auch in seiner Freizeit sein Bedürfnis nach Bewegung übergeht. Dennoch verlieren viele der später von Herz- und Kreislauferkrankungen Betroffenen oft schon früh ihre Bewegungsfreude.

Überernährung und die damit verbundene Tendenz zu einem erhöhten Fettgehalt im Blut wird ebenfalls schon in den ersten Lebensjahren vorbereitet. Teils geht die spätere Überernährung auf ein falsches Ernährungsverhalten der Mutter zurück. Teils dienen Fressen und Saufen der Ausfüllung von seelischen Löchern, die infolge seelischer

Entwicklungsstörungen auch schon in der Kindheit eintreten. Dieser Zusammenhang ist ebenfalls für das Rauchen von Bedeutung. Schließlich ist Streß nicht nur Folge menschenfeindlicher Lebens- und Arbeitsbedingungen, sondern zugleich Folge mangelnder Belastungsfähigkeit aus Ich-Schwäche. Diese aber geht zum großen Teil auf unzutragliche Familienbedingungen und einem Mangel an Erziehung bzw. unterfordernde Erziehung zurück.

Es zeigt sich also, daß die Medizin eines grundlegenden Wandels bedarf. Bisher ist sie ein System zur Krankheitsbehandlung. In Zukunft wird sie ein System der Gesunderhaltung sein müssen. Damit kann sie sich jedoch nicht mehr auf den bisher vertrauten Gesichtskreis beschränken. Sie ist gezwungen, Mitverantwortung zu übernehmen, daß die Bedingungen, unter denen die Menschen leben und unter denen der junge Mensch aufwächst, so gestaltet werden, daß der Mensch gesund bleiben kann. Die Medizin allein kann selbstredend die Aufgabe der Gesunderhaltung nicht lösen. Dazu wird trotz aller Bemühungen um eine menschengemäße Gestaltung der menschlichen Umwelt die Zahl der krankmachenden Faktoren noch zu wirksam sein. Alle Arten von Erziehung - Familienerziehung wie öffentliche Erziehung - gilt es unter dem Aspekt zu befragen und zu gestalten, inwiefern sie der Gesundheit des Menschen dienlich sind und wie sie aussehen müssen, wenn der junge Mensch gesund bleiben soll.

Bereits die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen zwingt dazu, möglichst frühzeitig der Entstehung von Krankheiten entgegenzutreten bzw. schon entstandene Fehlentwicklungen zu korrigieren. Auch der Kostenfaktor macht es erforderlich, der Gesundheits-erhaltung mit dem höchsten Stellenwert in der Gestaltung unserer Lebens-

bereiche, zum Beispiel unseres Bildungswesens, einzuräumen. Entwicklung pädagogischer Konzepte ohne Überprüfung ihrer gesundheitserhaltenden Kraft sollte es in der Zukunft nicht mehr geben.

### 3. These

Die eben erwähnten Krankheiten sind wesentlich bedingt durch Störungen in der ganzheitlichen Entwicklung des jungen Menschen. Zu nennen wären vor allem Fehlentwicklungen zwischenmenschlicher, emotionaler und körperlicher Funktionen.

Unter dem Einfluß der gegenwärtigen Überschätzung des Wissens und Machens wird in unserer Erziehung, soweit sie überhaupt noch geschieht, einseitig das Rationale gefördert. Kritisch ist anzumerken, daß sich Familien-erziehung oftmals im Laufenlassen erschöpft und daß öffentliche Erziehung in jüngerer Zeit häufig mit Information gleichgesetzt wurde. Zu wenig wurden gefördert und gefordert die emotionalen, sozialen, körperlichen Möglichkeiten sowie das Bedürfnis des jungen Menschen nach Wert und Sinn. Als Folge hiervon kam es zu einer inneren Gleichgewichtsstörung bei vielen jungen Menschen, die neurosenbegünstigend wirkt. Umgekehrt hätten gerade die menschenfeindlichen Einflüsse unserer Umwelt, wie die Reizflut, das Konsumüberangebot, der Mangel an Möglichkeiten, die leiblichen Kräfte zu benutzen usw. eine besonders sorgfältige, kompensierende Erziehung notwendig gemacht. Krankheitserregende Streßzustände mehren sich. Um so wichtiger wäre eine Erziehung, die gezielt darauf ausgeht, den Menschen streßfähig zu machen. Erziehung zu Ich-Stärke, die Voraussetzung solcher Fähigkeit zu einem gesunden Streß wäre, ist bislang immer noch kaum als eines der

wichtigsten Erziehungsziele begriffen worden.

#### 4. These

Die Entfaltung menschlicher Anlagen bedarf der Erziehung. Ein wesentlicher Grund für die krankheitserzeugenden Verbildungen bei Kindern und Jugendlichen in den genannten Persönlichkeitsbereichen ist ein Mangel an individuell fördernder und fordernder Erziehung in der jüngeren Vergangenheit. Diese Kritik betrifft sowohl die Familienerziehung, als auch die öffentlichen Bildungseinrichtungen.

Unsere Vorstellungen über Mensch und Gesellschaft wurden in jüngerer Zeit durch den zu optimistischen, zum Teil wirklichkeitsfernen Zeitgeist der Aufklärung geprägt. In den letzten zwei Jahrzehnten setzte sich weithin der Glaube durch, die beste Erziehung sei es, gar nicht zu erziehen. Man glaubte, wenn man die Bedürfnisse des Kindes befriedige und es möglichst ohne Beschränkungen wachsen lasse, würde es sich zu einem gesunden, konfliktfreien, glücklichen, mündigen Menschen entfalten. In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß von einem einseitigen, materiellen, triebmechanischen Bild seiner Bedürfnisse ausgegangen wurde. Heute zeichnet sich ab, daß eine solche antiautoritäre Erziehung noch schwerere Schäden erzeugt als die hinter uns liegende autoritäre Erziehung.

Es ist notwendig, unser Bild vom Menschen zu revidieren. Der Mensch ist auf Erziehung angewiesen. Sollen seine Anlagen entfaltet werden, so bedarf dies der Förderung wie der Forderung. Hierzu ist stabile persönliche Zuwendung und personale Autorität nötig. Wird unseren Kindern nicht sehr bald mehr Erziehung zuteil, so ist die Medizin nicht mehr in der Lage, die Schäden der Erziehungslosigkeit mit ihrer Therapie aufzufangen.

#### 5. These

Sorgfältige und umfassende Erziehung des jungen Menschen ist um so nötiger, als eine Reihe von Umwelteinflüssen, wie zum Beispiel bestimmte Gegebenheiten unserer Städte, Reizüberflutung, Verführung zum Konsum und Spielzeug anstelle von schöpferischem Spiel und anderes die Reifung des Kindes beeinträchtigen. Wird dem Heranwachsenden jene ganzheitliche Erziehung zuteil, so wirkt diese zugleich gesundheitserhaltend.

Lassen Sie mich auf ein konkretes Beispiel von Reizüberflutung und der Notwendigkeit einer sie kompensierenden Erziehung hinweisen. Ich denke an das Problem des übermäßigen Fernsehkonsums. Der Bundesbürger verbringt im Durchschnitt 17 Stunden in der Woche vor dem Fernsehgerät. Die Überfülle dieser Fernsehreize und -erregungen wirkt auf den Jugendlichen noch schädlicher ein als auf den Erwachsenen. Er nimmt die Fernsehbilder intensiver auf und ist nicht imstande, die vielen Eindrücke zu verarbeiten. Auf diese Weise entsteht ein Stau aus unbewältigten Erregungen, der sich in seelischer und nervlicher Hinsicht negativ auswirkt. Ferner wird dem Jugendlichen auf diese Weise eine Konsumhaltung der Passivität und Rezeptivität eingeschliffen, die ihn daran hindert, konstruktiv und kreativ seine Anlagen zu entfalten.

Die Erziehung muß also darauf dringen, daß Kinder nur sehr mäßig fernsehen, daß die jeweiligen Sendungen von den Eltern gewissenhaft ausgewählt werden und daß versucht wird, das Gesehene im Gespräch zu verarbeiten. Eine solche Erziehung verlangt Selbstbescheidung von Erwachsenen sowie erzieherische Autorität.

