102

Winfried Beck

Ärztliche Standespolitik und Ärzteopposition

Auf dem 101. Deutschen Ärztetag (DÄT) in Köln im Mai 1998 waren sich alle Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft einig: Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist finanziell am Ende und nicht mehr in der Lage, die medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) forderte eine Erhöhung der Zuzahlungen, die Streichung nicht notwendiger Leistung aus dem Leistungskatalog der GKV und eine Beschränkung der Kassenleistungen auf das finanziell Machbare. Der Marburger Bund (mb), die Standesvertretung der angestellten und beamteten ÄrztInnen, ging im Vorfeld des Deutschen Ärztetages noch einen Schritt weiter und schlug nach amerikanischem Vorbild eine steuerfinanzierte GKV für Arme vor. Den Rest der Bevölkerung solle man der privaten Vorsorge überlassen: Die GKV solle nur noch für diejenigen da sein, die der Solidarität auch tatsächlich bedürften: Das seien nicht – wie heute – 92% der Bevölkerung, sondern etwa 50%. Der DÄT selbst, die repräsentative Vertretung aller deutschen ÄrztInnen schloß sich dann den Vorstellungen der KBV an und votierte mit großer Mehrheit dafür, bestimmte Leistungen aus der GKV herauszunehmen und sie PatientInnen nur noch dann anzubieten, wenn diese sie aus eigener Tasche bezahlen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, teilte der Öffentlichkeit vier Monate vor der Bundestagswahl, wiederum unter Beifall der übergroßen Mehrheit der Delegierten, mit, wo die deutsche Ärzteschaft politisch steht, nämlich hinter der Regierungskoalition, und daß sie sich als Gegnerin einer möglichen rot-grünen Regierung begreift. Daß der mittlerweile geschrumpfte Hartmannbund (HB) sich dieser Option sofort uneingeschränkt anschloß, war nicht verwunderlich.

Diese aktuellen Beispiele demonstrieren deutlicher als alle Statements, welche Rolle die Ärzteschaft im Gesundheitswesen spielt, welche Strategien sie wählt und wo sie ihre Perspektiven sieht. Offenkundig veranlaßt der Zeitpunkt unmittelbar vor einem möglichen politischen Richtungswechsel auf Bundesebene die Repräsentanten der Ärzteschaft zu einer deutlicheren Sprache als sonst: Nicht gesundheitspolitische oder ärztlich-ethische Fragen stehen im Zentrum der Diskussion bzw. der Verlautbarungen, sondern das Honorar. Schwindende Ressourcen führen zwangsläufig aus Sicht der Ärzteschaft zur Rationierung des

medizinischen Angebotes und keinesfalls der Einkommen. Konsequent forderte der Ärztetag eine Zweiklassenmedizin, um die Einkommen der ärztlichen Großverdiender zu retten. Und Gesundheitsminister Seehofer hatte sich darauf eingestellt: Während er noch vor vier Jahren auf dem DÄT eine breite Gegnerschaft spürte, gewann er diesmal die Herzen beinahe aller, als er versprach, wieder feste Punktwerte einzuführen und dafür auch bei Bedarf Beitragssatzerhöhungen der Krankenkassen zuzulassen.

1. Ärzteschaft und ärztliche Standesorganisationen

Wer ist diese Ärzteschaft mit ihrer enormen Gestaltungs- und Definitionsmacht im Gesundheitswesen? Die Stellung und organisatorische Gliederung der deutschen Ärzteschaft findet weltweit wohl kaum ihresgleichen. Sie fiel nicht als Geschenk vom Himmel, sondern ist Ergebnis der gesundheitpolitischen Auseinandersetzungen dieses Jahrhunderts. Die Folge ist eine organisatorische Dreiteilung:

1. Die *Kassenärztlichen Vereinigungen* (KV), föderal in Länder-KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV als Körperschaft öffentlichen Rechts untergliedert. Ihr gehören als Zwangsmitglieder alle niedergelassenen VertragsärztInnen an. Diese wählen Vertreterorgane in Bezirks- und Länderebene, von wo aus dann die KBV mit Vorstand und Vertreterversammlung gewählt wird. Aufgabe der KV ist es, die Honorarverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen zu führen, eine immer noch recht asymmetrische Verhandlungsführung, da dem Monolithen KBV hunderte gesetzliche Krankenkassen gegenüberstehen, die natürlich leicht gegeneinander auszuspielen sind.

2. Die *Landesärztekammern* (LÄK), denen alle approbierten ÄrztInnen als Zwangsmitglieder angehören. Die Kammern als Körperschaften öffentlichen Rechts haben alle Belange der Ärzteschaft, die nicht von der KBV bewältigt werden, zu behandeln.

Der rechtliche Status der beiden Gremien KBV und LÄK als Körperschaften öffentlichen Rechts bedeutet einen enormen Vertrauensvorschuß des Staates gegenüber der Ärzteschaft, tritt dieser doch damit zentrale Gestaltungsaufgaben an eine einzelne Berufsgruppe ab. Für die Körperschaften bedeutet dies – der Theorie nach – die Beschränkung auf Selbstverwaltungsaufgaben und den Verzicht auf Interessenspolitik.

Letztere dürfen und sollen 3. *die freien Ärzteverbände* ohne Zwangsmitgliedschaft praktizieren. Wie die Verlautbarungen zum 101. Deutschen Ärztetag 1998 in Köln zeigen, werden jedoch weder die

verfassungsrechtlich gezogenen Grenzen zwischen Selbstverwaltung und Interessenvertretung eingehalten noch gibt es inhaltlich wesentliche Abweichungen in den Grundfragen ärztlicher Interessenspolitik zwischen den Körperschaften einerseits und den Verbänden andererseits.

