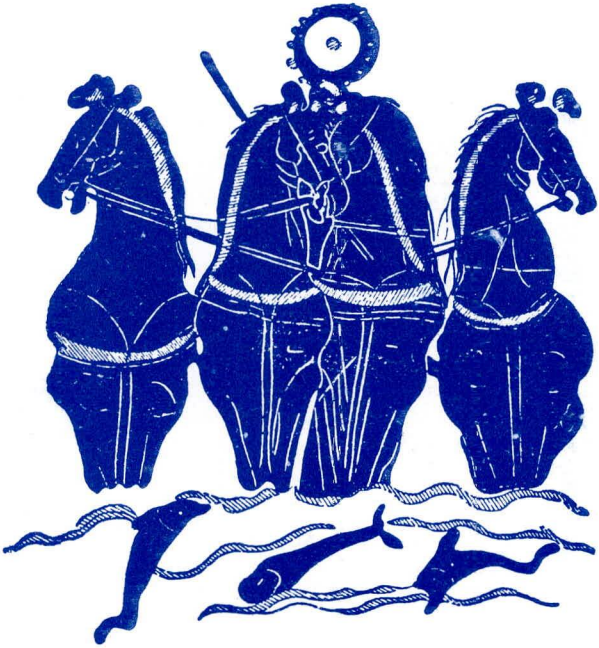
1 S 20587 F



FRAGEN DER FREIHEIT

Sozialgesetzgebung - Prüfstein der Demokratie

Folge 81 April 1970

Das Ideal vollkommener Gesundheit
ist bloß wissenschaftlich interessant.
Krankheit gehört zur Individualisierung.

Novalis

FRAGEN DER FREIHEIT

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

Folge 81

April 1970

Herausgegeben vom Seminar für freiheitliche Ordnung durch Lothar Vogel
Postverlagsort: 65 Mainz

Inhaltsübersicht

Demokratie in der Bewährung 3

Dr. med. E. Basler
Sozialgesetzgebung – Prüfstein der Demokratie 5

Dr. med. H.-H. Vogel
Demokratie und Sozialgesetzgebung.
Ein Beitrag zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung 9

Verbindung der Schweizer Ärzte, Zürich
Grundsätze für eine Neuordnung der Krankenversicherung in der Schweiz 23

Offener Brief an die Ärzte
Arzt und Patient, die Sozialpartner in der Medizin 25

Ein Aufruf
Soziale Sicherheit in der liberalen Demokratie 27

Aufgaben und Ziele der Union für freiheitliche Medizin
Sozialgesetzgebung nach dem Bonner Grundgesetz 31

Sorgen um die Medizin.
Ein Hinweis auf das Buch von Dr. med. P. Mößinger 34

Für die nichtsignierten Beiträge zeichnet der Herausgeber verantwortlich

Demokratie in der Bewährung

Die gesellschaftliche Entwicklung drängt seit den 50er Jahren immer sichtbarer auf eine sozialpolitische Grundsatzentscheidung hin. Führende Politiker aller im Bundestag vertretenen Parteien beginnen zu begreifen, daß sie einer Antwort auf die Frage nach einer freien und zugleich sozial gerechten Gestaltung unserer Gesellschaft – insbesondere der Wirtschaft und des Bildungswesens – nicht mehr ausweichen können. Die überlieferten gesellschaftlichen Strukturen mit „wohlerworbenen Rechten", sprich Privilegien, auf der einen Seite und lebenslangen gesellschaftlichen Abhängigkeiten auf der anderen Seite werden von der jüngeren Generation nicht mehr länger hingenommen. Zu dieser Entwicklung hat die beispielhafte Einmütigkeit des tschechoslowakischen Volkes im Kampf um die persönliche Freiheit im gesellschaftlichen Leben wesentlich beigetragen. Seitdem wird auch in unserem Lande die Überwindung der erstarrten autoritären Ordnungen in allen gesellschaftlichen Zusammenhängen mit Nachdruck gefordert.

Unsere ‚freiheitliche' Demokratie ist damit in die entscheidende Phase ihrer Bewährung eingetreten. Sowohl in Arbeiter- und Unternehmerkreisen als auch an Universitäten, Fachhochschulen und selbst an den allgemeinbildenden Schulen ist die Diskussion um fortschrittliche demokratische Formen der Zusammenarbeit im Gang. Man ist sich dabei durchaus bewußt, daß die vielfach vorgeschlagenen Mitbestimmungsrechte (Partnerschaften) zwischen Studenten, Assistenten und Dozenten an den Universitäten sowie zwischen Arbeitern und Unternehmern in den Betrieben unsere freiheitliche Grundordnung und die vom Grundgesetz gewährleisteten Persönlichkeitsrechte nicht gefährden dürfen.

Um so erstaunlicher ist es, daß ein wesentlicher persönlicher gesellschaftlicher Bereich, der nach dem Willen des Verfassungsgesetzgebers unter dem besonderen Schutz der Grundrechte stehen sollte: *Die Sorge um die eigene Gesundheit* schon heute weitgehend sozialisiert ist. Unsere Sozialpolitiker haben offenbar nicht an die schwerwiegenden ordnungspolitischen Konsequenzen gedacht, die sich aus der gesetzlichen „Vollkasko-Krankenversicherung" von inzwischen ca. 90 % der Bevölkerung für den Fortbestand unserer demokratischen Grundordnung zwangsläufig ergeben müssen.

Das bestehende gesetzliche Krankenversicherungssystem entwürdigt jedoch nicht nur in vieler Hinsicht die Zwangsversicherten selbst, sondern hat mittelbar auch ganz erhebliche Rückwirkungen auf die freie selbstverantwortliche ärztliche Berufsausübung.

Nach den bitteren Erfahrungen mit einem diktatorischen Staatssystem, das den Menschen und seine Freiheit verachtete, hat sich die Bundesrepublik Deutschland eine der freiheitlichsten Verfassungen gegeben. Das in der Bis-

marckzeit (1883) für einen kleinen Kreis sozial Hilfsbedürftiger geschaffene gesetzliche Krankenversicherungssystem steht heute gleichsam als Relikt einer abgelaufenen staatsautoritären Vergangenheit der vom Grundgesetz geforderten Demokratisierung unserer Gesellschaft diametral entgegen. *Demokratisierung heißt nicht Sozialisierung.* Die freie Demokratie unterscheidet sich vom Obrigkeitsstaat vor allem dadurch, daß sie ihren Bürgern das Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in allen wesentlichen persönlichen Lebensentscheidungen, seien sie kultureller oder wirtschaftlicher Art, in vollem Umfang einräumt und garantiert. Wird dieses Recht angetastet, ist die Demokratie in ihrem Fundament bedroht.

Die ‚Beiträge zur Freiheit in der Medizin' wollen auf die Gefährdung unserer freiheitlich-demokratischen Grundordnung durch die derzeitige Sozialversicherungsgesetzgebung aufmerksam machen und freiheitliche Alternativen aufzeigen.

Der Herausgeber

Sozialgesetzgebung – Prüfstein der Demokratie*

von Dr. med. E. Basler, Freiburg

Demokratie ist die Staatsform der Mündigen. Der deutsche Staatsbürger, von obrigkeitlichem Zwang befreit, steht seit 1945 vor der Notwendigkeit, in neuen Kategorien zu denken; er ist zur Entscheidung aufgerufen.

Der Prozeß der Demokratisierung hat unter dem Druck der dem freiheitlichen Prinzip innewohnenden Dynamik in kurzer Zeit beachtliche Fortschritte gemacht. In allen Lebensbereichen regt sich das Selbstbewußtsein. Man will, mündig geworden, Mitspracherecht nicht nur in Staat und Politik, sondern auch in der Wirtschaft, im Bildungswesen (Schule – Universität), in der Kirche, ebenso auch im persönlichen Bereich der Familie.

Die Autorität ist in die Krise geraten. Die patriarchalische Ordnung wird abgelöst durch das Prinzip der gleichberechtigten Partnerschaft (Arbeitgeber – Arbeitnehmer, Betriebsleitung – Betriebsrat, Professoren – Studenten usw.).

Der Klassenstaat weicht der pluralistischen Gesellschaft, das Diktat dem Ausgleich der Interessen; das Schlüsselwort heißt Freiheit und Kompromiß.

Im privatwirtschaftlichen Bereich hat sich eine gewaltige Wandlung vollzogen. Die ehemals Besitzlosen, die Schutzbedürftigen, sind weithin wirtschaftlich gesundet. Nie hatte der Durchschnittsbürger soviel Geld wie heute. Daß er damit etwas anzufangen weiß, daß er fähig zur Entscheidung ist und keiner Bevormundung bedarf, beweisen einige Zahlen:

1966 kamen auf rund 13 Millionen Arbeiter in der Bundesrepublik fast 3,9 Millionen Kraftfahrzeuge, auf 7,2 Millionen Angestellte knapp 2,5 Millionen. Die Spareinlagen (ohne Bausparkassen) stiegen in Westdeutschland zwischen 1959 und 1965 von 45 auf 111 Milliarden DM. 38 % der Bevölkerung leben in eigenen Häusern oder Wohnungen, weitere 27 % haben die Absicht, sich ein Haus oder eine Eigentumswohnung anzuschaffen (Mehnert).

Mit diesem Trend zum Besitz hat eine Entwicklung begonnen, die trotz Computer und Automation der Vermassung entgegenläuft. Denn Eigentum fördert Verantwortungsbewußtsein, Unabhängigkeit und Individualität. Wer bezweifelt, daß dieser mündige Bürger auch die Fähigkeit und das Recht hat, in freiheitlicher Entscheidung die Form des sozialen Versicherungswesens selbstverantwortlich mitzubestimmen? Wird ihm dieses (Grund-)Recht zugestanden? Leider nein. Hier beginnt die Schizophrenie unseres Staatswesens.

Die vom kaiserlichen Obrigkeitsstaat auf autoritärer Basis einst für 5 % des Volkes, die sog. besitzlosen Klassen, errichtete Sozialversicherung ist für das

*) Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung des Autors und der Schriftleitung des „Ärzteblattes Baden-Württemberg", Heft 4, April 1969.

Sozialversicherungssystem unserer Bundesrepublik auch heute noch bestimmend. Obwohl die Voraussetzungen entfallen sind, wird sie – anachronistisches Relikt der Kaiserzeit – mit einer Energie und Beharrlichkeit, die besserer Ziele wert wären, gerade von denjenigen politischen Kräften mit allen Mitteln und Mittelchen verteidigt, die sonst seit eh und je den Kampf gegen den Obrigkeitsstaat auf ihre Fahnen geschrieben haben!

Das System, so verfehlt und veraltet es auch ist – gerade deshalb kommt es ja aus seiner Finanzmisere nicht mehr heraus, trotz Hochkonjunktur, Lohnsteigerung, Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze und damit weiterer Zwangsmitgliedschaft gut verdienender Kreise unseres Volkes –, es muß, koste es, was es wolle (im ursprünglichen Sinn dieses Wortes), noch einmal und noch einmal finanziell über die Runde gebracht werden. Denn das entspricht zwar längst überholten, aber eben altgewohnten und eingefahrenen Vorstellungen, die selbst durch noch so überzeugende Argumente nicht ausgeräumt werden können.

Daß unsere Sozialversicherung antiquiert, unrationell, ja in dieser Form überhaupt nicht mehr zu retten ist, daß sie die Eigenverantwortung der Versicherten ausschaltet, daß sie unsozial ist, wissen nicht nur die Ärzte. Statt aber dieses System von Grund auf im Sinne der Eigenverantwortung mit Selbstbeteiligung echt zu reformieren, begnügt man sich von Legislaturperiode zu Legislaturperiode mit Flickschusterei. In der Hoffnung, daß die ca. 10% der Bevölkerung, die von der Sozialversicherung noch nicht erfaßt sind, das Wunder – was den übrigen 90% nicht gelungen ist – zu vollbringen und das Fiasko der Sozialversicherung abzuwenden vermögen, werden immer höher verdienende Schichten als Zahler in Versicherungsformen hineingepreßt, die dem heutigen Menschen und Bürger längst nicht mehr adäquat sind, die von vielen nicht gewünscht werden. (Beweis: die große Zahl von Befreiungsanträgen von der Einbeziehung in die gesetzliche Rentenversicherung der Angestellten.)

Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die unter dem Mäntelchen des Finanzänderungsgesetzes vom 8. Dezember 1967 beschlossenen sozial- und gesundheitspolitischen Maßnahmen, die unter rein fiskalischen und ideologischen Aspekten getroffen wurden.