Gelingt es, in einer sorgfältigen und umfassenden Erziehung, die Fähigkeit

des Kindes in ausgewogener Weise zu fördern, so entwickelt sich in der Regel ein gesundes Kind. Ausgeglichene Entfaltung der verschiedenartigen Seiten des Menschen ist zugleich gesunde Entwicklung. Werden die Schwerpunkte in der Förderung rationalen, emotionalen, zwischenmenschlichen, leiblichen Möglichkeiten einseitig gesetzt, so ist auch Erziehung zum gesundheitsbewußten Verhalten anschließend kaum mehr imstande – zum Beispiel der Appell, das Rauchen aufzugeben – die schon gestörte leib-seelische Basis des Menschen wieder in Ordnung zu bringen.

#### 6. These

Unter diesem Gesichtspunkt einer gesunden Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit des jungen Menschen gilt es, die Schwerpunkte im öffentlichen Bildungswesen neu zu setzen. Dem Pauken der Unmengen von Einzelwissen sollte weniger Bedeutung zufallen als der emotionalen, zwischenmenschlichen und körperlichen Erziehung.

Das Pauken der Unmengen von Stoff wird oft – gerade von Eltern – mit dem Argument verteidigt, dem Kind sollten hierdurch Schul-, Hochschul-, Berufschancen erhalten bleiben. Hierzu gilt es kritisch anzumerken: Es ist unsinnig, Kenntnisse zu büffeln, die man im allgemeinen nicht im späteren Leben – zum Beispiel im Beruf – benötigt und die man häufig bereits nach dem letzten Zeugnis oder der letzten Prüfung vergessen kann. Durch Konzentration der Lehrpläne würde umgekehrt gerade erreicht, daß der Streß des Hetzens durch den Stoff, ohne ihn vertiefen zu können, abgebaut würde. Das notwendige Wissen würde durch Verzicht auf Peripheres gerade gefestigt.

Bleibt die bisherige Praxis der Viel-paukereie erhalten, so steht an der Spitze

des Wertkatalogs in unserem Bildungswesen die vermeintliche Sozialchance des Kindes, nicht aber seine Gesundheit. Was nutzt es jedoch, junge Leute auf Schule und Hochschule vorzeitig zu verschleifen? Im Leben wird nicht der Erfolg haben, der viel Schulwissen gespeichert hat, sondern der gesund ist, über ein solides Basiswissen verfügt, methodisch denken und handeln kann, eine in sich gefestigte Persönlichkeit darstellt und der seine Lernfähigkeit und Lernfreude bewahren konnte. Erziehung aller Seiten des Menschen trägt bei zum Entstehen einer tragfähigen leib-seelischen Grundlage. Konzentrationsvermögen, Gedächtnis, Lern- und Leistungsfähigkeit sind jedoch nur so gut, wie jene Grundlage stabil ist. Diesen Zusammenhängen geht unter anderem mein eben erschienenes Buch »Lernziel Leben. Der Mensch als Maß der Schule« nach.

#### 7. These

Gesundheitserziehung in den Schulen kann sich also nicht in gesundheitlicher Aufklärung erschöpfen. Obgleich in einigen Fragen eine fundierte Information hinsichtlich Gesundheit und Krankheit angezeigt ist, wäre es eine rationalistische Illusion zu glauben, Zunahme an Wissen würde gleichsam von selbst eine gesündere Entwicklung des jugendlichen Organismus und ein gesundheitsbewußteres Verhalten nach sich ziehen.

In der bisherigen Diskussion wird Gesundheitserziehung oft mit gesundheitlicher Aufklärung gleichgesetzt. Hierbei überschätzt man die Möglichkeiten des Wissens bei weitem. Fehlverhalten stellt oftmals Ausdruck einer tiefgehenden Fehlentwicklung der Persönlichkeit dar. Wie will man gegen Rauchen und noch ausgeprägteres Suchtverhalten zum Beispiel angehen,

wenn dahinter innere Leere aufgrund mangelnder Persönlichkeitsentfaltung steckt? Wie will man durch Aufklärung über die gesundheitsschädlichen Folgen von Überernährung Freß- und Saufmechanismen verändern, die bereits im ersten Lebensjahr von der Mutter eingeschliffen wurden? Wer gesundheitsförderndes Verhalten anstrebt, muß die Entwicklung gesunder Persönlichkeit fördern.

#### 8. These

Ebenfalls muß davor gewarnt werden, ein neues Unterrichtsfach »Gesundheitslehre« an den Schulen einzurichten. Förderung der gesunden Entfaltung des Kindes ist die Aufgabe jedes Lehrers. Ganzheitliche Erziehung, die krankheitsvorbeugend wirkt, sollte ein zentrales Element sein, dem sich alle Unterrichtsfächer, die einen mehr und die anderen weniger, verpflichtet wissen.

Da *Gesundheitserziehung ein Erziehungsprinzip* darstellt, kann es nicht an ein Fach »Gesundheitslehre« überwiesen werden. Würde ein neues Fach »Gesundheitslehre« eingerichtet, so würden sich die anderen Lehrer nur zu leicht von der Verpflichtung, eine gesunde – also eine alle Seiten der gesamten Persönlichkeit erschließende – Erziehung zu vermitteln, entlastet fühlen. Ein neues Fach wäre ein weiterer Beitrag zur Aufspaltung und Umformung ganzheitlicher Pädagogik in Fachunterricht.

#### 9. These

Soll die Schule zu einem Verhalten beitragen, das der Gesundheit des Schülers förderlich ist, so fällt dem Vorbild des Lehrers große Bedeutung zu. Es ist zum Beispiel wirksamer, wenn ein Lehrer nicht raucht, als wenn er seine Schüler über die Gefahren des

Rauchens aufklärt. Die hier geforderte ganzheitliche Erziehung gibt der Lehrerpersönlichkeit neues Gewicht.

Wird die Notwendigkeit von Erziehung zum Entstehen eines gesunden Menschen entdeckt, so stoßen wir auf die Bedeutung der Persönlichkeit des Erziehers. Erziehung ist mehr als Information. Sie schließt die emotionale Beteiligung und das persönliche Engagement des Erziehers in sich. Letztlich entscheidet über das Ergebnis erzieherischen Bemühens nicht das Reden des Erziehers, sondern seine Persönlichkeit und was von ihr ausgeht. Die *Wiederentdeckung der Lehrerpersönlichkeit* hat natürlich für die Ausbildung kommender Lehrer erhebliche Konsequenzen. Hier gilt es, die Akzente von der Vielzahl der Fachinformationen auf die Entwicklung der erzieherischen Persönlichkeit und ihre pädagogischen Talente zu verlagern.

#### 10. These

Die Maßnahmen der Kultusverwaltungen und Bildungspolitiker, die an einer inneren Schulreform arbeiten, welche in dem hier skizzierten Sinne krankheitsvorbeugend wirkt, werden von der Ärzteschaft nachhaltig unterstützt. Andere Bildungspolitiker, die jene zur Gesunderhaltung unserer Jugend notwendigen Maßnahmen noch nicht eingeleitet haben, werden mit Nachdruck zu den entsprechenden Veränderungen im Schulwesen aufgefordert.

Mit Nachdruck werden Bildungspolitiker aller Parteien dazu aufgerufen, die Schul- und Hochschulpraxis in ihrem Verantwortungsbereich unter dem Aspekt zu bedenken, inwieweit diese Bildung zur Entwicklung gesunder junger Menschen beiträgt. Gesundheit muß an die Spitze der Wertordnung im Bildungsbereich gerückt werden.



Alle anderen Anliegen gilt es dem unterzuordnen. Bei dieser Forderung handelt es sich nicht um das übliche Geltendmachen von Interessen eines Fachverbandes. Im Gegenteil, je mehr diesem Anliegen der Ärzteschaft nachgekommen wird, um so mehr hat dies zur Folge, daß der Arzt im heutigen Verständnis überflüssig wird. Der Neuzentrierung der Pädagogik hat also eine Neuzentrierung der Medizin einherzugehen, in der

sich auch der Arzt stärker als der Wahrer von Gesundheit begreift. *Gesundheits-erziehung* wird eine der wesentlichen Aufgaben des Arztes von morgen sein. In dieser Aufgabe werden alle die für Gesundheit Zuständigen, die Ärzte, die Erzieher in Schule und Familie und die für Gestaltung unserer Umwelt Verantwortlichen zusammenarbeiten müssen.