2. *Ärzteschaft und Interessenpolitik*

Die Ärzteschaft mißbraucht die ihr von der Verfassung gewährten Privilegien in Form von Körperschaften – zum Nachteil der Allgemeinheit und zum eigenen Vorteil. Sie ordnet den sozialen Auftrag dieses Berufes und damit die Weiterentwicklung eines an den Bedürfnissen der Mehrheit der Bevölkerung orientierten Gesundheitswesens den eigenen Einkommensinteressen unter. Die Anreize der Einzelleistungshonorierung hatten bei einer überwiegend budgetierten Gesamtvergütung zu einem galoppierenden Punktwerteverfall und in der Folge zu einem sich verstärkenden Hamsterrad-Effekt geführt. Als gleichzeitig die Einkommen der Fachgruppen immer stärker auseinanderklafften, entschloß sich die KBV zu einem revolutionären Schritt: Aus der Einzelleistungsvergütung machte sie Komplex- und Pauschalhonorare und brach damit ein Tabu. Hintergrund waren nicht nur die Einkommensverzerrungen innerhalb der ambulant tätigen Ärzteschaft, sondern auch die negativen Auswirkungen auf die Patientenversorgung. Immer mehr technische, z.T. auch potentiell gesundheitsgefährdende Leistungen wurden den GKV-PatientInnen aufgedrängt. Allerdings brachte auch diese Reform neue Ungerechtigkeiten bei der ärztlichen Einkommensverteilung mit sich. Insbesondere kleine Hausarztpraxen mit vielen Hausbesuchen und einem hohen Anteil zuwendungsintensiver Leistungen waren erneut benachteiligt und stehen jetzt teilweise vor dem Ruin. Die Spitzenverdiener unter den Fachärzten mußten allerdings noch stärkere Einbußen hinnehmen, wenn auch von einem deutlich höheren Niveau aus, und sie waren es auch, die nach der Reform ein role back initiierten. In der Folge wurden bei den auf die Reform folgenden KV-Wahlen die wesentlichen Initiatoren der Honorar-Revolution abgewählt. Auch das vom neuen KBV-Vorstand im Mai 1998 vorgetragene, noch stärker auf Pauschalen aufbauende Honorarmodell wurde von der Vertreterversammlung abgelehnt (wenn auch nur mit einer Stimme Mehrheit), setzte sich die einzelleistungsorientierte Mehrheit der Ärztebasis gegen den, zumindest in diesem Punkt, weitsichtigeren Vorstand durch. Noch deutlicher wird die patientenfeindliche Haltung der KBV am sogenannten Katalog »Individueller Gesundheitsleistungen« (IGEL). In der Erkenntnis, daß die Einkommen der niedergelassenen ÄrztInnen nur dann zu stabilisieren

sind, wenn die solidarisch finanzierten Leistungen für die PatientInnen reduziert werden, verfaßten KBV gemeinsam mit den fachärztlichen Berufsverbänden einen Katalog von Leistungen, die auf Wunsch von Patienten außerhalb des Sachleistungsprinzips der GKV auf Privathonorarbasis angeboten werden sollen. Es handelt sich dabei um eine Mixtur von problematischen bzw. gefährlichen Leistungen wie die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens, um Leistungen, die eigentlich in den Katalog der GKV gehören wie die Akupunktur oder um solche, die schon seit jeher außerhalb des gesetzlichen Katalogs zu erbringen waren, wie das Erstellen von Sportattesten. Gerade diese Mixtur ist sowohl einfallsreich als auch gefährlich. Statt einer ernsthaften Diskussion darüber, welche Leistungen in der Medizin notwendig sind und welche nicht, ob es überhaupt nicht notwendige ärztliche Handlungen gibt, ob Luxus in der Medizin nicht immer Risiko bedeutet, wird hier die Ausweitung von Gesundheitsleistungen propagiert, die sich offensichtlich ausschließlich an der Möglichkeit neuer Einnahmequellen durch unmittelbaren Griff ins Portemonnaie der PatientInnen orientiert. Dies sei am Beispiel der »Injektionen eines nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittels auf Wunsch des Patienten (z.B. knorpelschützende Substanzen)« erläutert. Zu Zeiten der Einzelleistungsvergütung waren deutsche Orthopäden Weltmeister im Injizieren von sogenannten knorpelschützenden Substanzen, insbesondere in die Kniegelenke ihrer auf Linderung hoffenden PatientInnen. Mit der Einführung der Ordinationsgebühr wurden die Injektionen in diese neue Pauschale einbezogen und entfiel eine eigenständige Honorierung. Nun standen die Orthopäden plötzlich vor der Aufgabe, ihren an die Spritzen gewöhnten PatientInnen klarzumachen, daß diese Mittel eigentlich doch nicht wirksam seien oder, unzutreffend, von der GKV nicht mehr bezahlt würden. Da nun diese Substanzen, bei aller Fragwürdigkeit ihrer Wirkung, unverändert von der GKV erstattet werden, die Injektion aber nicht gesondert honoriert werden darf, suchte man nach einem Ausweg. Aus dem verordnungsfähigen *Arzneimittel* Hyalart – einem Hahnenkammextrakt – wurde das *Medizin*produkt Synvisc– ebenfalls aus Hahnenkämmen, nun aber zur Minimalunterscheidung in vernetzter Struktur. Die Zulassung von Medizinprodukten erfolgt durch privatrechtliche Prüfstellen und nicht durch das Bundesinstitut für Arzneimittel. Nun war die Möglichkeit geschaffen, die Injektion eines nahezu identischen Medikamentes außerhalb der GKV-Honorierung im Rahmen des IGEL-Katalogs auf dem Wege der Privatliquidation vorzunehmen. Daß ein Medizinprodukt im Gegensatz zum Arzneimittel keinen oder nur unwesentlichen Qualitätskontrollen unterliegt und damit ein

höheres Risiko für die PatientInnen darstellt, wird dabei bewußt in Kauf genommen.