Zum andern erwartet man die Sanierung der kranken Sozialversicherung von einer Erhöhung der Rezeptgebühr auf das Doppelte, von weiterer Anhebung oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, von einer Selbstbeteiligung an den Krankenhauskosten in Höhe von täglich DM 3,–, von einer Beitragsrückgewähr von z. Z. DM 10,– pro ungenutztem Krankenschein.

Es gibt sogar Bestrebungen, auch bei uns einen staatlichen Gesundheitsdienst einzuführen, obwohl dessen Versagen und Kostspieligkeit in England der ganzen Welt offenbar wurde. Man riskiert dabei nicht nur, daß dann, wie heute unsere englischen Kollegen, auch deutsche Ärzte in großer Zahl ins Ausland abwandern, sondern auch, daß die Demokratie zumindest im Bereich des Sozialversicherungswesens auf der Strecke bleibt.

Alle diese Maßnahmen sind zum Scheitern verurteilt, weil sie auf falschen Voraussetzungen basieren. Eine davon ist die These, daß es sich auch bei den heutigen Sozialversicherten um Schutzbedürftige handelt. Demnächst haben wir 100% Schutzbedürftige in der Bundesrepublik!

Ein prominenter Politiker erklärte vor den Freiburger Ärzten allen Ernstes, eine noch so bescheidene Beteiligung der Versicherten der RVO-Kassen (von denen zahlreiche finanziell wesentlich besser gestellt sind als der Arzt!) an Arznei- und Behandlungskosten sei neben dem Beitrag und der Rezeptgebühr absolut unzumutbar. Dieser Auffassung stehen folgende Tatsachen entgegen:

Von derselben Bevölkerung, die nicht in der Lage sein soll, sich an den Kosten für die Wiederherstellung der Gesundheit zu beteiligen, wurden 1964 pro Kopf der Bevölkerung (Säuglinge und Greise inbegriffen) für Alkohol und Tabak DM 460,– ausgegeben. Die Kosten für die soziale Krankenversicherung im Bereich der Bundesrepublik und Westberlins betrugen 1965 je Versicherten (Säuglinge und Greise eingeschlossen) DM 308,60. Mit diesem Betrag wurde die gesamte ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten sowie das Krankengeld finanziert. Für Alkohol und Tabak wurden also rund 50% mehr ausgegeben als für Sozialversicherungszwecke, insgesamt 27 Milliarden DM. Zu berücksichtigen sind noch die beträchtlichen Ausgaben für Autos, Reisen, Kosmetika, Fernsehen und Luxus aller Art. Daß hier etwas nicht stimmt, bedarf keines weiteren Beweises.

Da die RVO-Kassen zu allen Zeiten trotz steigenden Mitgliederstandes an Geldmangel litten, suchten sie nach weiteren Zahlern. Was lag näher, als das Honorar der Ärzte zu beschneiden?! Aus dieser Tendenz entwickelte sich die permanente, bis auf den heutigen Tag völlig unzureichende und unwürdige Bezahlung der ärztlichen Leistung: Seit 1896 wird der Arzt nach Mindestsätzen einer staatlich erlassenen, aus den Armensätzen hervorgegangenen Gebührenordnung bezahlt. Die RVO brachte das Sachleistungssystem, die Notverordnungen von 1931/32 bescherten die Kopfpauschale, die Quote, den Heckenschnitt, den Verteilungsmaßstab, den Regelbetrag, das Morbiditäts-, Arbeitslosen-, Schlechtwetterrisiko, das Kollektiv – alles zuungunsten der Ärzte. Zwischen Arzt und Patient trat die Anstalt der Kasse als Machtfaktor. Damit aber war und ist die persönliche Begegnung von Arzt und Patient, in der sich der Akt des Heilens vollzieht, zum Schaden aller empfindlich gestört.

Noch besteht ein letzter Rest ärztlicher Freiheit in dem Recht der kassenärztlichen Vereinigungen, als gleichberechtigte Partner mit den Krankenkassen das Honorar auszuhandeln. Aber auch hier gibt es starke Bestrebungen, die gegliederte Krankenversicherung zu zerschlagen zugunsten eines Riesen-Eintopfs, ein Einheitshonorar verbindlich für die ganze Bundesrepublik festzulegen und damit de facto die Vertragsfreiheit – ein selbstverständliches Recht jeder Gewerkschaft – aufzuheben. Damit wären auch die letzten demokratischen Freiheiten der deutschen Ärzteschaft dahin.

Was erwarten wir von der Zukunft?

Die Reform der Sozialversicherung ist unumgänglich geworden. Macht man mit Demokratie und Freiheit Ernst, so kann sie nur freiheitlich sein, kann nur Absage sein an Gängelei und autoritäre Bevormundung; so kann sie nur auf der Grundlage der Eigenverantwortung und Mündigkeit des Bürgers erstellt werden. Eine solche Reform beinhaltet, daß der Bürger frei über Art und Form der Kasse entscheidet, der er angehören will, d. h. daß die gegliederte Krankenversicherung beibehalten bleibt. Sie beinhaltet, daß Eigenverantwortung und Gesundungswillen durch echte Selbstbeteiligung in einem Kostenerstattungssystem geweckt werden. Damit würde das unwürdige Sachleistungssystem fallen, das dem Patienten die ärztliche Leistung, ja den Arzt selbst wie eine Sache zur Verfügung stellt. Das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt würde wieder hergestellt.

Der freie Arzt in einer modernen Sozialversicherung darf in der Behandlung seiner Patienten nur seinem ärztlichen Gewissen verpflichtet sein, wobei ihn seine unantastbare Vertragsfreiheit und seine Selbstverwaltungsorgane vor Übergriffen des Staates in das Arzt-Patient-Verhältnis bewahren.

„Die kommenden Jahre werden entscheiden, ob es gelingt, dem freien Menschen einen freien Arzt zu erhalten" (Thieding).

Manch einem Leser mögen diese Vorstellungen als Wunschtraum, ja Utopie erscheinen. Auch der Verfasser weiß nicht, wann diese Ziele erreicht werden. Aber so paradox es klingt: Die Zeit arbeitet für die Freiheit. Für unser heutiges Sozialversicherungssystem kommt die Stunde der Wahrheit.

Allen Verantwortlichen im Staate möge bewußt werden: Will man die Sozialversicherung ernsthaft und sinnvoll sanieren, so bleibt nur die Neugestaltung nach freiheitlichen Prinzipien, wie sie der demokratischen Staatsform entsprechen.

Wer sich diesen Notwendigkeiten verschließt, läuft Gefahr, gegen fundamentale demokratische Prinzipien zu verstoßen, so gegen das im Grundgesetz verankerte Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, gegen das Recht auf Unantastbarkeit der Würde des Menschen. Unbewußt oder bewußt arbeitet er damit auf ein totalitäres System hin, auf die Entmachtung der Persönlichkeit, auf die Diktatur des Staates: „Die Sozialisierung der Gesellschaft führt über die Sozialisierung der Medizin" (Lenin).

So wird die Sozialversicherungsreform zum Prüfstein der Demokratie. Videant consules ne quid res publica detrimenti capiat!

Demokratie und Sozialgesetzgebung

Ein Beitrag zur Diskussion um die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

von Dr. med. Heinz-Hartmut Vogel

I. Wer finanziert die Soziale Sicherheit?

Mit Wirkung vom 1. Januar 1970 entlastet das Lohnfortzahlungsgesetz vom 27. Juli 1969 die Krankenkassen der Reichsversicherungsordnung (RVO-Kassen) von der Krankengeldzahlung bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit ihrer Pflichtmitglieder für die Zeit von 6 Wochen. Dadurch verringert sich der Krankenkassenbeitrag, der dem Arbeitnehmer von seinem Verdienst bei der Lohnabrechnung abgezogen wird um 3 % (von bisher 11 % auf 8 %). Gleichzeitig wurde die Einkommensgrenze für Pflichtversicherte zu den RVO- und Ersatzkassen erneut erhöht: von DM 990,– auf DM 1200,–.

Die Sozialpolitiker des 5. Deutschen Bundestages (große Regierungskoalition von CDU/CSU und SPD) und die Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen mögen sich dabei der trügerischen Hoffnung hingegeben haben, die RVO-Kassen und Ersatzkassen seien dadurch endlich in den Stand gesetzt, den gewaltig angestiegenen Ansprüchen der Versicherten an die Kassen nachzukommen.

Worüber in der Öffentlichkeit nicht gesprochen wird und was man auch geflissentlich den Pflichtversicherten gegenüber verschweigt, ist die Tatsache, daß in Wirklichkeit der zwangsweise an die Sozialversicherungen abgeführte Lohnanteil rund 32 % beträgt. Aus der Sicht des Arbeitgebers sind alle für den Arbeitnehmer erbrachten Leistungen ‚Lohn'. Sie setzen sich wie folgt zusammen:

1. Krankenkassenbeitrag 7,8 %[1] der Lohnsumme
   (Beitragsbemessungsgrenze DM 1200,–)
2. Rentenversicherung 17 % der Lohnsumme
   (Beitragsbemessungsgrenze DM 1800,–)

1) Bei Mitgliedern der RVO-Kassen liegt der Krankenkassenbeitrag z. Zt. bei 7,8 %. Bei Angestellten (Ersatzkassenmitglieder) beträgt er über 9 % (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil) des Bruttogehaltes (BEK z. Zt. 9,2 %, DAK 9 %). Der Zwangsbeitrag zu den Sozialversicherungen beträgt demnach bei Angestellten mit einem monatlichen Bruttoverdienst von DM 1000,– DM 333,– (33,3 % Sozialabgaben); bei einem monatlichen Bruttoverdienst von DM 1200,– DM 399,60 (in Worten dreihundertneunundneunzig!). Bei Arbeitern mit einem bruttoverdienst von DM 1000,– betragen die Sozialabgaben monatlich 321,– DM (32,1 % Sozialabgaben); bei einem Bruttoverdienst von DM 1200,– DM 385,20.

3. Arbeitslosenversicherung 1,3 % der Lohnsumme
   (Beitragsbemessungsgrenze DM 1800,–)
4. Lohnfortzahlungsaufwendungen 6 % der Lohnsumme
   (bei einem mittleren Krankenstand von 6 %)

Summe: 32,1 % des Bruttoverdienstes.

Warum wird dieser Tatbestand dem Arbeitnehmer verschwiegen?
In der Rechtsprechung kennt man den Grundsatz von ‚Treu und Glauben'. Der Arbeiter mag ‚glauben', daß sein Arbeitgeber den gesetzlichen ‚Arbeitgeberanteil' zu den Sozialversicherungen aus der eigenen Tasche bezahlt. Es ist aber zu fragen, ob es einen Sozialpolitiker gibt, der im Ernst meint, der Arbeitgeber würde die Summen, die er bei ärztlich bescheinigter Arbeitsunfähigkeit an seine Mitarbeiter auszuzahlen hat, seinem eigenen Arbeitseinkommen (bzw. Gewinn) entnehmen, nur weil ihm das Lohnfortzahlungsgesetz dies scheinbar vorschreibt.

Selbstverständlich erhöhen sich seine Kosten durch diese neuen Ausgaben, die sich zwangsläufig in entsprechend höheren Erzeugerpreisen niederschlagen. Als Folge davon steigen die Lebenshaltungskosten nicht zuletzt zu Lasten derjenigen, die in den ‚Genuß' der angeblich vom Arbeitgeber übernommenen Sozialbeiträge kommen sollten.

Die ‚Ermäßigung' des Krankenkassenanteiles von 11 % auf 8 % der Lohnsumme ist daher nur fiktiv. Der Arbeitgeber ist genötigt, nicht nur die Differenz von 3 % des Bruttolohnes zurückzuhalten. Um dem Arbeitnehmer im Falle der Arbeitsunfähigkeit seinen Lohn auszahlen zu können, muß er bei einem Krankenstand von ca. 6 % auch 6 % der Lohnsumme bereitstellen. Ebenso sind die ‚Arbeitgeberbeiträge' zur Renten-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung in Wahrheit Bestandteil des Arbeitsverdienstes der Arbeitnehmer.

Die Lohn- und Eigentumsfrage steht im Mittelpunkt der gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung um eine sozial gerechte Verteilung des Gesamt-Arbeitsertrages. Die nominelle Aufteilung der Abgaben zu den Sozialversicherungen auf ‚Arbeitgeber' und ‚Arbeitnehmer' verewigt in der Vorstellung und in den Ressentiments der unselbständig Arbeitenden die Herren-Knecht-Ideologie aus der ältesten Mottenkiste des Marxismus. Der ‚Arbeitgeber-Anteil' zu den Sozialversicherungsbeiträgen und die gesetzliche Lohnfortzahlung im Krankheitsfalle bestärken die Arbeiterschaft in der irrigen Meinung, der Arbeitgeber müsse eben durch ‚Sozialgesetze' gezwungen werden, sich mit seinem Einkommen an der sozialen Sicherstellung seiner Arbeiter zu beteiligen. Wenn er dieses dann tue, sei auch bewiesen, daß er dazu in der Lage sei.