Rudolf Affemann

## Fernziel: Medizin als umfassende Lebenslehre

- Zur Gründung des »Instituts für Gesundheitserziehung« in Stuttgart -

Nach längeren gründlichen Vorarbeiten durch den »Arbeitskreis für medizinische Grundsatzfragen« der Pressestelle der Heilberufe in Baden-Württemberg wurden das »Institut für Gesundheitserziehung« als gemeinnützige Einrichtung und die »Deutsche Gesellschaft für Gesundheitserziehung« als Trägerorganisation gegründet. Die Bezeichnung »Gesundheitserziehung« deckt zwar vom Wort her nicht alle Bereiche, denen die Arbeit der neugegründeten Einrichtung gilt, doch wurde sie in Anpassung an den im anglo-amerikanischen Sprachbereich eingeführten Begriff der »Health-Education« übernommen, um auf internationaler Ebene zu korrelieren.

Dem Gründungsgremium gehören 18 Mediziner und Pädagogen, Apotheker und Journalisten, Theologen und Hochschullehrer an.

Die Mitteilung dieser Institutsgründung hat Anfragen, Zweifel und Kritik seitens bereits bestehender Institutionen auf dem Sektor Gesundheitserziehung ausgelöst. »Warum eine weitere Einrichtung, wenn es doch schon die

Bundeszentrale und Landeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und eine Reihe weiterer, sogar universitärer Institutionen für Gesundheitserziehung gibt?«

Diese Frage bedarf einer Antwort. In knapper Form soll sie als »Be-gründung« des Instituts für Gesundheitserziehung (IFG) in Stuttgart hier gegeben werden.

Seit vielen Jahren erarbeiten bei der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg auf Initiative ihres Präsidenten Dr. H. Schad »Studienkonferenzen«, an denen Universitätsprofessoren, praktizierende Ärzte, Sozialmediziner, Psychologen und Pädagogen teilnehmen, grundlegende Analysen und Erkenntnisse zur Situation der Heilberufe, des Medizinal- und Gesundheitswesens. Sie liegen in ihren Ergebnissen in der Schriftenreihe der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg vor. Ergänzend und weiterführend arbeitet seit Jahren im Rahmen der Pressestelle der Heilberufe von Baden-Württemberg ein Arbeitskreis »Medizinische Grundsatzfragen«, dem ebenfalls Wissenschaftler

aus verschiedenen Gebieten angehören, äußerst intensiv an Themen, die sich am besten mit dem Begriff einer Systemanalyse unseres Gesundheitswesens und der Heilberufe umschreiben lassen. Über diese Grundsatzfragen entwickelte sich die gedankliche Arbeit weiter zu Erkenntnissen, die hier knapp skizziert sein sollen.

Die Medizin hat sich unter dem dominanten Einfluß der Naturwissenschaft in den letzten hundert Jahren immer ausschließlicher zu einer Krankheitslehre entwickelt, bei der ein Raster von naturwissenschaftlich definierten Parametern zwischen »krank« und »nicht krank« entscheidet, wobei das einstige Konzept der Heilkunde als einer »Gesundheitslehre« verdrängt und vergessen wurde. Dabei ist es der naturwissenschaftlichen Medizin, der die Pathologie zur Führerin wurde, bis heute nicht gelungen, zu einer einheitlichen Krankheitslehre und allgemeinen klinischen Strategie zu finden. Mangels allgemeiner Konzepte werden »statt klinischer Strategien 'ad-hoc-Taktiken' durchgeführt« (Feinstein, zitiert nach R. Gross). Zwangsläufig kommt es über die Kosten-Nutzen-Analyse unseres Gesundheitswesens durch ökonomische Zwänge zur Umbesinnung und wohl auch zur Rückbesinnung, daß die Medizin neben ihrer Lehre von den Krankheiten auch einer Lehre von der Gesundheit bedarf. Hier setzen nun die vorhandenen Institutionen für Gesundheitsbildung und Gesundheitserziehung an, und hier hört man denn auch crescendo bis in den politischen Raum hinein eine Fülle verschiedenster Pläne und Projekte gesundheitlicher Aufklärung und Erziehung. Die Situation ist ebenso verheißungsvoll wie auch gefährlich, denn es stellt sich im Augenblick und für die nächste Zeit weniger die Forderung,

daß etwas geschieht – es geschieht nämlich schon zu vielerlei –, sondern daß bei einem Langzeitprogramm, um das es sich bei einer Umerziehung und grundlegenden Motivierung zu gesunder Lebensführung nur handeln kann, das Richtige geschieht.

Das Gründungsgremium des IFG war sich einig in der Erkenntnis, daß auch heute noch Gesundsein entsprechend der Theorie der klassischen Medizin als ein kreativer Prozeß, als kontinuierliche Bemühung um die natürlichen Lebensbedingungen und eine Ordnung des Lebensverhaltens zu betrachten sei und damit »Gesundheit« im aristotelischen Sinne eine Haltung (hexis) innerhalb einer bestimmten Kategorie, ein Grenzzustand innerhalb eines labilen Fließgleichgewichtes, bedeute. Da »Gesundheit« vieltausendfältig ist, da es viele Weisen, gesund zu sein und somit – analog zu den 40 000 Krankheiten – ein Arsenal von Gesundheiten gibt, so versteht es sich auch, daß keine hinlängliche Definition der Gesundheit gelingen kann und die WHO-Formel für Gesundheit mit ihrem »körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden« nur ein spießbürgerliches Idol darstellt.

Zu einem Zeitpunkt aber, da die kura-tive Medizin an den Grenzen ihres Wachstums angelangt ist, scheint sie auch reif geworden für die Alternative der Entwicklung eines neuen Gesundheitsbewußtseins, für eine moderne Theorie und Praxis vom gesunden Leben.

Das Gremium des IFG betrachtet daher neben dem Durchdenken alter, historischer Konzepte, deren es ebenso zahlreiche wie vorzügliche gibt, auch die Frage ihres Scheiterns, ferner die kritische Sichtung und Zuordnung gegenwärtiger Konzeptionen des In- und Auslandes zur Erarbeitung einer funda-

mentalen Theorie und Praxis der Gesundheitslehre und Gesundheitsbildung mit ihren Konsequenzen für die Gesundheitspolitik als zentrale Langzeitaufgabe.

Es wäre verhängnisvoll, würden solche gründlichen Bemühungen, die nach Koordinierung und Konsensus aller um dieses Ziel Bemühten in Forschung und Praxis streben, in einem Methodenstreit verlangsamten oder gar in Prioritätsstreitigkeiten hängenbleiben. Die Zusammenarbeit von Universität und Praxis, von Angehörigen aller Heilberufe, von Psychologen, Pädagogen und Philosophen ist unerlässlich, wengleich nach unseren Erfahrungen nur ein allzu großes, und daher arbeits-

fähiges, den Universitäten zwar verbundenes und weitgefächert korrespondierendes, aber unabhängiges zentrales Institut die notwendige kontinuierliche Initiative für lange Zeit garantiert. Der gigantische Umorientierungs- und Entwicklungsprozeß von der heutigen, allzu schwerlastig pharmakotechnisch orientierten Medizin zu einer ökologisch-anthropologischen Medizin, die auch zur Wissenschaft der Gesundheit und schließlich zu einer umfassenden Lebenslehre wird, bedarf der Mobilisierung und der Korrespondenz aller geistigen Kräfte der Heilberufe, besonders der Ärzteschaft.

