

Editorial

Udo Schagen

**Gedämpftes Ansehen der Ärzte**

„Dieser Rücktritt (des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Hans-Joachim Sewering, d. Verf.) ist sicher das spektakulärste Ereignis aller bisherigen Ärzttage. Schließlich hat das, was vielleicht auf den ersten Blick wie eine menschliche Tragödie wirken mag, bei der jemand über persönliche Verfehlungen stolpert, einen tiefen sachlichen Hintergrund.“ So schreibt das Organ des Deutschen Gewerkschaftsbundes, die „Welt der Arbeit“, Anfang Juni 1978 unter der Überschrift „Ärzte fürchteten um ihr Image“. In der Tat geht es nicht um Sewerings private Geschäfte, sind diese doch, wie von Sozialgerichten und von Sewerings Standeskollegen der bayerischen Kammerversammlung einstimmig festgestellt wurde, immer innerhalb der Grenzen ärztlicher Kasensabrechnungslegalität geblieben. Es geht um den sachlichen Hintergrund; es geht darum, daß in Zeiten verminderter Ressourcen für die Gesundheitsdienste und gestiegener Bedürfnisse nach Gesundheitsleistungen (zum letzteren siehe das in diesem Heft behandelte ÖTV-Gesundheitsprogramm) die unvergleichliche Sonderstellung der Ärzte nur mit immer größerer Anstrengung aufrechterhalten werden kann. Innerhalb eines gesellschaftlichen Systems, das es anderen langjährig ausgebildeten und ebenfalls immer noch in der Regel aus privilegierten Schichten kommenden akademischen Berufsgruppen schon lange schwer macht, Statusunterschiede zu anderen Lohn- und Gehaltsabhängigen aufrechtzuerhalten, bleiben mehr und mehr nur noch die Eigentümer der Fabriken, die Besitzer der Produktionsmittel selbst, verschont von dem Zwang, ein Privileg nach dem anderen abzugeben. Um sich hier wirksam verteidigen zu können, brauchen die Kammern an der Spitze dann auch einen persönlich glaubwürdigen Mann, der den Zuhörer nicht an klingende Münze im Beutel denken läßt, wenn er von der Verteidigung der „Freiheit der Ärzte“ spricht.

Wir haben in den Editorials unserer Sonderbände „Soziale Medizin“ (AS 4 und 12), auch an dieser Stelle in den beiden ersten Bänden der Jahrbuch-Reihe und im Argument 105 versucht, die Hintergründe des auf die Ärzte ausgeübten Druckes darzustellen und unsere Position wie auch die Aufgabe der kritischen Jahrbücher zu beschreiben; deshalb sei dies hier nicht wiederholt. Die Argumente der Standesführer sind seit Jahren die gleichen: „revolutionäre Systemveränderung“, „Linkskartell von DGB, SPD und Ortskrankenkassen“ sollen die „öde Gleichmacherei“ und den Abbau der Effektivität des derzeitigen „freiheitlichen“ Gesundheitssystems zur Folge haben. Wir möchten mit den Jahrbüchern für kritische Medizin und den Sonderbänden denjenigen Lesern immer neue und schlagkräftigere Argumente an die Hand geben, die mit ihnen gegen die Mängel des westdeutschen Gesundheitssystems fechten wollen. Weil die weiterhin in aller Öffentlichkeit am deutlichsten vernehmbare Stimme zur Diskussion, die Stimme der ärztlichen Standesorganisationen, die Erfolge eines eher nebulös beschriebenen „Linkskartells“ an Gesetzesänderungen mißt, werden diese von uns möglichst analysiert, mindestens aber registriert.