Sozialpolitiker, denen es ernstlich um die Demokratisierung unserer Gesellschaft zu tun ist, müßten als erstes diese Irreführung aus der Welt schaffen und die wirkliche Kosten- und Einkommenssituation in den Betrieben bis in die Formulierung von Sozialgesetzen in der Öffentlichkeit vertreten. Dies wäre ein wesentlicher Beitrag zum sozialen Frieden.

Der ‚Boß', der etwas ‚für seine treuen Arbeiter' tut, ist aus der sozialen Landschaft unseres Jahrhunderts mit Recht verschwunden. Arbeiter und Unternehmer befinden sich zunehmend in einem Partnerschaftsverhältnis sowohl bei der Herstellung ihrer Erzeugnisse als auch bei der Verteilung des gemeinsamen Arbeitsertrages. Hier noch von ‚Arbeitgeber- und Arbeitnehmer-Anteil' an den Soziallasten zu sprechen, beruht entweder auf schlichter Unkenntnis der tatsächlichen Zusammenhänge, oder es geschieht gegen besseres Wissen.

Die Ausdehnung der Pflichtversicherungsgrenze auf Einkommen bis zu DM 1200,– und die gesetzliche Verpflichtung, Löhne und Gehälter im Krankheitsfalle 6 Wochen lang weiterzubezahlen, sind in Wirklichkeit für die Unternehmen Lohn- bzw. Gehaltserhöhungen.

Die gesetzlich den Unternehmen aufgebürdeten neuen finanziellen Belastungen sollte man als das bezeichnen, was sie tatsächlich sind, nämlich Lohnkostensteigerungen, gerade auch dann, wenn sie der sozialen Sicherheit der Mitarbeiterschaft dienen. Die ‚Arbeitgeberanteile' zu den Sozialversicherungen sind keine gesetzlich erzwungenen Almosen an die Arbeitnehmer. Letzten Endes finanzieren die Arbeiter und Angestellten ihre soziale Sicherheit aus ihren eigenen Arbeitseinkommen selbst.

Da nun der Gesetzgeber zu Recht vermutet hat, daß Handwerks–und Kleinbetriebe bis zu 20 Mitarbeitern den zusätzlichen finanziellen Belastungen durch das Lohnfortzahlungsgesetz unter Umständen nicht gewachsen sind (man denke an eine Grippeepidemie wie die vom Dezember/Januar 1969/1970 mit zum Teil über 50 % Kranken in manchen Betrieben), sollen die Krankenkassen 80 % der Kosten der Lohnfortzahlungen vom 1. Krankheitstag an übernehmen. Man spricht dann von ‚Ausgleichsberechtigten Arbeitgebern'. Unsere Sozialpolitiker können es offenbar nicht unterlassen, durch die Erfindung irreführender Begriffe die tatsächliche, von ihnen selbst geschaffene Situation zu verschleiern. Der ‚ausgleichsberechtigte' Arbeitgeber wird nicht etwa durch die Krankenkasse entlastet. Ganz im Gegenteil – die ‚ausgleichsberechtigten Arbeitgeber' werden von den Krankenkassen ‚beitragspflichtig' zur Zahlung von Umlagen herangezogen. Weil dies für finanziell schwächere Betriebe keine wirkliche Hilfe bedeutet, mußte zunächst bis 1973 eine ‚Überbrückungsbeihilfe' durch den Bund (sprich Steuerzahler) vorgesehen werden. Das nennt man dann Sozialpolitik.–

Der Staat verfügt mit Hilfe der Sozialversicherungsgesetzgebung eine Vermögensabgabe in einem Ausmaß, das allenfalls zur Abwendung gesellschaftlicher Katastrophen gerechtfertigt wäre. Darum handelt es sich jedoch nicht. Es handelt sich vielmehr um ein höchst persönliches Gut, das es zu schützen gilt, um die Erhaltung und Wiederherstellung der leiblichen und seelischen Gesundheit des einzelnen Bürgers. Wer 1000,– oder 1200,– im Monat verdient, gehört auch – zumal, wenn man den Arbeitgeberbeitrag zur Sozialversicherung

zum Lohn hinzurechnet[2] – im Krankheitsfalle nicht zu den sozial Hilfsbedürftigen. Dieser Personenkreis ist durchaus in der Lage, über die Höhe der Ausgaben für die eigene Gesundheit und die Art der Krankheitsvorsorge selbst zu entscheiden.

Der Eingriff in den persönlichen Bereich, hier in das Verfügungsrecht des Bürgers über sein Eigentum, in einem Umfange, wie es durch die sogenannten Sozialgesetze geschieht, ist in einem freien demokratischen Lande durch nichts gerechtfertigt. Die aus der Zeit des Absolutismus stammende Reichsversicherungsordnung mißachtet im Gegenteil die elementaren Grundrechte unserer freiheitlich-demokratischen Verfassung.

II. Das undemokratische System der gesetzlichen Krankenversicherung

In seiner programmatischen Regierungserklärung zu Beginn der 3. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages hatte Dr. Konrad Adenauer es als eine wesentliche Aufgabe bezeichnet, nunmehr auch die Sozialgesetzgebung der Idee einer freien Gesellschaftsordnung und den Prinzipien der sozialen Marktwirtschaft entsprechend umzugestalten. Bei allen freiheitlich denkenden Bürgern der Bundesrepublik hatten gerade diese Äußerungen des damaligen Bundeskanzlers große Hoffnungen erweckt. Tatsächlich ist danach auch die Diskussion um das Thema ‚Sozialversicherung' bei allen zuständigen Stellen in Gang gekommen. Das Bundesarbeitsministerium, das bei der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung federführend ist, hatte nach verschiedenen Vorentwürfen und inoffiziellen Verlautbarungen noch zum Jahresende 1958 einen Referentenentwurf vorgelegt, an dem die heftigste Auseinandersetzung der hauptsächlich beteiligten und interessierten Organisationen, der Ärzteschaft, der Krankenkassen und der Gewerkschaften, entbrannte. Die ursprünglichen Verlautbarungen[3] ließen eine Lösung des Problems in einer der liberalen Demokratie systemgerechten Weise erhoffen. So stellte der Staatssekretär im Bundesarbeitsministerium Dr. Clausen die Frage, ob nicht der Grundsatz der Solidarität im heutigen System der Krankenversicherung überfordert sei. Die Gemeinschaft könne das Risiko des einzelnen nur insoweit tragen, als er ihm aus eigener Kraft nicht zu begegnen in der Lage sei. Dr. Clausen brachte die damalige Auffassung des Bundesarbeitsministeriums deutlich zum Ausdruck, als er sich für eine Selbstkostenbeteiligung der Versicherten und *gegen* eine weitere Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung aussprach. Ähnlich lautete ein Vorschlag der ‚Bonner Sozialpolitik' zur Reform der sozialen Krankenversicherung vom 19. 4. 1958.

2) Vgl. Anm. 1.
3) Referat des damaligen Staatssekretärs Dr. Clausen (Bundesarbeitsministerium), gehalten auf der Mitgliederversammlung 1958 des Verbandes der Privaten Krankenversicherungen.

Es handelte sich dabei im wesentlichen um eine Trennung der kurzfristigen und leichten Erkrankungen, deren Kosten – etwa bei einer ambulanten Behandlung von weniger als zwei Wochen Dauer – von dem Gros der Versicherten ohne weiteres selbst getragen werden könnten, von dem Risiko der schweren und langdauernden Krankheiten, deren Kosten dann auch voll abgedeckt werden sollten. Nur die tatsächlich ‚sozial Hilfsbedürftigen' sollten nach diesem Vorschlag so behandelt werden wie bisher, d. h. bei diesem Personenkreis übernimmt die Krankenversicherung auch die Kosten für die kleinen alltäglichen Krankheitsfälle.

Eine Variante der ‚Selbstbeteiligung' war der Gedanke von Dr. H. Köhler im Informationsdienst Nr. 51 vom 7. 12. 1957 der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln. Er empfahl die Einführung eines sogenannten ‚Quartalselbstbehaltes', d. h. jeder Versicherte muß, um einen Krankenschein wie bisher ausgehändigt zu bekommen, die in jedem Vierteljahr bei Ersterkrankung anfallenden Arzt- und Arzneikosten bis zur Höhe von DM 15,– selbst bezahlen und die quittierte Rechnung darüber der Kasse vorlegen. Wie übrigens auch im Vorschlag der ‚Bonner Sozialpolitik' kommt auch beim Köhlerschen Gedanken einer – auf alle Fälle kostenlosen – freiwilligen jährlichen Routineuntersuchung oder Vorsichtsuntersuchung eine gewisse Bedeutung zu.

So sehr anerkannt werden soll, daß so gut wie in allen bisherigen Vorschlägen die ernste Bemühung festzustellen ist, den Gedanken der Selbstverantwortung auch im Krankheitsfalle stärker zur Geltung zu bringen, so muß doch gesagt werden, daß mit den zaghaften Ansätzen einer Kostenbeteiligung der Versicherten, wie sie eingangs erwähnt wurden und wie sie auch dem erwähnten ‚Referentenentwurf' in ähnlicher Form zugrunde liegen, das Prinzip einer echten Mitverantwortung und Selbstvorsorge in gar keiner Weise verwirklicht ist.

Auch die vom letzten Bundestag 1969 beschlossene Beteiligung der Pflichtversicherten an den Medikamentenkosten (bis zu DM 2,50 pro Rezept) und die Rückerstattung von DM 10,– pro Quartal (jedoch nicht mehr als DM 30,– im Jahr) bei Nichtbeanspruchung der Krankenversicherung, sind nicht geeignet, die Ausgabenflut bei den gesetzlichen Krankenkassen einzudämmen. Es scheint uns daher notwendig, das Thema ‚Sozialversicherung' einmal unter dem Gesichtspunkt einer freiheitlichen und funktionsfähigen sozialen Gesamtordnung einer näheren Prüfung zu unterziehen.

Die bisherige gesetzliche Sozialversicherung hat die kollektive Absicherung gegen sämtliche, die Person unmittelbar betreffenden Notfälle des Lebens wie Krankheit, Invalidität, Arbeitslosigkeit, Hinterbliebenenrente, für den weitaus größeren Bevölkerungsteil vorgesehen. Ursprünglich handelte es sich bei der Sozialversicherung um eine Einrichtung, die von der Gemeinschaft für die ‚sozial Hilfsbedürftigen' geschaffen worden war, um diese in den genannten ‚Notfällen' des Lebens vor dem Schlimmsten zu bewahren. Es erschien auch inso-

fern berechtigt, für diesen Personenkreis eine ‚gesetzliche' Versicherung vorzusehen, da hier der Notfall sehr leicht gegeben war und die Gemeinschaft dann ohnehin in Gestalt der öffentlichen Fürsorge einzuspringen hatte. Auch heute tritt die Fürsorge ein, wenn die Leistungspflicht der Sozialversicherung erschöpft ist. Die so entstandene gesetzliche Krankenversicherung hat jedoch im Laufe der Zeit durch Ausweitung der Versicherungspflicht auch auf Menschen gehobener Einkommen ihren Charakter einer echten Fürsorgeeinrichtung gänzlich verloren und seit dem 1. Januar 1970 umfaßt die Sozialversicherung alle Arbeiter und die Angestellten bis zu einem Monatseinkommen von 1200,– DM und in Gestalt der ‚freiwillig Weiterversicherten' einen nicht unbedeutenden Personenkreis mit wesentlich höherem Einkommen. So ist es gekommen, daß etwa 90% der Bevölkerung von der gesetzlichen Krankenversicherung erfaßt sind. Diese Tatsache allein müßte bei einer dem Grundprinzip der Demokratie gemäßen Handhabung des Versicherungsgedankens an sich noch kein Nachteil sein. Da – wie gesagt – der Boden der reinen sozialen Hilfeleistung längst verlassen wurde, hat sich jedoch durch die ungeheure Mitgliederzahl ein Mammutapparat entwickelt, der den einzelnen Versicherten zum ausschließlichen Objekt eines anonymen Versorgungsmechanismus herabwürdigt. *Die Grenzen einer allein sinnvollen und berechtigten Versicherung gegen solche Lebensrisiken, die vom einzelnen allein nicht mehr getragen werden können, sind weit überschritten.*

