Humanistische Union

Zur Krise unseres Gesundheitswesens

Klaus Waterstradt

aus: vorgänge Nr. 13 (Heft 1/1975), S. 84-88

Die Zeiten ändern sich und wir ändern uns in ihnen.

Es gab eine Zeit, in der unser Gesundheitswesen und die sozialen Maßnahmen bei uns als fortschrittlich und vorbildlich für die anderen angesehen wurden. Auf diesem Standpunkt zu beharren, ruft jedoch berechtigte Kritik auf den Plan. Die Zeiten sind vorbei, in denen man unser Gesundheitssystem als erstklassig bezeichnen konnte. Dass es schlechtere Institutionen dieser Art auf der Welt gibt, entbindet uns nicht davon, moderne Erkenntnisse in die Tat umzusetzen. Dabei sind auch die bisherigen "Anpassungen" nicht geeignet, den eingetretenen Rückstand zu besseren Möglichkeiten auszugleichen. Die weithin sich durchsetzende Aufklärung, die immer mehr zunehmenden Erkenntnismöglichkeiten einer immer größer werdenden Zahl von Mitbürgern gibt der wachsenden Kritik an unserem Gesundheitssystem ständig neue Nahrung.

Hier erwiesen sich die von konservativer Seite hartnäckig vertretenen Parolen über die "beste Gesundheitssicherung der Welt" auf die Dauer nicht mehr als befriedigend. Der anhaltenden öffentlichen Diskussion ist es zu verdanken, dass heute selbst von offizieller Seite, von Ärztekammern und von ärztlichen Standesfunktionären hier und da "Engpässe" und "Versorgungslücken" zugegeben werden, wenn auch als Ausnahmen.

Ärzte und ihre Patienten

Wenn man zum Beispiel den Vorwurf klassenmäßiger Differenzierung zwischen der Behandlung von "Privatpatienten" und "Kassenpatienten" zu beschwichtigen versucht, indem man anführt, das Problem solle doch angesichts von über 90% Sozialversicherter nicht hochgespielt werden, so zeigt sich eben gerade daran, welch auffällige Unterschiede selbst bei diesem Verhältnis noch deutlich werden.
Die Mutter, die mit einem vor Schmerzen weinenden Kind trotz eines Bestelltermins 2 bis 3 Stunden in einem vollen Wartezimmer sitzt, muss doch verzweifeln, wenn plötzlich eine Mutter mit einem Schnupfenkind kommt und als Privatpatient sofort "vorgelassen" wird.
Hier wirkt sich nicht ein Organisationsfehler aus, sondern ein fundamentaler Erziehungsfehler, und zwar auf beiden Seiten: in der gewerbsmäßigen Nichtachtung des Menschen auf der einen Seite und in der geduldigen Autoritätshörigkeit auf der anderen.
Es gibt eine große Zahl von Ärzten, die in ihrer Berufsausübung kein Gewerbe sehen, in dem nach kaufmännischen Gesichtspunkten möglichst große Umsätze mit Profit gemacht werden, sondern die sich aufopfern ohne Rücksicht auf ihre Gesundheit in ständiger Hilfsbereitschaft für ihre Mitmenschen.
Aber nicht alle frühzeitigen Aufbraucherscheinungen bei Ärzten, tödliche Herzinfarkte und Suicide, sind auf diese Einstellung zurückzuführen. Es gibt auch den Managertod und die Stresssituation aufgrund systemimmanenter Formen des Gesundheitswesens. Hier wie dort ist eine Änderung wünschenswert.
Um festzustellen, ob die in der Gegenwart beanspruchten menschlichen, materiellen und finanziellen Einsätze angemessen und wirkungsvoll ausgenutzt werden, müssten sehr viel genauere Untersuchungsergebnisse und Statistiken über unser Gesundheitswesen vorliegen, als bisher der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen.
Die Teilnahme am Gespräch über die gesundheitliche Sicherung der Bevölkerung ist kein Privileg der