Im abgelaufenen Jahr wurden das neue Arzneimittelgesetz, über das hier in einem eigenen Aufsatz berichtet wird, und das „Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz/KVKG) sowie vor wenigen Tagen erst als Regierungsentwurf die Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) verabschiedet. Minister Ehrenberg ist laut Tages-

spiegel vom 25. 5. 1978 zufrieden, das *Kostendämpfungsgesetz* habe gegriffen. Wegen seiner Bedeutung für die gesundheitspolitische Diskussion seien hier die wichtigsten Bestimmungen aufgelistet:

Nach dem KVKG muß ab 1. 7. 1977 jeder Versicherte für jedes verordnete Arznei-, Verband- oder Heilmittel DM 1,- zahlen; die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Kassenärztlichen Versorgung erfolgt durch paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzte Prüfungsausschüsse; die Krankenkassen können die Inanspruchnahme von Leistungen des Versicherten überprüfen; die häusliche Krankenpflege wird Pflichtleistung der Krankenkasse; für medizinisch-technische Leistungen gilt ein *besonderes* Wirtschaftlichkeitsangebot. Ab 1. 1. 1978 wird die freie Heilfürsorge z. B. für Bundeswehrangehörige durch die Kassenärztliche Vereinigung sichergestellt; vor- und nachstationäre Behandlung kann bei Krankenhauspflege mit Einverständnis des behandelnden Arztes durchgeführt werden; die Wahl des Krankenhauses wird eingeschränkt auf solche, die Verträge mit den Krankenkassen haben. Jeweils bis zum 31. März (erstmal ab 1978) tritt die sogenannte „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, bestehend aus Vertretern der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, der Ärzte, Zahnärzte, der Krankenträger, der Apotheker, der pharmazeutischen Industrie, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände zusammen, um Empfehlungen zur Gesamtvergütung der Ärzte, der Arzneimittelhöchstbeträge sowie nach eigens erarbeiteten „wirtschaftlichen Orientierungsdaten“ Empfehlungen zu Rationalisierung, Erhöhung der Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen abzugeben. Diese werden dann zum 1. 7. 1978 wirksam, ebenfalls eine von Ärzten und Krankenkassen gemeinsam erarbeitete Arznei- und Heilmittelliste, die Vergleiche hinsichtlich Preis und Applikationsweise zulassen soll.

Schon die Diskussion um das Gesetz hatte die Ärzte in ihrem Verschreibungsverhalten so stark beeinflusst, daß die Umsätze der Pharmahersteller stagnierten. Nur durch das „günstige Auslandsgeschäft“ meinte z. B. die Degussa im Geschäftsjahr 1977/78 bei den Gewinnen noch ein „im ganzen befriedigendes Ergebnis“ in ihrem Pharma-Bereich verzeichnen zu können (Deutsches Ärzteblatt 75 [1978] 21 : XXIV). Die „Konzertierte Aktion“ legte inzwischen fest, daß die kassenärztliche Gesamtvergütung je Versicherten „nur“ um 5,5% und die Ausgaben für Arzneimittel um nicht mehr als 3,5% steigen sollen.

Die Verabschiedung solcher Gesetzesvorhaben und ihre Durchsetzung in der bezeichneten Weise werden nach wie vor von Teilen der Ärzteschaft als drohender oder gar schon verwirklichter Angriff auf ihre Position empfunden. Weil sich inzwischen die Kritik an der rücksichtslosen Instrumentalisierung der Pflichtorganisationen für Ärzte, der Kammern, für einseitige ständische Interessen auch in den Kammerversammlungen selbst deutlicher artikuliert, erhielt Sewering von der Mehrheit der Ärztetagsmitglieder das Mißtrauen ausgesprochen und trat zurück. Was die Kammern sich offenbar bei der Vertretung ständischer Interessen nicht mehr erlauben wollen, wird aber in Zukunft in einer erst am 22. 2. 1978 eben zu diesem Zweck gegründeten „Bundesvereinigung Deutscher Ärzteverbände“, die als Dachverband der freien Ärzteverbände fungieren soll, gut aufgehoben sein.

