N 20587 F

Fragen der Freiheit

Januar/Februar 1988
Heft 190

Medizin am Scheideweg

Die Medizin ist vom naturwissenschaftlichen Weltbild dieser Zeit, das eine materialistische Totalität besaß, überwältigt worden und hat sich die grundlegenden Fragestellungen von der auf die Physik und Chemie aufbauenden Denkweise vorschreiben lassen. Diese Entwicklung ist bis heute von der Medizin kaum durchschaut.

A. M. Klaus Müller

FRAGEN DER FREIHEIT

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

Folge 190

Januar/Februar 1988

Herausgegeben vom Seminar für freiheitliche Ordnung
Badstraße 35, 7325 Bad Boll, Telefon (0 71 64) 35 73

Postverlagsort: 5400 Koblenz

Inhaltsverzeichnis

Seite

Heinz-Hartmut Vogel
Medizin am Scheideweg 3

Karl Heinz Gebhard
Gedanken zur Strukturreform im Gesundheitswesen 13

Walter Kraemer
Reform oder Ruin
– Die Strukturreform im Gesundheitswesen aus der Sicht der Wirtschaftswissenschaft – 20

Karl Buchleitner
I. Das Gesundheitswesen in der Entscheidung 29

II. Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch biologische Therapieverfahren 32

Erwin Schlüren
Vergleich der Arzneimittelkosten 39

Eckhard Behrens
Ordnungspolitische Maßstäbe für das Gesundheitswesen 41

Ankündigungen und Programme
a) Arbeitsplanung 1988, Bericht (Herbert Pfeifer) 58
b) 200 Jahre Abitur – weiter so? (Fritz Andres) 61
c) Macht und Moral im Parteienstaat (Hugo Schwenk) 63

Medizin am Scheideweg*)

Heinz Hartmut Vogel

Trotz eines Kostenaufwandes der gesetzlichen Krankenkassen von etwa 120 Milliarden DM (laut Bundesarbeitsblatt Juni 1987) im Jahr – die Ausgaben der Privaten Krankenversicherung sind dabei nicht berücksichtigt – ist die Krankheitsanfälligkeit (Morbidität) im Zunehmen begriffen. Begonnen hat die Kontrolle der steigenden Ausgaben für Krankenbehandlung mit der Studie des damaligen Rheinland-Pfälzischen Gesundheitsministers Heiner *Geissler*, der auf die künftig nicht mehr aufzubringenden, jährlich steigenden Krankenkassenbeiträge hingewiesen hatte. Begründet wird dieser Kostenanstieg mit einem angeblich größeren allgemeinen Gesundheitsbewußtsein und mit dem Einsatz immer aufwendigerer moderner technischer Mittel bei Diagnostik und Therapie. Neben der oben angegebenen Kosten-Entwicklung bereitet das Ansteigen durch Medikamente hervorgerufener Schädigungen und Sterbefälle große Sorge. Daneben wies die Boston-Studie aus dem Jahr 1975 darauf hin, daß die moderne Medizin selbst an der steigenden Morbidität und Mortalität beteiligt ist. Nachstehend ein Zitat aus der Boston-Studie: The New England Journal of Medicine, special article: Drugs remarkably nontoxic:

»Nach den Ergebnissen der Boston-Studie ist davon auszugehen, daß es bei 30% der Krankenhauspatienten mindestens zu einer unerwünschten Arzneimittelnebenwirkung kommt. Dies bedeutet, daß bei insgesamt 10 Millionen Krankenhaus-Aufenthalten in Inneren Kliniken der Vereinigten Staaten jährlich mit mindestens 3 Millionen Nebenwirkungen zu rechnen ist. Da andererseits 3% aller Krankenhausaufnahmen auf ernste Arzneimittel-Nebenwirkungen zurückzuführen sind, werden jährlich mehrere hunderttausend Patienten nur wegen Arzneimittelschäden auf Inneren Kliniken hospitalisiert. Von allen diesen Krankenhauspatienten sterben 0,29% an Arzneimittel-bedingten Störungen, was jährlich 29000 Todesfällen in den gesamten Vereinigten Staaten entspricht. Um die Gefährlichkeit von Arzneimitteln zu beurteilen, ist zu berücksichtigen, daß jeder Patient, der auf inneren Stationen untergebracht ist, während seines Krankenhausaufenthaltes im Mittel 9 Medikamente erhält, was insgesamt 90 Millionen Behandlungen jährlich entspricht.«

»Das Risiko, durch die Einnahme von Arzneimitteln zuhause so schwer zu erkranken, daß eine Krankenhausaufnahme erforderlich ist, kann

*) Dieser Beitrag wurde erstmals in der Zeitschrift »Erfahrungsheilkunde« August 1977, Haug-Verlag Heidelberg, veröffentlicht. Geringfügige Änderungen wurden zur Aktualisierung vorgenommen.

ebenfalls zuverlässig berechnet werden. Wenn 75 Millionen Amerikaner täglich im Durchschnitt 2 Medikamente einnehmen und 30000 deswegen hospitalisiert werden müssen, entspricht dies einer schweren Nebenwirkung auf 500 Behandlungen jährlich.«

»Allerdings vermag diese sonst einmalige Analyse nicht viel über die bei langfristiger Arzneimitteltherapie auftretenden Schäden auszusagen.«

Bereits 1967 erschien im Thieme-Verlag die Arbeit von *Spain* und Mitarbeitern aus Amerika mit dem makabren Titel »Iatrogene Krankheiten«, d. h. vom Arzt verursachte Erkrankungen. Man könnte auch noch deutlicher sagen, von der medizinischen Wissenschaft hervorgerufene Gesundheitsschäden. Dem Buch ist folgendes Motto von René *J. Dubos* vorangestellt:

»The enlargement of medical science«:

»Wer hätte es sich noch vor einer Generation träumen lassen, daß sich die Hypervitaminose zu einer geläufigen Form der Stoffwechselstörung in den Ländern der westlichen Hemisphäre entwickeln würde –

daß die Röntgenstrahlen für die Zunahme bestimmter Krebsformen verantwortlich gemacht würden –

daß die Einführung neuer Detergentien zu einer Zunahme allergischer Reaktionen führen würde –

daß Fortschritt auf dem Gebiet der Chemotherapie und andere therapeutische Neuerungen die Erscheinungsformen des Hospitalismus verursachen würden –

daß Patienten mit allen möglichen Arten iatrogener Störungen eine derart große Zahl von Betten im Krankenhaus von heute in Anspruch nehmen?«

Im Jahre 1976 ist das »Handbuch der Störwirkungen durch Pharmaka« von *F. Hausbrandt* und *F. Gstirner* † erschienen (Verlag für Medizin Dr. Ewald Fischer Gmbh, Heidelberg), von dem bereits jetzt schon eine Neuauflage bearbeitet werden muß. Unter dem harmlos klingenden Titel verbirgt sich die ganze Tragödie der modernen Medizin als Wissenschaft. Bei ca. 2200 Präparaten werden die gesundheitsschädigenden Nebenwirkungen aufgeführt, deren Häufigkeit und Unvermeidbarkeit die Pharmakologen zu der Auffassung verleitet haben, daß Arzneimittel, die keine schädlichen Nebenwirkungen zeigen, auch therapeutisch wirkungslos seien. Hier ist die – man ist geneigt zu sagen – weltanschauliche Frage an die Medizin zu richten.

Man kann die neuere Medizin, d. h. den Triumph der Naturwissenschaften in der Medizin, auf den Sieg der Zellular-Pathologie *Virchow's* (1858) über die Humoralpathologie zurückführen. Was im Mikroskop sichtbar und im Laboratorium physikalisch-chemisch an Veränderungen nachweisbar und reproduzierbar war, galt als objektiv und damit als wissenschaftlich. Krankheit und Gesundheit waren von da an naturwissenschaftliche Begriffe, naturwissenschaftlich definierbar, oder sie waren nicht existent.

Der Atomphysiker A. M. Klaus *Müller* schreibt in dem 1972 im Radius-Verlag erschienenen Buch »Die präparierte Zeit – Der Mensch in der Krise seiner eigenen Zielsetzungen –«, Seite 581:

»Ausgangspunkt für eine projektorientierte Medizin, die sich das gesamte Feld der medikamentösen Nebenwirkungen zum Zielpunkt setzt, muß die nüchterne und illusionslose Erkenntnis sein, daß die Medizin, so wie sie heute ist, zu den unaufgeklärtesten Wissenschaften unserer Tage gehört.«

»Berücksichtigt man aber, daß bereits heute etwa 50% der Krankheiten von der naturwissenschaftlichen Schulmedizin gar nicht mehr adäquat diagnostiziert, geschweige denn geheilt werden können, weil es sich um wesentlich psychische Krankheiten handelt, die eigentlich Krankheiten der Lebensbiographie sind und damit – wie *Mitscherlich* betont – »immer schon Krankheitsherde der Gesellschaft mitsignalisieren, so könnte mit der zunehmenden Kritik und Distanz dem Arzt gegenüber von seiten der Patienten ein Druck einsetzen, der selbst die Medizin in eine philosophische Kritik ihrer Grundlagen treibt.«

Und im Hinblick auf die über die Naturwissenschaften hinausgehende therapeutischen Richtungen:

»Über all dem stehen nun aber zugleich eine Menge Fragezeichen, weil die Schulmedizin es seit dem Erscheinen von *Hahnemann's* Arbeit versäumt hat, diese Fragen anders als vornehmlich polemisch, nämlich durch ein groß angelegtes Forschungsprogramm auf universitärer Basis anzugehen. Warum ist das nicht bereits im 19. Jahrhundert, also zu Lebzeiten *Hahnemann's* geschehen? Die Antwort ist ein Beispiel für die medizinische Anpassungskatastrophe, wie ich sie bereits erläuterte:

Die Medizin ist vom naturwissenschaftlichen Weltbild dieser Zeit, das eine materialistische Totalität besaß, überwältigt worden und hat sich die grundlegenden Fragestellungen von der auf die Physik und Chemie aufbauenden Denkweise vorschreiben lassen. Diese Entwicklung ist bis heute von der Medizin kaum durchschaut.«

Spain legt in dem Buch »Iatrogene Erkrankungen« den Finger der ärztlichen Selbstkritik in die schwelende Wunde der Medizin als Weltanschauung, wenn er von dem ungelösten Problem der sogenannten Psychosomatik schreibt. Der Begriff »Psychosomatik« offenbart das völlige Versagen des naturwissenschaftlichen Menschenbildes bei der Beurteilung von Krankheit und Heilung. Spricht man von Psyche, dann verliert man den Bezug zu den naturwissenschaftlich »gesicherten« Krankheitsdaten. Faßt man diese ins Auge, entzieht sich der Mensch seinem Krankheitserlebnis. Seine Seele und sein Leiden schlägt sich nicht in objektivierbaren und reproduzierbaren Laborbefunden nieder:

»Die vielleicht häufigsten Beispiele iatrogener Schäden bei der Therapie psychosomatischer Störungen sind die Folge einer einseitigen oder unausgeglichenen Haltung, die entweder nur »psychisch« oder nur »somatisch« ist. So bietet beispielsweise der Patient mit einer schweren unspezifischen Colitis ulcerosa ein wirklich bejammernswertes Bild. Er ist blaß, abgezehrt, fiebrig und oft in kindischer Weise anspruchsvoll, unkooperativ und ewig jammernd. Hier ist es nun leicht, von der langen und erfolglosen internen Therapie in das andere Extrem zu verfallen und die Verhaltensstörungen so überzubetonen, daß das übrige Bild verdeckt wird. Der psychiatrische Consiliarius sieht in der internen Behandlung nur etwas, was den Patienten ermutigt, in seinem psychologisch gestörten Zustand zu beharren, welchen ja der Psychiater für einen wesentlichen Faktor der Krankheit selbst hält.« (Seite 288).

»Wenn es bei einem an sich völlig gesunden Menschen zu einer iatrogenen Erkrankung kommt, kann es sich um eine außerordentlich qualvolle Störung handeln . . . Ein Kind erkrankt beispielsweise an einer Infektion der oberen Atemwege mit leichten Gelenkschmerzen, in welchem Falle dann das harmlose Geräusch als Zeichen einer rheumatischen Endokarditis angesehen wird. Um den Irrtum noch zu vergrößern, gilt die als unspezifische Reaktion auf die Infektion etwas beschleunigte Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit als Bestätigung der Diagnose: Akutes rheumatisches Fieber mit Endokarditis . . . In Übereinstimmung mit unseren ultrawissenschaftlichen Fortschritten, hat das Kind selbstverständlich auch Penizillin oder Sulfonamide oder monatliche Injektion eines Depotpenizillinpräparates erhalten . . . Eine solche Behandlung ist schon für ein Kind, welches *wirklich* an rheumatischem Fieber mit Endokarditis leidet, schädlich genug, für das Kind ohne Herzfehler bedeutet es gewiß die Entstehung einer schweren und oft dauernden Störung der Herzfunktion.«

Gestehen wir es uns ein, die Medizin ist in ihre wohl schwerste Krise geraten, weil sie – im Unterschied zu *Virchows* Zeit – mit ihrer Wissenschaft zunehmend gegen den Menschen und seine wahre Gesundheit handelt. Das naturwissenschaftliche Bild vom Menschen ist schicksalslos, unpersönlich und lebensfeindlich. Darüber schreibt der bekannte Chirurg und Schriftsteller Peter *Bamm:* (*Ex ovo* – Essays über die Medizin, Droemer-Verlag, München, 1969, Seite 29 – Peter *Bamm* war während des letzten Krieges als Chirurg Chefarzt einer Sanitätskompagnie. Er hat über seine Erlebnisse das erschütternde Buch *»Die unsichtbare Flagge«* geschrieben):

»Von der Vorstellung, daß zwischen der Umwelt des Arztes und der Umwelt des Patienten harmonische Beziehungen bestünden, ist keine Rede.

Jeder Patient, der durch die Tür eines Sprechzimmers tritt, verwandelt sich bei seinem Durchgang durch diese magische Passage aus einem Menschen mit Schicksal oder Schuld, mit Geduld oder Empörung, mit zitternder Hoffnung oder dumpfer Verzweiflung in einen »Fall«, der nach der Lehre entschieden werden muß. Alles, was dieser Mensch an Persönlichem mitbringt, wird zum Bestandteil seines klinischen Bildes. Er wird zum Gegenstand der Untersuchung. So hat die wissenschaftliche Medizin es den jungen Scholaren gelehrt. Aber diese strengen und einfachen Lehren muß er durchführen in einer Welt der Mannigfaltigkeit, in der die Krankheit mehr bedeutet als nur eine biologische Störung. Er muß sie gegenüber einem Patienten durchführen, der keine Vorstellung von dem Begriffsschema hat, das die wissenschaftliche Medizin auf ihn als Fall anwendet. Er muß die Welt der beschränkten medizinischen Wissenschaft, in der der Mensch ein statistisches Individuum ist, und die überströmende Mannigfaltigkeit des Lebens, in der der Patient ein Mensch ist, miteinander in Übereinstimmung bringen. Das ist seine Aufgabe als Arzt. Die Medizinische Wissenschaft lehrt ihn nicht, wie er das machen soll . . . *Die Wissenschaft ist gefühllos und Gefühl ist unwissenschaftlich.* So bedient er sich der Täuschung, um die Aufgabe zu lösen, leidende Menschen als statistische Fälle, streng nach der Lehre, von ihren Leiden zu befreien. Er muß das Vertrauen des Patienten, um es überhaupt erwerben zu können, täuschen. Worüber er den Patienten täuscht, ist nichts anderes als der eigentümliche Mangel an Humanität, der der wissenschaftlichen Medizin als einer auf experimenteller Naturwissenschaft aufgebauten Disziplin eigen ist.«

In dieser Situation, wie sie Peter *Bamm* schildert, steht der Arzt heute. Es gibt nun in der neueren Zeit seit Samuel *Hahnemann* (geboren 10. 4. 1755, gestorben 2. 7. 1843, 1810 Veröffentlichung des Organon der Heilkunde) die Therapie nach dem Ähnlichkeitsprinzip: Gleiches mit Gleichem zu heilen. Dieses Heilprinzip, das schon im Altertum in den Asklepios-Heiligtümern galt, ist in der Goethezeit gleichsam wieder entdeckt worden. Es ist das Parzival-Amfortas-Motiv: »Die Lanze, die die Wunde schlägt, vermag sie auch zu heilen«. Wir finden diesen Gedanken in der *Ilias*, wir finden ihn in der Philosophie des *Sokrates:* »Erkennen heißt Erinnern«. *Goethes* Organlehre folgt diesem Prinzip: »Wär nicht das Auge sonnenhaft, die Sonne könnt' es nie erblicken, lebt nicht in uns des Gottes eigne Kraft, wie könnt uns Göttliches entzücken.« Der Gedanke findet sich schon bei *Plotin*.

Eine neu erwachende monistische einheitliche Menschen- und Weltanschauung steht hinter der neuen Lehre der Medizin. Wenn *Goethe* z. B. seinem Besucher *Falk* beim Abschied ein Stück Granit (Urgestein) überreicht mit den Worten:

»Da nehmen Sie den alten Stein zum Andenken von mir. Wenn ich je ein älteres Gesetz in der Natur auffinde, so will ich Ihnen auch ein Exemplar davon verehren . . .
Glauben Sie nur, hier ist ein Stück von der ältesten Urkunde des Menschengeschlechtes.«

Der Beitrag der anthroposophischen Forschung für die Entwicklung einer menschengemäßen Medizin besteht in der Wiederbelebung eines Welt- und Menschen-Bildes, in der Erneuerung ältester Weisheitslehren und -praktiken, das den Menschen nicht neben oder außerhalb oder über die Natur, neben oder über die planetarische und kosmische Schöpfung gestellt sieht, sondern mitten in ihr als wesenhafte Seelenachse ihrer Entwicklung als einer Einheit, jedoch mit einer zentralen Besonderheit: Der Mensch nimmt teil an den Gestaltungen der Natur, des Mineral-, Pflanzen- und Tierreichs, ohne ein Teil davon zu sein. Das Auftreten der Naturreiche, ihrer scheinbar zufälligen Mannigfaltigkeit der Arten und Formen, ihren extremen Einseitigkeiten, sind vom Standort des Menschen aus gesehen Sondertendenzen der Schöpfung, abweichend von einem Urbild, von einem Gesamtplan, der im Menschen wieder auf seinen ursprünglichen harmonischen Zusammenhang hinzielt.

So hat *Rudolf Steiner*, der Begründer der von ihm »Anthroposophie« genannten Erkenntniswissenschaft, bereits zu Beginn der 20er Jahre darauf hingewiesen, daß das Karzinom primär kein zelluläres Problem sei, d.h. keine ursprüngliche Erkrankung der Zelle, sondern ein Versagen der Gesamtordnung des Organismus und – im Bereich des betroffenen einzelnen Organs – der Gestalt- und Ordnungspotenz der Zellperipherie. Heute wissen wir, daß die Krebszelle aus dem übergeordneten immunologischen System des Organismus ausbricht, nicht mehr als fremd erkannt wird, sich verselbständigt und sich infiltrativ wachsend gegen die umgebende Organstruktur ziellos vermehrt. Zelle und Umgebung stehen in einem Gleichgewicht. Die Ganzheit als Ordnung versagt bei der Krebskrankheit. Wiederum werden wir an dieser Stelle auf die weltanschauliche Frage verwiesen: Welche Instanz, welche Energie ist Träger der Ganzheit? Wo finden wir die integrierende Einheit in den sich verselbständigenden Naturprozessen, die wir Krankheit nennen?

Der Mensch als Naturforscher, als Arzt und Therapeut findet den geistigen Zusammenhang in den getrennten Naturreichen, Mineral, Pflanze und Tier, nur in sich selbst wieder. In ihm und durch ihn allein ist der gemeinsame Ideenkosmos der Schöpfung tätig und anschaubar. Aus dieser Sicht hat Krankheit die Bedeutung eines sich Verselbständigens, eines Herausfallens bestimmter Naturprozesse aus der Harmonie der menschlichen Gesamtordnung, die wir als »Gesundheit« bezeichnen können. Naturprozesse, wie sie sich im Mineral-, Pflanzen- und Tierreich isoliert ausgeprägt und verselbstän-

digt haben, nehmen als pathologische Sondertendenzen (gleichsam als innere Naturprozesse) im Menschen selbst in einseitiger Weise überhand.

Hier schlägt die anthroposophische Menschenkunde die Brücke zum Verständnis der Homöopathie, aber auch zur Psychosomatik eines *Viktor von Weizsäcker.*

Beispiel:

> Wir tragen vom Ursprung der Evolution her den Kieselprozeß in uns, (es sei an die Worte *Goethes* über den Granit erinnern) im embryonalen Bindegewebe, im Mesenchym, das den gesamten Organismus mit seiner lebendigen flüssigen Grundsubstanz durchströmt. Mit den Kieselkräften hängt die menschliche Wärmebildung und die Gestaltung der Organe und deren Einordnung in die Ganzheit der Menschengestalt zusammen. Die Wärmeorganisation und Ichgestalt ist ein innerer Kräfteorganismus, der sich des Kieselprozesses bedient. Ständig muß überschüssige Kieselsubstanz ausgeschieden werden, damit die Lebens- und Umwandlungsprozesse, die innermenschliche und die organische Entwicklung gewährleistet sind. Ein Überhandnehmen des Kiesels, ein Erhalten des Kieselprozesses führt zur inneren Erstarrung. Die Bindegewebsorgane trocknen aus, die Haut wird pergamentartig trocken, rissig, faltig. Der Patient hat ein Gefühl der Eiseskälte von innen heraus. Er kann nicht genug äußere Wärme zugeführt bekommen. Die Assimilation, der Substanzaufbau ist zu schwach, die Entgiftung unvollständig. Jeder geringfügigen Erkältung oder Infektion von außen ist er ausgeliefert. Das Kieselarzneimittelbild ist entstanden.