Auch die Auseinandersetzung um die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen steht vor dem Hintergrund ärztlicher Einkommensinteressen. Jahrzehntelang bemühten sich Sozialpolitiker um ein Ende der für die PatientInnen unwürdigen Situation, daß allein ÄrztInnen die Veranlassung und Durchführung psychotherapeutischer Leistungen zustand und nicht-ärztliche Psychotherapeuten nur im Delegationsverfahren oder auf Privathonorarbasis tätig werden konnten. Der Vorstand der KBV stimmte schließlich im Herbst 1997 dem gemeinsamen Vorschlag von Bundesrat und Bundestag zu: Das Delegationsverfahren sollte ersetzt werden durch den freien Zugang der PatientInnen zu allen, also auch den nicht-ärzlichen PsychotherapeutInnen. Auch hier wischte die Vertreterversammlung den Vorschlag der KBV vom Tisch und verlangte Nachverhandlungen. Das Ergebnis war eine monatelange Verzögerung der Reform und die Zementierung ärztlicher Übermacht in der für die Psychotherapie zuständigen Abteilung der KBV sowie eine weitere Heraufsetzung der Qualifikationsanforderungen für die nichtärztlichen PsychotherapeutInnen. Daß bei diesen Entschließungen nicht das Wohl der psychisch Kranken die Überlegungen leitete, sondern die Wahrung der Privilegien und die Dominanz der Ärzteschaft über die nicht-ärztlichen Psychotherapeuten, liegt auf der Hand.

3. *Legitimationskrise der KVen*

Die erwähnten Beispiele zeigen aber nicht nur das Übergewicht ständischer Interessenvertretung gegenüber gesundheitspolitischer Verantwortung, sondern auch die wachsende Kluft zwischen ärztlicher Basis und den von ihnen gewählten Repräsentanten, die bis zur Handlungsunfähigkeit der jeweiligen Vorstände führt. Wie eine Studie der Universität Bielefeld ergab, sind nur noch 56% der befragten 450 ÄrztInnen der Meinung, daß das System der Selbstverwaltung grundsätzlich erhalten bleiben sollte. Auch die Entstehung sogenannter Vertragsärztlicher Vereinigungen als Alternativen zur KV mit deutlich konservativerer und stärker ständisch ausgerichteter Programmatik oder die Forderung nach Aufspaltung der KV in hausärztliche und fachärztliche Abteilungen sind Indiz für die drohende Selbstauflösung dieser Körperschaft öffentlichen Rechts. Den KVen fällt es in Zeiten knapper werdender Ressourcen immer schwerer, die finanziellen Interessen der unterschiedlichen Arztgruppen zu integrieren. Diese Entwicklung untergräbt das gemeinsame Handeln der Ärzteschaft, weil die finanziellen Belange von

herausragender Bedeutung sind und gleichzeitig ein einigendes Band, das etwa in der gemeinsamen Orientierung auf eine patientenorientierte Gesundheitspolitik bestehen könnte, fehlt.

4. *Die widersprüchliche Rolle der Ärztekammern*

Die Ärztekammern scheinen über diesen kleinlichen ökonomischen Querelen zu schweben, betrachtet man ihre Rolle als Wahrer ärztlicher Berufsethik und der gedeihlichen Zusammenarbeit ihrer Mitglieder, so wie es in der für alle verbindlichen ärztlichen Berufsordnung festgehalten ist. Und tatsächlich finden sich auch Beispiele für eine Wahrnehmung dieser Rolle, wenn etwa der Menschenrechtsbeauftragte der Bundesärztekammer vor den Folgen einer Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes warnt, wenn die bundesdeutschen Delegierten im Weltärztebund bedeutende Deklarationen zu Fragen der Bioethik, der Forschung, der Ablehnung von Folter und Todesstrafe initiieren oder unterstützen. Dies allerdings ist nur die eine Seite der Medaille. Wie der Verlauf des 101. DÄT zeigte, wird die Patientenorientierung dann rasch verlassen, wenn es um ökonomische Interessen geht. Und so bezeichnete auch ein Delegierter des Deutschen Ärztetages die mit großer Mehrheit angenommenen Beschlüsse zur besseren medizinischen Versorgung Wohnsitzloser oder gegen die wachsende Armut als wohlfeile, niemanden zu etwas verpflichtende Beschlüsse, bei denen mit der gleichen Selbstverständlichkeit die Hände zur Zustimmung in die Höhe gehen wie bei der Frage: »Wer ist gegen Krieg?«

Landesärztekammern regeln über ihre Berufsordnung das Verhalten der ÄrztInnen untereinander und gegenüber der Öffentlichkeit. Mit der *Weiterbildungsordnung* als Teil der Berufsordnung obliegt ihnen die uneingeschränkte Gestaltungsfreiheit und Verantwortung für die Qualifikation der Ärzteschaft nach Abschluß des Studiums bzw. nach Erhalt der Approbation. Hier wird entschieden, welche Facharztrichtungen anerkannt sind, welche Voraussetzungen zum Erwerb der Facharztbezeichnung, der Zusatzbezeichnungen und anderer Qualifikationen notwendig sind. Die Ärztekammern stellen die Prüforgane für die Antrag stellenden ÄrztInnen und entscheiden damit über die quantitative und qualitative Zusammensetzung der Ärzteschaft nach fachärztlicher Differenzierung. Es handelt sich hierbei um eine Aufgabe mit weitreichenden Auswirkungen auf die Qualität der medizinischen Versorgung. Die Übertragung dieser Aufgabe auf die Ärzteschaft wird vor allem damit begründet, daß nur sie selbst in der Lage sei zu beurteilen, welche Facharztrichtungen in welcher Qualifikation für die medizinische

Versorgung von Bedeutung seien. Einer Bewertung dieses Aufgabenbereiches der Kammern muß eine Analyse der gegenwärtigen Situation vorausgehen. Seit dem Bestehen der Ärztekammern hat die Zahl der Facharztspezialitäten, der Zusatzbezeichnungen und anderen Zusatzqualifikationen ständig zugenommen. Mittlerweile existiert hier ein kaum mehr zu überblickendes Wirrwarr.