Gerhard Vescovi

### Der Kranke und der moderne medizinische »Apparat«\*

Der Berichterstatter hebt in bemerkenswerter Weise zwei Feststellungen des Präsidenten der deutschen Gesellschaft für innere Medizin Prof. G. A. Neuhaus, aus dessen Eröffnungsrede zum Jahreskongreß der Gesellschaft in Wiesbaden hervor:

Die vielfältigen, auf den einzelnen medizinischen Fachgebieten erzielten Fortschritte bringen nicht unbedingt auch eine bessere ärztliche Versorgung mit sich. Eine für den Kranken optimale und zugleich humane Behandlung setzt nicht nur die Koordination aller wissenschaftlichen Erkenntnisse voraus, sondern auch den menschlichen Kontakt mit dem Kranken. Daß die Medizin die Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient wieder stärker beachtet, ist die Reaktion auf die in den letzten Jahren überall zu beobachtende Überbewertung der Wissenschaft und der Vernunft und die Überschätzung der Möglichkeiten der modernen Medizin.

Der Kranke fühlt sich einer inhumanen Rationalität ausgesetzt und in seiner Würde bedroht. Die Kompliziertheit unserer technischen Welt, die aus Sachzwängen auf die weitere Vermehrung und Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse angewiesen ist, fördert die Entwicklung von Eigengesetzlichkeiten, die vom einzelnen Menschen häufig nicht mehr verstanden werden. Er gerät in Abhängigkeit von einem »Apparat«, den Spezialisten ohne Geist und Herz beherrschen.

Diesen Bemerkungen Professor Neuhaus' möchte man vorbehaltlos zustimmen. Die Inhumanität der modernen, am naturwissenschaftlichen Ideal einer objektiven, wertneutralen Wis-

\* Stellungnahme zum Pressebericht der FAZ vom 18. 4. 77 über den Jahreskongreß der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden/Kritik am neuen Arzneimittelgesetz/ von Rainer Flöhl.

senschaftsgesinnung orientierten Medizin, wird nunmehr auch von den hervorragenden Vertretern unserer Wissenschaft beklagt. Dies mag hoffnungsvoll stimmen, denn es handelt sich hier gleichsam um die ethisch-moralische Seite der Medizin, die doch um des Menschen willen da ist. Auch das äußere rechtliche-politische Problem der Medizin wird richtig gesehen, wenn Neuhaus sagt:

»Noch ist es Zeit zu zeigen, daß die in Klinik und Praxis tätigen Ärzte auch ohne staatliches Reglement in der Lage sind, die wissenschaftlichen Erkenntnisse in eine begründete und rationelle Therapie umzusetzen.«

Auch dem Appell Professor Neuhaus' an die Gesellschaft für innere Medizin »mutig und öffentlich für die wissenschaftliche Lauterkeit einzutreten«, kann nur zugestimmt werden.

»Dazu ist es notwendig, daß sich Ärzte und Wissenschaftler auch in anderen Gebieten, in Berufsverbänden organisieren, um ihren Stellungnahmen mehr politische Autorität zu verschaffen.« (FAZ)

Nachdem Professor Neuhaus die Inhumanität rationaler Wissenschaft auf medizinischem Gebiet bedauert hat, stellt er fest: »Von der klassischen Medizin enttäuscht, wendet man sich oft Ratgebern zu, die unter Vorspiegelung rationaler Analysen zu wissen vorgeben, was die Patienten benötigten. Die Neigung zu unbegründeten Hoffnungen und der mystische Glaube an die Wunderkraft der Natur stehen dabei in krassem Widerspruch zu den sonst überall erhobenen Forderungen nach einer wissenschaftlich fundierten Medizin« (FAZ).

Wo vermutet Professor Neuhaus wohl die »Ratgeber, die unter Vorspiegelung rationaler Analysen zu wissen vorgeben, was die Patienten be-

neigten«. Wer hegt und weckt »unbegründete Hoffnungen und den mystischen Glauben an die Wunderkraft der Natur?« -

Professor Neuhaus macht dem Gesetzgeber den Vorwurf, im zweiten Arzneimittelgesetz nicht dafür gesorgt zu haben, daß nur wirksame Arzneimittel zugelassen werden. Er übersieht dabei, daß es auch die Ärzte sind, die über die therapeutische Wirksamkeit eines Arzneimittels befinden können und daß das Gesetz durch die Berufung von Sachverständigen-Kommissionen der verschiedenen medizinischen Richtungen die Arzneimittel-Beurteilung in die Hände der Ärzte gelegt hat.

Allerdings hat der Gesetzgeber auch den Vertretern der biologischen Medizin dasselbe Recht eingeräumt wie den Vertretern der sogenannten klassischen Medizin.

Die Auseinandersetzungen um das 2. Arzneimittelgesetz mußten eigentlich allen Beteiligten gezeigt haben, daß sich die Ärzte davor hüten sollten, untereinander einen Weltanschauungsstreit zu entfachen um die Frage: »Was ist Wissenschaft in der Medizin?«

Was ist ein Heilmittel? Was ist mystischer Glaube an die Wunderkraft der Natur? Begriffe wie Gesundheit, Krankheit und Heilung entziehen sich naturwissenschaftlichen Erklärungen. Darüber sind sich heute doch alle Ärzte einig. Wenn wir den Ärztestand nicht zerstören wollen, sollten wir es unterlassen, dort von mystischem Glauben zu sprechen, wo unser naturwissenschaftliches Rüstzeug versagt; bei der Beurteilung des Menschen selbst. *Die Wiedergewinnung der Humanität in der Medizin hängt davon ab, ob wir die Inhumanität des naturwissenschaftlichen Denkens in der Medizin überwinden.*

Heinz Hartmut Vogel

# Buchbesprechung

## Gesundheitspolitik

*Siegfried Häußler: Reform durch Zwang oder Einsicht?*

- dv Sachbuchreihe Deutscher Instituts-Verlag GmbH, Köln 1976 -

Prof. Dr. med. Siegfried Häußler hat zur rechten Zeit das bestehende gesetzliche Krankenversicherungs-System (GKV) einer grundlegenden Analyse unterzogen, um damit aufzuzeigen, daß die ursprünglich (1830) als echte soziale Einrichtung für Hilfsbedürftige geschaffene »Hilfskrankenkasse in Fällen von Krankheit und Tod« heute zu etwas völlig anderem wurde: zu einer Wohlfahrtseinrichtung für Bevölkerungskreise, die es mit Recht ablehnen würden, zu den sozial Hilfsbedürftigen gezählt zu werden:

»Der Gesichtspunkt, daß die gesetzliche Krankenversicherung nur für den Kreis der tatsächlich sozial Schutz- und Hilfsbedürftigen bestehen sollte, ist also längst aufgegeben worden. Die Versicherten-gemeinschaft ist nicht mehr eine Solidargemeinschaft sozial Gleichgestellter, sondern sie hat inzwischen Versicherte bei sich aufgenommen, die eines sozialen Schutzes, auch unter Berücksichtigung der steigenden Kosten des Gesundheitswesens, nicht mehr bedürftigen«. (Seite 20)

»Noch um die Jahrhundertwende war die gesetzliche Krankenversicherung eine echte Versicherung, die aber stetig mit mehr und mehr versicherungsfremden Aufgaben belastet wurde«. (a. a. O.)

Der Unterabteilungsleiter im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Albert Holler, äußerte sich dazu 1976 (zitiert nach Häußler):

»An einer Begrenzung (der Leistungen der GKV) müßten die Ver-

sicherten selbst interessiert sein... Diese Aufgabe ist für die nächsten Jahre unabwendbar, sie wird sich nur lösen lassen, wenn sich eine Verständigung finden läßt, *welcher Bedarf an Gesundheitsleistungen künftig solidarisch organisiert und finanziert wird und welcher Bedarf den privaten Haushalten\* überlassen bleibt*«. (Seite 18).