Medizin am Scheideweg

Die Medizin versäumt ihre Mission, wenn sie weiterhin glaubt, dem Menschen helfen zu können, indem sie Krankheiten als Betriebsstörungen auffaßt und sie nicht als Bedingungen seines Schicksals, seiner Entwicklung erkennt. Der Arzt hat die Aufgabe, Erkrankungsmöglichkeiten des Menschen als eine Mitgift zu erkennen, die mit seinem Erdenschicksal aufs Engste verbunden ist. In der ständigen Überwindung der inneren Sondertendenzen, der inneren Einseitigkeit entfaltet der Mensch erst sein wahres geistiges Wesen. Er ist ein wahrer Wanderer zwischen zwei Welten, zwischen kosmischer Einheit und Allgemeingültigkeit geistiger Ideen und irdischer Differenziertheit, Vielfalt und Mannigfaltigkeit. An beiden Bereichen hat er Anteil. Er ist das merkuriale Wesen, das die beiden Welten miteinander versöhnt. Die Überwindung der Krankheit hängt mit der zu erringenden inneren Selbständigkeit und Freiheit des Menschen zusammen. Wir drohen im aufrechten Gang ständig zu

fallen. In der Überwindung dieser Tendenz entfalten wir die Aufrichtekräfte. Dies kann ein Bild sein, aber ein reales Bild menschlicher Wesenheit. Die Biographie des Menschen ist das Schicksalsfeld seiner seelisch-geistigen Wirksamkeit und Persönlichkeitsentfaltung. Dieses Lebens- und Schicksalsfeld ist nicht auf die eigene Körperlichkeit, auf Familie, Beruf und Freundeskreis beschränkt. Sowohl das allgemeine soziale Leben als auch das Schicksal der uns umgebenden Natur, ja unserer ganzen Erde, hängt von dem Verhalten des Menschen ab. Was über die Krankheitstendenzen im Menschen gesagt wurde, gilt auch letzten Endes hier. Das Verhältnis zur Krankheit ist zugleich die Frage, wie die Medizin in Zukunft das Krankheitsgeschehen im Zusammenhang erkennen kann mit der menschlichen Entwicklung. Mit dem Menschen als einem in die Zukunft weiterschreitenden Wesen hängt auch unser soziales Schicksal und schließlich das Schicksal dieses Planeten ab. Diese Tatsache läßt sich nicht mehr aus dem Bewußtsein der Menschheit verdrängen. Die Ärzte haben sich zu entscheiden, ob sie sich zu Anwälten des Menschen machen wollen, ob sie sich für den Menschen, für seine Entwicklung und für sein Leben auf dieser Erde verantwortlich fühlen wollen oder ob sie seinen Untergang mit beschleunigen. Vor dem Arzt, der sich als Therapeut fühlt, steht eine weitaus größere Aufgabe, als nur dem einzelnen in seiner Krankheit beizustehen, sein Leiden zu lindern oder zu heilen.

Am Arzneimittelgesetz, das am 5. Mai 1977 vom 7. Deutschen Bundestag angenommen wurde, ist es sichtbar geworden, daß heute zwei medizinische Weltanschauungen miteinander um die Zukunft des Menschen ringen: Die naturwissenschaftliche aus dem 19. Jahrhundert und die ethisch-geistige Weltanschauung, die ihre Wiederbelebung durch die Forschungen Rudolf *Steiners* in unserer Zeit erfahren hat.

Die hygienisch-soziale Aufgabe der Medizin heute und in nächster Zukunft ist im Kampf um die Formulierung des Arneimittelgesetzes deutlich zutage getreten. Es seien deshalb die Ausführungen über das Thema: Medizin am Scheideweg – der Beitrag der anthroposophischen Forschung zu einer menschengemäßen Medizin – abgeschlossen mit einem Blick auf das Ungewöhnliche und Erstmalige dieser ebenso politischen wie geistigen Auseinandersetzung:

Zunehmend war – von pharmakologischer Seite unbeabsichtigt – die Frage nach dem Menschenbild in den Argumenten aufgetaucht. Es ging dabei vor allem um den statistischen, objektiv-naturwissenschaftlichen Nachweis der therapeutischen Wirksamkeit einer Substanz, und damit um die Frage »Was ist ein Heilmittel?«. An diesem Problem entzündete sich die Diskussion. Die Politiker konnten nur erstaunt das Hin und Her der Argumente verfolgen, die auf der einen Seite von der naturwissenschaftlich orientierten Weltanschauung der Medizin ausgingen, auf der anderen Seite von einem ethisch-morali-

schen Menschenbild. Hier ein Krankheitsbegriff, der sich an die harten, mittels Labordaten objektivierbaren Symptomenkomplexe hält, dort die Krankheit als Ausdruck der gestörten, geschwächten und fehlgeleiteten seelisch-geistigen Organisation des Menschen, untrennbar verwoben mit seiner besonderen, einmaligen Biographie.

Man darf nachträglich sagen: Zum ersten Male haben Politiker bei ihren gesetzgeberischen Überlegungen über den Problemkreis Krankheit und Heilung den unlösbaren Zusammenhang der Wesensnatur des Menschen mit der rechtlich-sozialen Ordnung voll ins Auge gefaßt. Die Gewissensentscheidung von Patient und Arzt wurde zum Leitgedanken aller weiteren Rechtsregelungen auf dem Gebiet des Arzneimittelrechts. In Verfolgung dieses Gedankens wurde die Trennung von staatlich-politischer Kompetenz und ärztlich-wissenschaftlicher Zuständigkeit auf dem Gebiet des Heilwesens als Ordnungsgrundsatz erkannt und in den Empfehlungen des Bundestagsausschusses auch formuliert:

> »Nach einmütiger Auffassung des Ausschusses kann und darf es nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein, durch die einseitige Festlegung bestimmter Methoden für den Nachweis der Wirksamkeit eines Arzneimittels eine der miteinander konkurrierenden Therapierichtungen in den Rang eines allgemein verbindlichen ›Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse‹ und damit zum ausschließlichen Maßstab für die Zulassung eines Arzneimittels zu erheben. Der Ausschuß hat sich vielmehr bei der Beschlußfassung über die Zulassungsvorschriften insbesondere bei der Ausgestaltung der Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis, von der politischen Zielsetzung leiten lassen, daß sich im Zulassungsbereich der in der Arzneimitteltherapie vorhandene Wissenschaftspluralismus deutlich widerspiegeln muß«.

Den Politikern ist damit klar geworden, daß es stets eine weltanschauliche Frage ist, welche Bedeutung man dem Krankheitsgeschehen beimißt und was man unter Heilung verstehen will. In einem Land, das die Würde des Menschen, ihre Achtung und ihren Schutz dem Rechtsstaat anvertraut, ja ihm zur Aufgabe macht, das die freie Entfaltung der Persönlichkeit und die kulturellen Freiheitsrechte in seiner Verfassung verankert, sind alle Fragen, die den Menschen selbst betreffen, in seine persönliche autonome Gewissensentscheidung gestellt. Es ist damit ein Ordnungsprinzip erstmalig bewußt in einem Gesetzgebungsverfahren berücksichtigt, das der Idee der Dreigliederung des sozialen Organismus, wie sie in dieser Form von Rudolf *Steiner* zum ersten Mal formuliert wurde, voll entspricht. Die Entscheidung über Krankheit und Heilung wurde dorthin zurückgegeben, wo sie ihren Ursprung hat: in den persönlichen und sozialen Schicksalsumkreis des einzelnen Menschen. Er übernimmt die Verantwortung über sich selbst. Sie ist wesentlicher Teil seines

Selbstbestimmungsrechtes. Dieses Selbstbestimmungsrecht hat zur Voraussetzung die Anerkennung der Einsichtsfähigkeit des Menschen in seine eigenen Lebensfragen. Dem eigenen Denken, dem eigenen Erkenntnisstreben kommt damit eine zentrale Bedeutung in der Lebens- und Schicksalsgestaltung des Menschen zu. *Goethe* spricht dies mit folgenden Worten aus, mit denen die Ausführungen abgeschlossen werden sollen:

»Und wenn mich am Tag die Ferne
blauer Berge sehnlich zieht,
nachts das Übermaß der Sterne
prächtig mir zu Häupten glüht,
alle Tag und alle Nächte
rühm ich so des Menschen Los,
Denkt er ewig sich ins Rechte,
Ist er ewig, schön und groß.«

Gedanken zur Strukturreform im Gesundheitswesen

Historische Entwicklung

Karl Heinz Gebhard

In früheren Zeiten gab es immer Arme, die sich einen Arzt nicht leisten konnten. Sie wurden deshalb entweder umsonst behandelt oder die Gemeinden honorierten die ärztliche Arbeit mit einem bescheidenen Beitrag. Rademacher schildert diese Verhältnisse sehr deutlich in seiner Erfahrungsheilkunde. Dies war natürlich ein unbefriedigender Zustand. Deshalb führte Bismarck für diese Bevölkerungsgruppe, die sich gegen die Risiken von Krankheit und Alter weder versichern konnte noch wollte, zwangsweise eine Krankenversicherung ein, die im damaligen Deutschen Reich etwa 10% der Bevölkerung umfaßte. Sie war so konstruiert, daß die Versicherten gegen einen Bezugsschein, Krankenschein genannt, vom Arzt kostenlos behandelt wurden und auch in den Apotheken die Medikamente kostenfrei erhielten. Die Honorare, die die Ärzte bekamen, waren sehr niedrig. Dies änderte für den einzelnen Arzt jedoch nichts an den Verhältnissen, wie sie vorher bestanden hatten, da ja nur 10% der Bevölkerung zwangsversichert waren, die anderen aber privat von ihm behandelt wurden. So konnte er nebenbei noch als Kassenarzt tätig sein.

Dies wurde nach dem Zweiten Weltkrieg aber grundlegend anders, als nämlich die Zwangsmitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung auf immer weitere Bevölkerungskreise ausgedehnt wurde, indem man die sogenannten Versicherungspflichtgrenze jährlich erhöhte. So sind heute 90% der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik zwangsweise krankenversichert. Diese zahlen zum Teil erhebliche Beiträge. Die sozialen Abgaben machen heute bis etwa 38% des Einkommens aus. Bei diesen Summen ist es verständlich, daß sich bei den Versicherten eine Einstellung entwickelte, die Helmut Schöck als »Herausholeffekt« bezeichnet hat. Der Arzt ist dabei in einer mißlichen Lage. Auf der einen Seite soll er die Interessen des Patienten vertreten, auf der anderen Seite aber auch darauf achten, daß keine unnötigen Krankenkassenleistungen entstehen und die ganze Behandlung möglichst preiswert abläuft. Befriedigt er die Anspruchshaltung des Patienten, gerät er in Konflikt mit der Krankenkasse, die ihn finanziell haftpflichtig macht, was als Regreß bezeichnet wird. Wehrt er unberechtigte Ansprüche des Patienten ab, besteht andererseits die Gefahr, daß dieser sich einen neuen Arzt sucht. Hinzu kommt, daß die Arzthonorare zwar erhöht wurden, aber im Prinzip noch immer dem früheren Armentarif entsprechen. Um ein angemessenes Einkommen zu erzielen, mußte der Arzt deshalb auf technische Leistungen ausweichen, die höher honoriert wurden, oder die Zahl der Patienten vermehren,

was nur durch eine Verkürzung der Zeit möglich war, die er dem einzelnen Kranken widmen konnte. Dies führte teilweise zur sogenannten Drei-Minuten-Medizin.

Systembedingte Folgeerscheinungen

1. Störungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigungen sind Partner und Zwischenstationen bei dem Verhältnis Arzt-Patient. Dadurch wird dieses z. T. gestört und die Freiheit von Arzt und Patient eingeschränkt. Da es sich um ein reines Sachleistungsprinzip handelt, hat der Patient keinerlei Vorstellung von den durch ihn verursachten Kosten und auch nicht vom Wert der ärztlichen Arbeit.

Wie bei allen Bezugsscheinsystemen, die wir ja im Kriege jahrelang erlebten, hat der Patient selbst das Gefühl, daß er teilweise auf Krankenschein nicht optimal behandelt wird. So kann man öfter die Worte hören: »Herr Doktor, wenn es die Kasse nicht bezahlt und wenn es etwas besonders Gutes ist, dann sagen Sie es mir bitte, das zahle ich selber.« Solche Äußerungen zeigen, welches Mißtrauen die Patienten in das eigene Kassensystem haben, von dem sie im Grunde nichts Optimales erwarten. Dies stimmt mit der allgemeinen Lebenserfahrung überein, daß kostenlose Leistungen immer geringer bewertet werden, selbst wenn sie lange vorher bezahlt wurden. Eine direkte Bezahlung im unmittelbaren Bezug zu der erbrachten Leistung ist psychologisch immer günstiger.

2. Kostensteigerung

Seit Jahren wird über die wachsenden Kosten des Gesundheitswesens geklagt. Zweifellos ist daran auch der technische Fortschritt in der Medizin beteiligt, der natürlich seinen Preis hat. Auch die starke Vermehrung des Personalbestandes in den Krankenhäusern mußte ganz massiv auf die dortigen Kosten durchschlagen. Andererseits ist die Kostensteigerung aber auch systembedingt. Dies kann man sich am besten an einem Vergleich mit der Autoversicherung klarmachen: Wenn der Staat eine Zwangsvollkaskoversicherung ohne Selbstbeteiligung für alle Autobesitzer verordnen würde, wären die Werkstätten bald mit Bagatellschäden überfüllt, zumal die Autobesitzer auch eher eine Schramme an ihrem Auto riskierten, da die Versicherung ja doch alles zahlen müßte. Die Folge davon wäre, daß die Arbeit in den Werkstätten immer schlechter, die Versicherungsprämien ständig steigen würden. Genau dies ist aber die Situation der gesetzlichen Krankenversicherung, wo ein ganz ähnlicher Mechanismus existiert.

3. Mißbrauch der gesetzlichen Krankenkasse für politische Zwecke

Sozialpolitiker sind in der Regel Anhänger des Gleichheitsgedankens der Französischen Revolution. Er wird von ihnen allerdings völlig mißverstanden, da es ja nur eine Gleichheit vor dem Gesetz geben kann. Sonst sind alle Menschen total ungleich. So wird z.B. ein Unmusikalischer trotz bester äußerer Bedingungen niemals das Geigenspiel erlernen können. Dennoch träumten die Sozialpolitiker von der klassenlosen Gesellschaft gleicher Menschen. Dazu gehört auch, daß möglichst alle in einer gesetzlichen Zwangsversicherung erfaßt werden. Dies sollte nach Möglichkeit eine Einheitsversicherung nach östlichem sozialistischem Vorbild sein, wie auch schon die Forderung nach einer Einheitsgrundrente für alle unabhängig von der Arbeit laut wurde. Hier liegen auch die Gründe für die ständige Anhebung der Versicherungspflichtgrenzen.

Da Politiker in einer Demokratie gewählt werden müssen, bemüht man sich, den Wähler durch sogenannte Wahlgeschenke günstig zu stimmen. Da die öffentlichen Kassen inzwischen leer sind und hohe Defizite aufweisen, haben die Sozialpolitiker die gesetzliche Krankenversicherung als Füllhorn für solche Wahlgeschenke entdeckt. Ein Beispiel dafür ist die Abtreibung aus nichtmedizinischen Gründen auf Krankenschein. Sie kostet die Kassen jedes Jahr 250 Millionen Mark; ein zweites stellt das Sterbegeld dar. Dies verursacht Kosten von 2 Milliarden Mark pro Jahr. Es handelt sich hierbei um reine Wahlgeschenke, die mit dem Sinn und Zweck einer Krankenversicherung nicht das geringste zu tun haben.

4. Das einseitige Wissenschaftsverhältnis

Die moderne Medizin versteht sich als naturwissenschaftliche Medizin und übersieht dabei, daß der Mensch ein mehrdimensionales Wesen ist. Sein Körper unterliegt teilweise den Gesetzen der Naturwissenschaft. Geist und Seele können aber nur geisteswissenschaftlich betrachtet werden. Ein Teil der Medizin geht bis in das Gebiet der Theologie hinein. Das einseitige Wissenschaftsverständnis der modernen Medizin hat zu einer völligen Überschätzung der Technik in Diagnostik und Therapie geführt und dadurch natürlich den Kostenschub in den Praxen und Krankenhäusern angeheizt. Von 100 Patienten werden nur 1% in den Universitätskliniken, 5% in Krankenhäusern und der Rest in den Arztpraxen behandelt. Bei etwa 90% aller Kranken läßt sich die Diagnose mit Hilfe einer guten Anamnese und klinischen Untersuchung mit den fünf Sinnen des Arztes stellen. Erst für die übrigen werden technische Einrichtungen benötigt. In der Praxis werden heute aber 80% aller Patienten mit technischen Geräten untersucht, was die Preise natürlich hochtreiben muß. Das liegt auch daran, daß die angehenden Ärzte auf den Univer-

wird und nicht kostendeckend sein muß. Eventuell fehlende Beträge werden dann von der Steuerkasse übernommen. Personen, die zwischen DM 2000,– und 4000,– verdienen, werden nach dem Vorbild der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten versichert. D.h. sie zahlen die Arzt-Medikamentenkosten zu 100% selbst. 80% werden von der Krankenkasse erstattet. Auch für diesen Personenkreis könnte ein Sondertarif vereinbart werden, ähnlich wie für die Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten, was jetzt schon der Fall ist. Wer mehr als DM 4000,– Monatseinkommen hat, muß eine Privatversicherung nachweisen.

Bei einer solchen Lösung wären gleich mehrere Probleme vom Tisch:

Die Kostentransparenz ist wieder vorhanden. Der Patient erhält die Rechnung, er weiß damit, was die Arbeit des Arztes und auch die Medikamente kosten. Er kann auch feststellen, ob alle Leistungen richtig vermerkt worden sind. Dazu benötigt man keine Kontrollinstanz der Krankenkasse mehr und erst recht keinen Staatsanwalt.

Die bürokratischen Apparate bei den Krankenkassen könnten stark reduziert werden. Aber auch die kassenärztlichen Vereinigungen hätten weniger Bedeutung und könnten ebenfalls stark reduziert werden.

Der Bürger erhält ein Stück individueller Freiheit zurück. Seine Eigenverantwortung wird gestärkt, das Arzt-Patienten-Verhältnis wieder normalisiert.

Die Krankenkassenbeiträge würden deutlich sinken, da jetzt auch die Soziallasten und andererseits die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft steigen. Das könnte sich nachhaltig günstig auf die Arbeitslosenzahl auswirken.

Flankierende Maßnahmen

1. Die Prophylaxe muß gefördert werden. Das beginnt bereits in den Kindergärten, wird in der Schule fortgesetzt, an den Hochschulen, in der Bundeswehr. Überall da, wo die Möglickeit besteht, müssen junge Menschen auf den Wert und die Bedeutung gesundheitsbewußten Verhaltens hingewiesen werden.

2. Patient wie Arzt müssen wieder lernen, daß in der Therapie eine gewisse Hierarchie erforderlich ist. Sie läuft in folgender Weise ab:

Zunächst muß der Patient schädliche Lebensgewohnheiten ablegen. Er muß sich selbst als aktiver Partner des Arztes empfinden.

Es folgen dann naturgemäße Heilmittel wie richtiger Einsatz von Ruhe und Bewegung, Umstellung der Diät, Anwendung von Licht, Luft und Wasser.

Erst an dritter Stelle folgen die Medikamente, wobei man möglichst mit den Verfahren der Regulationstherapie, besonders Phytotherapeutika, Homöopathika und den Mitteln der anthroposophischen Medizin beginnt.

Erst wenn dadurch eine Heilung nicht zu erzielen ist, folgen die stark wirkenden Mittel der klinischen Medizin.

Ein solches Vorgehen ist aber nur dann möglich, wenn bereits der Medizinstudent alle diese Therapiemöglichkeiten kennenlernt, was bis heute noch nicht der Fall ist. Das bedeutet eine wesentliche Umstrukturierung des heute noch gültigen Lernzielkatalogs sowie des Lehrangebots. Wir brauchen Lehrstühle für Naturheilverfahren und mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin, damit bereits der Medizinstudent sich mit den Problemen vertraut machen kann, die in der Praxis auf ihn warten.

Schlußfolgerung

Gesundheitspolitik darf nicht ideologisch motiviert sein. Sie muß sich leiten lassen von der realen Erkenntnis, was der Mensch wirklich ist und wie er reagiert. Auf dem Weg dahin wird es viele Schwierigkeiten und Widerstände geben. Die Sozialpolitiker befreunden sich ja nur ungern mit der Vorstellung eines wirklich mündigen Bürgers, der selbstverantwortlich über seine Gesundheit wacht und in der Krankheit die notwendigen Entscheidungen für seine Heilung selbst trifft. Auch an den Hochschulen wird die Einsicht in diese Zusammenhänge noch wachsen müssen. Das aber sollte uns alles nicht abschrekken, an diesem Ziel weiterzuarbeiten und ihm mindestens in kleinen Schritten näherzukommen.

Reform oder Ruin?

Die Strukturreform im Gesundheitswesen aus der Sicht der Wirtschaftwissenschaft)*

Walter Kraemer

Mag es der geplanten Strukturreform im Gesundheitswesen auch an manchem mangeln – Kritiker hat sie genug. Jedoch können diese kaum jemals ihre eigenen materiellen Interessen verleugnen, wie hoch auch immer sie das Banner des Patientenwohls vor sich hertragen mögen.

Das ist durchaus nicht herabwürdigend gemeint. Interessenvertreter sollen Interessen vertreten. Dazu sind sie da. Darüber hinaus hat die Qualität eines Arguments nichts mit der Motivation des Argumenteurs zu tun.

Andererseits können Interessenvertreter oft nicht so reden wie sie wollen. Dieses Privileg genießen vor allem »freischwebende« und »niemandem so recht verantwortliche« Hochschullehrer, und genau diese Narrenfreiheit möchte ich im weiteren in Anspruch nehmen.

Mein Thema ist dabei »Reform oder Ruin: Die Strukturreform der *Gesetzlichen Krankenkassenversicherung (GKV)* aus der Sicht der Wirtschaftswissenschaften«. Diesen Titel habe ich von Norbert Blüm, aus seiner Erklärung vor dem Bundestag vom 4. Dezember 1987: *»Unsere gute alte Krankenversicherung kann nur erhalten werden, wenn sie reformiert wird. Wer nicht reformiert, der ruiniert; ohne Reform folgt der Ruin.«* Der Wahrheitsgehalt dieser Behauptung wäre sehr leicht herauszufinden, nämlich indem man die Dinge weiterlaufen ließe wie gehabt. Ich glaube, Norbert Blüm würde recht behalten. Der finanzielle Kollaps der GKV wäre nur noch eine Frage der Zeit. Ein Reformbedarf ist also unbestritten vorhanden.