Auch die Ausgestaltung der Weiterbildungsordnung wird mehr von Gruppeninteressen und ihrer Durchsetzungsfähigkeit als von medizinischen oder gesundheitlichen Erfordernissen bestimmt. Dies zeigt z.B. die Entwicklung der jüngsten Facharztdisziplin, der Umweltmedizin. Nachdem sich die Ärzteschaft unter dem Druck der Öffentlichkeit einer Zuwendung zur Umweltmedizin nicht mehr entziehen konnte, beanspruchten die FachärztInnen für Hygiene die Zuständigkeit für Umweltmedizin. Sie wurden deswegen zunächst, insbesondere von den ArbeitsmedizinerInnen, belächelt oder gar als grün eingefärbt diskriminiert, bis diese schließlich erkennen mußten, daß die Umweltmedizin zu einem nicht mehr wegzudenkenden Faktor innerhalb der gesamten Weiterbildungsordnung geworden war. Nachdem nun ein Ärztetag und mehrere Landesärztekammern eine Umwandlung der Bezeichnung Facharzt für Hygiene in Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin beschlossen hatten, häuften sich die lautstarken Proteste der Fachärzte für Arbeitsmedizin und deren Institutsleiter, weil auch sie die Anerkennung als Umweltmediziner beanspruchten. Institute für Arbeitsmedizin wurden flugs in Institute für Arbeits- und Umweltmedizin umbenannt. Dieses Umdenken ist das Ergebnis der späten Erkenntnis, daß mit Umweltmedizin Geld zu verdienen ist, schließlich werden bereits umweltmedizinische Leistungen von den Krankenkassen außerhalb des üblichen Honorarbudgets finanziert und sind diese auch Teil der IGEL-Liste. Neben dem Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin wurde auf dem DÄT auch die Zusatzbezeichnung Umweltmedizin eingeführt, die jeder andere Facharzt erwerben kann und damit das Recht bekommt, entsprechende Leistungen abzurechnen. Wie diese Zusatzbezeichnung erworben werden kann, ist in den meisten Kammerbezirken allerdings nicht geregelt, und dort, wo es geregelt ist, so unterschiedlich, daß von einer auch nur annähernd vergleichbaren Qualifikation nicht geredet werden kann. So wurden in Nordrhein-Westfalen unter dem Einfluß eines bekannten Arbeitsmediziners die Bedingungen so hochgeschraubt, daß de facto nur Wissenschaftler die Zusatzbezeichnung erwerben können, während in Bayern nahezu jeder diese Zusatzbezeichnung erwerben kann, der einige wenige Wochenendkurse besucht. Das beschriebene Chaos in einer für die Öffentlichkeit äußerst sensiblen und

bedeutungsvollen Frage erweist sich als Ergebnis eines Machtkampfs zwischen verschiedenen Schulen bzw. Pressure-groups innerhalb der Ärzteschaft.

Das Beispiel Umweltmedizin ist grundsätzlich übertragbar auf die gesamte Weiterbildungsordnung: Sie ist das Ergebnis der konkurrierenden Gruppeninteressen einzelner Facharztverbände. Nicht die bessere Argumentation, sondern die stärkeren Bataillone entscheiden darüber, welcher Facharzt welche Zusatzbezeichnung erhält, welche Bedingungen für den Erwerb der Facharztanerkennung zu geltendem Recht werden. Den Verbänden bzw. Institutsleitern geht es um Macht und Einfluß. Sie eint darüber hinaus das gemeinsame Ziel, den Nachwuchs zu kontrollieren, ihn in Grenzen zu halten, um eine potentielle Konkurrenz auszuschalten. Die Weiterbildung ist so für die nachrückende Ärztegeneration zu einem weiteren Flaschenhals geworden, nach numerus clausus und Arzt im Praktikum. Auch hier muß bezweifelt werden, ob die Ärzteschaft tatsächlich am besten geeignet ist, das Facharztwesen bzw. die Weiterbildung autonom zu regeln. Da die Arztgruppen zueinander in Konkurrenz stehen, könnte nur eine demokratische Willensbildung eine für die Betroffenen positive Lösung bringen. Gibt es nicht ein legitimes Interesse der Öffentlichkeit, kontrollierend Einfluß zu nehmen bzw. zumindest ein Gegengewicht zu installieren? Wäre nicht umgekehrt eine öffentliche Instanz unter Mitbeteiligung repräsentativer und qualifizierter ÄrztInnen besser geeignet, diese Fragen im Sinne des Allgemeinwohls zu lösen?

Nach Abschluß der Weiterbildung, also nach Erwerb der Facharztanerkennung, sind ÄrztInnen zur beruflichen *Fortbildung* verpflichtet, ohne dies allerdings nachweisen zu müssen. Diese Aufgabe wird seit jeher in ärztlichen regionalen Vereinen organisiert und erfuhr und erfährt erstaunlich breiten Zuspruch. Fortbildung ist unzweifelhaft eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft selbst. Insbesondere die Pharmaindustrie versucht erfolgreich, diesen Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung zu beeinflussen bzw. zu übernehmen. Es ist das unbestrittene Verdienst eines Teils der Ärzteschaft, diesen Versuchen widerstanden zu haben und in Form von Fortbildungsakademien industrieunabhängige Einrichtungen geschaffen zu haben. Bemerkenswerterweise sind allerdings diese Akademien für ärztliche Fortbildung zwar an die Landesärztekammern angegliedert, ökonomisch aber unabhängig. Dies bedeutet, daß die Teilnahme an den Veranstaltungen kostenpflichtig ist, die Finanzierung nicht über den Mitgliedsbeitrag zur Landesärztekammer stattfindet. Die Fortbildung findet also weitgehend unabhängig von der jeweiligen Landesärztekammer statt, braucht keine Landesärztekammer als

Trägerinstitution zur Legitimation. Die zahlreichen regionalen Ärztezirkel mit qualifiziertem Fortbildungprogramm zeigen die de facto vorhandene Unabhängigkeit ärztlicher Fortbildungsarbeit von den Kammern.