Ärzteschaft. Es hat lange gedauert, bis auch die anderen Partner von den Kammern und Standesverbänden akzeptiert wurden.
Ärzte sind sachverständig, jedoch auch nur dann, wenn sie sich mit sozialmedizinischen Fragen und Gesundheitspolitik auseinandersetzen. Dies tun auf Grund der jahrelangen öffentlichen Diskussion heute mehr Ärzte als nur die bisher dafür herausgestellten Standesvertreter. Daher kommt auch die Vielfalt der Meinungen heute in der Ärzteschaft je nach dem selbst erworbenen Standpunkt mehr zum Ausdruck als bisher und offizielle Funktionäre können nicht mehr Erklärungen für die gesamte Ärzteschaft abgeben.
Neue wissenschaftliche Arbeitsgebiete, wie z.B. Medizinsoziologie, beeinflussen den Erkenntnisstand. 48 % der Ärzte waren 1972 in eigener Praxis für die ambulante Versorgung der Bevölkerung (davon 90% Sozialversicherte) tätig, die anderen in Krankenhäusern, Versicherungsanstalten, diagnostischen Untersuchungszentren, Behörden und in der Forschung (52%).
Maßgeblich mitzureden haben neben Politikern, die sich im Gesundheitswesen engagieren, vor allem jedenfalls die Betroffenen, d.h. Mitbürger, die alle einmal Patienten sein können oder ihre legitimen Vertreter, etwa Gewerkschaften, Kassenverbände usw.
Mit der Erweiterung des Rechts der Krankenversicherung von den Aufgaben der kurativen Medizin (Krankheitsbekämpfung) hin zu den Zielen der Prävention und Rehabilitation (Gesundheitssicherung) ist eine neue Dimension aufgetreten, die öffentliche Initiativen erfordert.

Die Kostenentwicklung

In diesem Gespräch steht unvermeidlich im Vordergrund die Kostenfrage, weil alle Mittel, die für die sogenannte "Explosion" der Ausgaben des öffentlichen Gesundheitswesens aufgewendet werden, von allen Bürgern irgendwie als Sozialversicherungsbeiträge und als Steuern erbracht werden müssen. Wenn man alle Aufwendungen des Jahres 1972 für krankheitsbedingte oder gesundheitliche Zwecke nimmt, so waren dies mehr als 11 % des Bruttosozialprodukts. Davon entfielen 55 % auf den Bereich der ambulanten und stationären Behandlung sowie auf Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Der Einkommenssicherung als Barleistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit dienten 30%. Der Rest von 15 % dient der Ausbildung und Forschung (natürlich ohne industrielle Forschung) sowie der Vorbeugung.
Es ist erwiesen, dass die Kosten für Gesundheitssicherung der Bevölkerung von 1968 bis 1972 stärker angestiegen sind als das Bruttosozialprodukt.
In der gesetzlichen sozialen Krankenversicherung ergab sich von 1960 bis 1972 eine Kostensteigerung je Versicherten um 12,5% jährlich. Dem gegenüber stieg das Bruttosozialprodukt jährlich im gleichen Zeitraum um 8,5%.
Die Ausgaben für Krankenhausbehandlung liegen 1972 bei 27% der Gesamtkosten, die Aufwendungen für kassenärztliche Behandlung bei 21%. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß im Krankenhaus neben der technischen Modernisierung nicht nur im ärztlichen, sondern auch im pflegerischen Bereich eine erhebliche Personalerweiterung stattfand, während der ambulante Bereich weniger personalaufwändig ist.
Die Umsatzsteigerung je Kassenarzt wird unter Einbeziehung der Vorsorgeuntersuchungen in den letzten zehn Jahren auf 13% jährlich geschätzt. Bruttolöhne und -gehälter stiegen in diesem Zeitraum nur um 8,5 % jahresdurchschnittlich.
Als Ursachen der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen sind hauptsächlich drei Gründe anzuführen: a) Erhöhung der Leistungszahl; b) Verbesserung der Leistungsqualität; c) Preiserhöhung für die erbrachte Leistung.

Kontrolle des Arzneimittelmarktes ist nötig

In seinen Ausführungen vom Juni 1973 (DOK 12/73) zeigte sich Töns vom Bundesverband der

