

Ersatzkassen: Bonner Sparvorschläge sind „insuffizient“

Als zum Teil „insuffizient“ und „politisch nicht mehrheitsfähig“ hat der Geschäftsführer der beiden Ersatzkassen-Verbände, Dr. med. Eckart Fiedler, Siegburg, das 11-Punkte-Papier der Fachabteilung II „Gesundheitsversorgung/Krankenversicherung“ des Bundesgesundheitsministeriums zur Beitragsstabilisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und zur raschen, rigideren Umsetzung des „Gesundheits-Reformgesetzes“ apostrophiert. Nur teilweise hätten die Fachreferenten im Hasselfeldt-Ministerium die Novellierungsvorschläge der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenversicherung (vom Juni 1991) aufgegriffen. Von einer Neuauflage bloßer kostendämpfungspolitischer Maßnahmen versprächen sich die Ersatzkassen keine anhaltenden Wirkungen. Das Maßnahmenbündel sei eine bloße Fortsetzung der Stafette der K-Gesetzgebung Blüms.

Auch im Hinblick auf die erzielbaren Einspareffekte könnten die Vorschläge aus Bonn nur marginal wirken. Jedenfalls seien sie nicht geeignet, aus dem Etat der Krankenversicherung die von Bundesarbeitsminister Blüm herbeigesehnten Kompensations- und Kosteneinspareffekte bis zu maximal 8 Milliarden DM kurzfristig „einzuspielen“, um damit unter anderem das Projekt einer sozialen Pflegeversicherung finanzieren zu können.

Nur „Herumdoktern“

Die Ersatzkassen erwarten keine wesentlichen Steuerungs- und Einsparwirkungen von Richtgrößen für die Arzneimittelverordnung. Diese seien nur unverbindliche Vorgaben, und der „auffällig gewordene Arzt“ müsse das Beratungsangebot der Kassenärztlichen Vereinigung nicht unbedingt annehmen. Auch verschärfte Wirtschaftlichkeitsvorschriften seien nur ein Herumdoktern an Symptomen, bedeuteten aber

noch keine „Kehrtwende“ in der Arzneimittelpolitik. Zumindest könnten diese der Selbstverwaltung oktroyierten Vorschriften den Aufwärtstrend bei den Ausgaben und Kosten nicht bremsen. Auch eine Festschreibung der Beitragshöchstsätze in der Krankenversicherung, ebenso eine Deckelung der Gesamtvergütung für den ambulanten Bereich, seien keine probaten Lösungswege. Ersatzkassen-Geschäftsführer Dr. Fiedler: „Jede Deckelung führt schon bald zur Sprengung des Deckels, weil es unter dem Deckel mächtig brodel.“

Für Fiedler ist der Dreh- und Angelpunkt zur Steuerung und Begrenzung der Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen und damit für die Erhaltung des Ziels der Beitrags-

stabilität der niedergelassene Arzt. Aber auch der stationäre Sektor müsse stärker in den gesamtwirtschaftlichen Kostendämpfungs- und Stabilitätspakt eingebunden werden, zumal nach einer nur zwei Jahre währenden Entlastungsphase seit 1990 – und noch mehr 1991 – die Ausgaben der Krankenkassen (insbesondere der Ersatzkassen) im Krankenhausbereich wieder zweistellige Zuwachsraten aufweisen.

Eine „Wende in der Gesundheitspolitik“ beinhaltet für die Ersatzkassen eine strikte Verknappung des Angebotes und eine Reduzierung der Kapazitäten sowie eine Zugangsrosselung zum Arztberuf – gekoppelt mit Restriktionen auf dem Krankenhausmarkt und einer durchgreifenden, das Kostendeckungsprinzip verlassenden Reform der Krankenhausfinanzierung (eventuell über eine probeweise Einführung von fall- und diagnosebezogenen Pauschalen). HC

Psychotherapie auf Krankenschein?

Ausgerechnet in den Ausgaben zum Nationalfeiertag erschien in einer Wiener Tageszeitung eine ganzseitige Anzeige, in der die Wiener Ärztekammer gegen das Vorhaben der schwarz-roten Regierung protestiert, in der gesetzlichen Krankenversicherung nichtärztliche Psychotherapie ohne ärztliche Beteiligung einzuführen.