Die nächste Frage ist dann: wenn Reform, *wie* soll reformiert werden. Hier ist das Meinungsbild schon weit gespaltener. Dazu will ich im weiteren auch garnicht Stellung nehmen. Ich will mich auf zwei Fragen beschränken:

Haben die Strukturreformer die Grundproblematik unseres Gesundheitswesens richtig erkannt?

Sind die vorgesehenen Maßnahmen wirklich geeignet, die angestrebten Ziele – Kostenkontrolle bei gleichzeitiger Sicherung oder gar Steigerung der Versorgungsqualität – zu erreichen?

Das eine ist das Problem der korrekten Diagnose, das andere das Problem der geeigneten Therapie. Beides sollte man auseinanderhalten.

*) Vortrag gehalten anläßlich der gesundheitspolitischen Tagung der Hanns-Seidel-Stiftung in Wildbad-Kreuth, im Januar 1988

*

Es besteht für mich kein Zweifel daran, daß die geplante Strukturreform unser Gesundheitswesen ohne Schaden für die Versorgungsqualität effizienter machen kann. Die rund 250 Milliarden Mark, die wir derzeit jährlich für unsere Gesundheit ausgeben, werden bei weitem nicht optimal verwendet. Für das gleiche Geld könnten wir mehr Gegenwert bekommen oder anders ausgedrückt: das aktuelle Versorgungsniveau wäre auch billiger zu haben. Viele der geplanten Teilmaßnahmen waren lange überfällig. Der Leistungskatalog der GKV quillt über von Dingen, die darin nichts zu suchen haben. Das Sterbegeld etwa mag zu einer Zeit sinnvoll gewesen sein, als kein Arbeiter sich ein »normales « Begräbnis leisten konnte. Heute ist es ein absoluter Anachronismus, nützlich allein zur Alimentation eines überaus einträglichen Bestattungsgewerbes. Viele Kuren oder Heil- und Hilfsmittel wie Bäder und Massagen haben überwiegend Konsumgutcharakter und in der GKV nichts zu suchen. Auch der Rausschmiß der Fahrgelderstattung war an der Zeit. Allein die jährlichen Taxifahrten der Versicherten kommen die GKV doppelt so teuer zu stehen wie die gesamte für die 90er Jahre erwartete jährliche Belastung durch AIDS – mehr als eine halbe Milliarde Mark.

Da Taxi- und Bestattungsunternehmer in Bonn nicht die Lobby haben wie andere Anbieter von GKV-finanzierten Leistungen, gebe ich diesen Reformplänen auch gute Realisierungschancen (zumindest dachte ich das; wie ich mittlerweile erfahren mußte, stammt der erste Protestbrief, der nach Bekanntwerden der Reformpläne im Bonner Arbeitsministerium einging, von einem Bestattungsunternehmer).

Wäre ich Norbert Blüm, würde ich sogar noch einen Schritt weitergehen und die komplette zahnmedizinische Versorgung aus der GKV entfernen. Das funktioniert anderswo, etwa in der Schweiz, sehr gut, ohne Schaden für die Zahngesundheit, und ist einem der reichsten Völker dieser Erde durchaus zuzumuten. Die Zahnmedizin ist der mit Abstand ineffizienteste Sektor unseres gesamten Gesundheitswesens und könnte eine drastische Marktwirtschaftskur gut gebrauchen.

Es gibt einen einfachen Test, ob diese Abmagerung des Leistungskatalogs wirklich die Effizienz erhöht: Bezahlen die Patienten diese Leistungen dann aus eigener Tasche, oder verzichten sie darauf. Im ersten Fall hätte sich nur der Finanzierungsmodus geändert. Die Patienten zahlen direkt statt per Umweg über die Krankenversicherung. Die GKV würde zwar entlastet, aber von einer höheren volkswirtschaftlichen Warte aus wäre alles beim alten geblieben. Im zweiten Fall dagegen, und das ist die Reaktion, die ich erwarte, hätten wir ein Indiz, daß die Mittel vorher verschwendet worden sind. Wer mit dem Bus statt mit dem Taxi zum Doktor fährt, weil er die Fahrt selbst bezahlt, und

für das gesparte Geld ins Kino geht, hat im Sinn der ökonomischen Wohlfahrtstheorie seinen Nutzen erhöht.

Auch andere Detailmaßnahmen, wie Festbeträge für Arzneien und Heil- und Hilfsmittel, oder Beitragsrückgewähr bei Leistungsverzicht, kann man von einer wirtschaftswissenschaftlichen Warte nur begrüßen. Auf gut Deutsch ist das ja nichts anderes als eine seit Jahren von Ökonomen fast unisono geforderte Selbstbeteiligung. Wenn es überhaupt eine gesundheitspolitische Reform gibt, die auf die Zustimmung nahezu aller sachkundigen Wirtschaftswissenschaftler rechnen darf, dann diese *Selbst- oder besser Direktbeteiligung*. Leistungsabgabe zum Nulltarif, ob im Gesundheitswesen oder anderswo, ist nichts als eine einzige Aufforderung zu Korruption und Mißwirtschaft. Ein solches System funktioniert nur im Himmel, unter lauter Engeln, aber nicht auf dieser Erde.

Prävention keine Entlastung

Daher kann ich als Ökonom dem Gejammer vieler Anbieter über die geplanten Festbeträge nicht das geringste Verständnis entgegenbringen. Ich lese von »Unverständnis und Empörung« in der Pharmaindustrie, von Protesten der Heil- und Hilfsmittelproduzenten, von sogenannten »Sonderopfern«, vom »Todesstoß für die Arzneimittelforschung« und ähnlichen Greueln mehr. Was bedeuten diese Klagen: Sie sind doch ein einziges Armutszeugnis. Wer jammert, weil die Krankenkassen künftig für seine Produkte weniger zahlen wollen, geht doch offenbar wie selbstverständlich davon aus, daß eben diese Produkte nur zum Nulltarif an den Verbraucher zu bringen sind. Dabei ist es doch auch weiterhin niemandem verboten, das teuerste Medikament, die teuerste Brille oder den teuersten Rollstuhl zu kaufen, den es gibt. Man stelle sich doch einmal vor, die Firma BMW könnte ihre Autos nur noch absetzen, wenn die Gesetzliche Krankenversicherung die Kosten übernähme! Sollte das wirklich einmal soweit kommen, dann muß die Firma eben pleite gehen. Das gehört zu einer Marktwirtschaft genauso dazu wie Gewinn und Erfolg. Vielleicht kann mir ein Vertreter der Pharmaindustrie einmal erklären, warum es hier zwischen den verschiedenen Sektoren einer Volkswirtschaft Unterschiede geben soll. Aber er komme mir nicht mit Arbeitsplätzen und dem Patientenwohl! Meine einzige Kritik an den geplanten Selbstbeteiligungsmechanismen ist: zu wenig, zu zaghaft, und zu spät. Denn Nulltarif macht süchtig. Er setzt den Verstand außer Kraft und ist viel leichter einzuführen, als später wieder abzuschaffen.

Auch eine drastische Selbstbeteiligung muß übrigens nicht dazu führen, daß Kranke stärker zur Kasse gebeten werden als ohne Selbstbeteiligung. Das sei allen denen gesagt, die an dieser Stelle gerne mit dem großen Solidaritäts-

knüppel jede sachliche Diskussion erschlagen. Bei gleichzeitig sinkenden Beiträgen muß die Belastung für niemanden zunehmen. Zwar profitieren die Gesunden mehr als die Kranken, aber auch die Kranken müssen nicht notwendig schlechter dastehen als vorher. Nur die Ungleichheit hat zugenommen. Wem das nicht paßt, der sollte Roß und Reiter nennen, und die Gleichheit als solche als sein eigentliches Ziel offenlegen. Auf keinen Fall kann man aber die Ablehnung von Selbstbeteiligung mit der Fürsorge für die Kranken begründen.

Ich will die übrigen Punkte des geplanten Maßnahmenkatalogs hier nicht im einzelnen kommentieren. Als Faustregel unter Ökonomen gilt: Was die Wahlmöglichkeiten der Akteure vermehrt, ist gut. Schlecht ist alles, was diese Wahlmöglichkeiten begrenzt. Nach diesem Schema kann jeder die Stellungnahme des typischen Wirtschaftswissenschaftlers zu den einzelnen Reformvorschlägen selbst bestimmen.

*

Was die Prävention betrifft, geben wir derzeit in Westdeutschland rund 150 Milliarden Mark im Jahr *für die Behandlung,* aber kaum 15 Milliarden Mark, das heißt weniger als ein Zehntel davon, *für die Verhinderung von Krankheiten* aus. Vielen erscheint das ein groteskes Mißverhältnis. Oft folgt dann die Forderung, durch mehr Prävention sowohl die Kosten zu senken als auch die Gesundheit der Menschen zu verbessern.

So einfach sind die Dinge aber leider nicht. Das gilt besonders für die erhoffte Kostenersparnis. Die umfangreiche Untersuchung von Leu und Schaub zu den Konsequenzen des Raucherverhaltens für die Gesundheitsausgaben in der Schweiz hat ergeben, daß Raucher, weil sie früher sterben, das Krankenkassenbudget eher entlasten. Genauso hat man einmal für die USA die Konsequenzen simuliert, wenn sämtliche der 600 000 jährlich vermeidbaren Todesfälle durch gesundheitsbewußte Lebensführung tatsächlich vermieden würden. Das Ergebnis war ebenfalls nicht sehr ermutigend.

Die Amerikaner würden im Durchschnitt zwei bis drei Jahre später sterben, und zwar in der Regel an Krankheiten, die teurer sind als die zunächst verhinderten, und die Gesundheitsausgaben gingen langfristig auf keinen Fall zurück.

Wenn also die Heilberufe aus dieser Richtung für ihre Standesinteressen Unheil wittern, so haben sie vollkommen recht damit.

Stellen Sie sich zur Illustration einmal vor, die aktuelle Menschheitsgeißel Krebs wäre erfolgreich wie vorher etwa die Pocken ausgerottet. Darüber wären alle froh, für die Finanzen der Krankenkassen wäre das aber die reinste Katastrophe, denn Krebs ist eine vergleichsweise »preiswerte« Todesursache. D. Henke, Hannover, hat einmal die direkten wie indirekten volkswirtschaft-

lichen Gesamtkosten verschiedener Krankheiten für Westdeutschland ermittelt, mit dem Ergebnis, daß Herz-Kreislauf-Krankheiten im Durchschnitt pro Todesfall 3mal soviel Ressourcen verschlingen wie Krebs, das heißt, in dem Ausmaß, wie Herz-Kreislauf-Krankheiten durch Elimination von Krebs notwendigerweise zunehmen müssen, wird auch unser Gesundheitswesen nicht billiger, sondern teurer. Man kann daher Prävention nicht mit Kostendämpfung begründen (und der Regierungsentwurf tut das übrigens auch nicht).

Schließlich habe ich auch noch Bedenken anderer Art, und die scheinen mir weitaus am wichtigsten. Zum Beispiel ist in Zukunft eine kassenfinanzierte zweijährliche Früherkennungsuntersuchung vorgesehen. Das ließe ich mir noch gefallen, auch wenn sogar Ärzte an dem medizinischen Nutzen solcher »Check-Ups« zweifeln, und deren Haupteffekt in der Zulieferung von Krankenscheinen für die niedergelassenen Ärzte zu sehen ist. Aber ich habe auch schon Stimmen vernommen, diese Check-Ups gesetzlich vorzuschreiben. Dann fehlte nur noch der TÜV-Stempel und wir hätten den totalen medizinischen Überwachungsstaat. Hier kämpfen linke Zwangsbeglücker und rechte Paternalisten Hand in Hand, und der Liberale steht einsam im Abseits.

Aus dem Recht *auf* kann sehr schnell die Pflicht *zur* Gesundheit werden, wie in totalitären Gesellschaften linker und rechter Couleur bereits gehabt. Nur allzuoft kommt der Große Bruder in der Maske des Wohltäters daher, und genau diese Gefahr sehe ich auch hinter einer verstärkten Prävention im Gesundheitswesen.

Was die Frage betrifft, ob die Bonner Strukturreformer das Grunddilemma des modernen Gesundheitswesens richtig sehen – das ist die Frage nach der korrekten Diagnose – dazu ist meine Antwort – *nein.* Eine grundlegende, wenn auch nirgends offen genannte Annahme der aktuellen Strukturreform ist, daß vor allem Verschwendung und Mißwirtschaft die Kostenexplosion im Gesundheitswesen anheizen. Nach Beseitigung dieser Übel, deren Existenz ich keineswegs bestreite, wäre das Gesundheitswesen wieder gesund. Diese Ansicht teile ich nicht. Das deutsche Gesundheitswesen, und ganz allgemein der moderne Medizinbetrieb, krankt nicht so sehr an seinen Fehlern, sondern viel mehr noch an seinen Erfolgen. Das Problem der modernen Medizin ist nicht, daß sie *zuwenig* kann, sondern daß sie *zuviel* kann. Wir ersticken an ihren »Wohltaten«. Nicht die Niederlagen, sondern die Triumphe der Medizin Kosten uns immer größere Teile des Sozialproduktes. Die in der Tat dramatische Ausgabenexplosion der vergangenen Jahrzehnte war in erster Linie eine notwendige Konsequenz einer ungeheuren medizinischen Bedarfsexplosion. Ob Herzschrittmacher, Dialyseautomat oder Computertomograph: Solange diese Dinge nicht erfunden sind, braucht auch keine Krankenkasse für die Kosten aufzukommen. Das Prinzip ist nur allzu einfach: Was nicht existiert,

kostet auch nichts. Wäre die Medizin auf der Entwicklungsstufe des letzten Jahrhunderts, bei Koch und Röntgen, Sauerbruch oder Semmelweiß, stehengeblieben, hätte es die sogenannte »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen nie gegeben.

In der modernen Medizin gibt es kein Ende der guten Dinge. Das ist der große Unterschied zu 1911, dem Geburtsjahr der immer noch gültigen Reichsversicherungsordnung. Damals konnte man jedem Bürger des Deutschen Reiches eine nach damaligen Verhältnissen optimale medizinische Versorgung, wenn nicht garantieren, so doch zumindest theoretisch versprechen. Ich schätze, maximal zehn Prozent des damals viel kleineren Sozialprodukts hätten dazu vollkommen ausgereicht. Tatsächlich betrug die Quote der Gesundheitsausgaben am Sozialprodukt damals kaum mehr als ein Prozent, soviel wie wir heute allein für unsere Zähne ausgeben.

Dagegen ist eine optimale Medizin für alle heute eine reine Illusion. Die Verhandlungsgrundlagen haben sich dramatisch verändert. Die seinerzeitigen Grundsätze sind heute nicht mehr durchzuhalten. Jede rationale Gesundheitspolitik hätte also bei der Erkenntnis anzusetzen, daß in Zukunft noch mehr als heute nicht mehr alles medizinisch sinnvolle auch finanziert werden kann. Dieses Eingeständnis jedoch sucht man im aktuellen Gesetzentwurf vergeblich.

Norbert Blüm kann tausendmal beteuern, unsere Krankenversicherung bezahle alles medizinisch Notwendige, und wenn es noch so teuer sei. Das sind leere Versprechungen. Ich zitiere aus seiner Erklärung vor dem Deutschen Bundestag: »Wer krank ist, dem muß geholfen werden. Dieser Grundsatz steht nicht zur Disposition. Heilung mit dem höchsten Standard des medizinischen Fortschritts. Niemand muß Angst haben, daß ihm nicht geholfen wird, weil er kein Geld hat; er bekommt die beste Medizin.« Ich weiß nicht, ob Norbert Blüm das selber glaubt. Auf jeden Fall ist die Maxime heute nicht mehr durchzuhalten.

Einige Beispiele: Dieser Tage war in der Presse zu lesen, wenigstens 6 Millionen Westdeutsche bräuchten eigentlich ein Hörgerät. Tatsächlich besitzen derzeit nur wenige Hunderttausend einen solchen Apparat. Bei einem aktuellen Durchschnittspreis von mehr als 1500 Mark pro Stück würde also allein diese eher marginale Gesundheitsverbesserung rund 10 Milliarden Mark verschlingen. Jedes Jahr sterben in Westdeutschland Dutzende von Herzpatienten, weil kein Geld für Kunstherzen* zur Überbrückung der Wartezeit vorhanden ist. Oder man stelle sich vor, morgen würde ein Heilmittel gegen AIDS entdeckt, mit Kosten pro Patient wie bei Bluterkranken, das heißt bis zu einer Million Mark im Jahr. Bei 100 000 Infizierten wären das 100 Milliarden Mark, fast das ganze Jahresbudget der GKV. Ich fürchte, dann würde sich Norbert Blüm nur ungern an seine heutigen Versprechungen erinnern.

Natürlich kann er das nicht offen zugeben. Er ist schließlich kein politischer Selbstmörder. Politiker wollen keine Wahrheiten predigen, besonders keine unangenehmen, sondern Wahlen gewinnen. Trotzdem fände ich es gut, wäre in der ganzen Begleitrhetorik zur Strukturreform etwas weniger von »optimaler Medizin für alle« und etwas mehr vom »Gürtel-enger-schnallen« die Rede. Unangenehme Wahrheiten verschweigen ist *eine* Sache; wissentlich oder fahrlässig das Gegenteil behaupten eine *andere*.

Einer Antwort auf die eigentliche Herausforderung jeder modernen Gesundheitspolitik, nämlich einer sich immer weiter öffnenden Kluft zwischen Bedarf auf der einen und Finanzierungsmöglichkeiten auf der anderen Seite, weicht die geplante Strukturreform entschlossen aus. Das Zauberwort heißt dabei »medizinisch notwendig«. Für Norbert Blüm gibt es offenbar nur zwei Arten von Gesundheitsgütern: die medizinisch notwendigen und die medizinisch nicht notwendigen.

Die Dinge sind in Wahrheit viel komplizierter. Es gibt ein Kontinuum von eindeutig notwendigen Gesundheitsgütern am einen Ende bis hin zu medizinisch zweifelhaften, nutzlosen oder gar schädlichen Dingen am anderen Ende der Skala. Dialysebehandlung von Nierenkranken oder die meisten Maßnahmen der Unfallchirurgie etwa sind wohl eindeutig medizinisch notwendig. Ganz am anderen Ende der Skala haben wir dann Dinge wie das therapeutische Reiten. Ich überlasse es zum Beispiel jedem selbst, das Angebot der Heilpraktiker in dieses Kontinuum einzuordnen.

Ein solches Kontinuum existiert, und jede Trennung zwischen medizinisch sinnvoll und medizinisch nutzlos ist mehr oder weniger willkürlich.

Die Definition von Norbert Blüm ist dabei wie folgt: medizinisch sinnvoll ist das, was finanzierbar ist. Daraus folgt dann der beruhigende Umkehrschluß: alles medizinisch Sinnvolle wird auch finanziert.

Diese Definition erinnert mich an die Ausbeutung der Arbeiter im Kapitalismus. Wenn Sie einen Marxisten fragen, was Kapitalismus ist, können Sie zuweilen hören: ein System, das die Arbeiter ausbeutet. Daraus folgt dann der unwiderlegbare Umkehrschluß: im Kapitalismus werden die Arbeiter ausgebeutet.

*

Auf die ständig wachsende Kluft zwischen Verheißung und Erfüllung in der Medizin (um eine Formulierung von Rainer Flöhl zu gebrauchen) gibt es nur eine Antwort und die heißt *Rationierung*.

Ich verwende mit Absicht das böse Wort »Rationierung«, statt wie üblich auf weniger provokante Weise, um diese in der Tat sehr heiße Frage herumzureden. Rationierung heißt, die Produktion von Gesundheitsgütern wird nicht

bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt, oder einfacher ausgedrückt: es werden an sich sinnvolle und erfolgversprechende Diagnosen und Therapien aus Kostengründen unterbleiben. Das gab es auch früher schon – ich erinnere an die Warteschlangen in der Herzchirurgie oder an die Verteilung knapper Dialyseplätze in den 60er Jahren –, aber im Gegensatz zu früher sehe ich keine Möglichkeit, diese Zwänge durch zusätzlichen Mitteleinsatz grundsätzlich abzuschaffen. Das künftige Motto der Medizin wird im Gegenteil immer deutlicher »Management des Mangels« sein.

Wegen der Explosion des medizinisch Machbaren steht dabei längst nicht mehr das *ob*, sondern nur noch das *wie* zur Debatte. Wie dieses Problem auf humane Weise, ohne Abgleiten in Denkweisen, die auf die Veterinärmedizin beschränkt bleiben sollten, zu lösen ist, das ist ein Thema für sich. Rationierung kann zwar, aber muß nicht bedeuten, daß einem konkreten Patienten eine sinnvolle Therapie aus Kostengründen verweigert wird.

Sparen durch Verzicht

Es ist ein großer Unterschied, ob man sagt: »Für Sie, Herr Meier, lohnt sich ein Kunstherz*) nicht, weil Sie Rentner sind und keinen Beitrag zum Bruttosozialprodukt mehr leisten,« oder ob man generell die Kunstherztechnologie für zu teuer hält. Im ersten Fall wird einer konkreten Person eine an sich mögliche Hilfe versagt, und ich hoffe, daß dies nie die Regel wird, während im zweiten Fall nur über Menschenleben im *statistischen* Sinn entschieden wird. Im Gegensatz zu manchen Medizinern hielte ich daher einen generellen Verzicht auf die teure Kunstherztechnologie durchaus nicht für unmoralisch, auch wenn tatsächlich viele Herzpatienten deshalb früher sterben. Wenn wir aber heute beschließen, diesen Weg nicht weiter zu verfolgen, steht damit überhaupt noch nicht fest, wer deshalb in zehn Jahren sterben muß.

So hat etwa die Stadtverwaltung von New York Anfang der 80er Jahre eine geplante Spezialklinik für Brandverletzungen mit der Begründung abgelehnt, angesichts der dadurch pro Jahr im Durchschnitt geretteten 12 Menschenleben wäre die Klinik zu teuer. Das hat bittere Vorwürfe des Zynismus und der Inhumanität hervorgerufen, meiner Meinung nach zu Unrecht. Kein einziger New Yorker wurde durch diese Sparmaßnahme zum Tode durch Verbrennen verurteilt, sondern allein die Wahrscheinlichkeit, durch Brandverletzungen zu sterben, stieg für jeden New Yorker um 0.000 001 Prozentpunkte an. Das ist ein fundamentaler Unterschied!