Der Gesetzgeber hat zweifellos nicht vorausgesehen, wohin es führen würde, als er jede alltägliche Unpäßlichkeit in den Versicherungsschutz einbezog. Es konnte nicht aubleiben, daß bei einer solcherart gehandhabten totalen Versicherung gegen die Unbilden des Daseins, die Beiträge auf ein kaum mehr zuträgliches Maß angehoben werden mußten. Darf man sich dann wundern, wenn der Versicherte der Versuchung auf die Dauer nur schwer widerstehen kann, sich durch seinen Hausarzt die Legitimation erteilen zu lassen, an der Verteilung der Geldmittel der Kassen zu partizipieren, dies um so mehr, als es immerhin gleichzeitig um die Erhaltung der eigenen Gesundheit geht. Über die Höhe der Kassenleistungen – gleichsam über den Schlüssel zur Kasse, wie es die Vertreter der Krankenkassen gerne bezeichnen – verfügen weitgehend die behandelnden Ärzte. Zwischen Kassenpatient und Kassenarzt besteht daher im derzeitigen Krankenkassensystem eine wechselseitige Abhängigkeit, gewissermaßen eine vom Gesetzgeber zweifellos unbeabsichtigte ideell-materielle Notgemeinschaft. Das Interesse der Ärzte – und hier mögen einmal die berufsethischen mit den wirtschaftlichen Motiven eines Standes übereinstimmen – ist auf die rechtzeitige und gründliche Untersuchung und Behandlung des versicherten Patienten gerichtet. Für den Patienten andererseits hält der Arzt nicht nur die heilende Arznei, sondern auch den Antrag auf Auszahlung von Krankengeld (Lohnfortzahlung) in der Hand. Die Wünsche des Patienten und die des Arztes kommen sich bei diesem System entgegen. Den Kassen verbleibt lediglich die

Aufgabe, die legitimierten Ansprüche ihrer Mitglieder im Rahmen ihrer Geldmittel zu befriedigen und gegebenenfalls unrechtmäßig geltend gemachte oder auch nur zu erwartende überhöhte Anforderungen durch Einschalten des Vertrauensarztes und durch Kontrolle der Abrechnung der Kassenärzte zu vereiteln.

Der Riesenkomplex „Soziale Krankenversicherung" umfaßt somit drei Interessengruppen: die Kassenpatienten, die derzeitigen Kassenärzte (einschließlich Krankenhäuser und Heilstätten) und die Krankenkassen selbst mit ihrem Beamten- und Angestelltenapparat[4].

Alle drei genannten Gruppen sind in ihrer derzeitigen rechtlichen und materiellen Struktur derart aufeinander eingespielt, daß keine ohne weiteres bereit sein kann, das Krankenversicherungssystem in seinem Grundprinzip zu ändern. In diesem Sinne ist die Resolution des deutschen Ärztetages verständlich, in der es heißt: „In der Frage der Selbstbeteiligung ist die Ärzteschaft der Auffassung, daß sie so gestaltet sein muß, daß weder die rechtzeitige und berechtigte Inanspruchnahme ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen, noch die Erzielung des Heilerfolges gefährdet werden können"[5]. Der Vorschlag des Ärztetages sieht zwar für jene Versicherten mit höherem Einkommen eine Beteiligung an den Arztkosten vor, lehnt aber – und dies mit Recht – jene Pläne, die eine „Inanspruchnahmebeteiligung" vorsehen (nach Art der eingangs erwähnten Vorschläge), ab. Lediglich die Versicherten selbst werden nicht um ihre Meinung gefragt. Ihr unaufgeforderter Sprecher ist der Gewerkschaftsbund. Er hatte in der Vergangenheit – entsprechend seiner staatssozialistischen Grundkonzeption – keinerlei Neigung, etwas Grundsätzliches an der derzeitigen rechtlichen Struktur der Massenzwangsversicherung zu ändern. Sein Ziel ist gewollt oder ungewollt der vollkommene Wohlfahrtsstaat. Um dieses Zieles willen werden auch die eklatantesten Mängel, die das System gerade dort zeigt, wofür es geschaffen ist, nämlich bei der Behandlung der Kranken selbst, geflissentlich übersehen. Es sei nur an die überfüllten Wartezimmer, die Einschränkung der Behandlungsfreiheit, die Klassenunterschiede in den Krankenhäusern und schließlich an die sogenannten ausgesteuerten langfristig Kranken erinnert, die letzten Endes doch der Fürsorge anheimfallen.

III. Freiheitliche Demokratie und soziale Sicherheit

Wir müssen annehmen, daß hier einmal mehr das Interesse des einzelnen der politischen Ideologie vom vollkommenen ‚Sozialstaat' geopfert wird, einem Plan, der – obschon historisch in seiner Zweckmäßigkeit wiederlegt – offenbar

4) Die in die Selbstverwaltungsorgane gewählten Vertreter der verschiedenen Organisationen, wie Gewerkschaften seien hier ausgenommen, obschon sie – wie man sieht – ein starkes Interesse an dem weiteren Ausbau des totalen Versicherungssystems nehmen.
5) Der Ärztetag zur Krankenversicherungsreform, in: Ärztliche Praxis Nr. X vom 28. 6. 58.

um der vorhandenen Organisation willen nicht aufgegeben wird. Wir kommen damit zum Kern des Problems ‚Krankenversicherung'. Das derzeitige System mit seinen Millionen Pflichtversicherten und einem Milliardenbudget ist aus einer anfänglich bescheidenen Fürsorgeeinrichtung für die ‚sozial Hilfebedürftigen' zu einem völlig selbständigen, durch gegenseitige Interessenabhängigkeit der unmittelbar daran Beteiligten ineinander verzahnten, kollektiven Machtkomplex geworden ohne verantwortliches Subjekt. Ein System, das einfach als solches unsere gesellschaftliche Grundordnung entscheidend mitbestimmt. Damit erhalten aber die im Gange befindlichen Reformbestrebungen zur sozialen Krankenversicherung einen vielfach nicht berücksichtigten Akzent. Die Frage lautet: Widerspricht der Gedanke der sozialen Sicherheit dem Grundsatz einer freiheitlichen Ordnung bzw. kann der einzelne nur durch ein umfassendes System kollektiver Solidarität vor unverschuldeter wirtschaftlicher Not bewahrt werden?

Mit der Beantwortung dieser Frage steht und fällt die Idee unserer liberalen Gesellschaftsordnung und damit ein Hauptargument in der Auseinandersetzung mit dem gesellschaftlichen System des Ostens. Denn die Rechtfertigung des kollektiven Sozialismus gründet sich ja gerade auf die These vom Schutz der Arbeiterschaft vor der angeblich zwangsläufigen sozialen Unsicherheit der liberalen Ordnung: dem Schutz vor ‚kapitalistischer Ausbeutung", Schutz vor Wirtschaftskrisen und Arbeitslosigkeit, Schutz vor wirtschaftlicher Not durch Krankheit und Invalidität. Die Antwort auf die gesellschaftliche Unsicherheit des 19. Jahrhunderts – das darf nicht vergessen werden – ist der Sozialstaat, wie ihn sich die Sozialisten aller Schattierungen vorstellen. *Die gesetzliche kollektive Sozialversicherung ist die der sozialistischen staatlichen Grundkonzeption gemäße Einrichtung zur Beseitigung bzw. Abmilderung des Lebensrisikos.* Sie geht auf Kosten der persönlichen Freiheit des einzelnen. Die Ansicht, daß die soziale Sicherheit des einzelnen in einer liberalen Gesellschaftsordnung grundsätzlich in Frage gestellt sei, wäre nur dann zutreffend, wenn es keine Rechtsordnung gäbe, die es erlaubt, der Initiative des einzelnen den Spielraum zur freien Entfaltung seiner Kräfte zu gewähren, bei gleichzeitiger Sicherung des der Leistung angemessenen Arbeitsertrages. Unter den verschiedenen denkbaren Wirtschaftssystemen gibt es eine – wenn auch bisher mehr theoretische – freiheitliche und zugleich sozial gerechte Ordnung unter dem Begriff der ‚Sozialen Marktwirtschaft'.

Über den Grundgedanken dieser auf den Prinzipien der Freiheit und sozialen Gerechtigkeit beruhenden Wirtschaftsordnung sei nur so viel an dieser Stelle gesagt, als zum Verständnis unserer Ausführungen nötig erscheint.

Die Gegner der sogenannten ‚Sozialen Marktwirtschaft' weisen immer wieder darauf hin, daß das Wort ‚sozial' nur ein Etikett sei, um lediglich den in Wahrheit unverändert weiterbestehenden liberalkapitalistischen Charakter der herkömmlichen ‚freien' Wirtschaft zu verdecken. Tatsächlich bestünde die ungerechte Einkommensver-

teilung in Form überhöhter Gewinne (Dividenden, Kapital- und Grundrentengewinne bei nach oben begrenzten Löhnen) unverändert weiter. Außerdem sei die Arbeiterschaft in der ‚freien Wirtschaft' auch weiterhin nicht vor Wirtschaftskrisen und Arbeitslosigkeit geschützt. Diese Kritiker übersehen, daß sich die Idee der ‚Sozialen Marktwirtschaft' von der herkömmlichen ‚liberalen' Wirtschaft dadurch unterscheidet, daß sie bestrebt ist, die Einkommensgerechtigkeit durch einen unverfälschten, von Monopolen befreiten, reinen Leistungswettbewerb herzustellen. Diese zu erreichen, bedient sie sich in der Hauptsache zweier Mittel: 1. des rechtlichen Mittels der Antimonopolgesetzgebung (Schutz der Wettbewerbsordnung); 2. des wirtschaftlichen Mittels einer Konjunkturpolitik mit dem Ziel, die Gesamtnachfrage und das Gesamtangebot stets im Gleichgewicht zu halten unter Aufrechterhaltung der Vollbeschäftigung. Die Instabilität und Krisenanfälligkeit der liberalen Gesellschaft des 19. und der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sind zwar noch nicht überwunden; wir sind jedoch im Besitze eines konjunkturpolitischen Instrumentariums, um wirtschaftliche „Recessionen" größeren Umfanges in Zukunft zu verhindern und dies mittels liberaler Methoden, das heißt unter Aufrechterhaltung der demokratischen Grundsätze der Freiheit und Selbstbestimmung der Bürger.

So wie es sich bei der Lösung der wirtschaftlichen Probleme in der Zeit nach 1948 darum handelte, zunächst die Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigsten Gütern und schließlich einen echten Wohlstand mit wirtschaftspolitischen Maßnahmen herbeizuführen, die dem Geiste der liberalen Demokratie entsprachen, so müssen wir bei allen weiteren sozialpolitischen Entscheidungen danach trachten, Lösungen zu finden, die nicht im Gegensatz zu den Grundlagen unserer freiheitlichen Gesellschaftsordnung stehen. Dieser Grundsatz ist überall dort zu beachten, wo es auf die Erhaltung der freien Entfaltungsmöglichkeit des einzelnen ankommt: auf wirtschaftlichem und kulturellem Gebiet.

Vom Staat wird dabei erwartet, daß er die Grundlagen legt für eine Gesamtordnung, die es dem einzelnen erlaubt, sich ungehindert zu betätigen und ihm auch die Früchte seiner Arbeit, ungeschmälert von wirtschaftlichen Mächtegruppen, zugute kommen läßt.

IV. Allgemeine Grundsätze zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Es dürfte bei der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung keine Schwierigkeiten geben, eine der freien Demokratie systemgerechte liberale Lösung zu finden. Es handelt sich vor allem darum, die große Menge der Versicherten und die nicht minder bedeutende Zahl der Kassenärzte aus einer menschlich wie materiell gleich unwürdigen Bindung an ein in sich widerspruchsvolles, seinen eigentlichen Sinn nur sehr unvollkommen erfüllendes System zu befreien. *Die Vorsorge gegen Krankheit ist weit mehr als etwa die Vorsorge gegen Arbeitslosigkeit*[6] *eine individuelle Angelegenheit.* Das Maß der Gesundheit ist in nicht ge-

6) Auf die Arbeitslosen- und Rentenversicherung kann in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen werden.

ringem Umfange von der persönlichen Lebenseinstellung und einer individuellen Lebenspflege und Hygiene abhängig. Man denke nur an jene nicht ganz seltenen Fälle, bei denen durch willkürlichen Raubbau am Eigentum der Gesundheit (Nicotin-Alkoholabusus usw.) sich ein Pflichtversicherter im bisherigen System selbstverständlich auf Kosten der Gesamtheit wiederherstellen läßt (z. B. kostspielige Entziehungskuren, um nur ein ganz krasses Beispiel zu wählen) und „Krankengeld" bzw. seit dem 1. Januar 1970 den vollen Lohn von seinem Arbeitgeber bezieht:

Aus einem rechtlichen Anspruch auf „kostenlose" Behandlung und Ersatz des Einkommensausfalles schon bei geringfügigen alltäglichen Unpäßlichkeiten muß im Gegenteil ein Anreiz werden, alles zu tun, um gesund zu bleiben. Um dies zu erreichen, müssen wir die bisherige gesetzliche Krankenversicherung von Aufgaben befreien, die in die Hand des einzelnen gehören und ihren sozialen Charakter nur dort in Anwendung bringen, wofür er ursprünglich gedacht war: Als Fürsorgeeinrichtung für die sozial Hilfsbedürftigen.