Während in vergleichbaren Gesundheitswesen seit langem Diagnostik- und Therapiestandards bzw. -leitlinien als Grundlage einer Sicherung ärztlicher Leistungsqualität eingeführt sind, hat die deutsche Ärzteschaft mit dem Schlagwort der Therapiefreiheit – freie Diagnostik und Therapie für freie Ärzte – entsprechende Maßnahmen verhindert. Die wachsende Unzufriedenheit mit den Ergebnissen ärztlicher Behandlung, die mit der sogenannten Therapiefreiheit einhergehende Mengenausweitung ärztlicher Leistungen und die damit verbundenen Kosten haben den Ruf nach entsprechenden Maßnahmen seitens der Gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch des Gesetzgebers laut werden lassen. Qualitätskontrolle ist aber immer auch Kontrolle über wirtschaftliche Ressourcen, also über die Höhe der Einkommen. Und wieder vollzieht sich das bekannte Szenario: Interessengruppen innerhalb der Ärzteschaft kämpfen um Terrain, um Einfluß auf die Definition dessen, was Qualität ärztlicher Leistungen sein soll.

Gegenwärtig findet eine erfolgreiche Qualitätssicherung nur auf der untersten kollegialen Ebene statt. ÄrztInnen treffen sich in sogenannten Balintgruppen oder anderen berufsorientierten Zirkeln wie Schmerzkonferenzen zu Gesprächen und tauschen frei und selbstbestimmt ihre Erfahrung aus. Die sog. schwarzen Schafe, die eine Qualitätssicherung am nötigsten hätten, meiden verständlicherweise diese Versammlungen. Die GKV versucht, regional unterschiedlich, durch Beratungsgespräche, besonders auffällige ÄrztInnen zu einer Änderung ihres Verhaltens zu bringen. Die KVen überprüfen bei besonderen Abrechnungspositionen – wie Sonographie oder Radiologie – die Ergebnisse der abrechnenden ÄrztInnen und können dabei mit dem Entzug der Zulassung für diese Leistungsbereiche drohen. Eine darüber hinausgehende, das Kriterium einer echten Qualitätssicherung erfüllende Entwicklung ist nicht zu erkennen. Wiederum sind Zweifel angebracht, ob die Selbstkontrolle durch die Ärzteschaft alleine effizient sein kann. Ist es nicht naheliegender und der allgemeinen Erfahrung entsprechend, wenn die Kontrolle ärztlicher Leistungen nicht nur von den Anbietern der Leistungen, sondern auch von den Betroffenen, den Patientinnen, ausgeführt wird? Sollten nicht vielmehr die GKV und Selbsthifegruppen chronisch Kranker gemeinsam mit den ÄrztInnen die Qualität medizinischer Leistungen kontrollieren und damit konkreten Einfluß auf die Versorgung der Bevölkerung gewinnen? Der Direktor des Institutes für Aus-, Weiter- und Fortbildung der Medizinischen Fakultät in Bern,

Prof. Ralph Bloch, bezeichnete unter diesem Gesichtspunkt die deutschen Ärztekammern als zunftähnliche Organisationen, die sich sowohl um die Qualität des Brotes als auch um das Wohlergehen der Bäcker zu kümmern hätten – weltweit wohl ein Unikum, das jetzt allerdings mit Erfolg in die Länder jenseits des ehemaligen eisernen Vorhangs exportiert zu werden drohe.

5. *Die freien Verbände*

Der Lobbyismus der freien Verbände ist legitim, transparent und gehört zu einer pluralen Gesellschaft. Allerdings stößt doch die Heuchelei auf, wenn der Kampf um höhere ärztliche Einkommen mit dem angeblich Eintreten für die Interessen »unserer Patienten« maskiert wird, wie etwa bei der »Rote-Karte für Blüm« Aktion. Die Rolle der freien Verbände darf nicht unterschätzt werden, betrachtet man etwa die erfolgreiche Politik des Hartmannbundes bei der Zerschlagung der DDR-Gesundheitseinrichtungen und die flächendeckende Einführung von Einzelpraxen. Ohne die Versprechungen des Hartmannbundes hätten sich wohl nicht so viele ÄrztInnen so schnell nach der Wende in Schulden gestürzt und müßten heute mit nur 75% der Einkommen der Westärzte die Schulden in voller Westhöhe begleichen, nur weil der Hartmannbund verhindern wollte, daß dem Status der Einzelpraxis eine Konkurrenz durch Polikliniken und Ambulatorien erwächst.

Auch die Rolle des mb ist keineswegs im Sinne einer ausschließlichen Interessenvertretung der angestellten KrankenhausärztInnen zu sehen. Die Forderung nach Reduzierung der GKV-Leistungen auf die Hälfte der gegenwärtig angebotenen und die Ausdehnung des Privatversicherungssektors zeigen, daß es Kräfte im mb gibt, die mehr wollen als die Interessenvertretung der Mitglieder, nämlich eine konservative Gesundheitspolitik. Und so ist es auch kein Zufall, daß die zentralen Personen im Marburger Bund mit aktiven CDU-Politikern besetzt sind.