Derartige Entscheidungen trifft jede Regierung und trifft jeder Einzelne von uns Tag für Tag. So bin ich zum Beispiel überzeugt, daß durch die von

*) Es ist hier als Beispiel das Kunstherz angeführt, obwohl wir die Anwendung des Kunstherzens noch nicht für ausgereift – ja als fragwürdig ansehen. (D. Red.)

vielen begrüßte Weigerung unserer Straßenbaubehörden, im Winter bei Glatteis Salz zu streuen, pro Jahr in der Bundesrepublik mehrere Dutzend Menschen eines vermeidbaren Todes sterben. Analog haben Entscheidungen über Bau oder Nichtbau einer Autobahn, einer Umgehungsstraße, einer Fußgängerbrücke oder einer Ampelanlage durchaus auch Konsequenzen für mehr oder weniger viele Menschenleben. Deswegen sind derartige Entscheidungen, auch wenn sie netto einen Verlust an Menschenleben implizieren, aber noch nicht unmoralisch. Meines Wissens verlangt hierzulande auch niemand, daß in der Bundesrepublik wie in Belgien alle Autobahnen über Nacht beleuchtet werden, um Unfällen vorzubeugen. Auch hier gilt es wiederum: Solche Entscheidungen betreffen keine konkreten Individuen, sondern nur Menschenleben im *statistischen* Sinn, und solche Entscheidungen sind in der Verkehrspolitik genauso moralisch bedenklich oder unbedenklich wie im Gesundheitswesen.

Jeder wäre zu Recht entsetzt, wenn eine Feuerwehr sich aus Kostengründen weigerte ein Kind zu retten, das in einen Brunnen gefallen ist. Das heißt aber nicht, daß man alle Brunnen zuschütten muß. Genauso plädiere ich dafür, etwa konkrete Schiffbrüchige auch weiterhin ohne Rücksicht auf Kosten und Mühen zu retten. Deswegen muß man aber noch lange nicht alle Mittel der Hafenbehörden allein für Seenotrettungskreuzer verwenden.

Sparen und Rationieren im Gesundheitswesen sind also durchaus auch auf humane Weise möglich. Derartige Fragen werden aber in der aktuellen Strukturdiskussion weitgehend ausgeklammert. Vor allem aus diesem Grund wird die aktuelle Strukturreform ganz sicher nicht die letzte sein.

I. Das Gesundheitswesen in der Entscheidung

Karl Buchleitner

Mit der Verabschiedung des Zweiten Arzneimittelgesetzes im Jahre 1976 schien der Bestand der biologischen Arzneimittel gesichert. Die Therapiefreiheit war damals nur über den Arzneimittelmarkt, also durch die drohende Gefahr der Beseitigung der biologischen Präparate gefährdet. Der Kampf gegen die biologische Medizin ging jedoch weiter; neu und noch gefährlicher sind die erst in den letzten Tagen bekanntgewordenen Vorschläge der Regierung über die »Strukturreform im Gesundheitswesen«, die ärztliche Tätigkeit zu reglementieren. Damit würde nicht nur die biologische Behandlung beseitigt, sondern auch jede Form der Therapiefreiheit, letzten Endes wäre die freiberufliche Tätigkeit der Ärzte damit beendet.

Als das Colloquium* stattfand, dessen Beiträge in diesem Heft veröffentlicht werden, war von den Einzelheiten der »Strukturreform« noch nichts bekannt. Inzwischen wissen wir mehr – noch nicht alles – aber es ist zu erkennen, daß in einem der wichtigsten Bereiche des sozialen Lebens die Freiheit beseitigt werden soll: Die Therapiefreiheit der Ärzte, die freie Therapiewahl des Patienten, das freie Vertragsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Der totale Überwachungsstaat wäre an einer entscheidenden Stelle perfekt.

Bis jetzt hatten wir es nur mit dem Absolutheitsanspruch einer materialistischen Wissenschaft zu tun. Der Staat verhielt sich relativ neutral. Jetzt beginnt der Staat – unter dem Stichwort »Kostendämpfung« – sowohl in der Art der Behandlung wie in dem Arzt-Patienten-Verhältnis zu reglementieren.

Von zwei Seiten droht jetzt Gefahr:

Einerseits der Angriff von dogmatischen Wissenschaftlern, die einen reduzierten Wissenschaftsbegriff für die Medizin verbindlich machen wollen. Hier geht es letzten Endes um die Auseinandersetzung zwischen Heilkunst und Wissenschaft oder wie Professor Toellner, Münster, es ausdrückt, zwischen dem Arzt als selbständig entscheidender Persönlichkeit und dem Arzt als Wissenschaftsfunktionär. Zur Zeit versucht eine Gruppe – vorwiegend Pharmakologen – ihre Auffassung von Therapie für die gesamte Medizin verbindlich zu machen. Auf der Strecke bleiben sämtliche Therapieformen, die nicht kausal mechanisch vordergründig vorgehen (Homöopathie, Anthroposophische Medizin, Akupunktur usw.). Im Grunde werden alle therapeutische Methoden, die wir der »Ganzheitsmedizin« oder der »Regulationstherapie« zuordnen können, als unwissenschaftlich bezeichnet und damit diskriminiert. Der Ruf nach dem Staat, der diese Mittel endgültig beseitigen soll, wird laut. Dabei wird übersehen, daß diese Forderung nach »Wissenschaft-

* Tagung des Seminars für freiheitliche Ordnung in Bad Boll am 21./22. November 1987

lichkeit unwissenschaftlich ist; denn Wissenschaft hat sich nach dem Gegenstand zu richten. Im Fall der Medizin ist der Gegenstand der belebte, durchseelte und durchgeistigte Mensch und kann mit den reduzierten Begriffen der Naturwissenschaft nicht erfaßt werden. Wie Professor Herbert Hensel (Marburg) formulierte: Naturwissenschaft kann nur Hilfswissenschaft der Medizin sein.

Andererseits erleben wir in zunehmendem Maße den Eingriff staatlicher und para-staatlicher Stellen in die Therapie (z.B. Krankenkassen). Hier wird jedoch die therapeutische Aufgabe des Arztes getroffen. Das Verbot der Trockenzellpräparate und das dabei angewendete Vorgehen, das dem Arzneimittelgesetz von 1976 widerspricht, ist dafür ein Beispiel. Weitere Maßnahmen gegen die biologische Medizin sollen folgen. Mit dem Aufruf, Wirkungen und Nebenwirkungen von Prokain zu melden, ist die Neutraltherapie im Schußfeld.

Im Grunde soll für die biologische Behandlung – im Gegensatz zu dem Arzneimittelgesetz – ein Nachweis erbracht werden, der zum Teil nur für die Mittel der offiziellen Medizin berechtigt ist. Die neuen synthetisierten Mittel müssen während ihrer Entwicklung nach allen Richtungen hin überprüft werden. Dieser Nachweis ist notwendig, da man diese Mittel überhaupt nicht kennt. Ganz anders bei den biologischen Arzneimitteln. Diese sind meist seit langer Zeit bekannt und müssen individuell eingesetzt werden.

Wir müssen leider feststellen, daß zur Zeit bei den staatlichen Stellen – vor allem im Bundesgesundheitsamt – keine Bereitschaft vorhanden ist, den Mitteln und den Verfahren der biologischen Medizin wirklich gerecht zu werden. Der Staat identifiziert sich mit der offiziellen Medizin, der ein reduzierter Wissenschaftsbegriff zugrunde liegt.

Unsere Aufgabe muß sich daher nach zwei Seiten hin richten: Einmal Auseinandersetzung mit der materialistischen Naturwissenschaft, auch als erkenntnistheoretische Auseinandersetzung zwischen der Ganzheitsmedizin und einer reduzierten Medizin. Zum anderen die Erkämpfung des Freiheitsraumes für die ärztliche Tätigkeit im politischen Bereich. Dieser Freiheitsraum ist jetzt durch den Entwurf zur Strukturreform in größter Gefahr.

Die »Zeit« schreibt am 1. Januar 1988:

»Geplant ist, leistungsbezogene Versicherungskonten zu schaffen, in denen neben den bereits heute üblichen Daten über Alter, Adresse, Arbeitgeber des Kassenangehörigen und der Mitversicherten künftig auch die Höhe seiner Beitragszahlungen vermerkt sein wird sowie die Ausgaben, mit denen er zu Buche schlägt. Und nicht nur das. Komplettiert wird die Datei durch eine Auflistung der Art der erbrachten Leistungen bei bestimmten Krankheiten, deren Therapie und weiteren Verlauf. Die Krankengeschichte ihrer Mitglieder wird den Kassen damit ganz leicht zugänglich.«

Die »Medical Tribune« schreibt dazu am 22. Januar 1988 unter der Überschrift:

»Blüm will die Intimsphäre abschaffen – Bürokraten träumen von totaler Transparenz.«

»Jetzt ist die Katze also aus dem Sack: Der Vorentwurf für das Strukturreformgesetz liegt auf dem Tisch. Wenn das, was des Sozialordnungsministers Norbert Blüms Beamte sich dabei ausgedacht haben, tatsächlich Gesetzeskraft erlangen sollte, können Sie Ihre Schweigepflicht vergessen und auf Vertrauen der Patienten nicht mehr bauen: Die Totalerfassung und -kontrolle auch des Intimbereiches jedes Versicherten ist angesagt. Was Sie als Arzt tun oder unterlassen, soll bis in das Detail jeder Verordnung der Transparenzkontrolle unterliegen. Unglaublich? Leider ist es wahr!«

Der Präsident des Bundesverbandes der Freien Berufe, Prof. J. F. Volrad Deneke, sieht gar die Freiberuflichkeit überhaupt in Frage gestellt. Deneke an seinen Parteifreund, Bundeswirtschaftsminister Dr. Martin Bangemann: »Für die Angehörigen der Freien Heilberufe würde die Verwirklichung dieses Entwurfes de facto weit schlimmere Auswirkungen haben als eine totale Verstaatlichung des Gesundheitswesens.«

Und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Prof. Häußler, Stuttgart, schrieb an den Arbeitsminister: »Für den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist unverständlich, daß ein solches Konzept von einer liberal-konservativen Regierung vorgelegt werden soll, die sich zu dem Grundsatz: ›weniger Staat – mehr Eigenverantwortung‹, bekennt.«

Nicht nur die Medizin, sondern die gesamte Gesundheitspolitik steht vor einer Wegscheide. Die eine Richtung würde dahin gehen, daß die Selbstverantwortlichkeit des Arztes und des Patienten bestärkt würde, daß ärztliche Leistung und Abrechnung für den Patienten durchschaubar würden. Die letzte Instanz, sowohl in bezug auf Therapiewahl, wie in bezug auf die finanzielle Gegenleistung, ist der Patient. Das Versicherungssystem müßte entsprechend umgestaltet werden; Vorschläge dazu liegen in diesem Heft vor.

Die andere Richtung würde zu »mehr Staat, mehr Regelungen, mehr Lasten!« führen (Aus einer Stellungnahme des Hartmann-Bundes).

Vorschläge wie: Bezahlung der Ärzte nach Krankheiten oder Verordnung des jeweils billigsten Medikamentes würden zu einer Schematisierung der Medizin führen, in der eine biologische Behandlung keinen Platz mehr hätte. Letzten Endes würde dies in der Beseitigung eines freien Berufsstandes enden. Daß der bisherige Medizinbetrieb dringend reformbedürftig ist, soll ausdrücklich betont werden. Jedoch muß die Reform an den Ursachen und nicht an den Symptomen ansetzen. Das Beschneiden von Auswüchsen durch bürokratische Maßnahmen hilft hier nicht weiter. Einige Vorschläge vom Gesichtspunkt einer *freiheitlichen Ordnung* sind in diesem Heft enthalten, weitere sollen erarbeitet werden.

II. Kostendämpfung im Gesundheitswesen durch biologische Therapieverfahren

Die Kostenexplosion im Gesundheitswesen ist anscheinend nicht zu bremsen. Alle bisherigen Vorschläge laufen auf eine willkürliche Beschränkung von außen hinaus, die Ausgaben der Krankenkassen sollen auf einem bestimmten Stand eingefroren werden. Dabei wird, soweit es die Gesetzlichen Krankenkassen betrifft, das Gesamthonorar der Ärzte in einer »konzertierten Aktion« festgelegt, Krankenhaus- und Arzneikosten sollen auf diese Weise beschränkt werden. Dabei wird übersehen, daß die Kostensteigerung weitgehend medizin-immament ist.

Es gibt zwei Ursachen für die Kostensteigerung:

1. Die Verwissenschaftlichung der Medizin. Die offizielle Medizin wird immer mehr von einem naturwissenschaftlich-technischen Denken beherrscht, der Arzt wird zum »Anwender von Wissenschaft«, zum Techniker im modernen Sinn des Wortes. Die Ganzheit des Menschen wird dabei außer Acht gelassen. Behandelt werden stets nur einzelne Symptome oder pharmakologische Parameter. Da dieser Wissenschaft in der Erforschung von immer mehr Einzelheiten keine Grenzen gesetzt sind, – jede zu Tage geförderte neue Einzelheit weist auf bisher unbekannte neue Einzelheiten hin – ist die Kostenexplosion vorprogrammiert. Die Atomisierung des Wissens ist die Ursache, die Kostenexplosion ist die wissenschafts-immanente Folge.*
2. In der Bevölkerung ist ein gesteigertes Gesundheits-Bewußtsein und eine größere Information über Krankheiten vorhanden. Es besteht der berechtigte Wunsch nach vorbeugenden Maßnahmen, im Sinn einer Kräftigung der Gesundheit und Erhöhung der Lebensqualität. Die daraus resultierenden Beratungen und Behandlungen können nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherungen gehen.

   In dieser Denkschrift soll vorwiegend zu dem ersten Punkt, dem der medizin-immanenten Kostensteigerung Stellung genommen werden.

Die *offizielle Medizin* (Schulmedizin) ist auf die Veränderung von Symptomen und pharmakologischen Parametern in bezug auf eine »Normalisierung« von pathologischen Labordaten ausgerichtet. Für die Notfallmedizin hat sie damit Hervorragendes geleistet. Wir wollen hier feststellen, daß sie dafür un-

* Siehe Prof. Dr. rer. pol. Walter Kraemer, Vortrag, gehalten anläßlich der gesundheitspolitischen Tagung der Hanns-Seidel-Stiftung in Wildbad Kreuth im Januar 1988: »Ich verwende mit Absicht das böse Wort ›Rationierung‹, statt wie üblich auf weniger provokante Weise, um diese in der Tat sehr heißen Fragen herumzureden. Rationierung heißt, die Produktion von Gesundheitsgütern wird nicht bis zur Sättigungsmenge ausgedehnt, oder einfacher ausgedrückt: es werden an sich sinnvolle und erfolgversprechende Diagnostik und Therapien aus Kostengründen unterbleiben.«

verzichtbar ist. Mit diesen von uns voll anerkannten Fortschritten der Medizin können jedoch Krankheiten nicht geheilt werden. Es können nur kritische Situationen damit überbrückt werden (z.B. Coma, Diabetikum, Hypertone Krise, unter Umständen Herzstillstand), die Heilung selbst muß aus den Kräften des Organismus erfolgen. Für die »Mobilisierung« und Unterstützung dieser Selbstheilungskräfte hat die naturwissenschaftliche Medizin keine Methoden und keine Arzneien entwickelt, von diesen Kräften versteht sie auch nichts. Ihr Menschenbild ist reduziert auf einen materialistischen Positivismus. Die Wirkung der durch diese Richtung entwickelten Medikamente zielt ab auf Hemmung von Vorgängen, Substitution oder auf pharmakologische Lenkung. Nochmal sei betont, daß für die Notfallmedizin Hervorragendes geleistet wurde. Dies wurde aber erkauft mit einer Erblindung für die ganzheitlichen Vorgänge des Organismus.

Die *biologischen Verfahren* dagegen arbeiten mit den Selbstheilungskräften, das heißt mit den Eigenregulationskräften des Organismus. Natürlich setzen die Verfahren einen Organismus voraus, der noch zur Regulation fähig ist. In den weitaus überwiegenden Behandlungsfällen in der Praxis der niedergelassenen Ärzte, weitgehend auch in den Krankenhäusern, ist diese Regulationsfähigkeit noch vorhanden und es besteht keine Notwendigkeit, zu den oben genannten Mitteln der naturwissenschaftlichen Medizin zu greifen.

Die *»Heilkunst«* ist überwältigt worden von der Verwissenschaftlichung

Die Naturwissenschaft kann nur Hilfswissenschaft für die Medizin sein, die *ärztliche Kunst* muß *mehr* sein als angewandte Naturwissenschaft. Gesundheit und Krankheit ist *mehr* als das, was sich messen läßt, ist auch mehr als das, was sich statistisch erfassen läßt.

An einem Beispiel sei dies gezeigt: Der Pharmakologe am Bundesgesundheitsamt, Günter Stille, schreibt im Deutschen Ärzteblatt 6/1982:

»Um zu reproduzierbaren, überprüfbaren und dokumentierbaren Ergebnissen in der Arzneimittelprüfung zu kommen, reduziert die Wissenschaft die Kriterien auf eine übersehbare Zahl – manchmal sogar auf ein einziges Symptom. Man formuliert also Wirksamkeit nur im Hinblick auf bestimmte Teilaspekte, die natürlich jeweils vom Krankheitsverständnis des zu prüfenden Arztes oder besser noch seiner Schule her geprägt ist. Wir zerlegen das Gesamtbild in Ausschnitte, die immer nur Indikatoren für eine Krankheit sein können, die wir aber nicht mit der Krankheit gleichsetzen dürfen. Zu diesen Indikatoren gehören mit zunehmender Komplexität die subjektiven Beschwerden, die objektiven Symptome, das Ausbleiben von Komplikationen oder gar die Lebensdauer, und sehr selten soziale Bewertungen für das Verhalten in der Familie und im Beruf. Jeder dieser Indikatoren hat einen be-

stimmten Wert innerhalb der Gesamtaussage ›Krankheit‹. So ist zum Beispiel der gemessene Blutdruck von hohem Aussagewert für das Krankheitsbild der essentiellen Hypertonie, aber er ist nicht die Krankheit selbst. Bei diesem Vorgehen hat der Meßwert nur Wahrscheinlichkeitscharakter für die Diagnose. Verwenden wir also den Blutdruck als Kriterium in einer Arzneimittelprüfung, müssen vorab einige grundsätzliche Fragen geklärt sein:

1. Welche Bedeutung hat die Höhe des Blutdruckes für den Verlauf des Krankheitsbildes der essentiellen Hypertonie? Beeinflußt seine Senkung den Verlauf des Leidens?
2. Welche Bedeutung hat die Höhe des Blutdruckes für die Lebenserwartung?
3. Welche Bedeutung hat die Höhe des Blutdruckes für die Lebensqualität?
4. Welche Bedeutung hat die Höhe des Blutdruckes für die Erwerbsfähigkeit? usw.

Erst wenn die Wissenschaft diese Fragen beantwortet hat, kann man entscheiden, ob der Blutdruckmeßwert als Erfolgskriterium bei der klinischen Prüfung von Arzneimitteln zu verwenden ist. Fragen zum Beispiel nach der Lebensqualität und der Erwerbsfähigkeit zeigen die Komplexität der Zusammenhänge, und bereits hier stoßen wir auf Erfassungsschwierigkeiten. Man wird kaum Arbeiten finden, die bei Arzneimittelprüfungen Kriterien dieser Komplexität verwenden. Doch wäre es wichtig, gerade in diese Dimension vorzustoßen, besonders auch, weil sich hier die erwünschten und unerwünschten Wirkungen verschränken. Um beim Beispiel der essentiellen Hypertonie zu bleiben – es kann doch gerade durch eine Senkung des erhöhten Blutdruckes, zum Beispiel durch Reserpin, die Befindlichkeit des Patienten erheblich gestört sein und bis hin zur manifesten Depression ungünstig beeinflußt werden.

Das Symptom Hypertonie wird zwar gebessert, vielleicht auch die Lebenserwartung erhöht, jedoch ist die Erwerbsfähigkeit oder die Lebensqualität vielleicht schlechter als vor der Behandlung. In vielen Fällen ist der Wert einer üblichen Meßgröße als Indikator sogar umstritten. Die Wirksamkeit bleibt ungewiß, weil die Wahrscheinlichkeitsbeziehung zur Krankheit gering ist.«

Eine den ganzen Menschen unfassende Medizin, die auf seine leiblich-seelisch-geistige Wesenheit blickt, erfordert allerdings einen großen Einsatz des Arztes. Er muß in jedem Falle eine Beziehung zu den in Frage kommenden Heilmitteln und eine umfassende Kenntnis dieser Mittel herstellen und diese erlernen. Er wird sich weniger an die Angaben des Herstellers halten; er muß weitgehend selbst die Indikation für ein bestimmtes Mittel stellen. Im Bereich der naturwissenschaftlichen Medizin hingegen ist der Arzt vollständig von der Anweisung des Herstellers der Medikamente abhängig. Wie soll er auch aus einer chemischen Formel auf Wirkungen, Dosierung und Nebenwirkungen schließen können, zu der der Hersteller Tausende von Tierversuchen und

von Menschenversuchen benötigt (kontrollierter klinischer Versuch genannt), um mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit etwas aussagen zu können. Daß dann unerwartete Nebenwirkungen immer noch eintreten können, zeigt die Erfahrung der letzten Jahrzehnte.*)

Die Medizin steht vor der Entscheidung, den Arzt zum Spezialisten, zum »Funktionär der Wissenschaft« zu machen, oder dem Arzt die notwendige Kompetenz und Entscheidungsfreiheit zu ermöglichen. Dies ist aber eine Entscheidung zwischen einer materialistisch-naturwissenschaftlich orientierten Medizin und den biologischen Richtungen in der Medizin.

Prof. Toellner (Universität Münster) sagte bei der Fortbildungstagung der »Europäischen« Akademie in Berlin:

»Es gibt eine wissenschaftsimmanente Tendenz, die das tradierte Arztbild ganz zum Verschwinden bringen will. Es gibt eine, die ärztliche Kunst ausklammernde Verwissenschaftlichung der Medizin, die den Arzt, einst Inbegriff für den Beherrscher der ärztlichen Kunst, zum Anwender von Wissenschaft machen will, zum Techniker im modernen Sinn des Wortes.