Nach der Schlagzeile „Politiker spielen mit Ihrem Leben“ heißt es: „Nach den Bestimmungen der 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz wird der direkte Zugang zur Psychotherapie ohne Diagnose eines Arztes möglich sein. Das bedeutet, daß Nicht-Ärzte zukünftig über Ihre Gesundheit entscheiden werden können. Es wird nicht sichergestellt sein, daß organische Leiden rechtzeitig erkannt werden. Der Arzt als kompetenter Partner in Gesundheitsfragen wird laufend in seinen Kompetenzen eingeschränkt. Alle Argumente der Ärzteschaft sind bisher von Politikern und Parteisoldaten konsequent ignoriert worden. Es ist unsere Pflicht, Sie

darüber zu informieren, daß Politiker ein Gesetz beschließen wollen, das eine extreme Gefahr für Ihre Gesundheit darstellt.“ Unterschrieben ist die Anzeige mit „Die Wiener Ärzte im Dienste Ihrer Gesundheit“.

Erste Wirkungen

Es ist allerdings noch nicht sicher, daß das Gesetz unangefochten zustandekommen wird – die Anzeige hat bereits Wirkung gezeigt. Am Rande einer Fraktionsklausur der Österreichischen Volkspartei teilte ihr Gesundheitssprecher Günther Leiner, selbst Arzt, mit, seine Partei bestehe jetzt darauf, daß eine Psychotherapie erst nach einer ärztlichen Diagnose begonnen werden dürfe, denn es gebe viele organische Krankheiten, die psychische Veränderungen bewirken. „Die Verhandlungen (mit den Sozialdemokraten) sind geplatzt“, sagte Leiner, „ich kann mir vorstellen, daß die gesamte beabsichtigte Novelle an dieser Frage scheitert.“ bt

Gemeinsam ein Stück weiter

Bericht von der 43. Generalversammlung des Weltärztebundes (World Medical Association), 6. bis 9. November 1991, Malta

Die 43. Generalversammlung des Weltärztebundes fand dieses Jahr vom 6. bis 9. November in St. Julians auf Malta statt. Im Mittelpunkt der Tagung stand die Wiederaufnahme der sogenannten „Toronto-Gruppe“. Nach mehr als 10 Jahren traten die Niederlande, Kanada, Finnland, Dänemark, Schweden, Norwegen und Island – also noch nicht das Vereinigte Königreich – wieder dem Weltärztebund bei. Dahinter steht die Erkenntnis beider Seiten, daß nur gemeinschaftlich eine globale Vertretung der Ärzte zu erreichen ist. Damit ist nach dem Beitritt auch der chinesischen, tunesischen und osteuropäischen Ärztevereinigungen wie derjenigen Ungarns, der Tschechei, Bulgariens und der UdSSR der Weltärztebund seinem Ziel einer globalen Ärztevertretung einen großen Schritt näher gekommen.

Der Weg zum Wiedereintritt der Toronto-Gruppe mußte mühsam ebnen werden. 1976 war Kanada, 1979 die skandinavischen Länder, Island und die Niederlande und 1984 das Vereinigte Königreich aus dem Weltärztebund ausgetreten. Die Gruppe hatte sich 1989 in Toronto ein erstes Mal getroffen (wodurch sie ihren Namen bekam) und ihre Bedingungen für einen Wiedereintritt formuliert. Die Toronto-Gruppe forderte eine Verstärkung der internationalen Aktivitäten des Weltärztebundes und eine gerechtere Verteilung des Stimmrechts, das momentan an die Beitragszahlungen geknüpft ist.

Auf der Generalversammlung in Rancho Mirage 1990 war eine „Task Force“ eingesetzt worden, die sowohl die strategische Planung als auch die Beitragserhebung und die Stimmverteilung im Weltärztebund kritisch untersuchen sollte. Nicht nur – aber auch – ein Entgegenkommen an die Toronto-Gruppe, die sich zuletzt aktiv an dieser Arbeitsgruppe beteiligte.

Vorweg gesagt: die bestehenden Strukturen wurden im wesentlichen bestätigt. Aber es wurde ein Mangel an direkter Schlagkräftigkeit konzediert, als dessen Ursache das Fehlen eines hauptamtlichen Generalsekretärs ausgemacht wurde.

Bereits an dieser Stelle wurde klar, daß die Finanzen des Weltärztebundes zum zentralen Punkt der Überlegungen werden sollten. Zwar war bereits in der Sitzung der Task Force, die der Generalversammlung voranging, absehbar, daß die Toronto-Gruppe wieder aufgenommen werden würde; aber gleichzeitig sicherte durch, daß die amerikanische Delegation ihren finanziellen Beitrag zum Weltärztebund deutlich verringern würde. Somit war die Forderung nach einem hauptamtlichen Generalsekretär, der vielleicht mit den erwarteten Mehreinnahmen durch die Toronto-Gruppe bezahlt hätte werden können, von vornherein eine Fiktion. Und dies würde so lange bleiben, wie die Finanzierung des Weltärztebundes nicht deutlich verbessert werden kann.