Ortskrankenkassen erstaunt, daß in das Stabilitätsprogramm der Bundesregierung als wettbewerbs- und verbraucherpolitische Maßnahme nicht die nach dem Arzneimittelgesetz der Registrierung voraufgehende Prüfung durch das Bundesgesundheitsamt als rechtliche Grundlage für den Aufbau der Transparenz und die wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes zur Intensivierung des Wettbewerbs auf dem Arzneimittelmarkt aufgenommen wurde.
Die Versorgung der Bevölkerung im Bereich des Arzneimittelwesens ist deshalb unbefriedigend, weil der maßgebliche Einfluss der Pharmaindustrie und ihr Gewinnstreben sowohl auf die Apothekerschaft wie auf die Verbraucher zu wenig kontrolliert wurde. Diese Abhängigkeit muss jetzt in einem engmaschigen Beobachtungsnetz durchleuchtet werden.
Die Bundesapothekerordnung vom 6.6.68 lautet in § 1: "Der Apotheker ist berufen, die Bevölkerung ordnungsgemäß mit Arzneimitteln zu versorgen. Er dient damit der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes." Dieser Anforderung können die Apotheker weithin nicht mehr nachkommen, weil sie vorrangig Verkäufer von Fertigpräparaten und damit Erfüllungsgehilfen der Pharmaindustrie sind.
Das staatlich garantierte Recht des Herstellers, allein zu entscheiden, was und wieviel, wie teuer und wo er ein Mittel auf den Markt bringt, verdeutlicht, dass in einer Veränderung der pharmazeutischen Ausbildung keine Lösung einer Arzneimittelversorgung im Interesse des Patienten und im eigenen beruflichen Interesse zu finden ist. Die entscheidenden Weichen werden im Produktionsbereich gestellt.
§ 368 p Abs 1 und 2 RVO sind gesetzliche Grundlage für Arzneimittelrichtlinien auf Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Nach dem Arzneimittelgesetz (AMG = Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln vom 16.5.61, zuletzt geändert durch das Gesetz zur Änderung des AMG vom 5.6.74, BGBI I S. 1245) ist das Bundesgesundheitsamt durch § 21 verpflichtet, ein Arzneimittel in das Spezialitätenregister einzutragen, "wenn die Anmeldung den Anforderungen an die mit der Anmeldung vorzulegenden Unterlagen entspricht".
Die gesetzliche Verpflichtung, einzutragen oder, falls einem beanstandeten Mangel nicht abgeholfen wird, abzulehnen, "schließt die Verantwortung für etwaige Schadensfolgen einer falschen Entscheidung ein" (Etmar, Kommentar zum Arzneimittelrecht). H. Hoffmann schreibt in der Pharmazeutischen Zeitung, 1971, S. 1703 ff: "Dem Bundesgesundheitsamt ist für jede der sog. Arzneispezialitäten eine umfassende Dokumentation über die pharmakologisch-toxikologische Prüfung und klinische Erprobung mit allen ihren positiven und negativen Ergebnissen vorzulegen. Das Bundesgesundheitsamt lehnt die Eintragung ab, wenn es auf Grund der Dokumentation zu der Überzeugung gelangt, dass die Arzneispezialität a) nicht ausreichend nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis geprüft worden, b) unwirksam oder c) gesundheitsschädlich ist."
Die Arzneimittelsicherheit ist durch das Gesetz um eine beachtliche Stufe angehoben worden, wenn auch Kritik in Einzelheiten noch die Durchführung beeinflussen muss.

Reformbedürftigkeit der ärztlichen Versorgung

Mangelnde Transparenz war vor allem bisher das Hindernis, die Ursachen der offenkundig gewordenen Mängel in der ärztlichen Versorgung aufzudecken. Ehe es zu den anfangs angeführten Zugeständnissen von "Engpässen" und Reformbedürftigkeit kam, waren wütende Angriffe z B gegen die erste WWI-Studie (des heutigen Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts der Gewerkschaften): "Die Gesundheitssicherung in der BRD", gegen den unter maßgeblicher Beteiligung von ÖTV-Ärzten durchgeführten Marburger Kongreß "Fortschritte der Medizin" und sogar gegen die Denkschrift der Evangelischen Kirche in Deutschland "Die soziale Sicherung im Industriezeitalter" voraufgegangen.
In der Krankenhausorganisation sind erste Erfolge zu verzeichnen, sogar auch im beginnenden Abbau hierarchischer Strukturen.
Im Oktober 1974 wandten sich in Kiel der Präsident der Bundesärztekammer und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gegen das Schreckgespenst der "Verstaatlichungstendenzen". Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus lehnten sie ab, dem Plan, an Krankenhäusern Ambulatorien einzurichten, erteilten sie gleichzeitig eine Absage, auch widersprachen