V. Das Versicherungsprinzip

In der Diskussion um eine Neufassung des Gesetzes über die soziale Krankenversicherung wurde bisher versäumt, zunächst einmal den Sozialversicherungsgedanken auf seinen soziologischen und auf seinen wirtschaftlichen Inhalt hin zu untersuchen. Denn das Dilemma der herkömmlichen Sozialversicherung beruht letzten Endes auf der unterschiedslosen Behandlung zweier ganz verschiedener Dinge, nämlich:

1. eine Fürsorgeeinrichtung,
2. eine Risikoversicherung

in einem System vereinigen zu wollen.

Die Vollkaskoversicherung

Um die Sache auf eine vereinfachte Form zu bringen, sei der Vergleich mit irgend einer der üblichen Versicherungen, etwa der Gebäudebrandversicherung, herangezogen. Diese wird zum Schutze bzw. für den Fall des Verlustes eines ganz bestimmten materiellen Wertes abgeschlossen. Die zu zahlende Prämie steht in einem statistisch und versicherungs-mathematisch errechneten Verhältnis zum versicherten Objekt bzw. der Wahrscheinlichkeit des zu erwartenden Schadens. Auch beim Abschluß etwa einer Reisegepäckversicherung handelt es sich um die Versicherung eines bestimmten materiellen Wertes in Geld ausgedrückt, dessen Verlust ein zu großes Risiko darstellen würde. Der Versicherungsgedanke bezieht sich also stets auf einen konkreten im Versicherungsvertrag festgelegten materiellen Wert ganz bestimmter Größenordnung.

Sowohl der Versicherte als auch die Versicherungsgesellschaft sind in gleicher Weise daran interessiert, daß der Versicherungsfall möglichst nicht eintritt. Auf dieses gemeinsame Interesse ist der Versicherungsvertrag abgestimmt. Schon eine sogenannte Vollkaskoversicherung beim Kraftwagen ist etwas anderes. Die Versicherung kommt hier für jeden geringfügigen Schaden, gerade auch wenn er durch Selbstverschulden verursacht ist, auf. Die zu leistenden Prämien sind dementsprechend von einer solchen Höhe, daß sich kaum jemand zum Abschluß einer solchen Totalversicherung entschließt. Warum müssen die Prämien so hoch sein? Einfach deshalb, weil der Vollkasko-Versicherte nicht mehr die Sorgfalt und Pflege für den Wagen aufbringt, wie er es tut, wenn er jeden kleinen Schaden selbst bezahlen muß. Im Gegenteil, er wird bestrebt sein, von den hohen Versicherungsprämien möglichst viel wieder „herauszuholen".

Das ist bei der opportunistischen Natur des Menschen ganz selbstverständlich so. Selbst wenn man – wie es bei der Vollkaskoversicherung der Fall ist – die Leistungspflicht erst bei Schäden einer bestimmten Mindestgröße einsetzen läßt, ist doch die Gefahr des Mißbrauchs gegeben. Die Versicherungen müssen daher durch sehr strenge gesetzliche Bestimmungen vor Versicherungsbetrug geschützt werden.

Übertragen wir die allgemeingültigen Versicherungsgrundsätze auf die gesetzliche oder auch private Krankenversicherung, so sind auch hier nur tatsächliche und nachweislich eingetretene materielle Verluste ganz bestimmten Umfanges *versicherungsfähig.* Man müßte daher richtiger von einer Krankheitsschadenversicherung sprechen. Der Krankheitsschaden umfaßt:

1. den Einkommensausfall,
2. die Behandlungskosten.

Der Sinn einer „Krankenversicherung" besteht nun darin, solche materiellen Risiken abzufangen, die aus dem laufenden Einkommen nicht oder nur unter größten Opfern ausgeglichen werden können. Da solche echten Risikofälle verhältnismäßig selten eintreten – wobei die Relation zur Einkommenshöhe zu berücksichtigen ist –, können auch die Prämien zu einer Krankheitsrisikoversicherung verhältnismäßig niedrig gehalten werden.

Entsprechend dem Schadenversicherungsprinzip wäre – wie das z. B. bei Unfall- und Haftpflichtversicherungen immer schon geschieht – eine Mindestschadenssumme (hier Behandlungskosten und Einkommensausfall) zu versichern. Die Höhe der zu leistenden Versicherungsprämie wäre auch hier nach versicherungsmathematischen Grundsätzen in einer bestimmten Relation zur Versicherungssumme festzusetzen. Es handelt sich also dabei um einen Krankheitsrisiko-Beitrag (R-Beitrag). Die Krankheitsrisikoversicherung deckt nach dem Solidaritätsprinzip die großen Risiken ab. Parallel dazu wäre für jeden Sozialversicherungspflichtigen ein individuelles Krankheitskostenkonto (Sparversicherungsprinzip) einzurichten, das bis zu einem ebenfalls versicherungsmathematisch zu bestimmenden oberen Kontostand vom Pflichtversicherten durch monatliche Beiträge (K-Beitrag) aufzufüllen ist und über das er bei kleineren Krankheitsfällen (den sogenannten Bagatellfällen) frei verfügt. Erst nach voller Inanspruch-

nahme des individuellen Krankheitskostenkontos würde – im Fall lang anhaltender Erkrankung – die eigentliche Krankheitsrisikoversicherung einsetzen. Der Versicherte behielte die Ausgabenkontrolle beim sogenannten kleinen Krankheitsrisiko in der Hand, während das große Krankheitsrisiko nach dem Solidaritätsprinzip ähnlich wie bisher abgesichert wäre.

Dem demokratischen Grundsatz der individuellen Krankheitsvorsorge und der Selbstverantwortung im Krankheitsfalle wäre damit weitgehend Rechnung getragen.

Die Betriebskrankenkasse Carl Zeiss, Oberkochen, hatte schon vor Jahren ähnliche Vorschläge zur Reform der Krankenversicherung gemacht. Sie leitete ihren Reformplan seinerzeit mit folgenden Worten ein:

„Das zur Zeit gültige Gesetz für die Allgemeinen Krankenkassen ist schlecht. Das ist jedermann bekannt und brauchte nicht nochmals erwähnt zu werden. Da aber im folgenden ein Vorschlag für eine Änderung dieses Gesetzes angegeben werden soll, ist es dennoch nützlich, einige der zur Zeit bestehenden Mißstände nochmals zu erwähnen, weil sich daraus erkennen läßt, warum gerade die unten angegebene Form vorgeschlagen wird.

Die heutige Form des Gesetzes verführt den Versicherten zum Krankfeiern, denn er steht sich mit dem Krankengeld nicht schlechter, oder zumindest nicht merklich schlechter als mit seinem Arbeitslohn.

Die heutige Form des Gesetzes verführt den Arzt, möglichst viel Medikamente zu verschreiben, weil er sonst Gefahr läuft, seine Patienten zu verlieren an einen Kollegen, der dem Wunsche der Patienten bedenkenlos nachkommt. Auf diese Weise wird das durch die Beiträge aufgebrachte Geld zum großen Teil durch Bagatellfälle vertan, so daß es der Kasse oft nicht möglich ist, in wirklich ernsten Krankheitsfällen eine an sich erfolgversprechende, aber sehr kostspielige Behandlung zu gewährleisten.

Es wird daher vorgeschlagen, das Gesetz g r u n d l e g e n d zu ändern, und zwar etwa in dem unten angegebenen Sinne, wobei die einzelnen Punkte freilich noch modifiziert werden können, sofern nur der Sinn der vorgeschlagenen Gesetzesform dadurch nicht zerstört wird.

Der Vorschlag ist übrigens nicht etwa in allen Punkten neu. Es ist möglich, daß er bereits an anderer Stelle entweder ganz oder teilweise vorgebracht worden ist. Dies ist sogar wahrscheinlich, da angesichts der ungünstigen Auswirkung des seit dem 1. Juli 1957 in Kraft befindlichen Gesetzes an vielen Stellen des Bundesgebietes derartige Vorschläge entstanden sind.

Es geht hier nicht darum, die Zahl dieser Verbesserungsvorschläge um einen weiteren zu erhöhen, sondern darum, den Bundestag zu veranlassen, endlich etwas Entscheidendes und Wirksames zu unternehmen“[7].

7) Aus dem Vorwort zum Vorschlag der Betriebskrankenkasse Carl Zeiss, Oberkochen, für eine Änderung des Sozialversicherungsgesetzes.

Wir haben diese Sätze wiedergegeben, weil sie zeigen, daß aus den Reihen der gesetzlichen Krankenkassen selbst begründete Vorschläge zur Krankenversicherungsreform vorgelegt wurden. Es kommt hier nicht auf die Ausführung im einzelnen an, entsprechende Pläne sind von den bestehenden Krankenversicherungen selbst auszuarbeiten. Es ist zu erwarten, daß dabei verschiedene Modelle zur Diskussion gestellt werden. Das entscheidende Kriterium wird stets das Maß der Selbstverantwortlichkeit des einzelnen Versicherten sein, das ihm die Krankenkasse bietet. Die freie Wahlmöglichkeit unter den verschiedenen Krankenkassen und der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander wird ein Leistungsoptimum für Versicherte und Versicherungsträger ergeben.

VII. Notwendigkeit und Sinn einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Ziel einer Krankenversicherungsreform in einer freiheitlichen Demokratie kann nur darin bestehen, die Selbstverantwortung und Selbstvorsorge des einzelnen zur Wirksamkeit zu bringen. Das bisherige System führt durch unbedachte Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenversicherung zu einer ununterbrochenen Auspowerung der Kassen, weil der Versicherte die Zusammenhänge zwischen Ansprüchen und Kosten überhaupt nicht überschaut.

Auf der anderen Seite ist die Art und Weise, wie die Kassenärzte honoriert werden, vom Zustand der Festbesoldung nicht mehr allzu weit entfernt. Die Kassen führen pro Versicherten und Jahr eine ganz bestimmte Summe pauschal an die Kassenärztlichen Vereinigungen ab, und diese verteilen diesen Betrag an die ‚amtierenden' Ärzte nach Maßgabe des Praxisumfanges des einzelnen Kassenarztes (Anzahl der behandelten Fälle, der Grund- und Sonderleistungen). Auf diese Weise werden die Beiträge der Versicherten zweimal verwaltet und verteilt, einmal durch die Kassen selbst, das andere Mal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Seitdem – als Folge des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes – alle approbierten Ärzte zu den Kassen zugelassen werden müssen, ist es offenkundig, daß das bisherige System wegen totaler Überforderung versagen muß. Eine Neuordnung ist unumgänglich. Allerdings wird man auf der Hut sein müssen vor Versuchen, das Krankenkassendilemma auf dem Wege noch stärkerer zentraler Planung des Patient-Arzt-Verhältnisses und womöglich Verstaatlichung überwinden zu wollen.

Wirklich helfen kann nur der umgekehrte Weg einer zielbewußten Liberalisierung des ganzen Sozialversicherungswesens.

Die Einführung der Selbstvorsorgepflicht für den Personenkreis, der im Falle von Krankheit und Invalidität sonst der Fürsorge anheimfallen

würde, und die Wiederherstellung der Selbstverantwortung der Bürger, stellt nicht nur die einzig rationelle Lösung des finanziellen Krankenkassenproblems dar, sie ist auch die allein menschenwürdige und der freiheitlichen Demokratie gemäße Form der Bewältigung des Lebensrisikos.

Grundsätze für eine Neuordnung der Krankenversicherung in der Schweiz

Als Beitrag zur öffentlichen Diskussion um die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Schweizer Ärzteschaft eine wichtige Grundsatzerklärung veröffentlicht, die unseres Erachtens von den deutschen Ärzten übernommen werden könnte. Wir entnehmen den Wortlaut der Ärztlichen Praxis Nr. 81/1969, Seite 4324. Das Dokument wurde herausgegeben von der Verbindung der Schweizer Ärzte, 8008 Zürich, Seefeldstr. 198,in ihrem Sonderdruck „Neuigkeiten" Nr. 17/1969.

Als Ergebnis eingehender Beratungen im Zentralverband und in einer besonderen Kommission zum Problem der Schweizer Krankenversicherung legte die Schweizer Ärzteschaft in einem als ‚Dokument I' bezeichneten Schriftstück die ‚Grundsätze für eine Neuordnung der Krankenversicherung' vor.