6. *Die ärztliche Opposition*

Die bisherigen Ausführungen können den falschen Eindruck erwecken, die Ärzteschaft spräche mit einer Stimme, es gäbe keine innerärztliche Opposition. Seit 1976 gibt es sie in den Landesärztekammern und seit 1986 außerparlamentarisch in Form des vdää. Bemerkenswert ist aber das Fehlen jeglicher Opposition in den KVen. Die wenigen zaghaften Versuche, über Listenkandidaturen bei KV-Wahlen in diese Gremien hinein zu wirken, scheiterten in der Regel kläglich. Zu unvereinbar sind

die Voraussetzungen. Wer für KV-Arbeit, gleich welcher politischen Ausrichtung, wählbar sein will, muß bereit sein, die ökonomischen Interessen offensiv zu vertreten, und das läßt sich mit einer sozialen Gesundheitspolitik nur sehr begrenzt vereinbaren. Sozial engagierten ÄrztInnen fehlt deshalb auch in der Regel die nötige Motivation zur Kandidatur. Und wenn sie sich doch dazu entschließen, spürt das Wahlvolk dann mit geschulter Unternehmersensibilität, wer am ehesten verspricht, die eigenen Interessen zu vertreten. Solange die KV zuallererst Honorarverhandlungen mit der GKV führen muß, also konkret die Einkommen der Ärzte im niedergelassenen Bereich aushandelt, wird ein Wandel von innen heraus hin zu einer grundsätzlich anderen Orientierung ausgeschlossen sein. Wenn überhaupt, dann wird der Wandel über vernetzte Praxen in unmittelbarer Nähe zur GKV unter Umgehung der KV kommen. Sogenannte Einkaufsmodelle, bei denen die GKV Verträge direkt mit mehr oder weniger großen Gruppen von Praxen aushandeln, werden dann die KV überflüssig machen und gleichzeitig auch einen grundsätzlichen Wandel in der Honorarfrage ermöglichen. Angesichts der zunehmenden Zeichen für eine Lähmung innerhalb der KV-Vorstände und der zunehmenden Zerstrittenheit der Ärztebasis ist dieses Szenario realistisch und stellt gleichzeitig für die innerärztliche Opposition eine Chance zur Mitgestaltung dar.

Die ärztliche Opposition in den Kammern ist, anders als in den KVen, ein fester Bestandteil nicht nur im ärztlichen Bewußtsein, und sie war erfolgreich. Seitdem 1976 erstmals die Liste demokratischer ÄrztInnen in Hessen auf Anhieb 10 % der Sitze errungen hatte, und zwar mit einem deutlich linken Wahlprogramm, folgten in fast allen Bundesländern und Kammerbezirken Listen mit ähnlichen Programmen, wenn auch mit unterschiedlichen Namen wie Liste Gesundheit, Liste Soziales Gesundheitswesen, Liste unabhängiger demokratischer ÄrztInnen. Der Fraktion Gesundheit in Berlin gelang es über Koalitionen die Mehrheit zu erreichen, sogar den Präsidenten zu stellen. Die Übernahme der Macht in immer mehr Kammern schien nur noch eine Frage der Zeit zu sein. Doch daraus wurde nichts. Bis etwa 1992 legten die oppositionellen Listen Wahl für Wahl zu und erreichten schließlich einen durchschnittlichen Prozentsatz der Stimmen von 22 %. Dann gab es plötzlich, und für die meisten unerwartet, einen deutlichen Knick in der Erfolgskurve: 1996 Verlust der LDÄÄ in Hessen von 18 auf 13 Sitze, 1993 Liste Soziales Gesundheitswesen in Nordrhein von 15 auf 9, in Westfallen-Lippe von 14 auf 9 und schließlich die Liste Gesundheit in Niedersachsen von 7 auf 2 (dies allerdings wahlrechtsbedingt). 1994 verliert die Liste Gesundheit im Saarland die Hälfte ihrer Mandate (von 4 auf 2). Die Hamburger

Ärzteopposition fällt 1998 von 16 auf 11 Sitze. 1996 schafft die »Liste Soziales Gesundheitswesen« (LSG) in Rheinland-Pfalz nach 1991 erstmals wieder den Einzug mit 12 von 80 Mandaten. Die Berliner Fraktion Gesundheit verliert einen Sitz und erhält 35 Sitze (1986 noch 45 Sitze), kann aber mit denkbar knappem Ergebnis über eine Koalition weiter Ellis Huber als Präsidenten halten. In Nordwürttemberg erobert die LDÄ einen Sitz hinzu. In München erfolgt zum Jahresende 1994 ein weiterer massiver Einbruch für die LDÄ mit 8 gegenüber 14 Mandaten vor vier Jahren. (Die Wahlergebnisse 1998 in Bayern und Berlin lagen bei Redaktionsschluß noch nicht vor.)

Die Ärzteopposition kann eine Reihe von Erfolgen vorweisen, und zwar auf sehr unterschiedlichen Gebieten. Die Ärztekammer Berlin richtete erstmals in einer Landesärztekammer die Institution eines Menschenrechtsbeauftragten ein. Sie unterstützte ein Zentrum für Folteropfer, die medizinische Versorgung Obdachloser und veröffentlichte unter persönlichen finanziellen Risiken des Präsidenten eine Positivliste von Arzneimitteln. Die Einkommensschere zwischen West- und Ostberlin wurde einfach aufgehoben, und mit Ellis Huber verfügt sie über einen Kammerpräsidenten, der für eine Ärzteschaft in sozialer Verantwortung steht. Ohne ihn und die Berliner Ärztekammer mit ihrer Fraktion Gesundheit sähe die bundesdeutsche gesundheitspolitische Realität, nicht nur im Bild der Medien, anders aus. Die Verwicklung der Ärzteschaft in die Verbrechen des Nationalsozialismus – damals das Tabuthema – ist seit 1989 auch von seiten der offiziellen Ärzteschaft stärker thematisiert worden. Humanitäre Anliegen und Menschenrechtsfragen genießen einen hohen Stellenwert. Auch die Diskriminierung oppositioneller Gruppierungen in den ärztlichen Standesorganisationen gehört der Vergangenheit an. Heute sind oppositionelle Delegierte in allen Ausschüssen, dem Präsidium und an allen Ärztetagen vertreten. Die Ablehnung des Antrags des Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) und der IPPNW auf Mitgiedschaft im Präsidium des Deutschen Ärztetages war nur von kurzer Dauer. Man löste dieses Gremium einfach auf und vermied so die Peinlichkeit einer fortgesetzten Ausgrenzung dieser beiden Verbände.