Häußler fragt:

»Die Alternative, die immer wieder Entscheidungen herausfordern sollte, ist allerdings hier wie dort (im staatlichen Gesundheitsdienst in England) die gleiche:

Ist Krankheit ein Risiko des Einzelnen oder hat die Gemeinschaft das Risiko zu tragen? Diese erste wesentliche Entscheidung, die nur vom Gesetzgeber politisch zu treffen ist, hat weitreichende Konsequenzen«. (Seite 18 und 19)

Die typischen Kennzeichen einer echten Versicherung, »der Grundsatz der Gleichwertigkeit von Leistung und

\* Hervorhebungen durch den Rezensenten

Gegenleistung« bestehen nicht:  
»Früherkennung und Vorsorge als neue Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, sind praktisch keine Versicherungsrisiken mehr. Die Leistung ist nicht mehr vom Eintritt eines Schadensfalles abhängig. Mit der Ausweitung der Leistungsinhalte hat der Gesetzgeber den Schritt von einer Versicherung zu einer Versorgungseinrichtung«. (Seite 25)

Die Herstellung der Grundsätze einer echten Schadensversicherung wirft die Kostenfrage auf. Vielfach wurde und wird behauptet, eine spürbare Selbstbeteiligung des Versicherten würde den Patienten vom Gang zum Arzt abhalten und dadurch eine mögliche Heilung verschleppen. Dazu ist zu sagen, daß der Versicherte heute, ob krank oder gesund, Monat für Monat ein Übermaß an »Selbstbeteiligung« mit seinem Pflichtbeitrag von derzeit durchschnittlich 12% des Bruttoverdienstes leistet. Sein hoher Krankenkassenbeitrag wird jedoch ohne Beziehung zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen anonym einbehalten.

Häussler zitiert dazu die Sozialenquete-Kommission der Bundesregierung aus dem Jahre 1966:

»Zur Zeit sind die Versicherungsbedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung so, daß sie in der Person des Versicherten keine starken Gegenkräfte gegen die Versuchung des Ausweichens in die Krankheit mobilisieren, im Gegenteil, sie sind so, daß sie diese Versuchung begünstigen«. (Seite 61)

Häussler sieht in der direkten und überschaubaren Beteiligung des Kranken an den Krankheitskosten nicht so sehr ein finanzielles als ein ethisch-psychologisches Problem und zitiert in diesem Zusammenhang Prof. Klose:

»Die hohen Sozialversicherungsleistungen im Bundesgebiet haben eine Begehrlichkeit großgezüchtet, die beseitigt werden muß«.

»Im deutschen System der Krankenversicherung ist die Tendenz zum Krankmelden begründet«. – »Ohne Selbstbeteiligung ist die Krankenversicherung nicht zu sanieren, andernfalls ist ein Abgleiten in den Wohlfahrtsstaat unvermeidlich«.

Dazu Professor René König (Seite 62):

»Im übrigen muß man sich hüten, die Bedeutung der Selbstbeteiligung allzu primitiv einzuschätzen, als ob die Menschen vorsichtiger würden, sobald es an ihren Geldbeutel geht. Diese Auffassung ist genauso abwegig, wie die Betrugs-hypothese beim Mißbrauch der Krankenkasse. Vielmehr kommt im Willen zu einem finanziellen Opfer auch ein bewußter oder unbewußter Wille zur Heilung zum Ausdruck, so daß man hat sagen können, daß die Bereitschaft zur Honorierung der ärztlichen Leistung ein Teil des Gesundungsprozesses ist«.

Häussler endet das Kapitel »Die Rolle der Ärzteschaft in der gesetzlichen Krankenkasse« mit der klaren ordnungspolitischen Feststellung:

»In der sozialen Marktwirtschaft bekamen die persönliche Verantwortung, das Risiko und der Erfolg des Unternehmens wieder grünes Licht. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung muß das Fürsorgeprinzip Bismarcks ersetzt werden durch eine echte Versicherung für mündige Bürger. Der »arme Proletari« des 19. Jahrhunderts existiert nicht mehr. Die Sozialpolitik hat dies noch nicht zur Kenntnis genommen«. (Seite 63)

Häussler faßt seine Untersuchung zusammen, indem er den Weg aus der Sackgasse aufzeigt. Wir drucken nachstehend diese Entscheidungshilfe für unsere Sozialpolitiker ab:

»Was ist zu tun?

Mir scheint, am Anfang einer konkreten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, um die sich wohl jetzt keine Regierungskoalition mehr drücken kann, muß eine sehr schwierige, aber unerläßliche Aufgabe gelöst werden: *man muß die Ziele dieser Krankenversicherung neu definieren*. Was soll erreicht werden? Eine längere Lebensdauer? Hilfe bei Krankheit? Eine verlängerte Produktionsphase des Versicherten? Eine umfassende Betreuung in gesunden und kranken Tagen, in allen Lebenslagen und Konflikten? Hilfe zur Selbsthilfe des mündigen Bürgers?

Der Rückblick auf die bisherige Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung kann für eine solche Definition zumindest bei der Überprüfung der Chancen und deren Konkretisierbarkeit wichtig sein. Dann erst, wenn Klarheit über Ziel und Wirklichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, kann man über die Mittel der Reform sprechen. Und auch dabei wird die Analyse der historisch gewachsenen Wirklichkeit mit einer Kritik der bisherigen Ziele und Mittel eine wertvolle Hilfe sein. Es kann nicht mehr, wie bisher, um die Angliederung neuer Gesetze gehen, sondern um eine Revision und Weiterentwicklung des Systems an sich. Vom Menschen, wie er heute lebt, muß ausgegangen werden: es reicht nicht, *krampfhaft* zu versuchen, die wirtschaftliche Entwicklung in den Griff zu bekommen.

Schließlich sollte man noch vor Beginn aktiver Reformarbeit einige Schlagworte, die diese Arbeit behindern oder unmöglich machen, ausschalten. Dazu gehört das Schlagwort von der sozialen Demontage für den Versuch, eine *Selbstbeteiligung* des Versicherten zur Diskussion zu stellen. Ebenso wichtig ist es, andere Schlagworte, mit denen auch Politik gemacht wird, auf ihren Inhalt hin zu überprüfen, zum Beispiel das vielgehörte Schlagwort vom mündigen Bürger. Mich erinnert dieses Wort an Lessings Minna von Barnhelm:

»Man spricht selten von der Tugend, die man hat, aber desto öfter von der, die uns fehlt«. Mündigkeit heißt doch wohl: die Fähigkeit, seine Angelegenheiten in eigener Verantwortung vernünftig regeln zu können. Unseren Bürgern wird diese Fähigkeit zwar theoretisch bescheinigt, tatsächlich aber abgesprochen. Der angeblich mündige Bürger steht unter der Vormundschaft des Staates, denn dieser nimmt heute schon 48 Prozent des Sozialproduktes in Anspruch.

Über die andere Hälfte kann der Bürger noch verfügen; aber Zeichen der Resignation sind unverkennbar. Der Bürger gerät in die Rolle des Unmündigen und stellt deshalb seinerseits ohne Rücksicht auf Realisierbarkeit immer größere Anforderungen an den Staat.

»Wenn man ernsthaft eine Sanierung der Krankenkassen beabsichtigt, so müßte man die Krankenkassen von solchen Leistungen freistellen, für die der 'mündige Bürger' in eigener Verantwortung selber sorgen kann. Wenn man den Bürger Verantwortung tragen läßt,

so wird das Verantwortungsbe-  
wußtsein gestärkt. Man wird  
einen *mündigen* Bürger erhalten.  
Das ist keine soziale Demontage,  
sondern eine allmähliche Entlas-  
sung der Bürger aus der Vormund-  
schaft der 'Gesellschaft' und Hin-  
führung zu einer freien, verant-  
wortungsvollen Lebensführung,  
die des Bürgers eines großen Kul-  
turvolkes allein würdig ist.

»Was also ist zu tun?

1. Der Gesetzgeber muß sich ent-  
scheiden, ob er weiterhin Ver-  
sicherungs-, Versorgungs- und Für-  
sorgeaufgaben den gesetzlichen  
Krankenkassen auflasten will.  
Sollte er dies tun, muß er die nicht  
versicherbaren Versorgungs- und  
Fürsorgeleistungen der Kranken-  
kassen aus Steuermitteln erstatten.  
Allein diese Maßnahme würde  
schon zur Sanierung der gesetz-  
lichen Krankenversicherung aus-  
reichen.