Wenn sich das durchsetzt, wird die Figur des hochspezialisierten, auf einem eng begrenzten Gebiet fachkompetenten Funktionärs des medizinischen Systems notwendig und unausweichlich an die Stelle des Arztes treten, und die Spezialisierung wird nicht nur aus wissenschaftlichen, sondern auch aus sozialen Gründen zunehmen. Denn je enger die Fachkompetenz begrenzt ist, desto mehr entlastet sie ihren Träger von den Anforderungen an Wissen, Können, Entscheidung und Verantwortung, von Ansprüchen an seine ganze Person, so daß etwa das alte Ideal vom Arzt, der Tag und Nacht, mit Leib und Seele, ganz und gar für seine Patienten bereitsteht, endgültig als sozialromantische Kuriosität erscheinen wird.« (zitiert nach: »Neue Ärztliche« vom 16. April 1987).

Die »Neue Ärztliche« fügt dann hinzu:

»Auf diese Weise wurden zwar Ursachen und Tatsachen einer an der Wegscheide stehenden Medizin geschildert. Antworten auf die Frage, wie man die Fortbildung von Ärzten den zukünftigen Gegebenheiten anpassen könne, waren kaum erkennbar.«

Eine Antwort soll hier gegeben werden:

Es ist Zeit, daß die Medizin sich von der vereinseitigten materialistisch-naturwissenschaftlichen Richtung abwendet, sich nicht von Experimenten, Tierversuchen und Statistik bestimmen läßt, sondern eine Behandlung des ganzen Menschen – das heißt auch eine Erkenntnis des ganzen Menschen – anstrebt, eine Medizin, die allerdings auch die Arztpersönlichkeit wieder neu fordert.

*) Vergleiche Spain: »Iatrogene Krankheiten« Thieme-Verlag, Stuttgart 1967

Diese Medizin würde, abgesehen von der entscheidenden Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, eine wesentliche Kosteneinsparung bedeuten:

1. Die Herstellung der Medikamente verschlingt nicht die Millionen, die zur Entwicklung chemisch-synthetischer Medikamente erforderlich sind. Tier- und Menschenversuche werden weitgehend unnötig, da biologische Heilmittel zumeist bekannt sind.
2. Da die biologischen Arzneimittel in ihrer Wirksamkeit nicht punktuell ansetzen, wird ein großer Teil der Apparatemedizin überflüssig. (Zum Beispiel wirkt ein durch homöopathische Anamnese gefundenes Mittel auf den Menschen im ganzen, da die Gesamtheit der Symtome berücksichtigt wird.)
3. Die Medikamente der biologischen Medizin sind weitgehend nebenwirkungsfrei.

Ein wesentlicher Teil der Behandlungen erfolgt zur Zeit gerade wegen Nebenwirkungen von chemisch-synthetischen Medikamenten.*)

Die Einsparungen durch nebenwirkungsfreie biologische Medikamente können an zwei Krankenhausstudien mit homöopathischen Behandlungen gezeigt werden:

An der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Reutlingen (Chefarzt Dr. Schlüren) wurde in den Jahren 1973 – 1977 eine Station homöopathisch geführt. Es kam dabei zu einer Arzneimitteleinsparung von DM 48.000 in diesen 5 Jahren, gegenüber den anderen Stationen mit dem gleichen Patientengut. Umgerechnet auf die gesamte gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung wäre dies eine Einsparung von über DM 100.000 pro Jahr, auf das ganze Krankenhaus bezogen eine Einsparung von über DM 500.000 im Jahr.**)

In der chirurgischen Abteilung der Filderklinik (Stuttgart) wurden in 3 Quartalen IV/84 – II/85 die Patienten vorwiegend mit pflanzlichen und potenzierten Heilmitteln behandelt. Es wurde sowohl eine postoperative Schmerzbehandlung durchgeführt wie auch eine medikamentöse Begleittherapie von Wundbehandlungen, entzündlichen Schwellungszuständen und inneren Begleitkrankheiten. Auf dieser Station betrugen die Arzneimittelkosten *vor* dieser Studie 134% der Vergleichsstationen. Während der Studie sanken die Arzneimittelkosten um 46% auf 72% der Vergleichsstationen.

Nachdem infolge eines Stationswechsels wieder die herkömmliche allopathische Arzneitherapie praktiziert wurde, stiegen die Kosten auf 101% der Vergleichsstationen.

*) Nach einer Studie aus dem Krankenhaus Euthen in der Schweiz befinden sich etwa 18% aller Patienten wegen Neben- und Nachwirkungen nach Behandlung mit chemisch-synthetischen Mitteln in stationärer Behandlung. Über die Frage von Nebenwirkungen, vor allem von Schäden durch Nebenwirkungen und von Behandlungskosten dieser Nebenwirkungsschäden, existieren leider nur wenige Arbeiten; das Interesse daran ist bei den Vertretern dieser Richtung verständlicherweise sehr gering.

**) Berichte, entnommen der »Allgemeinen homöopathischen Zeitung.«

Die Senkung der Kosten ging vor allem auf die Schmerztherapie zurück. Die Anzahl der verordneten Opiat-Einzeldosen ergab im Vergleich mit den – statistisch auf gleiche durchschnittliche Bettenbelegung korrigierten – Summenwerten der Nachbarstationen, daß im Hauptzeitraum der Untersuchung der Opiat-Verbrauch durch die bevorzugte Schmerzbehandlung mit potenzierten Heilmitteln auf rund 53% der Vergleichsstationen gesenkt werden konnte. Dabei sind noch nicht die Neben- und Nachwirkungen der Opiat-Behandlungen berücksichtigt, die bei der Schmerztherapie mit potenzierten Arzneimitteln wegfallen. Als nach dem Stationswechsel die konventionelle Schmerztherapie wieder aufgenommen wurde, stieg der Opiat-Verbrauch erneut wieder auf 99% der Nachbarstation an.

Eine Voraussetzung für diese kostengünstige Behandlung ist allerdings erforderlich: Die Ausbildung der Ärzte muß geändert werden, die wesentlichen Richtungen der biologischen Medizin müssen während der Ausbildung zumindest im Ansatz gelernt werden.

Es ist nicht einzusehen, daß in der staatlich reglementierten und finanzierten Medizinerausbildung die biologischen Richtungen nicht vertreten sind, während ein großer Teil der Bevölkerung diese Behandlung mit biologischen Therapierichtungen wünscht. Dies widerspricht nicht nur dem Grundgesetz, sondern auch dem erklärten Willen des Gesetzgebers, der während der Auseinandersetzung um das Zweite Arzneimittelgesetz eine Gleichberechtigung der medizinischen Richtungen gefordert hat. Als gleichberechtigte medizinische Richtungen werden genannt: Schulmedizin, anthroposophische Medizin, Homöopathie und Phytotherapie. In dem Bericht zum Zweiten Arzneimittelgesetz heißt es wörtlich:

Nach einmütiger Auffassung des Ausschusses kann und darf es nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein, durch die einseitige Festlegung bestimmter Methoden für den Nachweis der Wirksamkeit eines Arzneimittels eine der miteinander konkurrierenden Therapierichtungen in den Rang eines allgemein verbindlichen »Standes der wissenschaftlichen Erkenntnisse« und damit zum ausschließlichen Maßstab für die Zulassung eines Arzneimittels zu erheben. Der Ausschuß hat sich vielmehr bei der Beschlußfassung über die Zulassungsvorschriften, inbesondere bei der Ausgestaltung der Anforderungen an den Wirksamkeitsnachweis, von der politischen Zielsetzung leiten lassen, daß sich im Zulassungsbereich der in der Arzneimitteltherapie vorhandene Wissenschaftspluralismus deutlich widerspiegeln muß.

Nachdem sich der Ausschuß einmütig dafür entschieden hatte, dem Hersteller im Rahmen einer staatlichen Zulassung zukünftig eine differenzierte Nachweispflicht für die von ihm behauptete Wirksamkeit eines Arzneimittels aus Gründen der Arzneimittelsicherheit aufzuerlegen, mußte er zugleich Sorge dafür tragen, daß neben den Kriterien der exakten Naturwissenschaf-

ten, für welche primär die objektivierbaren Ergebnisse der pharmakologisch-toxikologischen und klinischen Prüfungen maßgeblich sind, auch das teilweise jahrhundertealte Erfahrungswissen der besonderen Heilverfahren (Homöopathie, anthroposophische Medizin und Phytotherapie) für den Wirksamkeitsnachweis anerkannt wird.

Welche Bedeutung könnte die biologische Medizin erlangen, und welche immensen Kosten im Gesundheitswesen könnten eingespart werden, wenn der Staat nur einen Bruchteil dessen für die Förderung dieser Medizin ausgeben würde, was er für die materialistisch-naturwissenschaftliche Richtung zur Verfügung stellt? Hier verletzt er grundgesetzlich garantierte Rechte.

Die Frage der Gleichberechtigung an den Hochschulen ist nicht so sehr ein Forschungsproblem – die Heilmittel sind weitgehend bekannt –, sondern ein Problem der Lehre und der ärztlichen Ausbildung. Die jetzigen Lehrstuhlinhaber sind dafür nicht kompetent, da auch sie in Begriffen und Vorstellungen erzogen sind, die für die Erfassung der Ganzheit des Menschen nicht ausreichen. Hier müssen neue Wege gefunden werden, damit auch Ärzte mit Erfahrung auf diesen Gebieten zur Ausbildung von Studenten herangezogen werden können, auch wenn sie keine Universitätslaufbahn hinter sich haben.

Der Rheumatologe Bernhard Aschner, der in Wien, später in New York lehrte, schrieb 1928 in seinem »Lehrbuch der Konstitutionstherapie«, ein »Ausweg aus der Krise der Medizin«:

»Wenn wir uns aber angesichts dieser nicht hoch genug einzuschätzenden Errungenschaften (der modernen Medizin) fragen, ob die gegenwärtige Universitätsmedizin aller Länder das Bestmögliche tut und alle verfügbaren und unentbehrlichen Methoden anwendet, um den leidenden Menschen aus Not und Gefahr zu helfen, so müssen wir antworten, daß die derzeitige, mehr laboratoriums-mäßige und technische Richtung sehr weit von der Erfüllung dieser Forderung entfernt ist. So unglaublich es klingt, sie verwendet kaum ein Zehntel dessen, was nötig und vorhanden ist, um gefährliche akute und langwierige chronische Krankheiten zu heilen«.

Etwa zwei Jahrzehnte später schrieb der bekannte Internist Ferdinand Hoff sein Lehrbuch: »Behandlung Innerer Krankheiten«. In diesem Buch finden wir immer noch ganzheitliche Gesichtspunkte, die nach wie vor gültig sind: Die offizielle Medizin hat sich innerhalb weniger Jahrzehnte von der Ganzheitsbehandlung weg zur Behandlung von Einzelheiten hin entwickelt. Das Werk von Ferdinand Hoff aus den vierziger Jahren ist fast noch ein Lehrbuch der Ganzheitsmedizin gegenüber den heutigen Therapieanweisungen, die sich auf Symptomenbekämpfung beschränken.

Schlußfolgerung

Zusammenfassend kann man feststellen, daß eine Kostensenkung im Gesundheitswesen möglich ist; dazu muß die Medizin jedoch selbst neue Wege gehen. Die notwendige Wegscheide der Medizin muß erkannt werden. Wir schlagen einen solchen neuen Weg vor, der nachweisbar zur Kostendämpfung führen würde. Dagegen kann eine weitere Reglementierung von außen außer vermehrter Bürokratie keine Kostenverminderung bringen.

Mit dem von uns vorgeschlagenen Weg ist allerdings ein neues und verstärktes Engagement des Arztes verbunden. Mit einer Beratungsdauer von drei Minuten, wie sie als Minimum von dem Sozialminister von Nordrhein-Westfalen vorgeschlagen wurde und mit einer Behandlungszahl von tausend Patienten im Quartal ist dies nicht zu erreichen. Gleichzeitig muß das ärztliche Honorar einer ausreichenden Behandlungszeit angepaßt sein. Dies ist nur möglich, wenn der Patient selbst eine Kopie der Rechnung erhält und eine prozentuale Selbstbeteiligung an den Behandlungskosten erfolgt. Die einzige Stelle, die die Berechtigung einer Honorarforderung prüfen kann, ist der betroffene Patient. Irgendwelche bürokratische Institutionen sind dafür ungeeignet. Wir sind darum überzeugt, daß eine Erhöhung der Gebühren für die rein ärztlichen Leistungen (Beratung, Untersuchung) bei Beteiligung des Patienten am ärztlichen Honorar bei offener Rechnungsstellung in keinem Verhältnis stehen wird zu den Einsparungen, die durch die oben genannten Maßnahmen möglich wären.

*

Vergleich der Arzneimittelkosten bei homöopathischer und allopathisch-schulmedizinischer Behandlung[1)]

Von Erwin Schlüren[2)]

Es ist schwer, die Arzneimittelkosten in einer homöopathischen Praxis mit denen einer schulmedizinischen-allopathischen zu vergleichen. Dazu müßte man eine große Zahl des Patientengutes gleichstrukturierter allopathischer und homöopathischer Praxen zusammenfassen, um individuelle, in der Person des Arztes liegende Unterschiede auszugleichen und dadurch vergleichbare Durchschnittswerte zu erhalten. Die medikamentöse Therapie kann sich auf das Nötigste beschränken, sie kann auch maximal sein (damit sicher nicht optimal!), dazwischen liegt eine weite Streubreite.

Anders ist es an einer einheitlich geleiteten *Krankenhaus-Abteilung*.

An der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Reutlingen (144 Betten + 80 Neugeborenen-Betten) sind 4 gynäkologische Statio-

---

1) Aus der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Reutlingen (Akademisches Lehrkrankenhaus) Chefarzt Dr. med. Erwin Schlüren

2) Anschrift des Verfassers: Dr. med. Erwin Schlüren, Steubenstraße 35, 7410 Reutlingen

nen mit gleichem Patientengut (operative und konservative Fälle). Die Zugänge werden von der Aufnahmesekretärin jeweils dorthin geleitet, wo ein freies Bett ist. Ferner sind eine gemischte gynäkologisch-geburtshilfliche Doppelstation und eine Neugeborenenstation, Kreißsaal, Operationssaal und Ambulanz vorhanden. Die Stationsärzte rotieren in halbjährigem Wechsel.

Der Chefarzt bekommt vierteljährlich von der Krankenhausapotheke eine Liste über den Verbrauch an Arzneimitteln, aufgeteilt auf die einzelnen Stationen. (Die Listen sind in einem Ordner abgeheftet aufbewahrt.) *Eine gynäkologische Station* wird vorwiegend homöopathisch versorgt (ebenso Kreißsaal und Neugeborenenstation), *die übrigen Stationen* vorwiegend allopathisch.

Für den Zeitraum von 1973 bis 1977 (5 Jahre) ergaben sich folgende Arzneimittelkosten auf einer Station (von 3 allopathischen Stationen der Durchschnitt, siehe Tabelle 1).

Tabelle 1

	Spezialitäten	»Blutersatz«	zusammen
Homöopathische Station	DM 49.180,–	23.133,–	72.313,–
Allopathische Station	DM 80.397,–	39.865,–	120.262,–
Differenz	DM 31.217,–	16.732,–	47.949,–

Unter »Blutersatz« sind nicht nur Blutersatzmittel, sondern unter anderem auch die medikamentösen Infusionslösungen beziehungsweise Lösungsmittel geführt.

Es ergab sich in 5 Jahren eine Einsparung von 48.000,– DM auf einer homöopatischen Station oder ca. 40%. Da auf den allopathischen Stationen auch teilweise mit homöopathischen Mitteln behandelt wurde (in ca. 10%), andererseits auf der homöopathischen auch mit allopathischen Mitteln besonders in Abwesenheit und Urlaub des Stationsarztes, wäre die reale Einsparung über 60%.

Würden auf allen Stationen vorwiegend homöopathische Mittel eingesetzt, so würde die Einsparung auf der gesamten gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung 528.000,– DM betragen, pro Jahr über 100.000,– DM oder am ganzen Krankenhaus pro Jahr eine halbe Million!

Zusammenfassung

Bei mindestens gleicher Effektivität sind die Medikamentenkosten bei üblicher schulmedizinisch-allopathischer Behandlung ca. dreimal so hoch wie bei homöopathischer Behandlung.

An der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Reutlingen benötigt man auch allopathische Mittel. Bei vorwiegend homöopathischer Behandlung sind die Arzneimittelkosten fast 50% niedriger, was eine Einsparung von 48.000,– DM je Station ausmacht (und in 5 Jahren insgesamt eine halbe Million betragen würde).

Mehr Behandlungen mit homöopathischen Mitteln wäre eine wesentlicher Beitrag zur Kostendämpfung im Krankenhaus und überhaupt im Gesundheitswesen.

Ordnungspolitische Maßstäbe für das Gesundheitswesen

Freiheit – Gleichheit – Brüderlichkeit *)

Eckhard Behrens

Wenn sich das *Seminar für freiheitliche Ordnung* mit der Zukunft des Gesundheitswesens beschäftigt, dann versucht es, ordnungspolitische Ziele klar zu beschreiben und politisch gangbare Wege zu diesen Zielen aufzuzeigen. Unsere Erfahrung mit den verschiedensten Teilbereichen des Sozialen Organismus läßt es uns geraten erscheinen, die alten Leitideen von Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit als Maßstäbe der Bewertung des Bestehenden und möglicher ordnungspolitischer Ziele anzuwenden. Sie können erkenntnisleitend weiterhelfen, wenn wir in ihnen keine Gegensätze sehen, sondern den methodischen Hinweis Rudolf Steiners beachten, daß jedes dieser Prinzipien nur in bestimmten sozialen Beziehungen Geltung beanspruchen kann:

* Nur im Reich der *Freiheit* können Patient und Arzt die richtige Therapie finden. Kann ihnen diese Freiheit von der sozialen Gemeinschaft rechtlich und wirtschaftlich ermöglicht werden?
* Das Recht des Gesundheitswesens muß für alle Menschen in der staatlichen Gemeinschaft *gleich* sein. Wie kann es für jeden in *gleicher Weise* Freiheit schaffen und ihn in *gleicher Weise* zur Solidarität verpflichten?
* Können für die Aufbringung und Verteilung der wirtschaftlichen Mittel, die wir im Gesundheitswesen einsetzen, die Maßstäbe aus einem Streben nach *brüderlicher Solidarität* gefunden werden?

Die Notwendigkeit dieser Prinzipien und die Notwendigkeit der Differenzierung bei ihrer Anwendung sollen begründet und ihre Interdependenz erläutert werden. Sie schließen sich bei richtiger Handhabung nicht gegenseitig aus, wie häufig angenommen wird, sondern stützen sich gegenseitig.

Das Seminar steht mit solchen grundsätzlichen Betrachtungen des Gesundheitswesens weder am Anfang noch am Ende ausgereifter und überzeugend begründeter Lösungen, sondern mitten darin in einem aufregenden Findungsprozeß. Weitere Tagungen sollen uns helfen, tiefer einzudringen. Dieses Referat soll das bisher Erreichte schildern und zum Widerspruch und Mitmachen reizen.

Die Gleichheit der Versicherungspflicht

Unser Gesunheitswesen wird zunehmend von den Regeln der sozialen Krankenversicherung geprägt. Ihr gehört ein immer größerer Teil der Bevölkerung

*) Ausgearbeitet aufgrund eines Vortrages bei der Tagung des Seminars für freiheitliche Ordnung Bad Boll im Nov. 1987.

an – die meisten nicht freiwillig. Für bestimmte Teile der Bevölkerung besteht Krankenversicherungspflicht (insbesondere Arbeiter und Angestellte), für andere Teile der Bevölkerung, die zum Teil sozial nicht minder schutzwürdig sind (z. B. kleine Beamte und Selbständige), besteht eine Versicherungspflicht nicht. Die Versicherungspflicht-Regelungen für Arbeiter und Angestellte sind unterschiedlich. Diese unterschiedliche Ausübung staatlichen Zwanges hat weitreichende Folgen im therapeutischen und ökonomischen Bereich des Gesundheitswesens. Sie ist aus einer Zeit gesellschaftlicher Ungleichheit in unser Zeitalter demokratischer Gleichheit der Bürgerrechte überkommen. Es ist eigentlich sehr erstaunlich, daß immer noch mit staatlichem Zwang Solidargemeinschaften beibehalten werden, denen Teile der Bevölkerung von vornherein nicht angehören; diese genießen also weder ihren Schutz, obwohl sie dessen bedürftig sein können, noch tragen sie zu deren Lasten bei, obwohl sie wirtschaftlich besonders leistungsfähig sein können.

Die *Versicherungspflicht bedürfte* schon dann *der Begründung,* wenn jedem Versicherungspflichtigen wenigstens die Wahl der Versicherung freistünde und die Versicherungen untereinander noch im Wettbewerb um die Versicherten stünden und mit (wenigstens im gewissen Rahmen) unterschiedlichen Leistungsangeboten und unterschiedlichen Beitragssystemen konkurrieren könnten. Die Leistungsseite ist der sozialen Krankenversicherung jedoch weitgehend gesetzlich vorgegeben und das Beitragssystem ebenfalls. Umso problematischer ist es, daß nicht die ganze Bevölkerung versicherungspflichtig ist und ein Teil der Versicherungspflichtigen Wahlrechte hinsichtlich der Krankenkasse, der sie angehören wollen, hat und ein anderer Teil nicht.

Der gesellschaftliche Status als Selbständiger, Arbeiter, Angestellter oder Beamter ist unter dem *Gesichtspunkt der Schutzbedürftigkeit* heute kein ausreichendes Abgrenzungskriterium mehr, weil viele Selbständige sehr schutzbedürftig sind und viele Arbeiter hervorragend verdienen und ihre eigenen gesundheitlichen Interessen aufgeklärt selbständig wahrnehmen können. Unter dem Gesichtspunkt der sozialen Schutzbedürftigkeit wären viele in die Versicherungspflicht einzubeziehen, die ihr heute nicht unterliegen und die weder bereit noch wirtschaftlich in der Lage sind, für ihre Gesundheitsrisiken wirtschaftlich ausreichend durch eigenes Sparen oder freiwillige private Versicherungen vorzusorgen. Ohne einen Beitragspfennig an irgendeine Solidargemeinschaft zu leisten, können sie sich darauf verlassen, daß sie durch ihren Rechtsanspruch auf Sozialhilfe vor den schlimmsten ökonomischen Folgen gesundheitlicher Risiken bewahrt bleiben werden.