Vier Resolutionen

Die Task Force diskutierte mehrere Modelle, die Beitragserhebung zu verändern. Einstimmig fand man, daß es wünschenswert sei, in Zukunft die tatsächlichen Mitgliederzahlen der nationalen Verbände anzugeben. Dann aber, so stellte man fest, müsse man den finanzschwachen Mitgliedsländern eine Möglichkeit geben, einen geringeren Beitrag zu zahlen. Verschiedene Modelle, zum Beispiel die Anbindung an das Brutto-Sozial-Produkt des betreffenden Staates, oder ein unterschiedliches Stimmrecht für ethische beziehungsweise finanzielle Angelegenheiten, wurden diskutiert und an den Vorstand des Weltärztebundes zur Beratung weitergeleitet. Eine praktikable Lösung ist bei genauerer Be-

trachtung des Papiers nicht geboten worden. Deshalb warfen die Kritiker der Task Force den Vorschlägen einen mangelnden Realismus vor und setzten im Vorstand des Weltärztebundes durch, daß nur dann Maßnahmen ergriffen werden können, wenn deren Finanzierung vorher gesichert ist.

Ganz im Schatten des Wiedereintritts und der Arbeit der Task Force standen vier Resolutionen, die, wenngleich auch verabschiedet, doch etwas mehr Beachtung verdient hätten. Zwei Resolutionen richteten sich direkt an Ärzte:

In einer Erklärung über die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung wird festgestellt, daß es sich dabei um einen lebenslangen Prozeß handelt, der nicht durch irgendein Diplom zu irgendeinem Zeitpunkt beendet wird. Gleichzeitig wurde aber auch festgestellt, daß Aus-, Weiter- und Fortbildung in ihrer Qualität, aber auch in ihrer Verfügbarkeit Ärzten zur Verfügung gestellt werden müssen und daß diese auch die Freiheit haben müssen, diese wahrzunehmen.

Zweitens richtet sich eine Erklärung zum Selbstmord bei Jugendlichen und Heranwachsenden an die Ärzteschaft. Jugendliche sind weltweit eine Bevölkerungsgruppe, die eine erschreckend hohe Selbstmordrate aufweist, deren Probleme kaum Eingang in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung gefunden haben und die aus allen medizinischen Vorsorgeprogrammen herausfällt. Die Probleme der Jugendlichen und Heranwachsenden sind lange Zeit vielfach übersehen worden – auch von Ärzten, aber das soll sich nun ändern.

In einigen Staaten gibt es bereits ein Rauchverbot auf Kurzstreckenflügen. Der Weltärztebund hat sich auf seiner diesjährigen Versammlung dafür ausgesprochen, nun auch konkrete Maßnahmen gegen das Rauchen auf internationalen Flügen zu ergreifen. Die Mitgliedsorganisationen verpflichteten sich in einer Erklärung, in ihren Ländern die zuständigen Behörden und Flugesellschaften zu einem Rauchverbot auf internationalen Flügen zu bewegen und über ihre Maßnahmen bei der

nächsten Generalversammlung Bericht zu erstatten.

Der Hungerstreik von Gefangenen ist in vielen Ländern dieser Erde immer noch ein großes Problem. Nicht selten wird auf Ärzte Druck ausgeübt, Zwangsmaßnahmen an Hungerstreikenden durchzuführen. Doch die Ärzte wollen sich weder zum Handlanger der Gefängnisverwaltungen noch der Politiker machen lassen. In einer Resolution zum Thema „Behandlung von Hungerstreikenden“ wird klar festgestellt, daß es zwar die vordringlichste Verpflichtung des Arztes ist, sich für das Leben einzusetzen, daß aber auch das Patient-Arzt-Verhältnis vom Zugriff staatlicher Autoritäten freigehalten werden muß. Ärzte dürfen nicht gezwungen werden, gegen ihre Überzeugung oder gegen ein Versprechen ihrem Patienten gegenüber eine Zwangsernährung durchzuführen.