2. Der Gesetzgeber muß sich ent-  
scheiden, ob er die Struktur der  
gesetzlichen Krankenversicherung  
nicht endlich den seit Bismarcks  
Zeiten eingetretenen gesellschaftli-  
chen Veränderungen anpassen will.  
Dies bedeutet, daß der Versicherte  
sowohl die *Wahlfreiheit zwischen  
den Krankenkassen* als auch zwi-  
schen den Tarifen, und eine *un-  
ingeschränkte Kostenkenntnis*  
erhalten muß. Die Möglichkeit zur  
*persönlichen Entscheidung ist eine  
Voraussetzung für die persönli-  
che Verantwortung.*

3. Der Gesetzgeber muß eine klare  
Entscheidung darüber treffen, was  
an Gesundheitsleistungen durch  
den Einzelnen, und was solidarisch  
durch die Versicherungsgemein-  
schaft zu erbringen ist.

4. Der Gesetzgeber muß das Mil-

liardenunternehmen der gesetzli-  
chen Krankenversicherung einer  
wissenschaftlich exakten Analyse  
unterziehen (Systemforschung),  
wobei internationale Erfahrungen  
in diese Analyse eingehen müssen.

5. Innerhalb der gesetzlichen Kran-  
kenversicherung muß die Solidar-  
gemeinschaft der Versicherten da-  
durch wieder hergestellt werden,  
daß von allen, unabhängig von  
ihrem Einkommen, der gleiche  
Beitragsatz erhoben wird. Für  
freiwillig Versicherte darf es also  
keinen reduzierten oder pauschal-  
ierten Beitrag geben, solange der  
Pflichtversicherte einen prozentual-  
en Beitrag abführen muß.

6. Innerhalb der Rentner-Kranken-  
versicherung muß geprüft werden,  
ob nicht von jenen Rentenempfän-  
gern, die nicht von ihrer Rente  
leben müssen, ein Beitrag zur  
Krankenversicherung erhoben  
werden kann. Rentner ist nicht  
gleich Rentner. Die beitragsfreie  
Rentner-Krankenversicherung kann  
zu krassen Ungerechtigkeiten  
führen.

7. Im Krankenhaus sollte die Viel-  
zahl der gemachten Einsparungs-  
vorschläge, soweit dies noch nicht  
geschehen ist, modellhaft erprobt  
werden. Dazu zählen Rationali-  
sierungsmaßnahmen nach betriebs-  
wirtschaftlichen Prinzipien, organi-  
satorische Maßnahmen, vor allem  
beim Patientendurchlauf, Einfüh-  
rung zentraler Dienste für mehrere  
Krankenhäuser eines Versorgungs-  
gebietes (Datenverarbeitung,  
Sterilversorgung, Speiserversor-  
gung, Einkauf) und die Mitarbeiter-  
schulung.

8. Der Selbstverwaltung der Kran-  
kenkassen und Kassenärzte muß  
wieder ein größerer Zuständigkeits-



bereich eingeräumt werden, damit flexiblere Maßnahmen in Bürger-  
nähe die Qualität und Effizienz  
der ärztlichen Versorgung konti-  
nuierlich verbessern.

9. Die Gesundheitsberatung der  
Bevölkerung muß vom Kinder-  
garten bis zu den Massenmedien  
mehr Bedeutung und Inhalt erhal-  
ten.

10. Forschung und Lehre müssen  
sich viel intensiver als bisher mit  
dem System der sozialen Sicher-  
heit in der Bundesrepublik Deutsch-  
land befassen und zu seiner Weiter-  
entwicklung beitragen«.

Heinz Hartmut Vogel

---

*Seminar für freiheitliche Ordnung  
der Wirtschaft, des Staates und der Kultur e. V.*

---

## **49./50. Tagung**

Sommerversammlungen des  
Seminars für freiheitliche Ordnung  
für die Zeit *vom 28. Juli bis 1. August 1977*  
und  
*vom 2. bis 7. August 1977*  
im neuen Bildungszentrum  
des Bayerischen Bauernverbandes  
*in Herrsching am Ammersee, Rieder Straße*

**Seminar I**  
vom 28. Juli bis 1. August

**Arbeitsthema:**

**Die Währungsfrage als Rechtsproblem**  
– Funktionsfähige Geldordnung als Voraussetzung für eine  
störungsfreie Marktwirtschaft –

**Seminar II**  
vom 2. bis 7. August

**Arbeitsthema:**

**Der Sozialkunde-Unterricht in Schule und Berufsschule**

# Die Herrschinger Seminare 1977

## Seminar I: *Die Währungsfrage als Rechtsproblem*

Die Krisenanfälligkeit der Marktwirtschaft hat in den letzten Jahren den Blick – auch der Politiker – auf die monetären Störungen gerichtet. So ist es kein Zufall, daß der amerikanische Monetarist Milton Friedmann den Nobelpreis zugesprochen bekam.

Die *primäre Bedeutung des Geldes* als zentrales Steuerungs-System der Marktwirtschaft wird seit Keynes nicht mehr in Frage gestellt. Es ist nur noch ein letzter Erkenntnissschritt zu vollziehen, um den Zusammenhang von Tauschfunktion (effektive Nachfrage) und Spartätigkeit (effektive Investition) aufzuzeigen, das heißt, daß hinter einer Krise das Nachlassen und schließlich Auseinanderfallen von effektiver Nachfrage und Investition zu sehen ist.

Da alle am Wirtschaftsprozeß Beteiligten, Produzenten, Händler und Konsumenten in gleicher Weise auf ein ununterbrochenes, nachfragendes und kaufkraftbeständiges Tauschmittel angewiesen sind, und das Geld ein öffentlich-rechtliches Gut des Gemeinwesens ist, wird die *Währungsfrage zur Rechtsfrage*.

Ihr ist das Seminar I der Herrschinger Tagung vom 28. Juli 1977 bis 1. August 1977 gewidmet. Die Tagung wird als wissenschaftliches Kolloquium mit einleitenden Fachvorträgen durchgeführt. Sie wendet sich an Persönlichkeiten aus Wirtschaft, Handel, Bankwesen, der Wissenschaft und Lehre und darüber hinaus an Persönlichkeiten, denen die ungelöste Währungsfrage ein besonderes Anliegen ist.

Wir würden uns freuen, wenn vor allem auch Dozenten und Studenten für Sozialkunde an Berufs- und allgemeinbildenden Schulen teilnehmen würden.

\* \* \*

## Seminar II: *Der Sozialkunde-Unterricht in Schule und Berufsschule*

Der Sozialkundeunterricht wird mit Recht als ein vordringlichstes Gebiet einer zeitgemäßen Bildung angesehen. Von der Art seiner Durchführung hängt im wesentlichen die Beziehung von Schule und Leben ab – er wird gewissermaßen zum Prüfstein der Pädagogik.

Voraussetzung ist dabei zuerst, daß der Lehrer selbst aus dem Leben und aus echter individueller und gesellschaftlicher Menschenkunde heraus zu unterrichten vermag. Lebenspraxis des Lehrers einerseits und pädagogische Aufwertung der Lehren in Handwerk und Industrie bis zur Gleichwertigkeit mit den akademischen Ausbildungen – unter Verzicht auf antiquiertes Berechtigungswesen – bezeichnet Zukunftsterrain pädagogischer Aufgaben.

Von der Lebensbezogenheit der Unterrichtsgestaltung her wird jeder Unterricht Sozialkunde-Unterricht = Lebenskunde-Unterricht. In diesem Sinne sind die Unterrichtsgebiete in den verschiedenen Altersstufen auf ihre sozialkundliche Bedeutung hin auszuschöpfen, zum Beispiel technologisch-handwerkliche Erfahrungen in verschiedenen naturkundlichen Bereichen und vor allem *kulturelle, rechtliche* und *wirtschaftliche* Verhältnisse innerhalb verschiedener Geschichtsepochen und ihre Wandlungen.

Überhaupt gewinnt der Geschichtsunterricht von der Sozialkunde her neues Leben. Erst wenn der lebenskundliche Aspekt den Gesamtunterricht (im Sinne Friedrich Schillers universalgeschichtlich) durchzieht, wird ein menschenkundlich unterbauter eigenständiger Sozialkunde-Unterricht in den letzten Klassen der Oberstufe fruchtbar. Methodisch ist dabei entscheidend, daß der unbefangene Blick des Lernenden nicht mit Systemkompliziertheiten einer gewordenen und vielfach überorganisierten Gegenwartswelt zugedeckt und verwirrt wird, sondern daß er im Erleben sozialanthropologischer Seinsordnung, – im wirtschaftlichen, im politisch-rechtlichen und im kulturellen Bereich – Vertrauen auf eigenständige Lebensgestaltung für die eigene und für die gesellschaftliche Zukunft entwickelt.