Die Konfrontation zwischen vdää und mb – zu erinnern ist z.B. an den Aufruf, den mb zu verlassen und in die ÖTV einzutreten – hat heute keine vergleichbare Grundlage mehr. ÖTV, mb und DAG, vor einem Jahr noch unvorstellbar, bilden seit Herbst 1994 eine Tarifgemeinschaft. Umweltthemen riefen höhnisches Gelächter hervor. Die Forderung nach der Einrichtung von Umweltausschüssen bei den Kammern, der Einführung eines Arztes für Umweltmedizin stießen auf arrogante Ablehnung.

Heute gibt es keine Kammer ohne Umweltausschuß, wurde der Facharzt für Umweltmedizin eingeführt. Die Opposition hat also durchaus Erfolge zu verzeichnen, nicht nur inhaltlich sondern auch ökonomisch, indem sie Ämterfilz und Patronage öffentlich machte.

Ist die Ärzteopposition noch erfolgreich oder nur Alibi? Diese Frage stellt sich nicht nur der LSG im Bezirk Nordrhein: »Vor diesem Hintergrund ist natürlich die Frage zu stellen, was wir eigentlich in der Kammer zum jetzigen Zeitpunkt noch zu suchen haben. Nach dem letzten Wahlergebnis ist dies auch eine Frage der Legitimation. Auf der anderen Seite müssen wir recht kritisch prüfen, wohin sich die LSG entwickelt hat. Sind wir vielleicht ein Alt-Damen/Herren-Verein geworden? Wenn wir als Liste in der Ärztekammer weiter bestehen wollen, müssen wir uns schon etwas einfallen lassen. Wir müssen unseren gesundheitspolitischen Standort neu festlegen. Dazu ist es notwendig, ein Stück das zu analysieren, was wir in den letzten zwanzig Jahren in der Kammer gemacht haben, um neue Schwerpunkte für unsere Arbeit setzen zu können.« (Soziales Gesundheitswesen 4/98) Es muß auch die Frage beantwortet werden, welchen innerärztlichen und in die Öffentlichkeit hinauswirkenden Effekt die Teilnahme oppositioneller Delegierter an den Deutschen Ärztetagen hat. Wird eine Opposition überhaupt wahrgenommen, oder sind die oppositionellen Delegierten nichts anderes als das Alibi für den angeblichen Pluralismus in der Ärzteschaft, der eine knallharte Interessenspolitik zu Lasten der PatientInnen demokratisch legitimiert? Der nordrhein-westfälische Delegierte Jan Peter Theurich stellt fest: »Es bleibt die Frage, ob sitzen, hören, lesen und manchmal reden sich gelohnt hat für die Sache oder einen selbst oder ob eine Urlaubswoche mit resultierender Müdigkeit sinnvoll genutzt wurde oder die Kraft andernorts wichtiger wäre.« (NRW-Rundbrief Gesundheit 2/98) Äußerungen, die nicht gerade Ausdruck einer oppositionellen Begeisterung sind, aber doch für den Gemütszustand vieler sprechen. Die jüngste »Kampfansage – Offener Brief eines ehemaligen Mitstreiters« an Ellis Huber (Mittwoch-Rundbrief der Fraktion Gesundheit vom 17.6.98) gegen dessen »unrealistische« Politik, die die Honorarsituation niedergelassener ÄrztInnen zu wenig in den Mittelpunkt stelle, zeigt, wie hart der Kampf auch in den eigenen Reihen geworden ist. Es ist eben vorbei mit den Illusionen, daß ein Ellis Huber Bundesärztekammerpräsident wird, daß die Mehrheit der Ärzteschaft einen Politikwechsel wünscht und mit trägt.

Und dennoch: Es gibt sie immer noch, die alternative Strömung innerhalb der Ärzteschaft. Da ist die IPPNW mit ihren 9 000 Mitgliedern, dem Friedensnobelpreis und dem enormen öffentlichen Renommee. Da

ist der Ökologische Ärztebund mit seinen zwar nur 500 Mitgliedern, aber seinem nicht zu unterschätzenden Einfluß auf Diskussionen über den Zusammenhang zwischen Umwelt und Gesundheit. Da ist der vdää mit seinen 800 Mitgliedern, dessen gesundheitspolitische Stellungnahmen und Aktionen kein geringes öffentliches Interesse finden, der in Anhörungen im Bundestag nicht weniger häufig zu Wort kommt als viele Verbände. Solange Ärztekammern und KVen als Zwangskörperschaften bestehen, ist es politisch unvermeidbar, in diesen Kammern auch aktiv zu handeln. Sonst hätten wir wieder Zustände wie vor den siebziger Jahren, als die Ärzteschaft mit einer Stimme ohne jeden Widerspruch ihre reaktionäre Politik propagieren konnte.