Nach einleitenden grundsätzlichen Überlegungen kam der Zentralverband der Schweizer Ärzte zu folgenden bemerkenswerten Feststellungen:

Der Patient ist immer – ob direkt oder indirekt – Auftraggeber des Arztes und bleibt daher auch für die Kosten grundsätzlich selbst verantwortlich.

Die Unberechenbarkeit des Krankheitsgeschehens erfordert, daß dem Arzt die Entscheidung über die im Interesse des Patienten gebotenen Maßnahmen innerhalb der Regeln der medizinischen Wissenschaft und im Bewußtsein seiner Verantwortung in voller Freiheit überlassen bleibt. Dabei hat der Arzt den Willen des Patienten angemessen zu berücksichtigen. Das ärztliche Handeln setzt eine individuelle und differenzierte Beziehung zwischen der Persönlichkeit des Arztes und der Persönlichkeit des Patienten voraus. Die Persönlichkeitsrechte bedingen das Recht des Kranken auf freie Wahl seines Arztes, das Recht des Arztes, über die Annahme eines Behandlungsauftrages – außer in Notfällen – frei zu entscheiden und einen übernommenen Auftrag in den durch die medizinische Wissenschaft gesetzten Grenzen nach freiem Ermessen und auf eigene Verantwortung zu führen und den Anspruch des Kranken auf Verschwiegenheit seines Arztes und den Anspruch des Arztes auf Schutz des ärztlichen Berufsgeheimnisses.

Im Bereich der wirtschaftlichen Gesichtspunkte wird klargestellt, daß jeder Mensch als selbständiges Glied der Gesellschaft grundsätzlich selber für die Erhaltung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit verantwortlich ist. ‚Diese Verantwortung verpflichtet ihn, selber für die wirtschaftlichen Folgen von Krankheit und Unfall vorzusorgen.' Zufolge der Kostensteigerung kann der einzelne vielfach die Aufwendungen der Behandlung nicht mehr selbst tragen, sondern ist auf die Mithilfe einer Risikogemeinschaft angewiesen. Der Beitritt zu einer Risikogemeinschaft enthält auch die Verpflichtung, deren Leistungen nicht unbedacht und nicht über Gebühr in Anspruch zu nehmen. Träger der Risikogemeinschaft können Versicherungen, Krankenkassen und versicherungsähnliche Systeme sein. Der Staat kommt als alleiniger Risikoträger nicht in Be-

tracht, weil der einzelne seine Risikogemeinschaft grundsätzlich selbst wählen soll. Der Staat soll durch gezielten Einsatz seiner Mittel jedoch eine ausreichende Versicherung, insbesondere für die wirtschaftlich schwachen Bevölkerungsgruppen, ermöglichen.

Als versicherungstechnische Folgerung wird hervorgehoben, daß die Befriedigung der ständig steigenden Nachfrage nach ärztlichen Leistungen qualitativ und quantitativ abhängig ist von der Leistungsfähigkeit sowohl der Ärzte wie des Personals und der Einrichtungen der Spitäler sowie von den verfügbaren finanziellen Mitteln, deren Höhe durch die Leistungsfähigkeit der gesamten Volkswirtschaft bestimmt wird. Die Erwägungen führen zu folgenden Postulaten: Öffentlichkeit, Behörden und Verwaltungsstellen müssen sich der wirtschaftlichen Aspekte der Krankenversicherung bewußt sein. Die Ärzte müssen sich in der Privatpraxis wie im Spital von der wirtschaftlichen Tragweite der von ihnen veranlaßten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen Rechenschaft geben. *Der Versicherte muß eine angemessene wirtschaftliche Mitbeteiligung in der Krankenversicherung übernehmen. Die Leistungen der Krankenversicherung dürfen erst einsetzen, nachdem die Behandlungskosten innerhalb eines bestimmten Zeitabschnittes einen bestimmten Betrag erreicht haben, für den der Versicherte zuerst selber aufkommen muß.* Dieser Betrag soll durch Abstufung die wirtschaftliche Lage des Versicherten berücksichtigen. Er soll so berechnet sein, daß die meist kurzen und wenig aufwendigen Behandlungen damit abgegolten werden und so eine wirksame Entlastung der Krankenversicherung erzielt werden kann. Dazu soll aus grundsätzlichen Überlegungen zudem noch ein Selbstbehalt in Form eines prozentualen Kostenanteils kommen, den der Versicherte während der Dauer der Behandlung übernimmt.

Die Organisation der Krankenversicherung nach dem Prinzip der Kostenerstattung (tiers garant) ist die beste Ordnung, um sowohl bei den Versicherten wie bei den Ärzten das Bewußtsein der wirtschaftlichen Auswirkungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wachzuhalten, denn zur echten Arzt-Patienten-Beziehung gehört auch die Einsicht in die Bedeutung der wirtschaftlichen Faktoren. Die Versicherungsprämie wird durch die tatsächlichen Kosten der versicherten Risiken bestimmt. Für wirtschaftlich schwache Versicherte tritt eine Reduktion der Prämie ein."

Arzt und Patient – die Sozialpartner in der Medizin

– Offener Brief an die Ärzte –

Mit großer Sorge verfolgen wir Ärzte die Entwicklung der Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Unser freier ärztlicher Beruf gerät mehr und mehr in den Sog wohlfahrtsstaatlicher Sozialisierungstendenzen. Niemand konnte vorausahnen, daß ein ursprünglich auf die sozial Schwachen zugeschnittenes Sozialversicherungs-System auf 90 % der Bevölkerung ausgedehnt und damit das Verhältnis zwischen Patient und Arzt weitgehend entpersönlicht würde.

Heute ist es nun so weit, daß man das bestehende System als durch und durch undemokratisch, ja als mit der Würde des Menschen, mit dem Recht auf Selbstbestimmung und Selbstverantwortung unvereinbar bezeichnen muß. Arzt und Patient sind schon jetzt durch einengende Vorschriften in ihren Grundrechten weitgehend beschnitten, und die Unwirtschaftlichkeit des Systems zwingt laufend zu weiteren Einschränkungen. Betrachtet man das System nüchtern, so sind Krankenscheine, Wirtschaftlichkeitskontrollen und Zwangstarife nichts anderes als eine Art Zwangsbewirtschaftung, wie sie in den Nachkriegszeiten unsere Wirtschaft lähmte. Dieser Zustand ist nicht nur ein Fremdkörper in unserer freiheitlichen Demokratie, sondern gleichzeitig ein Hemmschuh für den Fortschritt der Medizin.

Die UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN hat sich die Aufgabe gestellt, den verhängnisvollen Sozialisierungstendenzen in der Medizin durch Aufklärung der Zusammenhänge in der breiten Öffentlichkeit entgegenzuwirken. Sie ist überzeugt, daß nur ein freiheitliches Sozialversicherungs-System wirtschaftlich funktionsfähig ist und vor allem das gestörte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wieder herzustellen vermag und dem Arzt erst den nötigen Spielraum für ein fruchtbares Wirken gibt.

Nur der freie, selbstverantwortliche Patient entwickelt einen starken Gesundungswillen und ist bereit, entsprechende ärztliche Ratschläge auch zu befolgen. Die Unabhängigkeit des Arztes steht in unmittelbarem Zusammenhang mit der Freiheit und Mündigkeit seiner Patienten. Somit hängt auch die Liberalisierung unserer gesetzlichen Krankenversicherung von der Mitwirkung der Versicherten ab. Die Versicherten selbst müssen endlich erkennen, daß das bestehende System ihre demokratischen Grundrechte erheblich beschneidet und daß es in erster Linie ihre Sache ist, die persönliche Freiheit auf dem Gebiet der eigenen Gesundheit wieder herzustellen.

Ist es eines freien Bürgers würdig,
wenn er sich zwingen läßt, einer bestimmten Kasse beizutreten?
wenn er es sich gefallen läßt, daß ein viel zu hoher Beitrag zu dieser Versicherung einfach von seinem Lohn einbehalten wird?

wenn er sich bei Konsultation eines Nichtkassenarztes um seinen Anspruch auf Rückerstattung der Kassensätze bringen läßt?

wenn er sich bei Arbeitsunfähigkeit unwürdigen Kontrollen unterwerfen muß?

wenn er es hinnimmt, daß sein Arzt nur beschränkt Medikamente für ihn verschreiben darf?

wenn er damit rechnen muß, daß sein überlasteter Kassenarzt sehr oft nicht die nötige Zeit für ihn hat?

Weil es sinnlos ist, wenn wir Ärzte allein gegen ein gesetzlich verankertes, unwirtschaftliches und undemokratisches Versicherungsprinzip ankämpfen, müssen uns unsere Patienten – die Hauptbetroffenen – tatkräftig unterstützen. Das ist nur in einer gemeinsamen Vereinigung zum Schutze der Freiheit der Medizin und der Persönlichkeitsrechte der Patienten und der Ärzte möglich. Eine solche Vereinigung besteht in der UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN. Bitte prüfen Sie die *Aufgaben und Ziele* dieser Vereinigung. Wir hoffen, daß sie auch mit Ihren freiheitlichen Vorstellungen übereinstimmen.

Soziale Sicherheit in der liberalen Demokratie*

Demokratische Grundrechte in Gefahr!

Es ist eine unbestreitbare Tatsache, daß unsere „gesetzliche Krankenversicherung" nicht mehr zufriedenstellend funktioniert. Sie stammt aus undemokratischen Zeiten und steht im Widerspruch zu unserer fortschrittlichen und freiheitlichen Verfassung.

Die UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN ist eine Vereinigung verantwortungsbewußter Bürger, die bestrebt sind, für die Verwirklichung der verfassungsmäßigen Freiheitsrechte auf dem Gebiet der Medizin öffentlich einzutreten. Sie stützt sich dabei vor allem auf das Bonner Grundgesetz. Folgende Grundrechte sind durch unsere überholten Kassengesetze bedroht:

Die Unantastbarkeit der Würde des Menschen (Art. 1 GG)
Das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 GG)
Die Gewissensfreiheit (Art. 4 GG)
Die Freiheit der Meinungsäußerung und Meinungsbildung und die Freiheit von Wissenschaft, Forschung und Lehre (Art. 5 GG)
Das Recht auf freie Wahl des Berufes und der Ausbildungsstätte (Art. 12 GG).

Das Bonner Grundgesetz rechnet mit der Mündigkeit der Bürger. Die Reichsversicherungsordnung (RVO) tut das Gegenteil! Das Recht auf Selbstbestimmung und die Pflicht zur Selbstverantwortung bilden die beiden Grundsäulen unserer freiheitlichen Demokratie. Die RVO kennt diese beiden Begriffe nicht!

Der freie Mensch unterscheidet sich vom Untertan durch seine Bereitschaft, das persönliche Lebensrisiko so weit wie möglich aus eigener Kraft zu tragen. Der freie Arzt unterscheidet sich vom Staatsdiener dadurch, daß er in Ausübung seines Berufes allein seinem Gewissen, seiner wissenschaftlichen Überzeugung und seinen Patienten verantwortlich ist.

Im Mittelpunkt der Bestrebungen der UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN e.V. steht die rechtliche Sicherung der Freiheit der ärztlichen Berufsausübung, der freien Wahl des Arztes und der Krankenversicherung sowie die Förderung des Qualitätsprinzips in der Medizin.

Zwangsbewirtschaftung der Medizin ist undemokratisch und qualitätsfeindlich!

Es ist offenkundig – die deutsche Medizin und das Patient-Arzt-Verhältnis befinden sich in einer Krise! Die Ursache dieser Krise ist nur zum kleinen Teil in der bekannten Unzulänglichkeit unseres Hochschulwesens zu suchen. Der eigentliche Hemmschuh für den Fortschritt ist das qualitätsfeindliche und un-

*) Aus dem Aufruf der Union für Freiheitliche Medizin e.V. an alle Bürger der Bundesrepublik Deutschland.

demokratische System unserer gesetzlichen Krankenversicherung. Leider wird dieser Zusammenhang von der Bevölkerung und auch von vielen Sozialpolitikern nicht gesehen. Statt dem Bürger in Fragen der eigenen Gesundheit auch zur wirtschaftlichen Selbstverantwortung zu verhelfen, versuchen sie nur die Löcher im Haushalt der Kassen zu stopfen. Heute steht fest, daß erst die Aufhebung der Bewirtschaftungsgesetze 1948 die Einzelinitiative frei gab und das deutsche „Wirtschaftswunder" in Gang setzte. Gegen jede Vernunft und besseres Wissen hält man jedoch auf dem Gebiete des Gesundheitswesens am „Bezugsscheinsystem" und der Bewirtschaftung der Versicherungsgelder von 90 % der Bevölkerung fest. Mit neuen Reglementierungen und Ausweitungen der Versicherungspflicht verstricken sich die Politiker immer mehr in ein obrigkeitliches System, das nur in der totalen Staatsmedizin enden kann. Die Unzulänglichkeit eins „Staatlichen Gesundheitsdienstes" ist jedoch in der Praxis vielfach erwiesen (siehe England). Deshalb haben sich auch bisher alle bundesdeutschen Regierungen davon distanziert.