Zur Mitarbeit in diesem Seminar sind Lehrer, Studenten und Schüler der Oberklassen gleichermaßen eingeladen.

Programm\*\*

Seminar I vom 28. Juli bis 1. August 1977

Gesamthema: Die Währungsfrage als Rechtsproblem

Tagungsleitung: Oskar Matthias Frhr. v. Lepel, Heidelberg

	Donnerstag 28. 7. 1977	Freitag 29. 7. 1977	Samstag 30. 7. 1977	Sonntag 31. 7. 1977	Montag 1. 8. 1977	Dienstag 2. 8. 1977
9.00-10.15 Uhr		<i>A. Schueller</i> Sonderrechte der Schuldner - Konkurrenz der Währungen als geldwirtschaftliches Ordnungsprinzip -	<i>K. A. Bettermann</i> Die Inflation als Rechtsproblem	<i>J. Starbatty</i> Eine kritische Würdigung der Geldordnung in Silvio Gesells utopischem Barataria (»Billig-Land«)	Ergebnisberichte der Arbeitsgruppen	
Pause						
10.30 Uhr 11.15 Uhr 11.30 Uhr 12.30 Uhr		<i>H. P. Neumann</i> : Einführung in die Gruppengespräche.  - Arbeitsgruppen* -			<i>J. Rauh</i> Zusammenfassung  Schlußbesprechung	Seminar II Anreise
12.45 Uhr	Mittagessen - Mittagspause					
16.00 Uhr ↓ 17.15 Uhr 17.30 Uhr ↓ 18.30 Uhr	<i>H. H. Vogel</i> Begrüßung Eröffnung	- Arbeitsgruppen* -  Plenum		<i>H. Hoffmann</i> Die Elemente der Geldmenge und ihr interdependenter Einfluß auf das Preisniveau	Seminar I Abreise	<i>Jürgen Rauh</i> Begrüßung, Eröffnung
18.30 Uhr	Abendessen - Pause					
20.00 Uhr	<i>Ernst Winkler</i> Die Währungsfrage als Rechtsproblem	<i>Walter Lehmann</i> Die Kultur des Hochmittelalters und die Brakteaten	Freies Gespräch	Kammermusik mit <i>J. Bork</i> , Flügel <i>F. Ulbrich</i> , Geige <i>W. Schneider</i> , Sopran im Fürstensaal des Klosters Andechs		<i>Lothar Vogel</i> Menschenbild als Grundlage des Sozialkunde-Unterrichtes

Programm\*\*

Seminar II. vom 2. August bis 7. August 1977

Gesamthema: Der Sozialkunde-Unterricht in Schule und Berufsschule

Tagungsleitung: Jürgen Rauh, Pforzheim

Mittwoch 3. 8. 1977	Donnerstag 4. 8. 1977	Freitag 5. 8. 1977	Samstag 6. 8. 1977	Sonntag 7. 8. 1977	Montag 8. 8. 1977
<i>H. H. Vogel</i> Der Mensch als rechtliches und soziales Wesen	<i>A. F. Ventker</i> der Mensch als Wirtschaftender	<i>H. Nordwall</i> Die Bedeutung der Volkswirtschaftslehre für den Sozialkunde-Unterricht	<i>Lothar Vogel</i> Der Mensch als Kulturwesen	<i>F. Andres</i> Der Mensch in der Gesamtordnung	Abreise
Pause					
<i>H. P. Neumann</i> Öffentl. Recht und Persönlichkeitsrecht	<i>G. Meier-Graff</i> Die Produktionsfaktoren Boden, Arbeit, Geld  — Arbeitsgruppen* —	<i>G. Lang</i>	<i>H. H. Vogel</i> Die Kulturordnung	<i>V. Seelbach</i> Die Interdependenz von Kultur, Recht und Wirtschaft	
Mittagessen – Mittagspause					
- Arbeitsgruppen* -  Plenum				Ergebnisberichte der Arbeitsgruppen Zusammenfassung  Schlußbesprechung	
Abendessen – Pause					
<i>P. Reinelt</i> Der geschichtliche und politologische Aspekt im Sozialkunde-Unterricht	<i>J. Goebel</i> Das Denken in Ordnungen in der politischen Bildung	<i>H. H. Knütter</i> Die politischen Wissenschaften und der Sozialkunde-Unterricht	Geselliger Abend	<i>J. Rauh</i> Die Bedeutung des Sozialkunde-Unterrichtes für die politische Bildung  Verabschiedung	

\*\* Änderungen vorbehalten

<b>Mitwirkende:</b>	Göttingen
<i>Fritz Andres</i>	Assessor, Kirn/Nahe
<i>Bernward Baule*</i>	cand. phil., Göttingen
<i>Michael Becker*</i>	cand. rer. pol., Göttingen
<i>Karl August Bettermann</i>	Prof. Dr. jur., Universität Hamburg
<i>Johannes Bork</i>	Pianist, Tutzing
<i>Johannes Goebel</i>	Prof. Dr. rer. pol., Fachhochschule Karlsruhe
<i>Jobst v. Heynitz*</i>	Notar, München
<i>Hans Hoffmann</i>	Dipl. Ing., Bern
<i>Hans Hellmut Knütter</i>	Prof. Dr., Seminar f. Pol. Wissenschaften, Universität Bonn
<i>Gerhardus Lang</i>	Dr. med., Boll
<i>Walter Lehmann</i>	Dr. phil., Oberstudiendirektor, Kassel
<i>Gudrun Maier-Graf*</i>	Düsseldorf
<i>Heinz Peter Neumann</i>	Direktor der LVA, Berlin
<i>Wieland Nordwall</i>	Dipl.-Handelslehrer, Oberstudienrat, Bonn-Brühl
<i>Fritz Penserot</i>	Kaufmann, Kirn/Nahe
<i>Jürgen Rauh</i>	Jurist, Bildungsreferent, Pforzheim
<i>Peter Reinelt</i>	Oberstudienrat, Weil a. Rhein
<i>Waltraud Schneider</i>	Sopranistin
<i>Volker Seelbach</i>	Dr. rer. nat., Ulm
<i>Friederike Ulbrich</i>	stud. med., München
<i>Alfred Schüller</i>	Prof. Dr. rer. pol., Universität Marburg
<i>S. Siegwart*</i>	Oberstudienrat, Waiblingen-Stuttgart
<i>Joachim Starbatty</i>	Prof. Dr. rer. pol., Universität Bochum
<i>August F. Ventker</i>	Dr. phil., Oberstudienrat, Ahrensburg
<i>Heinz Hartmut Vogel</i>	Dr. med., Bad-Boll
<i>Lothar Vogel</i>	Dr. med., Ulm
<i>Ernst Winkler</i>	Dr. phil., München

\* \* \*

#### **Weitere Veranstaltungen des Seminars für freiheitliche Ordnung e. V.**

30. 9. - 2. 10. 1977 Vorschläge zur Neugestaltung d. Krankenkassenwesens auf der  
 Hotel Dahl, Niederb. Grundlage von Selbstverantwortung. Das Patient-Arztverhältnis  
 bei Bad Godesberg als freier Vertrag, Selbstverantwortung, Selbstkontrolle im  
 Rahmen der Sozialversicherung

*Ein Wochenende im November 1977*

Ev. Gemeindehaus Die Gesamtverantwortung des Menschen  
 Boll - Müssen im Jahr 2000 die Lichter ausgehen?  
 (Energiekrise, Wirtschaftswachstum und die Gefährdung von  
 Erde und Mensch)

Änderungen vorbehalten

Bitte merken Sie die Termine schon jetzt vor und machen Sie auch Ihre Freunde auf die Tagungen aufmerksam. Bitte fordern Sie Programme an.