Wollte man die Abgrenzung der Versicherungspflicht nach der wirklichen Schutzbedürftigkeit vornehmen, dann könnte man nur das Vorhandensein großer liquider Vermögen oder ausreichender privater Krankenversicherun-

gen als Abgrenzungskriterien gelten lassen. Denn auch hohe Arbeitseinkommen sind im Falle wirklich schwerer Krankheit kein Schutz, weil sie gerade dann wegfallen, wenn der Risikofall eintritt.

Es macht aber keinen Sinn, die Versicherungspflicht auf den Kreis der Schutzbedürftigen zu begrenzen, wenn mit der Versicherungspflicht ein Beitragssystem verbunden wird, bei dem sich die Beitragshöhe proportional nach der Einkommenshöhe richtet. Gerade weil die soziale Krankenversicherung ein Beitragsverfahren hat, das sich um brüderliche Solidarität bei der Verteilung der Beitragslasten auf die Angehörigen der Solidargemeinschaft bemüht, ist nicht einzusehen, daß die wirtschaftlich Leistungsfähigsten sich dieser Solidargemeinschaft vollständig entziehen können.

Für die Zukunft der sozialen Krankenversicherung ist zu fordern, daß die Gleichheitsverstöße beseitigt werden. Die Versicherungspflicht muß für jedermann gelten. *Pflichtversicherungsgrenzen* für Besserverdienende darf es nicht geben, auch *Beitragsbemessungsgrenzen* sind ausgesprochen problematisch, schließlich gibt es sie im Einkommenssteuerrecht auch nicht. Man stellte sich vor, Einkommen von mehr als DM 60.000,– pro Jahr würden nicht besteuert und zwar mit dem Argument, ein höherer Beitrag für die staatliche Solidargemeinschaft, deren Leistungen allen in gleicher Weise zugute kommen, sei dem Einzelnen nicht zumutbar. Genau dies findet aber in der gesetzlichen Krankenversicherung statt. Ein Teil des Mittelstandes (ohne Beamte und Selbständige) muß aufgrund der Versicherungspflicht die Lasten der kleinen Arbeiter, Angestellten und Rentner, deren Beiträge nicht kostendeckend sind, allein und ohne Hilfe der staatlichen Gemeinschaft kräftig mittragen, und die Besserverdienenden leisten überhaupt keinen Solidarbeitrag zur sozialen Krankenversicherung. Daß sie mangels Schutzbedürftigkeit keine Ansprüche an diese Solidargemeinschaft benötigen, ist doch kein Grund, sie von der Beteiligung an den Solidarlasten vollständig freizustellen. Es handelt sich schließlich nicht um Bagatellbeträge, sondern um mehr als 10% des Einkommens derjenigen, die der Versicherungspflicht unterworfen werden.

Die gesetzliche Verfügung über einen so hohen Einkommensanteil einem Teil der Bevölkerung als Solidarleistung zuzumuten und einen anderen davon völlig freizustellen, kann mit der weiteren Fortschreibung herkömmlicher Verhältnisse und den Schwierigkeiten einer Neuordnung nicht mehr tragfähig begründet werden. Das Streben nach demokratischer Gleichheit, das eines der Grundphänomene der Moderne ist, wird diese Unterschiede früher oder später hinwegfegen. Wer sich auf den Fortbestand dieser Unterschiede hinsichtlich der Versicherungspflicht in seiner persönlichen Lebensplanung verläßt, wird eines Tages vor Entwicklungen stehen, die ihn überraschen.

Entweder Versicherungspflicht für alle oder Versicherungsfreiheit für alle; letzteres wäre nur mit dem Risiko stärkerer Belastung der Sozialhilfe zu ha-

ben. Wie wenig realistisch ein solcher Weg wäre, zeigen die Schwierigkeiten, die das vergleichbare Pflegefallrisiko den Trägern der Sozialhilfe zunehmend bereitet; es ist kein Zufall, daß zur Lösung dieser Schwierigkeiten nach Bonner Plänen in die gesellschaftspolitische Aufgabe, das Pflegefallrisiko abzudecken, die soziale Krankenversicherung eingeschaltet werden soll. Für die Zukunft des Gesundheitswesens stellt sich auf absehbare Zeit somit nur die Frage, wie eine für alle gleiche Versicherungspflicht im einzelnen ausgestaltet sein könnte und sollte. Welche Ausgestaltung der Versicherungspflicht sichert Freiheit *und* Brüderlichkeit?

Freiheit für Patient und Arzt

Im Gesundheitswesen der Bundesrepublik haben die Freiheit des Arztes und die Freiheit des Patienten berechtigterweise einen sehr hohen Rang. Die Therapiefreiheit des Arztes bedarf nur der freien Zustimmung seines Patienten. Die Krankenkassen haben sich in dieses Verhältnis grundsätzlich nicht einzumischen. Dieses hohe Maß an Freiheit ist auch bei uns nicht mehr selbstverständlich, aber aus vielen Gründen, auf die später eingegangen wird, unbedingt notwendig.

Schon bisher gibt es leider nicht überall in der Welt ein freiheitliches Gesundheitswesen. Im anderen Deutschland, in der DDR, gibt es ein stark ausgebautes Betriebsärztesystem, in dem der Arzt verpflichtet ist, die Betriebsangehörigen zu behandeln und die Betriebsangehörigen verpflichtet sind, diese Behandlung zu dulden. Man muß sich einmal versuchen klarzumachen, was diese Duldungspflicht bedeutet. Der Betriebsangehörige hat sich vom Werksarzt – und keinem anderen! – so behandeln zu lassen, wie es der Werksarzt für richtig hält oder wie es diesem Arzt aus dem vermeintlichen Interesse des Betriebes oder der Volkswirtschaft vorgeschrieben ist. Das Wohl des Betriebes, der Volkswirtschaft oder des Staates wird dem Wohl des Betriebsangehörigen übergeordnet; er wird dem sozialen System dienstbar gemacht und mit ihm wird sein Arzt zu einem unfreien Diener einer sozialen Gemeinschaft mit totalitärem Machtanspruch über jeden Einzelnen.

Nach unserem Freiheitsverständnis beruht das Recht des Patienten, sich den Arzt und damit die Therapie frei zu wählen, auf einem verfassungsmäßig geschützten Recht auf körperliche Unversehrtheit. Viele Therapien greifen in die körperliche Unversehrtheit ein. Viele Medikamente bergen die Gefahr unerwünschter, manchmal auch unvorhersehbarer Nebenwirkungen in sich. Alle Risiken, die mit einer Therapie verbunden sein könnten, bedürfen kraft des Rechts auf körperliche Unversehrtheit der vollen Einwilligung des Patienten. Die Therapiefreiheit ist dem Arzt im Interesse des Patienten gegeben und

auch nur im Rahmen seiner Einwilligung. Dadurch bleibt es allein Sache des Patienten, zu bestimmen, was sein Interesse ist.

Die *Freiheit der Therapiefindung* ist das Grundrecht des Patienten. Getragen von seiner Hoffnung auf Heilung oder doch wenigstens Linderung sucht er eine Therapie für seine Krankheit. Diese Therapie soll möglichst wirksam und möglichst nebenwirkungsfrei sein. Dies ist in erster Linie sein persönliches, aber auch uneingeschränkt berechtigtes Interesse. Die soziale Gemeinschaft hat kein anderes Interesse, als daß der Kranke gesund werde – oder der sich krank fühlende Mitbürger sich wieder gesund fühle. Einzelinteresse und Gemeinschaftsinteresse stehen hier nicht in Konflikt miteinander. Die soziale Gemeinschaft fährt gut damit, dem einzelnen die Freiheit der Therapiefindung als Grundrecht zu gewähren, d. h. ihm in allen Konfliktfällen die alleinige Entscheidung zu überlassen. Nur er darf entscheiden, welchen Ärzten und anderen Therapeuten er wirksame und möglichst nebenwirkungsfreie Therapien zutraut. Dadurch wird das Gemeinschaftsinteresse in die Obhut des einzelnen Kranken gegeben. Die Gemeinschaft kann dabei auch auf den Leidensdruck bauen, unter dem er steht. Sie ruft ihm mit der unbedingten Freiheitsgewährung seine Verantwortung in das Bewußtsein, daß in erster Linie er etwas dafür tun muß, seine Krankheit zu begreifen und zu überwinden. Anderes gilt nur bei unmündigen Kindern und bei Erwachsenen, die in einem förmlichen gerichtlichen Verfahren entmündigt worden sind. Ihre Entscheidungsbefugnis überträgt die Rechtsgemeinschaft in der Regel auf Verwandte, grundsätzlich nicht auf Behörden.

Rechtlich betrachtet, ist die Therapiefindung keine Pflicht, sondern eine Last des Patienten. Dies bedeutet, daß die soziale Gemeinschaft in der Regel vom Kranken nicht verlangt, daß er sich um eine Therapie überhaupt bemüht. Sie »überläßt« es ihm, sie bürdet ihm also die Last der Entscheidung und Bemühung auf, ob er eine Therapie sucht und durchhält. Bei gefährlichen ansteckenden Krankheiten kann sie ihm die Isolation abverlangen, aber nicht ohne weiteres eine Zwangsbehandlung, die sie für wirksam hält, einleiten. Selbst wenn dafür in Extremfällen die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, kann der Patient unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit widersprechen und sich an der Therapiefindung aktiv und mit dem Anspruch auf grundsätzlichen Vorrang seiner Entscheidung beteiligen.

Die *Therapiefreiheit des Arztes* kommt dem Patienten zugute, wenn der Patient das *Recht der freien Arztwahl* hat. Denn das Recht der freien Arztwahl macht die Therapiefreiheit dem Patienten nutzbar. Die Therapiefreiheit des Arztes bedeutet, daß er nach seiner eigenen Einsicht handeln darf, daß kein Dritter, kein anderer als der Patient, ihn hindern darf, die Therapie zu versuchen, die er bei diesem Patienten für erfolgversprechend und angemessen hält. Die Therapiefreiheit des Arztes und das Recht der freien Arztwahl

des Patienten sind so *die Eckpfeiler des freien Vertrages* zwischen ihnen, *des rechtlichen Rahmens ihres Vertrauens zueinander.* Ohne das Vertrauen des Patienten in die Hilfsbereitschaft, aber auch in die freie Unabhängigkeit des Arztes kann dieser nicht richtig wirksam werden.

Der Arzt kann nur erfolgreich wirksam werden, wenn der Patient ihm sehr bereitwillig und sehr offenherzig vieles erzählt, was der Arzt wissen muß und in was der Arzt sich hineinfragen muß. Das betrifft nicht nur die rein körperliche Situation, sondern häufig auch die soziale Lage und Umgebung des Patienten. Für die Diagnose und für die Auswahl einer im Einzelfall erfolgversprechenden Therapie braucht der Arzt oft Informationen, die nur der Patient ihm zur Verfügung stellen kann, weil der Arzt auch mit Meßgeräten nicht an sie herankommt. Der ganze Apparat von Laboruntersuchungen und anderen messenden Geräten erspart zwar dem Arzt, nach der einen oder anderen Sache zu fragen, aber den Haussegen oder das Betriebsklima am Arbeitsplatz kann er nie messen. Er mißt allenfalls irgendwelche Folgewirkungen, hat dann aber immer noch kein Ursachenverständnis für das, was er auf seinen Meßgeräten feststellt. Für eine kausale Therapie kommt es auf die Ursachenerkenntnis aber doch entscheidend an. Der Arzt braucht den Durchblick auf die Ursachen des mehr oder weniger meßbaren Befundes und Befindens.

Eher kann umgekehrt ein *offenes Gespräch* mit dem Patienten nicht nur ohne jede Messung Einblick in sein Befinden, sondern auch noch in dessen Denken, Fühlen und Wollen und damit in psychische, verhaltensmäßige oder soziale Ursachen geben, die in der Regel nicht meßbar sind. Das Vertrauen des Patienten, das ein offenes Gespräch mit dem Arzt erst möglich macht, erspart teure Umwege einer stummen Apparatemedizin, die meist nur Fakten, aber selten die eigentlichen schicksalsmäßigen Ursachen findet.

Das Vertrauen des Patienten kann der Arzt nicht fordern, er muß es »gewinnen« – in der Regel durch Leistungen, die seine Patienten anerkennen. Er kann nur mit Aussicht auf offene Antworten fragen, wenn der Patient das Vertrauen hat, daß der Arzt nur im ureigensten Interesse des Patienten – um ihm helfen zu können – und weder aus bloßer eigener Neugier noch gar im Interesse oder Auftrag eines Dritten fragt. Nur der von fremden Interessen *unabhängige Arzt* ist in den Augen seiner Patienten vertrauenswürdig.

Sobald der Patient weiß oder auch nur befürchtet, daß die Krankenversicherung dem Arzt Vorschriften macht oder ihn bei einigen Behandlungsweisen gar mit wirtschaftlichen Sanktionen belegt, tritt eine elementare Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt ein. Der Patient hat im Hinterkopf, sein Arzt müsse wohl im Hinterkopf haben, welche Therapievorschläge wohl zu Schwierigkeiten des Arztes mit der Krankenkasse des Patienten führen werden. Mit Rücksicht auf die Konsequenzen, die die Krankenkasse mög-

licherweise zieht, werden Arzt und Patient nur noch eingeschränkt miteinander reden.

Von den eigenen Interessen des Arztes an seinen Patienten muß an späterer Stelle die Rede sein; sie zu kontrollieren, ist bei einem unabhängigen Arzt nur dem Patienten möglich – daraus werden Folgerungen zu ziehen sein. Dabei wird der Ausgangspunkt sein, daß das ärztliche Wissen und Können immer nur Patienten voll zugute kommt, die Vertrauen zu ihren Ärzten haben. Sie werden es nur haben können, solange es unabhängige Ärzte gibt, die nur dem Wohle ihrer Patienten verpflichtet sind – die auch ihr eigenes Interesse in ausreichendem Maße dahinter zurückstellen können. Je größer das Vertrauen der Patienten in diese unabhängige Sachbezogenheit der Ärzte ist, umso eher wird es diesen gelingen, den gewünschten Behandlungserfolg zu erzielen.

Die *Notwendigkeit der Freiheitssicherung* ist nicht nur eine rechtliche Forderung, die sich aus den Grundrechten der Berufsfreiheit des Arztes und der körperlichen Unversehrtheit des Patienten und seines Selbstbestimmungsrechts über seine gesundheitliche Situation ergibt. Ganz unabhängig von rechtlichen Überlegungen ist die Notwendigkeit der Freiheitssicherung mit sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Bedingungen einer effizienten Ausgestaltung des Arzt/Patienten-Verhältnisses begründbar. Dabei erweist sich das im ärztlichen Standesrecht seit eh und je *vielberufene Vertrauen* als ein unverzichtbarer *sozialwissenschaftlicher Schlüsselbegriff*. Das Vertrauen der Leistungsempfänger in die Leistungsfähigkeit, Leistungsbereitschaft und Unabhängigkeit der Leistungserbringer ist eine unübersehbare Voraussetzung voller Leistungsentfaltung. Nicht nur die Bemühungen der Ärzte um die Therapiefindung sind in ihren Erfolgschancen vom Vertrauen ihrer Patienten abhängig; sondern auch die Aussicht, daß die Patienten die Ratschläge ihrer Ärzte wirklich in vollem Umfang annehmen und umsetzen, hat Vertrauen in diese Ratschläge zur Voraussetzung. Es geht ja häufig nicht nur um die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, sondern um die Änderung fest eingefahrener Lebensgewohnheiten. Das wird der Patient nicht auf den Rat jedes beliebigen Arztes tun, sondern nur auf den Rat eines Arztes hin, zu dem er das Vertrauen hat, daß dieser ihm unbequeme Dinge nicht willkürlich zumutet. Lebens- und Verhaltensänderungen fallen doch regelmäßig sehr, sehr schwer, zumal der Patient anfänglich oft noch keine Einsicht in die Ursachenzusammenhänge hat und kaum einen Erfolg spürt. Er muß die Ratschläge zunächst einmal im Vertrauen in ihre Richtigkeit befolgen, um eigene Erfahrungen damit zu sammeln.

Die Frage, *ob ein Gesundheitssystem effektiv arbeitet*, also ob aus den Bemühungen der Ärzte ein maximaler Erfolg werden kann, hängt demnach fast allein davon ab, ob die Patienten das nicht vorschreibbare und schon gar nicht erzwingbare Vertrauen haben und vernünftigerweise haben können, daß die

von ihnen gewählten Ärzte über eine von dritter Seite uneingeschränkte Therapiefreiheit verfügen. Die Patienten müssen sicher sein, daß der Arzt nur das tut, was er, der Arzt, in ihrem konkreten Fall für richtig hält. Auch die Frage des Maßes des Einsatzes des Arztes und der angewandten Heil- und Hilfsmittel, der eingeleiteten therapeutischen Maßnahmen darf von keiner dritten Seite beeinflußt, sondern nur zwischen den Patienten und dem Arzt abgesprochen werden. Daß in diese Fragen kein Dritter hineinredet, ist von grundlegender Bedeutung.

Zunehmend treten jedoch die Versicherungen als Dritte neben Patient und Arzt auf. Sie mischen sich in das Arzt/Patienten-Verhältnis ein, um den Auftrag des Gesetzgebers zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu erfüllen. Wo der Einfluß ansetzt, kann sehr unterschiedlich sein. Gelegentlich wird sogar von einem Dreiecksverhältnis gesprochen: jeder beeinflußt jeden:

Versicherung
*
* *
Arzt * * * * Patient

Durchschaubarer werden die Beziehungen, wenn man sie linerar gestaltet:

Arzt – Versicherung – Patient
oder
Versicherung – Arzt – Patient
oder
Versicherung – Patient – Arzt

Mit anderen Worten: soll die Versicherung zwischen Arzt und Patient stehen oder soll sie das Arzt/Patienten-Verhältnis nur über den Arzt oder nur über den Patienten beeinflussen?

Hier sei nur kurz die These vertreten, daß sich die Versicherung nie mit dem Arzt, sondern stets *nur mit dem Patienten auseinandersetzen* sollte, dessen ökonomische Leistungsfähigkeit im Krankheitsfall sie ja eigentlich gewährleisten soll. Bei einer solchen Ordnung der Beziehungen wird das Arzt/Patienten-Verhältnis durch das Hinzutreten der Versicherung am wenigsten gestört. Der Arzt bleibt unabhängig. Die Freiheit der Therapiefindung ist kein Luxus, sondern Grundlage des Vertrauens des Patienten zum Arzt, das seinerseits unabdingbare Effizienzvoraussetzung des Gesundheitswesens ist. Jeder Versuch der Kostendämpfung, der zu Lasten der Freiheit der Therapiefindung geht, wird sein Ziel schon vom ordnungspolitischen Ansatz her gründlich verfehlen.

Brüderlichkeit in den wirtschaftlichen Beziehungen

Die gegenwärtig im Gesundheitswesen herrschenden ökonomischen Verhältnisse haben einen so massiven Problemdruck erzeugt, daß politische Kräfte

für eine »Strukturreform des Gesundheitswesens« mobilisiert wurden. Der Anstieg der Kosten und Beiträge, die als zu hoch empfunden werden, soll unter allen Umständen gebremst werden. Die Beiträge, die zu den sogenannten Lohnnebenkosten gehören, dürfen aus wirtschaftspolitischen Gründen nicht weiter steigen, damit die Arbeitslosigkeit nicht gefördert wird. Die Krankenversicherungsbeiträge müßten eigentlich sogar sinken, weil ein anderer Bestandteil der Lohnnebenkosten, die Rentenbeiträge, in den nächsten Jahrzehnten infolge der demographischen Verhältnisse steigen werden.

Die Beitragsexplosion ist eine Folge der Kosten- oder besser Ausgabenexplosion der gesetzlichen Krankenversicherungen. Denn die Ausgaben müssen durch Beiträge gedeckt werden; andere Einnahmequellen sind bei den Krankenversicherungen nicht gegeben. Die Ausgaben der Krankenversicherungen sind Einnahmen bei den Ärzten, Therapeuten, Krankenhäusern, Apotheken, Brillen- und Pharmaherstellern. Sie ermöglichen deren Kostenniveau, Einkommen und Gewinne. Für unnötige Kosten sind viele Krankenhäuser, für überdurchschnittliche Einkommen und Gewinne manche Ärzte und Pharmahersteller bekannt. Von der Kostenexplosion ist viel die Rede, die Einkommens- und Gewinnexplosion wird selten angesprochen.

Unnötige Kosten sowie Einkommen und Gewinne, die weit über denen liegen, die in anderen gut gehenden Berufen und Branchen von den Erfolgreichen erzielt werden können, sind gewiß keine Zeichen brüderlichen Umgangs mit den wirtschaftlichen Mitteln, die im Gesundheitswesen eingesetzt werden. Schaut man auf die Herkunft der Mittel, wird es noch problematischer: Ist da nicht eine Umverteilung von unten nach oben in Gang, wenn man bedenkt, daß die Beiträge der Krankenversicherung ausschließlich von den unteren und mittleren Einkommensschichten zwangsweise aufgebracht werden? Soweit die Krankenversicherungen Mitglieder aus den höheren Einkommensschichten haben, ist deren Solidaritätsleistung durch die Beitragsbemessungsgrenze auf die Leistungspflicht mittlerer Einkommensschichten limitiert. Ist es dann noch vertretbar, daß diese Beiträge – sichtbar an steigenden Prozentsätzen – rascher steigen als die Einkommen der Beitragszahler?

Da helfen keine moralischen Angriffe auf die im bestehenden System rational handelnden Menschen; sondern nur andere wirksame gesellschaftliche Einrichtungen, die bei den rational handelnden Menschen künftig zu besseren sozialen Ergebnissen führen. Die Umgestaltung der sozialen Einrichtungen setzt aber sozialwissenschaftliche Erkenntnisse und einen politischen Handlungswillen voraus, die von echter brüderlicher Gesinnung geleitet sind. Der Leser der folgenden Zeilen schalte also seine moralischen Antennen ein.