Unabhängigkeit und Vertrauen als Basis einer guten Medizin

Die UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN sieht in dieser Entwicklung eine große Gefahr für die Unabhängigkeit und die Qualität der Medizin in Deutschland und ist entschlossen, für ihre Freiheit einzutreten. Sie geht dabei von der Erfahrungstatsache des Wirtschaftslebens aus, daß Qualität besonders durch den freien Wettbewerb gefördert wird. Sie hält das ungestörte Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt für die wichtigste Voraussetzung einer humanen und hochwertigen Medizin.

Sie stützt sich rechtlich auf die internationale Charta der Menschenrechte, das Bonner Grundgesetz und die Genfer Konvention des Weltärztebundes. Sie beruft sich auf das segensreiche Wirken gleichartiger Vereinigungen in den westlichen Nachbarländern (z. B. „Union Nationale pour l'Avenir de la Médecine" in Frankreich mit ca. 600 000 Mitgliedern).

Das derzeitige Kassensystem ist unwirtschaftlich und ungerecht

Aufgrund des bestehenden Krankenversicherungsgesetzes wird jedem Pflichtversicherten monatlich ein Betrag von 8–11 % seines oftmals schwer verdienten Arbeitseinkommens vorenthalten. Dieser Einkommensanteil ist damit der freien Verfügung des Bürgers endgültig entzogen. Nur durch Inanspruchnahme eines Kassenarztes ist es möglich, auf dem Wege über die Verordnung von Medikamenten bzw. Auszahlung von Krankengeld teilweise wieder in den „Genuß" des abgeführten Vermögensanteiles zu kommen. Diese Tatsache hat vielfach zu Leichtfertigkeit, wenn nicht sogar zum Mißbrauch von Versicherungsgeldern geführt. Neben diesem moralischen Gesichtspunkt wirft das herkömmliche Versicherungssystem auch soziale Probleme auf. Derjenige, der auf die Erhaltung

seiner Gesundheit vorsorglich bedacht ist, finanziert gleichzeitig jene „Krankheiten" gleichgültiger Mitversicherter mit, die durch Raubbau an ihrer Gesundheit – man denke an den steigenden Zigaretten- und Alkoholabusus – „kostenlos" die Ärzte, d. h. aber die Gelder der Versicherungsgemeinschaft in Anspruch nehmen können.

Der Patient bleibt alleiniger Auftraggeber des Arztes

Aus den angeführten Gründen ist das deutsche Krankenkassensystem zu teuer und damit unwirtschaftlich geworden. Um dem zu begegnen, muß die wirtschaftliche Direktbeziehung zwischen Arzt und Patient wiederhergestellt werden. Jede Dienstleistung, auch die des Arztes, erfordert eine direkte Bezahlung. Ein Dritter darf sich nicht einmischen, vor allem niemals der Staat, die Krankenkasse oder der Arbeitgeber!

Der Arzt muß immer Anwalt des Patienten bleiben, und dementsprechend bleibt auch der Patient alleiniger Auftraggeber des Arztes. Grundsätzlich ist daher der Patient für die Kosten der Behandlung selbst verantwortlich, auch wenn die Versicherung sie letzten Endes übernimmt. Nur so gibt es eine wirksame Kontrolle dieser Kosten, die nur der Patient selber oder, wenn er zu krank ist, seine Angehörigen ausüben können. Damit entfallen die unwürdigen Kontrollen durch Behörden, Abrechnungsstellen und sogenannte „Vertrauensärzte".

Ohne Freiheit des Patienten gibt es keine echte Unabhängigkeit des Arztes

Die UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN hat das Ziel, die Mündigkeit des Bürgers in seiner eigenen Gesundheitsvorsorge wiederherzustellen. Sie ist der Meinung, daß die bestehende sozialpolitische Bevormundung das Verantwortungsbewußtsein des Menschen untergräbt und so zur Selbstvernachlässigung in Gesundheitsfragen beiträgt. Sie glaubt, daß die Bevormundung auch der Kassenärzte (Leistungsbeschränkung, Arzneimittelregresse, Zwangstarife etc.) den freien Wettbewerb in der Medizin, die Therapiefreiheit und letzten Endes auch die Qualität der ärztlichen Leistung beeinträchtigt. Sie sieht daher in der Zwangsmitgliedschaft in einer gesetzlichen Versicherung einen Verstoß gegen die Würde und das Selbstbestimmungsrecht des Menschen und damit gegen Artikel 1 des Bonner Grundgesetzes. Ohne Entscheidungsfreiheit und Selbstverantwortung des Patienten gibt es auch keine echte Unabhängigkeit des Arztes, denn dieser ist meist aus wirtschaftlichen Gründen gezwungen, sich den Bedingungen der Kassen seiner Klienten zu unterwerfen.

Grundrechte des Menschen in der Medizin

Die UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN fordert daher als Grundlage einer unabhängigen, fortschrittlichen und hochwertigen Medizin folgende Grundrechte:

1. Strikte Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht
2. Uneingeschränkte freie Arztwahl unter Einbeziehung der Nichtkassenärzte
3. Freie Wahl unter *allen* Krankenversicherungen
4. Rechtliche Gleichstellung aller Versicherungen vor dem Gesetz
5. Unabhängigkeit des Arztes zur Sicherung der Behandlungs- und Verordnungsfreiheit
6. Honorierung des Arztes nach Einzelleistung. Das Honorar muß die geistige Leistung und den Zeitaufwand gebührend berücksichtigen. Ärztliche Gebührenordnungen sind ohne behördlichen Zwang zwischen Ärzten und Krankenversicherungsträgern frei auszuhandeln und gleitend der Kaufkraft des Geldes anzupassen. Sie müssen gesetzlich festgelegte Abschläge für nachweislich Schutzbedürftige enthalten.

Zwangsversicherung ohne freie Wahl ist verfassungswidrig

Die UNION FÜR FREIHEITLICHE MEDIZIN beabsichtigt, durch Publikationen und Pressekonferenzen aktiv in die Reformdebatte einzugreifen. *Sie stellt erstmalig den Patienten in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen.* Ihr Hauptanliegen ist es, die Persönlichkeitsrechte des Patienten öffentlich zu vertreten. Sie beabsichtigt, durch eine Verfassungsklage die Verfassungswidrigkeit der Zwangsmitgliedschaft in der Sozialversicherung ab einer bestimmten Einkommenshöhe feststellen zu lassen.

Jeder freie Bürger sollte sich gegen die Beschneidung seiner Grundrechte wehren!

Auch Sie, verehrter Leser, sind aufgerufen, für die Einhaltung unserer demokratischen Grundrechte einzutreten. Es geht um die höchsten menschlichen Güter:

Die Freiheit im persönlichen Bereich, die seelische und leibliche Gesundheit.

Sozialgesetzgebung nach dem Bonner Grundgesetz

– Aufgaben und Ziele der Union für Freiheitliche Medizin –

Die Union setzt sich mit allen zur Verfügung stehenden rechtlichen Mitteln für folgende Ziele ein:

Für die Freiheit der medizinischen Wissenschaft und die Unabhängigkeit des Arztes zur Sicherung der Behandlungs- und Verordnungsfreiheit.

„Kunst und Wissenschaft, Forschung und Lehre sind frei" (Art.V, Abs.3 GG)

Das Bonner Grundgesetz gewährleistet mit Artikel V die Chancengleichheit und den freien Wettbewerb unterschiedlicher medizinisch-wissenschaftlicher Schulen. Die Monopolisierung einer bestimmten medizinischen Schule ist mit Artikel V GG als verfassungswidrig gekennzeichnet. Jede einschränkende Einmischung in die Behandlungsweise des Arztes von seiten eines Versicherungsträgers ist somit grundgesetzwidrig.

Für die ärztliche Gewissensfreiheit

„Die Freiheit des Glaubens, des Gewissens und die Freiheit des religiösen und weltanschaulichen Bekenntnisses sind unverletzlich" (Art. IV, Abs. I GG)

In Ausübung seines Berufes ist der Arzt nur seiner Berufspflicht, dem kranken Menschen jede mögliche ärztliche Hilfe zukommen zu lassen, und seinem ärztlichen Gewissen verantwortlich. Diese Gewissensfreiheit ist in der jetzigen RVO durch Leistungsbeschränkungen, Arzneimittelregresse und Zwangstarife erheblich eingeschränkt.

Für die strenge Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht

„Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis offenbart, das ihm in seiner Tätigkeit als Arzt anvertraut worden oder bekanntgeworden ist, wird mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und mit einer Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft" (§ 300 StGB)

Die Schweigepflicht und somit die Wahrung des Patientengeheimnisses ist die Grundlage der Unabhängigkeit des Arztes und des Vertrauens des Patienten.

Das Gebot der Schweigepflicht wird zur Zeit durch die in der Versicherungsordnung vorgesehene unnötige Preisgabe der Diagnose auf vielen Formularen verletzt.

Für die uneingeschränkte freie Wahl des Arztes unter Einbeziehung der Nichtkassenärzte

„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit" (Art.II, Abs.1 GG) und „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich" (Art.III, Abs. 1 GG)

Eine Vorschrift, die die freie Wahl des Arztes einschränkt oder mit Nachteilen belegt, verstößt gegen Artikel II und gegen den Gleichheitsgrundsatz des Artikels III des Grundgesetzes. Der Heilung suchende Mensch muß jeden Arzt seines Vertrauens aufsuchen können, ohne daß ihm daraus wirtschaftliche Nachteile entstehen. Ein Kassenpatient, der einen Nichtkassenarzt in Anspruch nimmt, wird derzeit von der Erstattung der ihm zustehenden Kassensätze ausgeschlossen. Diese offensichtliche Ungerechtigkeit ist zu beseitigen.

Für die individuelle Vorsorgepflicht und damit für die freie Wahl der Krankenversicherung

Jeder Bürger ist verpflichtet, eine Krankheitsschadenversicherung abzuschließen. Die Mindesthöhe des zu versichernden Risikos (Behandlungskosten zuzüglich Einkommensausfall während der Erkrankung) kann durch Gesetz bestimmt werden. Die Wahl der Versicherungsanstalt und der Abschluß einer Zusatzversicherung sind frei. Freie Wahl setzt jedoch Chancengleichheit aller Versicherungen vor dem Gesetz voraus. Die rechtliche Bevorzugung der gesetzlichen Krankenkassen ist aufzuheben.

Für die Freiheit des Honorarverhältnisses zwischen Arzt und Patient

Arzt und Patient befinden sich in einem privatrechtlichen Vertragsverhältnis auf der Basis von Leistung und Gegenleistung. Diese Direktbeziehung muß auch in der freien Honorarvereinbarung ihren Niederschlag finden. Wie jede geistige Leistung entzieht sich auch die ärztliche Leistung der Wirtschaftlichkeitsberechnung. Sie kann nur „honoriert" werden. Der Begriff der „wirtschaftlichen Verordnungsweise" ist dem ärztlichen Wirken unangemessen und kann auch nur Gegenstand einer individuellen Vereinbarung sein.

Die gesetzlichen Zwangstarife für Ärzte haben sich nicht bewährt. Die Unterbezahlung der eigentlichen geistigen Leistungen des Arztes (Beratung DM 3,–, gründliche Untersuchung DM 5,–, Hausbesuch DM 6,–) hat zu einer Nivellierung nach unten und zur Entwertung und Einschränkung der Beratungszeit geführt. Hier liegt mit ein Grund für den bedrohlichen Nachwuchsmangel an praktischen Ärzten.

Wie in jedem freien Beruf muß auch die Honorierung des Arztes in einem angemessenen Verhältnis zur Leistung stehen.

Gesetzlich fixierte Sozialtarife haben ihre Berechtigung nur für die kleine Gruppe der nachweislich Schutzbedürftigen. Die soziale Einstellung jedes guten Arztes macht ihm dieses Zugeständnis zur Selbstverständlichkeit.