Der hier vorgelegte dritte Band des Jahrbuchs enthält zum erstenmal eine Reihe von Aufsätzen zur *medizinischen Ausbildung*. Widersprüchliche Auffassungen der das Gesundheitswesen tragenden Berufsgruppen und ihrer Verbände

de, konzeptioneller Wirrwarr in den verantwortlichen Parteien, in Bundes- und Landesregierungen, entgegengesetzte Interessenlage bei Versicherten und der Pharmaindustrie als der bestimmenden Kraft der Kapitalseite im Gesundheitsbereich – dies alles muß sich wiederfinden bei der Suche nach dem Gemeinsamen, nach dem möglichen Ziel der Produktion von mehr Ärzten und dem Ziel der Ausbildung. – Ein vorrangiges Ziel der Arbeit der Medizinkommission im Argument am Konzept des Jahrbuchs war die stärkere Einbeziehung der täglichen *diagnostischen und therapeutischen Praxis*. Berichte über die „Lage“ bei Myokardinfarkt und Bluthochdruck sowie die sozialmedizinische Problematik der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge gehören in diese Thematik, für die wir im Jahrbuch in Zukunft eher mehr Raum zur Verfügung stellen möchten. Dies ist eine Aufforderung an unsere Leser zur Mitarbeit an einem Komplex, der in erster Linie an der täglichen Erfahrung aller medizinischen Berufsgruppen ansetzt und daher dazu beitragen kann, das hier gegebene Forum der Diskussion zu erweitern. Mit dem Themenschwerpunkt *Arbeitswelt* knüpfen wir schon fast an eine Tradition von Analysen und Berichten in dieser Zeitschrift an (s. dazu die Übersicht zum Inhalt aller bisherigen Medizinhefte am Schluß dieses Bandes). Im Zusammenhang mit der Verstärkung gewerkschaftlicher Arbeit im Gesundheitsbereich, über die berichtet wird, mit der Veränderung gesetzlicher Grundlagen in den letzten Jahren und insbesondere mit der Verschärfung der Situation an den Arbeitsplätzen selbst unter dem Druck möglicher Arbeitslosigkeit und der Tendenz, Möglichkeiten der Rationalisierung durch Automation nicht in erster Linie zugunsten verbesserter Arbeitsbedingungen, sondern zu Lasten der Zahl von Arbeitsplätzen einzusetzen, gewinnt das Thema einen zentralen Stellenwert für die kritische Diskussion in der Medizin. Deshalb wird die Auseinandersetzung der hier „Zuständigen“ in der Ärzteschaft, der Arbeitsmediziner, mit dieser Entwicklung, die jüngst auf einer Jahrestagung eher nicht stattfand, wie unter der Rubrik „Berichte“ in Argument 111 nachzulesen ist, auch weiterhin Gegenstand der Beobachtung sein müssen.

In einem Jahr wird der *vierte Band des Jahrbuchs für kritische Medizin* erscheinen. Vorschläge zur Fortführung der Diskussion erbitten wir zu den bisher behandelten Themen, insbesondere aber zu Fragestellungen des „Umgangs“ mit den Volkskrankheiten. Die Tatsache, daß die WHO 1978 das „Jahr der Hypertonie“ ausgerufen hat, mag als Hinweis dafür genommen werden, wie sogar offizielle, übernationale Organisationen die Aufarbeitung der Probleme fördern wollen. – Die von Ivan Illich vor wenigen Jahren stark beförderte Diskussion um die von den Ärzten unterstützte Priorität der Technologie in der Medizin war hier bisher zu wenig Gegenstand einer Analyse. Der mit der Weiterentwicklung der Technologie einhergehende ärztliche Anspruch, bei einer komplementären Erwartungshaltung vieler Patienten, auch eigentlich nicht im engeren Sinne medizinische Probleme mit dem traditionellen Instrumentarium von Diagnostik und Therapie lösen zu können, steht in Widerspruch zu den Leistungen unseres Gesundheitssystems. Die undifferenzierte Antwort in Form von sogenannter „alternativer Medizin“, von Selbsthilfegruppen, von unwissenschaftlichen Heilpraktikermethoden u. ä. kann sicher nicht im Sinne der Verbesserung medizinischer Versorgung sein. Kritik im Sinne unseres Jahrbuchs soll hier Vorschläge für die Lösung der bisher von der Medizin nicht bewältigten Probleme versuchen.