### **Zur Information der Kursteilnehmer:**

Das Seminar für freiheitliche Ordnung veranstaltet Studienkurse in Arbeitsgruppen (siehe Programm) mit vom Veranstalter beauftragten Gesprächsleitern. Der Seminararbeit in Gruppen gehen einführende Kurzvorträge voraus.

Abendvorträge dienen der Erweiterung und Vertiefung der Seminararbeit und sollen außerdem den Teilnehmern Gelegenheit bieten, profilierte Auffassungen zum Gesamtthema kennenzulernen.

Das Seminar für freiheitliche Ordnung behandelt gesellschaftliche Probleme unserer Zeit sowohl vom Gesichtspunkt der Persönlichkeitsrechte des einzelnen Bürgers, als auch vom Gesichtspunkt der sozialen Gerechtigkeit. Es will Grundlagen legen zur gesellschaftspolitischen Urteilsbildung und Entscheidung.

### **Ort der Tagung:**

Herrsching am Ammersee im neuen Bildungszentrum (ehem. Bäuerinnenschule) Rieder Straße 61

Telefon: (081 52) 80 52/67 67/17 17

Tagungsbüro geöffnet ab Donnerstag, 28. Juli 10 Uhr, *telefonisch* ab Mittwoch, 27. Juli, vormittags - bzw. Dienstag, 2. August 10 Uhr.

Anreise über Augsburg oder München.

### **Unterbringung und Verpflegung:**

Im Bildungszentrum des Bayerischen Bauernverbandes, ehemalige Bäuerinnenschule.

Zeltplatz ist zum Aufstellen von *eigenen* Zelten vorhanden.

### **Tagungsbeitrag:**

Der Kursbeitrag für Seminar I beträgt DM 50.-, für Seminar II DM 60.-. Nichtberufstätige, Studenten und Schüler zahlen die Hälfte. Im Bedarfsfall Unkostenzuschuß.

Wir bitten, den Tagungsbeitrag im voraus auf das Postscheckkonto Nr. 261 404 Frankfurt/Main für das Seminar für freiheitliche Ordnung e. V. Eckwälden/Bad Boll zu überweisen. (Kennwort: Tagung Herrsching 1977)

*Spenden* (evtl. Finanzierung eines Freiplatzes für Studierende) können auf oben angegebenem Postscheckkonto unter dem Kennwort »Sonderspende Tagung Herrsching 1977« überwiesen werden. Auf Wunsch Spendenbescheinigung!

### **Auskünfte und Anmeldung**

Zur Teilnahme an den Sommerseminaren I und II vom 28. 7. - 1. 8. und vom 2. bis 7. August 1977, bitte den dem Programm anhängenden Anmelde-Vordruck benutzen. Mit höchstens 10 zusätzlichen Worten als Briefdrucksache im Umschlag an **Seminar für freiheitliche Ordnung, 7325 Boll/Eckwälden, Boslerweg 11, Telefon (071 64) 2572** schicken.

---

Bitte fordern Sie Programme an zum Weitergeben an interessierte Menschen.

**Wichtige Sonderhefte »Fragen der Freiheit«**  
Bestell-Liste\*

Bitte um Lieferung von

**1. Zur Medizin und Gesundheitspolitik:**

- Ex. **Gesundheitspolitik am Scheideweg**  
März/April 1977 100 Seiten DM 10.-
- Ex. **Das Arzneimittelgesetz - Prüfstein der Demokratie**  
- Eine Dokumentation zur Zeitgeschichte -  
Mai/Juni 1976 212 Seiten DM 10.-  
(Sonderpreis)
- Ex. **Freiheit für Arzt und Patient**  
September 1974 64 Seiten DM 5.-

**Zur Gesellschaftspolitik**

- Ex. **Der Marxismus**  
- Hintergründe und Wege zu seiner Überwindung -  
Jan./März 1976 131 Seiten DM 10.-

**Zur Bildungspolitik**

- Ex. **Rettet die Phänomene**  
- Beiträge zur pädagogischen Autonomie der Schule. -  
Juli/August 1976 Doppelheft DM 10.-
- Ex. **Normen eines humanen Schulunterrichts**  
Wissenschaftliche Hochschulen in freier Trägerschaft  
Januar/Februar 1977 78 Seiten DM 5.-

Zu bestellen bei:

\* Seminar für freiheitliche Ordnung, Böslerweg 11, 7325 Eckwälden/Bad-Boll  
Telefon (07164) 2572



*Die Mitwirkenden dieses Heftes:*

- Dietrich von Abel*, Dr. med., stellvertretender Vorsitzender des Hartmannbundes, Schwäbisch-Gmünd
- Rudolf Affemann*, Dr. Dr. med., Psychotherapeut, Mitglied der Kommission »Anwalt des Kindes«, Stuttgart
- Aktionsgemeinschaft *Baden-Württembergischer Ärzte*, Stuttgart
- Gottfried Büttner*, Dr. med., Mitglied des Kuratoriums der Hufeland-Gesellschaft, Kassel, Wilhelmshöher Allee 274
- Hartmannbund*, Landesverband Baden-Württemberg, Stuttgart
- Siegfried Häussler*, Dr. med., Professor für Allgemeinmedizin an der Universität Ulm, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg, Stuttgart
- Fritz Penserot*, Kirn/Nahe, Dhauner Straße
- Karlheinz Rode*, Prof. Dr. jur. Universität Münster
- Helmut Schoeck*, Prof. Dr. rer. pol. Universität Mainz
- Verband der *niedergelassenen Ärzte Deutschlands*, e. V.
- Gerhard Vescovi*, Dr. med., Schriftleiter des Ärzteblattes Baden-Württemberg, Böblingen, Ostplatz 2
- Heinz Hartmut Vogel*, Dr. med., Bad Boll
- Ernst Winkler*, Dr. phil., Pullach, Mozartstraße 6

**Vorankündigung für Heft 126/III 1977**

*Folgen des Liberalismus auf Wirtschaft, Staat und Kultur*

- Wolfram Engels*, Der Wettbewerb als Ordnungsprinzip in Wirtschaft und Kultur
- O. M. Frhr. v. Lepel* Aufgaben, Funktionen und Grenzen demokratischer Entscheidungen  
- Freiheitliche Demokratie oder Tyrannei der Mehrheit -
- Günther Rohrmoser* Die gefährdete Freiheit
- Peter von Siemens* Unternehmerische Aufgaben in einer sich wandelnden Welt
- Heinz Hartmut Vogel* Die Antwort des Liberalismus auf die soziale Frage  
- Der liberale und der soziale Gedanke bei John Stuart Mill -
- Christian Watrin* Ordnungspolitische Aspekte des Sozialstaates

Die mitarbeitenden Autoren tragen die Verantwortung für ihre Beiträge selbst.

Für nichtverlangte Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesamtinhaltsverzeichnis der in »Fragen der Freiheit« Nr. 1 bis 100 erschienenen Beiträge befindet sich in Heft 99/100 Weihnachten 1972

*Fragen der Freiheit*, Zweimonatsschrift,  
Herausgeber für das Seminar für freiheitliche Ordnung  
Diether Vogel †, Lothar Vogel, Heinz Hartmut Vogel

*Bezug:* Seminar für freiheitliche Ordnung, 7325 Eckwälden/Bad Boll  
Boslerweg 11, Telefon (071 64) 2572

*Preis:* Jahresabonnement DM 30.-, sfr. 30.-, ö. S. 220.-  
inclusive Versandkosten

*Einzelhefte:* DM 5.50, sfr. 5.50, ö. S. 37.-

*Bank:* Kreissparkasse Göppingen Nr. 20011 / BLZ 61050000

*Postscheck:* Seminar für freiheitliche Ordnung, Eckwälden/Bad Boll  
Postscheckamt Frankfurt am Main 2614 04-602  
Schweiz: 30-307 31 Postscheckamt Bern  
Österreich: H. Vogel-Klingert, Eckwälden/Bad Boll  
Postsparkassenamt Wien 7939 686

Nachdruck, auch auszugsweise, mit Genehmigung des Herausgebers.

Graphische Gestaltung: Fred Stolle, CH Zürich-Zollikerberg, Weiherweg 4

Gesamtherstellung: Schäfer-Druck Göppingen