Was hat die wirtschaftlichen Ungleichgewichte verursacht? Mit Hilfe der gesetzlichen Krankenversicherung sind alle Patienten sehr zahlungsfähig geworden. Die *Nachfrage nach Gesundheitsleistungen* ist dadurch erheblich ge-

stiegen. Das war gewollt; es sollte niemand davon ausgeschlossen sein, im notwendigen und zeitgemäßen Umfang an den Segnungen der modernen Medizin Anteil zu haben. Dies war und bleibt ein voll berechtigtes Anliegen brüderlicher Sozialgestaltung. Allerdings stieg die Nachfrage rascher als die Ausweitung der *Kapazitäten auf der Angebotsseite* des Gesundheitswesens. Preis- und vor allem auch Einkommens- und Gewinnsteigerungen waren die marktwirtschaftlich vorhersehbare Folge. Als vorübergehendes Marktungleichgewicht wären sie hinnehmbar. Sie konnten aber nicht überall den rechtzeitigen Marktzutritt neuer Anbieter herbeiführen:

- die ansteigende Nachfrage nach medizinischen Ausbildungsplätzen, die durch die verbesserte Einkommenslage der Ärzteschaft hervorgerufen wurde, wurde durch den Numerus clausus der Medizinischen Fakultäten gebremst; nachdem dieser Engpaß politisch u.a. durch Verschlechterung der Ausbildungsqualität überwunden wurde, wird begonnen, einen Numerus clausus für Kassenzulassungen zu praktizieren.
- der Wettbewerb in der Pharmaindustrie ist durch das Patentrecht, Markenrecht und Schutzwirkungen der Arzneimittelüberwachung so wirksam beschränkt, daß die deutschen Arzneimittelpreise weit über Weltmarktniveau liegen.

Daß aus diesen Preisen neben hohen Gewinnen und Gehältern auch eine aufwendige Forschung finanziert wird, ist ein schwacher Trost. Wahrscheinlich wäre es für die Krankenversicherungen billiger, die Forschungsmillionen anders als über die Arzneimittelpreise, die durch Wettbewerbsbeschränkungen hochgehalten werden, aufzubringen und damit industriefreie Forschung zu finanzieren, deren Ergebnisse jedermann unentgeltlich zugänglich sind.

Damit ist wohl hinreichend angedeutet, daß die *Analyse der Ursachen* sich sowohl auf die Nachfrage- als auch auf die Angebotsseite sowie auf ihre gegenseitige Abhängigkeit beziehen muß. Die Untersuchung soll sich zunächst der Entwicklung der Nachfrageseite zuwenden.

Schon *bevor es private oder gar soziale Krankenversicherungen gab,* haben Patienten Gesundheitsleistungen von Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern nachgefragt und deren Leistungen bezahlt. Nicht uninteressant sind die Einschränkungen, die hier zu machen sind: Die Kosten der *Krankenhäuser* wurden zum Teil von Stiftungen getragen und fielen zu einem weiteren Teil wegen praktisch unentgeltlicher Arbeit von Ordensgemeinschaften gar nicht an; die Entgelte der Patienten mußten also nur einen Teil der wahren gesellschaftlichen Kosten der Spitäler tragen. Bedürftige Personen wurden unter diesen Strukturen des Gesundheitswesens sicher häufig ganz unentgeltlich behandelt.

Auch für die *Ärzte* war es selbstverständlich, die Vergütung, die sie für ihre Bemühungen von ihren Patienten erwarteten, nach deren Vermögens- und Einkommensverhältnissen zu bemessen. Nicht unerheblich war für die Lokkerung des Verhältnisses von Leistung und Gegenleistung auch das Bewußtsein, daß die Bemühungen des Arztes und der Heilungserfolg nicht selten in einem größeren Mißverhältnis als in der heutigen naturwissenschaftlich geprägten und hochspezialisierten Medizin standen. Trotz intensiver Bemühungen kann auch heute noch der erhoffte Erfolg ausbleiben; in anderen Fällen ist es dem Arzt ein Leichtes, den Patienten von einer schweren Last zu befreien. Soll die Gegenleistung des Patienten nach den Bemühungen oder dem Erfolg des Arztes bemessen sein? Es ist nicht verwunderlich, daß immer wieder betont wurde, daß Leistung und Gegenleistung nicht in einem Austauschverhältnis wie bei einem Kauf gesehen werden dürften. Ein deutlicher Ausdruck für die *angestrebte Trennung von Leistung und Gegenleistung*, für die Verneinung des Gegenseitigkeitsverhältnisses ist die Verwendung des Wortes »Honorar«, das in etwa besagt, es handle sich um eine Ehrensache, eine Anerkennungsgabe des Patienten. Er bringt auch mit seiner finanziellen Leistung gegenüber dem Arzt zum Ausdruck, welchen Wert dessen Bemühungen für ihn hatten. Bei dieser Betrachtungsweise durfte sich die Höhe des Honorars natürlich nicht nur nach den Bemühungen und dem Erfolg bei der Behandlung, sondern auch nach den wirtschaftlichen Verhältnissen des Patienten richten.

Das Verhältnis zu den *Apothekern* war vermutlich stets kommerzieller, will sagen: deutlicher vom Gegenseitigkeitsprinzip geprägt. Es sollte aber nicht vergessen werden, daß der Verkauf von abgepackten Fertigwaren früher nicht so üblich war, sondern die Anfertigung eines Arzneimittels für einen bestimmten Patienten durchaus noch im Vordergrund der Tätigkeit (und nicht nur der Ausbildung) des Apothekers stand.

Damit wird deutlich, daß die Patienten *schon immer nach* ihren *wirtschaftlichen Verhältnissen* zu den Einnahmen der Ärzte und Krankenhäuser beigetragen haben. Dies ist vom Ansatz her nicht erst eine soziale Errungenschaft der sozialen Krankenversicherung; sie hat nur das Ausmaß der gesellschaftlichen Solidarität wesentlich verändert und den Anbietern von Gesundheitsleistungen das Management des sozialen Ausgleichs abgenommen.

Eine nähere Betrachtung verdienen noch die Auswirkungen des früheren Zustandes auf das *Nachfrageverhalten der Patienten*. Sie in erster Linie mußten auf ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse Rücksicht nehmen, bevor sie einen Arzt oder ein Krankenhaus in Anspruch nahmen, weil sie die Kosten auf keine Versicherung abwälzen konnten. Sie prüften die Möglichkeit, sich selber zu helfen oder die Inanspruchnahme auf das Notwendigste zu beschränken, schon von sich aus. Auch ein Millionär fragt sich in der Regel,

ob er sich eine Ausgabe, die er sich ohne weiteres leisten könnte, auch wirklich leisten will – es ist ja sprichwörtlich, daß man vernünftiges Sparen am besten von den seit langem reichen Leuten lernen kann. Arme und Reiche hatten einen vergleichbaren Ansatz in ihrem Nachfrageverhalten. Den Grenzfall des Superreichen, der die Kosten nicht spürt, wenn er als eingebildeter Kranker nur mit einem Leibarzt als ständigem Begleiter leben will, können wir hier vernachlässigen. Im Normalfall wird der eingebildete Kranke von seiner Familie, die aus dem selben wirtschaftlichen Topf leben muß, zurückgehalten oder vom Arzt wegen seiner Lästigkeit mit vergleichsweise hohen Honoraren gezügelt.

Die Vergangenheitsverhältnisse sollen hier nicht idealisiert werden. Es geht nur darum, *Tendenzen,* die *in einem unreglementierten Gesundheitswesen* wirksam sind, klar wahrzunehmen. Denn auch im heutigen reglementierten Sozialstaat sind sie zumindest unter der Decke lebendig und oft auch wirksam. Sie können die soziale Akzeptanz von Reglementierungen stützen oder schwächen. Man sollte sie daher kennen, insbesondere auch ihre Gefahren. Einerseits galt damals trotz aller Tendenzen zum sozialen Ausgleich letztlich doch der Satz: »Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben!« Einfach weil die Mittel, für alle Menschen zu sorgen, rein wirtschaftlich noch nicht vorhanden waren und weil das Vorhandene ungleicher verteilt war als in einer modernen entwickelten Volkswirtschaft. Der Bedarf war wohl kaum geringer als heute, aber die zahlungskräftige Nachfrage fehlte. Auch war selbst in den wohlsituierten Schichten die Nachfragezurückhaltung sicher oft zu stark: man ging wohl doch häufig nicht rechtzeitig zum Arzt, sodaß verschleppte Krankheiten unnötig teuer oder gar unheilbar wurden. Ist diese gesundheitspolitische Gefahr durch Bildungsmaßnahmen hinreichend begrenzbar oder wird sie trotzdem schwerwiegender bleiben als die wirtschaftlichen Gefahren fehlender Nachfragezurückhaltung? An der Beantwortung dieser Frage entscheidet sich erfahrungsgemäß politisch viel.

Soweit eine *Versicherung* die Krankheitskosten trägt, wird die »natürliche« *Nachfragezurückhaltung der Patienten weitgehend aufgehoben.* Dabei ist es völlig gleichgültig, ob es sich um eine private oder die soziale Krankenversicherung handelt. Auch die Ärzte und Krankenhäuser legen jede soziale Zurückhaltung bei der Berechnung ihrer Entgelte ab, wenn sie wissen, daß eine Versicherung leistungspflichtig ist. Arzt und Patient fragen nur noch: »Wird die Versicherung alles bezahlen?«

Die berechneten Preise verlieren ihren individuellen Charakter und ihre Bedeutung als persönliche Anerkennungsgabe des Patienten für die geleisteten Bemühungen. Auch die Gesundheitsanbieter denken im Verhältnis zu den Versicherungen als Kostenträgern in objektivierten Preisen, d. h. in Preisen, die für alle Patienten gleich sind. Das erwarten auch die Versicherungen,

die bereit sind, den Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen Preise zuzubilligen, die normale Kosten, Einkommen und Gewinne decken und damit normalerweise die Weiterarbeit ermöglichen. Jede darüberhinausgehende Preisentwicklung müssen sie als Ausbeutung betrachten und im Interesse ihrer Versicherten zurückweisen, weil diese sonst früher oder später höhere Beiträge entrichten müßten.

Die *objektivierte, kommerziell geprägte Preisbildung* muß nicht als Verstoß gegen die Brüderlichkeit gewertet werden. Die Gegenseitigkeit des Austausches, bei dem jeder Partner seinen Vorteil (eine Verbesserung *seiner* Lage) sucht und beide den gesuchten Vorteil finden, ohne daß der eine den anderen übervorteilt und ausgebeutet hat, ist wohl das Urbild arbeitsteiligen Wirtschaftens mit dem brüderlichen Bewußtsein, daß die getreue Befriedigung des Bedarfs des anderen dem gesuchten eigenen Vorteil am ehesten dienlich ist. Brüderlichkeit erstrebt Beiderseitigkeit, nicht Einseitigkeit.

Man kann in den objektivierten Preisen einen weiteren Schritt zur Trennung von Leistung und Einnahmen im Gesundheitswesen sehen, obwohl dem viele Marktwirtschaftler nicht folgen werden. Aber wie steht es denn mit der wirtschaftlichen Meßbarkeit der Bemühungen oder Leistungen? Entzieht die notwendige Individualisierung aller therapeutischen Maßnahmen nicht auch der wirtschaftlichen Bewertung die standardisierbare Grundlage einer Massenproduktion? Jagen die Vergütungsordnungen, die Einzelleistungen und damit den ärztlichen Fleiß honorieren wollen, hier nicht Scheinobjektivierungen nach, die keinen Respekt verdienen und deshalb zu den bekannten Abrechnungsproblemen beitragen? Und ist im Bereich des ärztlichen Handelns die erzielbare Gegenleistung überhaupt so motivierend? Muß der Patient zur Motivation des Arztes nicht etwas anderes zum Ausdruck bringen als das Versprechen, die Versicherung werde gut zahlen? Ist der gut versicherte schon der »gute Patient«, auf dessen Besuch sich der Arzt freut und für den er sich unwillkürlich besonders anstrengt? Es sollte im wirtschaftlichen Bereich nur keine Probleme geben, die sich störend auswirken; das ist der eigentliche Sinn einer gewissen Entkoppelung der wirtschaftlichen von der medizinischen Leistungsseite in den Vergütungsordnungen; so kann man freier leben und brüderlich leben lassen; mehr sollte von diesem Bereich nicht verlangt werden, wenn man ihn nicht überfordern will. Also sollte der »gute Patient« zunächst einmal gut versichert sein, aber jenseits dieser Frage wird die Arbeit eigentlich erst richtig interessant für den Therapeuten.

Die *private Krankenversicherung* ist vielen dieser Schwierigkeiten der sozialen Krankenversicherung dadurch aus dem Wege gegangen, daß sie sich nicht mit einem Sachleistungsprinzip in die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient eingemischt, sondern stets nur die vom Patienten an den Arzt usw. bezahlten oder zu bezahlenden Kosten erstattet hat. Außer-

dem hat sie stets versucht, das Versicherungsversprechen so einzuschränken, daß die natürliche Nachfragezurückhaltung in weiten Bereichen erhalten bleibt. Entweder versichert sie nur einen Teil aller Kosten (prozentuale Selbstbeteiligung) oder überhaupt nur das »große Risiko«, nicht den Bagatellschaden, indem eine *Selbstbeteiligung bis zu einem bestimmten Betrag* vereinbart wird; die Versicherung muß nur zahlen, wenn und soweit die im Laufe eines Jahres angefallenen Rechnungen diesen Betrag übersteigen. Beitragsrückgewähr ist davon nur eine Variante, die dem Versicherten mehr Sicherheit bietet: Alles ist versichert, auch der Bagatellschaden; wenn er sich trotzdem entschließt, in einem Jahr die kleinen Schäden zu meiden oder diese nicht zur Erstattung einzureichen, sondern selbst zu tragen, erhält er einige Monatsbeiträge, die bereits eingezogen wurden, nachträglich zurück; tritt ein großer Schaden ein, der die Beitragsrückgewähr hindert, rechnet er auch die kleinen ab. Die Beiträge sind bei fester Selbstbeteiligung spürbar niedriger als bei Vollversicherung mit Beitragsrückgewähr.

Den umfassenden Versicherungsschutz, wie ihn die soziale Krankenversicherung heute bietet, könnten sich weite Teile der Bevölkerung zu den Tarifen, die die private Krankenversicherung dafür verlangen würde, nicht leisten, weil diese einkommensunabhängig von jedem gleiche Beiträge verlangt, die nur risikogerecht differenziert sind. Wer sich diese Beiträge nicht leisten kann, bleibt schutzlos oder ist im Ernstfall auf die Sozialhilfe angewiesen. Die gesetzliche Einführung einer Pflicht, sich privat gegen das finanzielle Risiko von Krankheiten zu versichern, würde die Sozialhilfe von der Bewältigung unversicherter Risiken entlasten, hätte aber eine ganz andere Beitragsstruktur, als sie die gesetzliche Krankenversicherung hat, zur Folge. Bei allgemeiner Versicherungspflicht wären das Eintrittsalter und damit die Beiträge verhältnismäßig gering; aber sie müßten lebenslang gezahlt werden und sie müßten durch ihre Höhe die durchschnittlichen Ausgaben der Versicherung pro Versicherten sowie zusätzlich noch Rücklagen für deren erhöhtes Krankheitsrisiko in alten Tagen decken. Ein reines Umlageverfahren, wie es die gesetzliche Krankenversicherung hat, wäre der privaten nicht ohne weiteres möglich.

Für viele der Pflichtversicherten wären die *kommerziellen Beiträge der privaten Krankenversicherung zu hoch.* Sie müßten eine dem Wohngeld vergleichbare Sozialleistung erhalten, die sie in den Stand setzt, Marktpreise an die Versicherung zu bezahlen – *oder die Sozialhilfe* müßte ihre Beiträge ganz oder teilweise übernehmen. Heute kann sich die Sozialhilfe bei der von ihr selbst gewährten Krankenhilfe nur deswegen weitgehend an den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung orientieren, weil sie für Gesundheitsleistungen verhältnismäßig selten in Anspruch genommen wird. Sie fährt in der Regel besser damit, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu

übernehmen, als selbst die sogenannte Krankenhilfe zu gewähren. Denn die Beiträge der Sozialhilfeempfänger an die Krankenversicherungen liegen wegen ihrer geringen Einkommen unter den durchschnittlichen Aufwendungen pro Mitglied. Die Sozialhilfeträger würden die Übernahme von Pflichtbeiträgen an die private Krankenversicherung genau so wenig verkraften wie das Pflegefallrisiko.

Die einkommensbezogenen Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung sind für jeden in gleicher Weise bezahlbar, weil sie sich bis zur Beitragsbemessungsgrenze völlig parallel mit dem Einkommen entwickeln. Dies erklärt *den geringen Abgabenwiderstand* der Pflichtversicherten. Dieser geringe Abgabenwiderstand wiederum *erklärt die gewaltige finanzielle Leistungskraft* dieses Beitragssystems. Man muß vor dem Hintergrund der oben angestellten Vergleiche wirklich bewundern, welche Dimension die Finanzströme bekommen haben, die durch das Beitragssystem der sozialen Krankenversicherung aufgebracht werden. Seine Leistungskraft verführt schon dazu, Sparsamkeit auf der Ausgabenseite als überflüssig anzusehen, die ohnehin nicht so schön sozial ist, wie die solidarische Aufbringung der Beiträge (für unsere Kranken ist doch schließlich das Beste gerade gut genug).

Der solidarische Ausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaft beruht zwar auf gesetzlichem Zwang, wird aber von den Mitgliedern sehr weitgehend *als sozial notwendige Einrichtung innerlich mitgetragen* und ist daher politisch völlig unumstritten. Letztlich beruht darauf die Überlegenheit im Vergleich zu versicherungslosen Zeiten und zu den risikobezogenen Beitragssystemen der privaten Krankenversicherung. Es darf vor diesem Erfahrungshintergrund wohl davon ausgegangen werden, daß die Beseitigung der oben (im Abschnitt »Gleichheit der Versicherungspflicht«) aufgezeigten ungerechten Gleichheitsverstöße die soziale Akzeptanz des Beitragssystems und damit seine Ertragskraft noch mehr festigen würde. – Nur nebenbei zum weiteren Nachdenken: Die Beiträge sind wie der Zehnte im mittelalterlichen Abgabensystem völlig einkommensproportional. Im Gegensatz zur modernen Einkommensteuer sind sie allerdings nicht einkommensprogressiv; die Einkommensteuer kennt auch keine Beitragsbemessungsgrenze als Überlastschutz vor Solidarverpflichtungen.

Die brüderliche Solidarität geht innerhalb der (problematisch abgegrenzten) Versichertengemeinschaften der gesetzlichen Krankenversicherung sehr weit. Da die Leistungen – wie bei jeder Versicherung (gleichen Vertrag vorausgesetzt) – für jeden Versicherten gleich, aber die Beiträge – risikounabhängig – einkommensproportional und die Familienangehörigen ohne zusätzlichen Beitrag mitversichert sind, wird ein großer Solidareffekt erzielt. Er geht über den Versicherungseffekt einer Risikogemeinschaft weit hinaus, weil dort Risiko und Beitrag des einzelnen Versicherten übereinstimmen müssen.

Ein bisher ungelöstes Problem der sozialen Krankenversicherung ist es, daß die *Entfaltung der Nachfrage* der Patienten nach Gesundheitsleistungen ökonomisch *noch völlig ungehemmt* ist. Sie können die Angebote wie in einem Selbstbedienungsladen ohne Kasse oder wie ein sorgenfreier Superreicher in Anspruch nehmen. Darf es dabei bleiben, daß die Solidargemeinschaft so grenzenlos beansprucht werden kann? Ist eine Wiederherstellung einer gewissen Nachfragezurückhaltung, wie sie auch die private Krankenversicherung kunstvoll zur Grundlage beitragsattraktiver Vertragsangebote macht, gesundheitspolitisch ganz unvertretbar?

Die ökonomischen Zwänge machen ein Umdenken unausweichlich: das ungehemmte *Nachfrageverhalten* ist unsolidarisch; es *läßt jede brüderliche Rücksichtnahme* auf die Gemeinschaft der Beitragszahler *vermissen;* es mißbraucht die finanzielle Leistungskraft des solidarischen Beitragssystems und könnte es daher auf die Dauer diskreditieren. Es bleibt der Politik daher und aus den eigangs dieses Abschnitts erwähnten arbeitsmarktpolitischen Gründen nur die unverzügliche Wahl, die Nachfrage durch scharfe bürokratische Kontrollen oder durch individuell zumutbare Selbstbehalte zu hemmen. Wer darauf Wert legt, daß der Patient selbst bestimmen kann, in welchem Maße Leistungen in Anspruch genommen werden sollen, muß sie ihn bis zu einer individuell zumutbaren Höhe mittragen lassen. In einem ökonomisch zumutbaren Rahmen soll kein anderer als der leidende Patient selbst bestimmen können, ob er ökonomische oder gesundheitliche Nachteile lieber ertragen will. Es ist ein Vorteil der sozialen Krankenversicherung, daß die Zumutbarkeitsgrenze systemimmanent bestimmbar ist, indem sie nach Monatsbeiträgen bemessen wird. Schon ein System der Beitragsrückgewähr gäbe jedem wenigstens die Wahl, sein Verhalten gar nicht zu ändern oder die neuen Chancen zu nutzen. Es wäre noch mit dem Sachleistungsprinzip ohne großen Aufwand zu vereinbaren. Wirkungsvoller wäre der *Übergang zum Kostenerstattungsprinzip mit einem Jahresselbstbehalt* in Höhe von einem oder mehreren Monatsbeiträgen und entsprechend gestaffelter Beitragsherabsetzung.

Es kann in der sozialen Krankenversicherung nicht so bleiben wie bisher; über die einzusetzenden Steuerungsinstrumente wird unter Ökonomen und Sozialpolitikern bereits heftig gestritten. Patienten und Ärzte befürchten eine Lawine von bürokratischen Kontrollen der Kassen, die ihre Freiheit der Therapiefindung einschränkt. Noch bestehen bei vielen Sozialpolitikern Hemmungen, statt bürokratischer Kontrollen, die zwar einfach einsehbar, aber in der Regel wirkungslos oder contraproduktiv sind, neue sozialökonomische Einrichtungen zu schaffen. Diese würden die Solidargemeinschaft nicht schwächen, wie oberflächliche Beurteiler oft meinen, sondern im Sinne brüderlicher Inanspruchnahme stärken. Der Gesetzgeber sollte der Selbstverwaltung der sozialen Krankenversicherungen den Weg frei machen für die Ent-

wicklung von Beitragssystemen mit Rückerstattungen oder Selbstbehalt. Dann würde aufhören, daß der *Wettbewerb um neue Mitglieder* mit immer mehr Großzügigkeit gegenüber der ungehemmten Nachfrage einiger Versicherter geführt wird, und ein Wettbewerb *mit sozialökonomisch noch wirksameren Beitragssystemen* beginnen können. Feste Zuordnungen von sozialen Gruppen zu bestimmten Versicherungsträgern sollte es nicht mehr geben. Auch Neugründungen von Ersatzkassen sollten wieder möglich sein, wenn sie gewisse Mindestmitgliederzahlen aufbieten können.