sie einer Dienstverpflichtung von Ärzten und warnten vor Finanzierung der Krankenversicherung aus Steuermitteln.
Diesem Negativkatalog entspricht auf der anderen Seite das Beharren auf dem Status quo. Die Einschränkung der Niederlassungsfreiheit von Ärzten und die Verlagerung des Sicherstellungsauftrags von der Kassenärztlichen Vereinigung auf die Krankenkassen dürfe nur als "Notbremse" erwogen werden, wenn die Bemühungen nach der geltenden Regelung keinen Erfolg hätten. Das sei jedoch nicht zu erwarten. Die behaupteten "handgreiflichen Erfolge" allerdings täuschen nicht über die Verschleierung des Vertrauensverlustes hinweg, der aus der permanenten und verbissenen Verteidigung des "Alleinvertretungsanspruchs" der ambulanten ärztlichen Versorgung, also der Monopolstellung, resultiert.
Die Reformvorstellungen des Vorsitzenden der KBV ruhen auf drei Säulen: 1. Wahrung der Vertragsfreiheit; 2. Erhaltung des Sicherstellungsauftrags (= Beibehaltung des Behandlungsmonopols der Kassenärztlichen Vereinigungen); 3. Aufrechterhaltung der ärztlichen Selbstverwaltung.
Nach den Verlautbarungen aus der Papierflut der Aktion "Freiheit für Arzt und Patient" ist individuelle Krankenbehandlung nur in der Praxis des niedergelassenen Arztes möglich. "Kollektivmedizin" des öffentlichen Gesundheitsdienstes, "Apparatemedizin" des Krankenhauses sei bereits "sozialisiert" und nivelliere die Patienten zu anonymen Behandlungsobjekten.
Wenn alle Ärzte laut Berufsordnung geloben, "bei Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand ihr Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen", so ist die Argumentation unverständlich, dass "durch die Eigengesetzlichkeit großer Dienstleistungsbetriebe, wie Krankenhäuser und öffentlicher Gesundheitsdienst, die Tendenz der Inhumanität entsteht" (vgl. Wartezimmermisere).
Nach einer Veröffentlichung in den Stuttgarter Nachrichten vom 24. hat der Landesvorstand der Jungen Union in Baden-Württemberg festgestellt: Ärzte verdienen zuviel. Er unterstützt deshalb den Vorschlag der Ortskrankenkassen, die Gebührenordnung durch Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten zu ersetzen. Anstelle von Beitragserhöhung wurde ein umfangreiches Konzept für die Krankenkassenreform empfohlen.
Die CDU beklagt ebenfalls (Rheinische Post vom 27.7.74) einen katastrophalen Ärztemangel im öffentlichen Gesundheitsdienst. Der Marburger Bund sprach dazu die Warnung an Ärzte aus, unter den augenblicklichen Verhältnissen eines Konkurses des öffentlichen Gesundheitswesens in dieses einzutreten.
So erweisen sich die drei Säulen unseres Systems der Gesundheitssicherung, ambulante Versorgung, stationäre Einrichtungen und öffentlicher Gesundheitsdienst, als nicht mehr stabil und belastungsfähig.
Trotz relativ hoher Arztdichte in der BRD haben sich durch die im Wandel der Zeiten eingetretene Strukturänderung zunehmend Klagen über zu lange Wartezeiten, Abfertigung im Schnellverfahren, unpersönliche Kontakte und schlechte Versorgung in bestimmten, meist ländlichen Gebieten ergeben.
Die Denkschrift der EKD fordert stärkere Einbeziehung des ärztlichen Hilfspersonals in die Behandlung, auch Zulassung von Psychologen zur Behandlung, eben neue Gesundheitsberufe. Jede Kritik wird jedoch nicht als Anstoß zur Weiterentwicklung empfunden, sondern als radikale Systemveränderung. Dass sich zum diesjährigen Deutschen Ärztetag deshalb eine "Arbeitsgemeinschaft unabhängiger Ärzte" bildete, die sich anlässlich der konservativen Grundhaltung gerade z.B. zum Thema "Lage der Psychiatrie" öffentlich zu notwendigen Fortschritten bekannte, zeigt, dass nicht nur eine Krise im Gesundheitswesen sondern auch in der Ärzteschaft besteht.

> G. W. Brück schreibt im Sozialen Fortschritt (10/74) im Zusammenhang mit der § 218-Diskussion:
> "Nur wer in Quantitäten, nicht aber in Qualitäten denkt, kann in diesem Zusammenhang von der heutigen Gesellschaft als von einer 'entmoralisierten' sprechen. Eine Gesellschaft, die Kinder aufzog, um sie dann auf die ‚Schlachtfelder zu schicken, war anscheinend noch nicht entmoralisiert, erst jetzt, mit der Fristenregelung ist es soweit, jetzt erst lebt man 'auf Hasard'. Solche Ansichten sprechen für sich selbst und davon, unter welchem Blickwinkel man das System der sozialen Sicherung auch betrachten kann. Nur kann das nicht unser Blickwinkel sein."

Die Lebenserhaltungsargumente der Bundesärztekammer in Sachen § 218 widersprechen übrigens denen in

Sachen Zwangsernährung von Untersuchungsgefangenen.

Es kommt darauf an, dass die Masse der Abhängigen sich ihrer Bedeutung gegenüber der noch immer tonangebenden Minderheit auch im Gesundheitswesen bewusst sind. Das ist die Aufgabe der kommenden Jahre.

Kategorie: vorgänge: Artikel

---

https://www.humanistische-union.de/veranstaltungen/1975/zur-krise-unseres-gesundheitswesens/
Abgerufen am: 08.11.2026