Für die Selbstverantwortung und Selbstbestimmung des Bürgers bei Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen

„Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt" (Art. 1, Abs. 1 GG)

Es ist eines freien Brügers unwürdig, sich bei der Behandlung einer Krankheit einer behördlichen Kontrolle unterwerfen zu müssen. Die Würde des Menschen beruht auf seinem Selbstbestimmungsrecht. Jede Fremdbestimmung in Fragen, die die eigene Person betreffen, mißachtet dieses Grundrecht und steht damit im Widerspruch zu Art. 1 des Bonner Grundgesetzes. Die „Vollkaskoversicherung" im derzeitigen Krankenversicherungsgesetz erzwingt die Kontrolle des im Krankenstand befindlichen Patienten durch die Krankenkasse (Vertrauensarzt-System) und die wirtschaftliche Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit (Honorarkürzungen und Arzneimittelregresse) und hat dadurch die Behandlungsfreiheit erheblich eingeschränkt.

Im freien Patient-Arzt-Verhältnis übt der betroffene Patient selbst die Kontrolle über Art und Umfang der notwendigen ärztlichen Leistung aus. Der Patient ist Auftraggeber des Arztes. Von daher leitet sich sein Recht auf Kontrolle über ärztliche Maßnahmen und Eingriffe seine Person betreffend ab. Das Recht auf Kontrolle ist damit integrierender Bestandteil des Selbstbestimmungsrechtes des mündigen aufgeklärten Bürgers unserer Zeit und darf ihm nicht länger vorenthalten werden.

„Sorgen um die Medizin"*

„Symbol der heutigen gesetzlichen Krankenversicherung ist der Krankenschein. Mit seiner Hilfe kann man alle medizinischen Dienste kostenlos in Anspruch nehmen. Diese Kostenlosigkeit hat etwas Verlockendes an sich. So wird es verständlich, daß sie von manchen sogar als sozialer Fortschritt gepriesen wird.

Die Kostenlosigkeit ist aber nur scheinbar. Es ist nicht wie bei der Feuerversicherung, bei der derjenige, dem ein Haus abbrennt, in der Tat von der Versicherung mehr Geld erstattet bekommt, als er einbezahlte. Bei der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Inanspruchnahme so hoch (etwa fünf Behandlungsfälle pro zahlendes Mitglied im Jahr), daß jeder, der aus der Kasse etwas entnimmt, dasselbe zu einem anderen Zeitpunkt auch wieder einbezahlen muß. So süß die Kostenlosigkeit zunächst also schmecken mag, bezahlen muß man alles trotzdem selbst und zwar mit Heller und Pfennig. Durch ihre Scheinbarkeit birgt diese Kostenlosigkeit aber nicht geringe Gefahren in sich.

Eine der Gefahren ist die, daß der *wirkliche* Kostenträger, der einzelne Versicherte, die Kontrolle über sein eigenes Geld aus der Hand gegeben und an anonyme Institutionen übertragen hat. Eine weitere jene, daß der Versicherte die Verfügungsgewalt über sein eigenes Geld verloren hat. Wenn er sein Geld einbezahlt hat, ist es für ihn weg. Er hat nur dann wieder etwas dafür, wenn er sich einen Krankenschein holt. Damit geht nach den Worten der Sozialenquête[1]) „vom Kassenpatienten ... keine den Aufwand zügelnde, gleichgewichtschaffende Kraft" mehr aus, sondern allenfalls das Gegenteil. Mit dieser Feststellung unterstellt man dem Kassenpatienten keine Unmoral, wie gewisse Kreise eine solche Feststellung gerne auslegen. Denn daß der Versicherte einen Krankenschein holt, auch wenn er nur ein Abführmittel benötigt, ist sein verbrieftes Recht. Es nicht in Anspruch nehmen zu wollen, ist dieselbe Unklugheit, wie eine mögliche Steuervergünstigung nicht auszunützen. Wenn man hier von Unmoral reden wollte, so wäre es allein die, dem Versicherten die persönliche Verfügung über große Summen seines eigenverdienten Geldes zu entziehen.

Um bei dieser Sachlage die Geldausgaben nicht ins uferlose treiben zu lassen, müssen zwangsläufig irgendwo Bremsen eingebaut sein. Diese Bremsen sind vielfältig und sollen im folgenden kurz gestreift werden.

Eine recht kräftige Bremse ist die Pauschalierung des Krankenhausaufenthaltes. Die Kassen (auch die Ersatzkassen) bezahlen nicht die vollen Kosten, son-

*) Ein Hinweis auf die Schrift von Dr. med. Paul Mößinger, Karl Haug-Verlag, Heidelberg.

1) Soziale Sicherung (Sozialenquête) in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquête-Kommission, Ziffer 599.

dern mit geringfügigen, nicht ins Gewicht fallenden Ausnahmen einen Pauschalsatz pro Krankenhaustag. Eine Operation, die kostendeckend bezahlt weit über 1000,– DM verschlingen würde, kostet für die Krankenkasse auf diese Weise nur einen Bruchteil des wirklichen Aufwandes. Den nicht bezahlten Rest bleibt man dem Krankenhausträger schuldig. Er wird damit letztlich auf den Steuerzahler abgewälzt.

Vielfältig sind die Bremsen, die auf die Ärzte einwirken. Da sind zunächst die niederen Bezahlungen der einzelnen ärztlichen Leistungen, von der auch die Sozialenquête spricht[2]: „Die auf die einzelnen ärztlichen Leistungen entfallenden Honorare" sind „auch noch heute (nach Inkrafttreten einer neuen Gebührenordnung) extrem niedrig – gemessen an den Honoraren, die die Ärzte den Privatpatienten in Rechnung stellen, gemessen aber auch an den Preisen für andere Dienstleistungen". So wird zum Beispiel die ärztliche Beratung des Kassenpatienten in der Sprechstunde mit 3,– DM (bei den Ersatzkassen mit 3,75 DM), der ärztliche Hausbesuch mit 6,– DM (bei den Ersatzkassen mit 7,50 DM) bezahlt.

Weitere Bremsen wirken auf die Behandlungstätigkeit der Ärzte ein. Durch Prüfungen und Honorarkürzungen soll erreicht werden, daß die „Quantität der ärztlichen Leistungen" gewisse „Durchschnittszahlen" nicht überschreitet, wie die Sozialenquête ebenfalls dargestellt hat[3]). Auf dieselbe Weise wird auf Art und Menge der durch den Arzt verordneten Medikamente Einfluß genommen.

Mit diesen Ausführungen sollen auf keinen Fall die Kontroll- und Prüfungsinstanzen verdächtigt werden. Selbstverständlich wollen sowohl die Organe der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie die Geschäftsführer und Direktoren der Krankenkassen nichts Unrechtes. Alle sind bemüht, ihre Entscheidungen so gerecht wie möglich zu treffen. Aber es sind Entscheidungen, die am grünen Tisch gefällt werden und nicht dort, wo sich Arzt und Patient begegnen. Das Übel liegt nicht bei den Prüfenden, sondern am Krankenschein, der durch seine verlockende scheinbare Kostenlosigkeit eine Menge von Gefahren hinter sich dreinzieht.

Die Pauschalierung beim Krankenhausaufenthalt hat für den Sozialversicherten keine nachteiligen Folgen. Hier hat der Kranke es mit einer Institution zu tun. Die dort arbeitenden Personen, einschließlich der Ärzte, sind angestellt und geraten nicht in wirtschaftliche Schwierigkeiten, wenn die Krankenkasse zu wenig bezahlt. Weiter findet der Krankenhausträger zuletzt immer noch jenen Dritten, den Steuerzahler, der die Kosten übernehmen muß, wenn das von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlte Geld nicht ausreicht.

2) Sozialenquête, Ziffer 648.
3) Sozialenquête, Ziffer 654.

Anders aber ist es in der freien Praxis. Hier stehen sich zwei Menschen gegenüber, der Patient und der Arzt. Hier kann auch kein Defizit auf Dritte abgewälzt werden."

Allein diese wenigen Sätze aus dem Buche Mößingers zeigen, daß es weder die Patienten noch die Ärzte und auch nicht die finanziell überforderten gesetzlichen Krankenkassen sind, denen man eine primäre Schuld am Versagen der ‚Kassenmedizin' anlasten könnte. Schuld ist allein das *System* der gesetzlichen Krankenversicherung selbst. Alles andere sind nur zwangsläufig daraus sich ergebende Folgen. Dr. med. P. Mößinger zeigt mit unvergleichlichem Mut und in überzeugender Sachlichkeit diese Folgen der heutigen sozialen Krankenversicherung auf. Es wird dabei in komprimierter Form ganz unverblümt mit einer entwaffnenden Ehrlichkeit alles gesagt, was den ideell eingestellten Kassenarzt wirklich bedrückt, was ihn seit Jahrzehnten bereits resignieren läßt und worin er die Gefahr für die Patientenschaft sieht, die sich vertrauensvoll an ihn wendet. Aber auch die Laien, die heute mit 87 Prozent der sozialen Krankenversicherung angehören, sollte dieses Büchlein genauso interessieren und erschüttern in der Erkenntnis, welchen Belastungen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient heute ausgesetzt ist und welche tieferen Gründe zu den finanziellen Auseinandersetzungen zwischen Arzt und der sozialen Krankenversicherung führten. Nicht zuletzt ist diese Schrift eine ernste Mahnung an die Funktionäre der gesetzlichen Krankenversicherung, an die staatlichen Institutionen und an die ärztlichen Standesorganisationen selbst. Die ganze Tragik eines hochangesehenen Berufsstandes, dessen Leistungen durch die Art der heutigen sozialen Krankenversicherungseinrichtungen nivelliert werden, spiegelt sich in diesem Büchlein wider. Es ist höchste Zeit, daß sich alle Verantwortlichen zu einer Krankenversicherungsreform zusammensetzen und nüchtern und ohne Polemik die wahren Hintergründe der Unzufriedenheit auf allen Seiten prüfen.

Die Gründe für die negativen Auswirkungen, die das System der gesetzlichen Krankenversicherung mit sich bringt, sind im einzelnen nur schwer aufzuzeigen, da sich die Beteiligten inzwischen durch eine Vielzahl von Sonderbestimmungen, Vereinbarungen und entsprechenden Verhaltensweisen einen Modus vivendi geschaffen haben. Gewohnheitsrechte und neuartige Privilegien spielen dabei eine wesentliche Rolle, nicht zu reden von politischen, womöglich wahltaktischen Erwägungen des Gesetzgebers. So ist es gekommen, daß durch die Folgen eines Gesetzes, das „sozial" sein sollte, Patienten und Ärzte in Abhängigkeit von sozialpolitischen und finanzpolitischen Überlegungen geraten, die mit dem individuellen Patient-Arzt-Verhältnis und dem therapeutischen Auftrag des Arztes überhaupt nichts zu tun haben. Dabei geht es primär keineswegs um das ärztliche Honorar, wie gerne in der Öffentlichkeit behauptet wird, sondern – wenn davon gesprochen wird – um die Art und Weise, wie das ärztliche Honorar zustande kommt.

Schließlich zeigt der Verfasser auf, welcher Weg zu einer befriedigenden Lösung des Krankenkassendilemmas einzuschlagen ist.

Mößingers Buch sollten alle kennen, die sich *„Sorgen um die Medizin"* machen: Ärzte und Patienten, Sozialversicherte, Vertreter der gesetzlichen Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigungen, und nicht zuletzt unsere Sozialpolitiker, die es in der Hand haben, endlich eine Krankenversicherung zu schaffen, die mit der Selbstverantwortung des mündigen Bürgers ernst macht und damit erst das Prädikat „sozial" zu Recht verdient.

Der Herausgeber

Die mitarbeitenden Autoren tragen die Verantwortung für ihre Beiträge selbst.

Für nichtverlangte Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden.

„Fragen der Freiheit", herausgegeben vom Seminar für freiheitliche Ordnung der Wirtschaft, des Staates und der Kultur (Sitz: 6554 Meisenheim/Glan, Herzog-Wolfgang-Straße 13b) erscheint sechsmal im Jahr. Wirtschaftliche Interessen sind mit der Herausgabe nicht verbunden.

Herausgeber: Seminar für freiheitliche Ordnung der Wirtschaft, des Staates und der Kultur durch Dr. Lothar Vogel, 79 Ulm, Römerstraße 97.
Bezugspreis: für das Einzelheft Richtsatz DM 2,50, für das Doppelheft DM 5,–
Bezug: „Fragen der Freiheit", 6554 Meisenheim/Glan, Herzog-Wolfg.-Str. 13 b, Tel. (0 67 53) 6 69
Postscheck: Seminar für freiheitliche Ordnung der Wirtschaft, des Staates und der Kultur, 6554 Meisenheim, Konto-Nr. 261 404 Postscheckkonto Frankfurt a. Main.
Banken: Volksbank Meisenheim Konto Nr. 5611

Nachdruck, auch auszugsweise mit Genehmigung des Herausgebers

Herstellung: Anton Hain KG, Meisenheim/Glan