Weil ein Politikwechsel von innen heraus nicht möglich ist, muß nach Alternativen zum herrschenden System gesucht werden. Wenn diese Einschätzung zutrifft, dann muß neben die parlamentarische Arbeit die Suche nach Modellen stattfinden, bei denen PatientInnen Einfluß nehmen, die unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gleichberechtigt und partnerschaftlich mit gestalten und bei dem wissenschaftlicher Sachverstand mit in die Entscheidungen über die Gestaltung des Gesundheitswesens einfließt. Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe. Öffentlich muß nicht heißen staatlich, aber der Schutz der gesundheitlichen Interessen des einzelnen und der Allgemeinheit darf Einzel- und Gruppeninteressen nicht untergeordnet werden. Dies trifft nicht nur auf die Ärzteschaft zu, sondern gilt auch für die GKV. Die Entwicklung nach dem 2. NOG zeigt, daß gesetzliche Kassen durchaus ökonomische Zielsetzungen höher als ihren sozialen Auftrag werten. Unter den neuen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen haben sie ein Interesse, insbesondere chronisch Kranke zu diskrimieren. Auch der »Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen« erfüllt nicht die notwendigen Voraussetzungen, um als Mittler zwischen den Interessensgruppen zu fungieren. Ihm fehlt die demokratische Legitimation, die Betroffenenseite, und Repräsentanten der Patientenseite sind in ihm nicht vertreten.

7. *Eckpunkte eines Alternativkonzepts*

Der Verein Demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten (VDPP) und der vdää haben gemeinsam einen *Perspektivenentwurf* erarbeitet und 1997 mit großer Mehrheit verabschiedet. Er sei deshalb hier vorgestellt. »Die Selbstverwaltung des Gesundheitswesens mit ihren ständisch und berufsgruppenspezifisch strukturierten Organen ist in dieser Form nicht mehr zeitgemäß. Überfällig wäre eine klare Abgrenzung und institutionelle Trennung der verschiedenen Interessen und

Versorgungsbereiche. Sinnvoll wäre grundsätzlich ein dreigegliedertes, föderales Modell mit folgenden Komponenten (z.B. Körperschaften öffentlichen Rechts auf Landes- bzw. Bezirksebene):

Komponente A: Darin sind die Kostenträger (Kranken- und Pflegekassen, Rentenversicherungsträger, Berufsgenossenschaften, Sozialhilfeträger) vertreten.

Komponente B: Sie wäre eine demokratisch verfaßte, quotierte Vertretung aller Anbieter bzw. Gesundheitsfachberufe (Vertreter der stationären Einrichtungen, Primärärzte, Spezialärzte, Zahnärzte und -techniker, Psychologen, Pflegekräfte, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Hebammen, Logopäden, Ökotrophologen, Apotheker, Heil- und Hilfsmittelhersteller, Rettungsdienste, evtl. auch Vertreter unkonventioneller medizinischer Methoden).

Komponente C: Sie müßte einerseits gesundheitswissenschaftliche Kompetenz versammeln (unabhängige Experten wie z.B. Public-Health-Fachleute, Sozialmediziner, Juristen, Gesundheitsökonomen), gleichzeitig aber auch die Verbraucherseite repräsentieren (Vertreter der Versicherten, der Patientinnen und Patienten und von Selbsthilfegruppen, Patientenbeauftragte, Ombudspersonen). Komponente C würde (unter Einbeziehung der Vertreter von Komponente A und B) Dokumentations-, Planungs- und Kontrollaufgaben übernehmen, z.B. die Gesundheitsberichterstattung und Evaluation; sie würde eine wissenschaftlich fundierte, morbiditätsorientierte, für alle Beteiligten verbindliche Bedarfsplanung für alle Versorgungsbereiche erstellen; sie wäre auch verantwortlich für die Festlegung von Gesundheits- und Qualitätszielen, konkreten Qualitätsanforderungen, für die Zulassung und regelmäßige Akkreditierung aller Anbieter (auch der sonstigen Leistungserbringer nach §§124, 126 SGB V) nach bedarfs- und qualitätsorientierten Kriterien; zu ihren Aufgaben zählten weiterhin das Controlling, d.h. Qualitäts-, Wirtschaftlichkeits-, Plausibilitäts- und Gesundheitsverträglichkeitsprüfungen sowie die berufsrechtliche Aufsicht. Die Komponenten A und B wären Vertragspartner für regionale Gesamtverträge. Der Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag obläge ihnen gemeinsam. Die Teile oder Sektionen der Komponente B sollten jeweils ein eigenes Verhandlungsmandat mit der Komponente A und ein Vertragsrecht erhalten, um z.B. eigene Verteilungsmaßstäbe für Investitionen und Honorare sowie spezifische Qualitätsforderungen auszuhandeln. Auf Bundesebene gäbe es Dachverbände der jeweiligen Komponenten. Ärzte-, Zahnärzte-, Apothekerkammern, Kassenärztliche und -zahnärztliche Vereinigungen in ihrer gegenwärtigen Form, aber auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wären überflüssig. Die

gewerkschaftlichen Aufgaben dieser Institutionen würde die Komponente B bzw. deren Sektionen übernehmen, die hoheitlichen bzw. öffentlich-rechtlichen (Kontroll-) Aufgaben die Komponente C. Sie hätte ein Vetorecht gegen die Verträge zwischen A und B, um z.B. Qualitätsdumping, nicht indizierte Leistungsausweitungen oder Planabweichungen zu verhindern. Die bestehenden gesundheitswissenschaftlichen Institute könnten der Komponente C an- oder eingegliedert werden. Eine Ausweitung der Verkammerung von Heilberufen (z.B. auf die Pflegeberufe) wäre hinfällig. Die bestehende Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerkammern könnte ebenfalls abgeschafft werden; ihre Rolle übernähme die Justiz, u.a. auf der Basis einer Patientenschutzgesetzgebung. Die Obersten Landesgesundheitsbehörden bzw. der Bundesgesundheitsminister blieben weiterhin oberste Aufsichts- (Rechts- und Fachaufsicht) und Steuerungsinstanz für alle drei Komponenten.

Dieser Vorschlag mag utopisch klingen. Die darin geäußerten Ideen werden möglicherweise sehr bald diesen utopischen Charakter verlieren, wenn im Rahmen der Vereinheitlichung auch der Sozialsysteme in der Europäischen Union korporatistische Strukturen wie Kammern und KVen fossilen Charakter annehmen werden und nicht zuletzt auch ökonomische Zwänge einen Systemwechsel provozieren.