Politisch wären die vorgeschlagenen Lösungen für die Nachfrageseite des Gesundheitswesens leichter durchsetzbar, wenn *auf der Angebotsseite* ordnungspolitisch vertretbarere Verhältnisse herrschen würden. Der geringe Preiswiderstand auf der versicherten Nachfrageseite macht die Herbeiführung ausreichenden Preiswettbewerbs auf der Angebotsseite umso dringlicher. Traditionell sind aber berufsrechtliche Wettbewerbsbeschränkungen und staatlich festgesetzte Honorare vorherrschend. Es kann mehr Markt im Gesundheitswesen geben, wenn die Versicherten alle Leistungen erst einmal selbst bezahlen und manchen kleinen Schaden auch endgültig selbst tragen und sich deshalb alle Rechnungen, die durch ihre Hände gehen sollen, mit ökonomischem Eigeninteresse ansehen. Die Anbieter werden sich sagen müssen, daß die Nachfrager offensichtlich unnötige Kosten nicht schätzen werden, von denen sie wissen, daß sie sie mit ihren Entgelten bezahlen sollen.

Die größten Probleme liegen bei den gewucherten Kosten und Pflegesätzen in den kommunalen und staatlichen Krankenhäusern. In diesem ökonomisch gewichtigsten Bereich des ganzen Gesundheitswesens war es ordnungspolitisch richtig, die Pflegesätze zu vereinbarten Entgelten zu machen, um die Sparsamkeit der Krankenhäuser nicht mehr zu bestrafen. Es wird notwendig sein, die Einheit von laufendem und Investitions-Haushalt wiederherzustellen und die Wettbewerbsverzerrungen zwischen staatlichen und kommunalen Häusern einerseits sowie den privaten und freigemeinnützigen andererseits zu beseitigen.

Es ist zu erwarten, daß der Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip die Aufmerksamkeit der Versicherten und der Öffentlichkeit auf die Probleme der Angebotsseite lenken wird, die heute vom Sachleistungsprinzip für die Nichteingeweihten verschleiert werden. Auch daran wird deutlich, wie eng die Gestaltung der Nachfrage- und der Angebotsseite politisch und ökonomisch zusammenhängen und einander bedingen.

Ankündigungen und Programme

Seminar für freiheitliche Ordnung e. V.

Badstraße 35, 7325 Bad Boll

Arbeitsplanung 1988

Der Vorstand des Seminars für freiheitliche Ordnung hat zusammen mit dem erweiterten Beirat in einer Wochenendtagung vom 15. bis 17. Januar das Arbeitsprogramm für das laufende Jahr beschlossen. Im einzelnen war zu entscheiden, welche Tagungen veranstaltet und welche Themen in den »Fragen der Freiheit« behandelt werden sollen.

I

Tagungsprogramm

Aus der Fülle der Möglichkeiten wurden solche Themen ausgewählt, die den mitdenkenden Bürger unseres Staates nicht nur oberflächlich interessieren, sondern mutmaßlich tiefer berühren oder gar betroffen machen. Davon ausgehend ergab sich das folgende Tagungsprogramm:

1.) *200 Jahre Abitur – weiter so?*

Tagungsbeginn: 23. April 1988 – 10.00 Uhr
Tagungsende: 24. April 1988 – 12.30 Uhr
Tagungsort: Bad Boll
Planungsgruppe: F. Andres, E. Behrens, A. Wiechmann
Koordinator: F. Andres

Die Tatsache, daß sich die Einführung des Abiturs zum 200. Male jährt, gibt Anlaß zum Nachdenken über die Bedeutung und die Auswirkungen dieser zentralen Einrichtung unseres Bildungswesens. Näheres zu dieser Tagung enthält die besondere Ankündigung in diesem Heft.

2.) *Macht und Moral im Parteienstaat*

Tagungsbeginn: 6. Mai 1988 – 19.30 Uhr
Tagungsende: 8. Mai 1988 – 12.30 Uhr
Tagungsort: Bad Boll
Planungsgruppe: E. Behrens, H. P. Neumann, Dr. H. Pfeifer, H. Schwenk
Koordinator: H. Schwenk

In den Medien mehren sich die Berichte von Machtmißbrauch in Staat und Gesellschaft. Die Barschel-Pfeiffer-Affäre im schleswig-holsteinischen Wahlkampf und die kriminellen Nukleartransporte der Hanauer Firma NUKEM sind Vorkommnisse aus allerletzter Zeit, die einen erschreckenden Mangel an moralischer Verantwortung erkennen lassen. Weiterer Vertrauens-

schwund gegenüber Staat und Wirtschaft sind die Folge. Das Seminar will deshalb der Frage nachgehen, wie eine engere Verbindung von Macht und Moral erreicht werden könnte und ob eine solche Möglichkeit in der Parteiendemokratie gegenwärtiger Prägung gegeben ist. Wenn Bundespräsident Richard von Weizsäcker die »breite Kluft« beklagt, die sich aufgetan hat »zwischen der Macht der Parteien im Staat einerseits und ihrer Befähigung zur Lösung der Probleme andererseits«, *muß die Frage gestellt werden, ob dafür auch ein Mangel an moralischer Verant*wortung ursächlich sein könnte und wie dieser gegebenenfalls zu beheben wäre. Wo hat der offensichtliche Mangel an Moral seine tiefere Ursache? Wie kann die Einsicht in das moralisch Richtige gewonnen werden? Wie soll die gewonnene Einsicht schließlich den Willen ergreifen und in die Tat umgesetzt werden? Mit diesen Fragen wird sich das Seminar im einzelnen befassen müssen.

3.) *Arbeitslosigkeit – ein Schicksal?*

Tagungsbeginn:	16. September 1988 – 19.30 Uhr
Tagungsende:	18. September 1988 – 12.30 Uhr
Tagungsort:	Bad Boll
Planungsgruppe:	J. von Heynitz, G. Vogel
Koordinator:	G. Vogel

Es besteht die Gefahr, daß sich die Industriegesellschaft an das Übel der Arbeitslosigkeit gewöhnt und nicht alle denkbaren Anstrengungen unternimmt, an der insgesamt zu leistenden Arbeit alle arbeitswilligen Menschen teilhaben zu lassen. Daß das nicht mehr nach Wunsch verlaufende Wirtschaftswachstum das Beschäftigungsproblem nicht zu lösen vermag, ist längst offensichtlich und doch wird darüber hinaus kaum Entscheidendes geplant und unternommen. Diese Ratlosigkeit hängt letzten Endes damit zusammen, daß die *tieferen Gründe des Problems nicht ausgelotet werden.* Das Seminar möchte diese Erkenntnislücke schließen und neue Wege zur Vollbeschäftigung aufzeigen. Dabei werden insbesondere auch die Auswirkungen der Geld- und Zinspolitik auf die Entwicklung der Konjunktur und den Arbeitsmarkt zu untersuchen sein. Könnten niedriger Zins und kürzere Arbeitszeit die notwendige Arbeitsumverteilung in Gang bringen?

4.) *Gesundheitspolitik am Scheideweg*

Tagungstermin:	11.–13. oder 18.–20. November 1988
Tagungsort:	Stuttgart oder Mannheim
Planungsgruppe:	E. Behrens, Dr. med. K. Buchleitner, M. Koos, Dr. med. H. H. Vogel, Dr. med. L. Vogel
Koordinatoren:	Dr. med. H. H. Vogel und Dr. med. K. Buchleitner

Die Gesundheitspolitik steht vor Problemen, die durch die angekündigte Strukturreform der Krankenversicherung allein nicht zu lösen sind. Die ungelösten Freiheitsprobleme und die Finanzierungsschwierigkeiten erfordern eine radikale Diagnose und Therapie. Das Freiheitsproblem entsteht durch bürokratische Einengungen, die das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und

Patient stören und die Erfolgschancen der ärztlichen Bemühungen mindern. Die freie Arztwahl des Patienten und die Therapiefreiheit des Arztes müssen unantastbar bleiben für jedwede politische Absicht. Die Finanzierungsprobleme entstehen nicht zuletzt dadurch, daß sich Arzt und Patient nicht selten zu Lasten der Versichertengemeinschaft gegenseitig begünstigen und daß überhöhte Einkommen und Gewinne sowie enorme Kostensteigerungen auf seiten der Anbieter von Gesundheitsleistungen durch Anpassung der Zwangsbeiträge der Pflichtversicherung finanziert werden. Dieses System muß dahin geändert werden, daß die Pflichtversicherung auf das »große Risiko« beschränkt wird. Darüber hinaus müssen die Versicherten wieder Selbstzahler werden und damit dann als Preiskontrolleure im Gesundheitswesen wirken können. Das Seminar will damit Wege aufzeigen für eine Gesundheitspolitik, die freiheitlich, wirkungsvoll, brüderlich und auch bezahlbar ist.

Zur Vorbereitung dieses Seminars wird am 4./5. oder am 11./12. Juni 1988 ein Kolloquium in Bad Boll stattfinden. Ziel dieser Vortagung ist die Entwicklung einer eigenen gesundheitspolitischen Konzeption des Seminars. Zu diesem Zwecke sollen Vertreter von Institutionen und Initiativen eingeladen werden, die bisher schon ernstzunehmende Konzeptionen vorgelegt haben.

II

Themen für »Fragen der Freiheit«

In den »Fragen der Freiheit« sollen bevorzugt Themen behandelt werden, die den diesjährigen Tagungsthemen entsprechen oder mit ihnen verwandt sind. Die Tagungsarbeit soll dadurch vorbereitend unterstützt und vertieft werden.

Ein Heft soll als »Umweltheft« mit Schwerpunkt »Landwirtschaft und Umwelt« gestaltet werden. Dieses Heft könnte zugleich die für nächstes Jahr vorgesehene Umwelttagung vorbereiten, die trotz der Aktualität und Wichtigkeit der Umweltproblematik in diesem Jahr aus Termingründen nicht mehr eingeplant werden konnte.

Neben den genannten Publikationen sollte, dem Grundanliegen des Seminars entsprechend, der soziale Dreigliederungsgedanke vertieft werden. Insbesondere sollen Entwicklungstendenzen im Sinne der Dreigliederung dargestellt werden. Dabei wird auch des Zusammenhangs mit den Idealen Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit gedacht, die in der Französischen Revolution das Bürgertum begeisterten. Dieses einschneidende Ereignis jährt sich 1989 zum 200. Male. Deshalb werden wir 1989 eine Gedenktagung durchführen. Hierbei wollen wir die Frage prüfen, wie die Ideale Freiheit, Gleichheit und Brüderlichkeit bei *richtiger Zuordnung* zu den Aufgaben des Staates, der Kultur und der Wirtschaft in einer modernen Demokratie fruchtbar werden können.

Herbert Pfeiffer

1. 200 Jahre Abitur – weiter so?

Das Abitur hat in seiner 200jährigen Geschichte eine erstaunliche Zählebigkeit bewiesen. Alle gesellschaftspolitischen Umbrüche, alle Änderungen der Staatsform und der Wirtschaftsordnung, die Deutschland in dieser Zeit erlebt hat, sind fast spurlos an ihm vorübergegangen. Hat sich diese zentrale Institution des deutschen Bildungswesens also bewährt?

Stand bei der Einführung der Reifeprüfung in Preußen im Jahre 1788 der Wunsch der Universitäten nach Beschränkung des Zugangs zu ihren Einrichtungen im Vordergrund, so nützte die Unterrichtsbürokratie bald die Prüfung auch als Instrument zur Reglementierung und Vereinheitlichung des Schulwesens. Diese Doppelfunktion des Abiturs wurde sein eigentümliches ordnungspolitisches Merkmal.

Das Jubiläumsjahr sollte kein Grund sein, mit kritischen Fragen zurückzuhalten.

Ist es pädagogisch vertretbar, dem Lehrer die Macht und damit die Last aufzubürden, mit der Abiturnote häufig zugleich über den Lebensweg eines Schülers zu entscheiden? Wie ist dieser Sachverhalt aus der Sicht einer Verfassung zu beurteilen, zu deren Grundlage die Entscheidung für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, die Freiheit der Berufswahl usw. gehört? – Ferner: Ein Verwaltungsakt, der eine so schwerwiegende Berechtigung wie die Hochschulzulassung erteilt oder versagt, darf schon aus Gründen der Rechtsstaatlichkeit nur das Ergebnis eines streng formalisierten und jederzeit nachprüfbaren Verfahrens sein. Die formalisierende Tendenz der Prüfung überträgt sich zwangsläufig auf den Unterricht, der zu ihr hinführen soll. Was bedeutet das pädagogisch? Wie wirkt sich die damit einhergehende Intellektualisierung des Lehrens und Lernens auf die Entwicklung der Kinder aus, wie auf ihre Fähigkeit zur selbständigen Urteilsbildung, an der uns um der Kinder selbst, aber auch um der Zukunft und Lebensfähigkeit unseres demokratischen Gemeinwesens willen soviel gelegen sein muß? – Weiterhin: Ist das Abitur, das sich als Abschlußprüfung auf das in der Vergangenheit Erlernte bezieht, ein geeignetes Verfahren zur Ermittlung der Studierfähigkeit? Zweifel hieran werden von seiten der Hochschulen schon lange geäußert. – Und: Der Konflikt zwischen der Forderung nach Einheitlichkeit im Bildungswesen und dem im Grundgesetz festgelegten Kulturföderalismus tritt gerade bei den Verhandlungen der Kultusminister um die Ausgestaltung des Abiturs immer wieder deutlich zutage. Ist es nicht an der Zeit, sich einmal ernsthaft die Frage zu stellen, ob Einheitlichkeit des Bildungswesens in einer offenen Gesellschaft mit demokratischer Staatsverfassung überhaupt ein sinnvolles politisches Ziel ist?

Mit der angekündigten Tagung soll der Versuch unternommen werden, die Problematik des Abiturs möglichst umfassend anzugehen.

Die Fragen der Zukunft des Abiturs und möglicher Alternativen sollen ebensowenig ausgespart werden wie der internationale Vergleich. Das endgültige Tagungsprogramm mit den Referenten wird ab Anfang März vorliegen. Programmanforderungen sowie Anmeldungen zur Tagung richten Sie bitte an: Seminar für freiheitliche Ordnung e.V., Badstraße 35, 7325 Bad Boll, Telefon (0 71 64) 35 73.

Fritz Andres

200 Jahre Abitur – weiter so?

Beginn: 23. April 1988 um 10.00 Uhr
Ende 24. April 1988 um 12.30 Uhr

Samstag

10.00 Uhr: Begrüßung, Vorstellung des Seminars für freiheitliche Ordnung
10.15 Uhr: 200 Jahre Abitur: zur Biographie einer heute als alt-ehrwürdig angesehenen Einrichtung
11.00 Uhr: Die Bedeutung des Abiturs als Schulabschluß und als Hochschulzugangsvoraussetzung
12.30 Uhr: Mittagspause
14.00 Uhr: Kaffee im Tagungsraum
14.30 Uhr: Ordnungspolitische Analyse und Kritik des Abiturs als Instrument der zentralen Steuerung des Schulwesens und als Hochschulzugangsberechtigung
anschließend Aussprache
16.30 Uhr: Pause
17.00 Uhr: Alternativen zum Abitur am Beispiel ausländischer Erfahrungen
anschließend Aussprache
18.00 Uhr: Abendessen
19.00 Uhr: Abitur, Anpassungsdruck und freie pädagogische Initiative, dargestellt am Beispiel der Waldorfschulen
20.00 Uhr: Pädagogische Implikationen des Berechtigungswesens

Sonntag

9.30 Uhr: Welche Zukunft hat das Abitur?
Arbeitsgruppen zu folgenden Entwicklungsmöglichkeiten:
- mehr Vereinheitlichung?
- Vielfalt gleichwertiger Abschlüsse?
- Hochschulzugang ohne Abitur?

11.15 Uhr: Pause
11.30 Uhr: Podiumsdiskussion mit Berichten aus den Arbeitsgruppen und Zusammenfassung der Tagungsergebnisse
12.30 Uhr: Ende

2. Macht und Moral im Parteienstaat

Tagungsort: Haus des Seminars in Bad Boll, Badstraße 35
Termin: 6. Mai 19.30 Uhr bis 8. Mai 12.30 Uhr

Das »Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland« vom 23. Mai 1949 enthält über die Parteien und deren Abgeordnete folgende Artikel:

21 (1): *Die Parteien wirken bei der politischen Willensbildung des Volkes mit.* Ihre Gründung ist frei. Ihre innere Ordnung muß demokratischen Grundsätzen entsprechen. Sie müssen über die Herkunft und Verwendung ihrer Mittel sowie über ihr Vermögen öffentlich Rechenschaft ablegen.

38 (1) Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages werden in allgemeiner, unmittelbarer, freier, gleicher und geheimer Wahl gewählt. *Sie sind Vertreter des ganzen Volkes, an Aufträge und Weisungen nicht gebunden und nur ihrem Gewissen unterworfen.*

Entspricht diesem Verfassungs-Auftrag die Verfassungs-Wirklichkeit, wie sie sich in den knapp 40 Jahren seit ihrem Inkrafttreten herausentwickelt hat? Fühlen sich unsere Abgeordneten in ihrer politischen Willensbildung tatsächlich als Vertreter des ganzen Volkes, an Aufträge und Weisungen nicht gebunden, nur ihrem Gewissen unterworfen?

Was haben diese Parteien ihren Wählern in den vergangenen Jahren alles zugemutet! Es sei nur auf einige wenige Tatbestände, die Spitze des Eisberges, hingewiesen: die Flick-Affäre, der Kauf der Republik durch einen Milliardär; die Parteienfinanzierung unter bewußter Umgehung des Grundgesetzes; die Barschel-Pfeiffer-Affäre.

Wilhelm von Humboldt hat die Grenzen der staatlichen Macht aufgezeigt. Deren Aufgaben umfassen die Bewahrung des inneren und äußeren Friedens, die Sicherstellung von individueller Freiheit und rechtlicher Gleichheit. Der moderne Staat hat diese Grenzen Zug um Zug überschritten und mit Zwangsmaßnahmen fast alle kulturellen und viele wirtschaftliche Bereiche an sich gerissen.

Die Parteien sind als privatrechtliche Vereinigungen das Bindeglied zwischen den Wählern und den die Macht ausübenden Staatsorganen.

Jetzt stehen wir am Scheideweg: Noch mehr Staat und damit noch mehr Macht für die Parteienfunktionäre? Oder Rückführung der Staatsmacht auf ihre echten Aufgaben – und damit weniger Macht für die Parteien?

Aufgabe der Tagung ist die Herausarbeitung von Ideen für eine Begrenzung der Staatsmacht einerseits und der Einflüsse der Parteien auf die Staatsorgane andererseits.

Hugo Schwenk

Mitwirkende dieses Heftes:

Fritz Andres
Dhauner Straße, 6570 Kirn

Eckhard Behrens
Bergstraße 29, 6900 Heidelberg

Dr. med. Karl Buchleitner
Goethestraße 15, 7530 Pforzheim

Dr. med. Karl Heinz Gebhard
Hauptschriftleiter der
»Allgemeinen Homoöpathischen Zeitung«
Reutlinger Straße 14–16, 7500 Karlsruhe 41

Prof. Dr. rer. pol. Walter Kraemer
Abteilung Ökonometrie und Statistik
im Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der
Universität Hannover

Dr. jur. Herbert Pfeifer
Ostpreußenweg 12, 7440 Nürtingen

Dr. med. Erwin Schlüren
Steubenstraße 35, 7410 Reutlingen

Hugo Schwenk
Rehleitenweg 25, 8200 Rosenheim

Dr. med. Heinz-Hartmut Vogel
Boslerweg 17, 7325 Bad Boll

Nächstes Heft März/April 1988

»Auf dem Weg zur freiheitlichen Wirtschaftsordnung«
– Nationalökonomie in der Krise – XII

Boden- und Mietpreise in Japan und in der Bundesrepublik
– Sprengstoff für prosperierende Industriestaaten –

– Arbeitslosigkeit, Sozialabbau und Geld als öffentliches Gut –

– Verfassungsrecht und Verfassungswirklichkeit im Schulwesen –
– Wie schützen wir unsere Kinder vor der Schule? – (Ein Briefwechsel)

Die mitarbeitenden Autoren tragen die Verantwortung für ihre Beiträge selbst.

Für nichtverlangte Manuskripte kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesamtinhaltsverzeichnis der in »Fragen der Freiheit« erschienenen Beiträge kann angefordert werden.

Zweimonatsschrift »Fragen der Freiheit«
Herausgeber: Seminar für freiheitliche Ordnung e.V.
Begründet durch Diether Vogel †, Lothar Vogel,
Heinz-Hartmut Vogel

Bezug: Seminar für freiheitliche Ordnung e.V.,
D-7325 Boll, Badstr. 35, Telefon (0 71 64) 35 73

Preis: Jahresabonnement DM 48,—, sfr. 48,—, ö.S. 400,—

Wer die steuerlich als gemeinnützig anerkannte Arbeit des Seminars für freiheitliche Ordnung e.V. als *förderndes Mitglied* mit einem Mindestbeitrag von DM 90,— (sfr. 90,—/ ö. S. 750) pro Jahr unterstützt, wird über die Arbeitsergebnisse durch die regelmäßige, *unentgeltliche* Lieferung der »Fragen der Freiheit« informiert.

Einzelhefte: DM 8,50, sfr. 8,50, ö.S. 70,— zuzügl. Versandkosten

Sammelmappen: jeweils für 1 Jahr DM 10,—, sfr. 10,—, ö.S. 85,—
zuzügl. Versandkosten. Abonnement möglich

Bank: Kreissparkasse Göppingen Nr. 20 011 (BLZ 610 500 00)
Raiffeisenbank Boll Nr. 483 000 000 (BLZ 600 697 66)

Postscheck: Frankfurt am Main 26 14 04-602
Schweiz: Postscheckamt Bern 30-30 71
Österreich: Postsparkassenamt Wien 7 939 686

Nachdruck, auch auszugsweise, mit Genehmigung des Herausgebers.

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

Motto: A. M. Klaus Müller, Atomphysiker, in »Die präparierte Zeit – Der Mensch in der Krise seiner eigenen Zielsetzungen –«

ISSN 0015–928 X
Kaisser-Druck GmbH, 7335 Salach
Printed in Germany