Die diesjährige Generalversammlung des Weltärztebundes war ein nüchterner Schritt nach vorn, geprägt von einer großen Selbstkritik, aber auch einer wiedergewonnenen Solidarität. Und diese Solidarität ist wichtig, wenn wir uns vor Augen führen, welche Aufgaben vor uns liegen: mit nunmehr 55 Mitgliedsländern steht der Weltärztebund immer noch vor der Aufgabe, die wirklich Ärmsten der Welt zu integrieren. Kaum treffender könnte dieses Dilemma der ärztlichen Weltgemeinschaft in Worte gefaßt werden, als dies durch den Präsidenten der gastgebenden Maltesischen Ärztevereinigung, Dr. Joseph L. Pace, formuliert wurde: „Wo sind die Repräsentanten der Länder, in denen in diesem Moment Kinder an vermeidbaren Krankheiten wie Masern oder Durchfall oder dem schlimmsten aller menschlichen Leiden, dem Hunger, sterben? ... Ich denke, es ist an der Zeit, über Quantität und Qualität der Hilfe nachzudenken, die wir als Ärzte unseren bedrängten Kollegen in diesen Ländern haben zukommen lassen, deren Patienten doch immer an Krankheiten sterben, die viele von den heute hier Versammelten glücklicherweise nur aus Büchern kennen.“

Dr. O. Kloiber/R. Vonhoff-Winter

Organisation der postmortalen Organspende: Eine öffentliche Aufgabe

Derzeit wird eine Reihe von Lösungsvorschlägen für ein deutsches Transplantationsrecht diskutiert. Dabei können „Selbstbestimmungsrecht“-Lösungen (Zustimmungslösung, Widerspruchslösung, Erklärungslosung) sowie sogenannte „Vertreter“-Lösungen (erweiterte Zustimmungslösung, Informationslosung) unterschieden werden. Die verschiedenen Vorschläge, die sich auf eine bundesgesetzliche Regelung konzentrieren, werden unterschiedlich beurteilt. So favorisieren zum Beispiel die „Arbeitsgemeinschaft der deutschen Transplantationszentren“ und die „Deutsche Stiftung Organtransplantation“ die – von ihnen erarbeitete – Informationslosung, die Patientenverbände hingegen die Widerspruchslösung. Inhaltlich beziehen sich diese Lösungsvorschläge vor allem auf das Kernproblem, ob die Einwilligung zur postmortalen Organentnahme nur durch den Spender selbst erfolgen kann, durch eine zu Lebzeiten geäußerte und dokumentierte Zustimmung – Selbstbestimmungslösung –, oder ob die Angehörigen des Verstorbenen subsidiär eine Einwilligung geben oder versagen können, auch wenn sie nicht exakt den Willen des Verstorbenen kennen und damit wiedergeben.

Die Lösung dieses Problems ist ein wichtiger Inhalt jeder Regelung des Transplantationsrechts, insbesondere auf Bundesebene, jedoch nicht der einzige. Andere Probleme bedürfen ebenfalls einer Regelung, so etwa die Organisation der Organentnahme. Hierüber kann, insbesondere auf Landesebene, schneller ein Konsens erzielt werden.

Die Verfasser legen nachfolgend einen Entwurf einer landesgesetzlichen Regelung zur Organisation der postmortalen Organspende vor, der vom Inhalt her als Ergänzung zu den oben erwähnten Lösungen, wie zum Beispiel der Informationslosung, zu sehen ist und jederzeit mit diesen verquickt werden kann. Ein solches Landesgesetz ist geeignet, die emotional belastete Diskussion zu versachlichen und allen Beteiligten die Gewißheit zu geben, daß die Organentnahme als öffentliche Aufgabe unter der Obhut des Staates steht und somit der Verdacht unberechtigt ist, die verfassungsrechtlich geschützten Interessen eines verstorbenen Patienten und seiner Angehörigen könnten in den Hintergrund gedrängt werden. Der Vorschlag einer landesgesetzlichen Regelung empfiehlt sich um so mehr, als derzeit die Diskussion über eine Gesetzgebung sich von der Bundesebene auf die Landesebene verlagert.

Die Transplantationen in der Bundesrepublik haben einen beachtlichen Stand erreicht. So wurden im Jahr 1990 insgesamt 2358 Nierentransplantationen, 485 Herztransplantationen und 329 Lebertransplantationen durchgeführt¹⁾. Dabei werden klinische Organtransplantationen entweder im Sinne von lebensrettenden chirurgischen Behandlungsprinzipien durchgeführt (Herztransplan-

tation, Lebertransplantation) beziehungsweise im Sinne einer Behandlungsmaßnahme, die die Lebensqualität des organ-insuffizienten Patienten deutlich verbessert (Nierentransplantation, Pankreastransplantation).

Der Mangel an geeigneten Spenderorganen bedeutet jedoch, daß vielen Menschen in der Bundesrepublik die erforderliche und unter medizinischen Bedingungen auch mögliche Transplantation vorenthalten bleibt, obwohl die Kapazitäten der Transplantationszentren eine Steigerung der Transplantationszah-

¹⁾ Nach Pichlmayr, Hannover, Referat vor dem AWMF-Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ am 12. 4. 1991 in Bad Godesberg