Verstaatlichung oder Ärzteschwemme?

Welche Gefahren drohen dem Luxemburger Gesundheitswesen?

Seit diese Zeitschrift besteht, versucht "forum" jeder Art von Blockdenken entgegenzuwirken. Beim aktuellen Konflikt zwischen den Berufsorganisationen der Ärzte (AMMD) und dem Ministerium für Soziale Sicherheit war eine gewisse Erstarrung der Fronten eingetreten. Gegenseitige Unterstellungen, der reziproke Vorwurf, an festgefügten Denkschemen festzuhalten, der Austausch von Schlagworten und der billige Versuch, die Patienten für eine Seite zu vereinnahmen, machten nicht nur eine sachliche Auseinandersetzung unmöglich, sondern erlaubten auch Außenstehenden kaum noch, Verständnis für die eine oder andere Seite aufzubringen. Eine eigene Meinungsbildung fiel umso schwerer, als auch die etablierte Presse während Wochen ihrer Aufgabe, einem breiten Publikum zu erklären, worum es bei diesem Konflikt geht, nicht nachkam. "forum" startete daher den Versuch, Staatssekretärin Mady Delvaux-Stehres und zwei Ärzte, einen Allgemeinpraktiker und einen Radiologen, miteinander ins Gespräch zu bringen.

Inzwischen hat sich allerdings einiges getan. In der Tagespresse erschienen Artikel, die die Grundzüge des Gesetzesprojektes sowie die Hauptkritiken der Ärzteschaft darstellten. Und die Konfliktpartner reden auch wieder miteinander. Angesichts der langen Produktionszeiten von "forum" schnitten wir daher Fragen an, die nicht schon in drei Wochen überholt sein werden. Es ging uns eher um Hintergrundinformation, langfristige Entwicklungstendenzen, Alternativen. Das Gespräch, das am 30. April 1991 stattfand, dauerte zwei Stunden. Wir veröffentlichen hier einige wichtige Passagen zu kruzialen Punkten der aktuellen Diskussion. Falls die aktuelle Notwendigkeit dazu noch besteht, wollen wir in der nächsten Nummer auf andere Aspekte einer in der Tat äußerst komplexen Materie zurückkommen.

Das Finanzproblem

forum: *Zunächst zur Hauptstoßrichtung des Reformprojekts: Frau Staatssekretärin, welche Mittel sieht das Gesetzesprojekt vor, um das Finanzproblem der Krankenkassen zu lösen?*

Staatssekretärin Mady Delvaux-Stehres: Das Problem ist eigentlich komplexer als die Aussage

vom Defizit der Krankenkassen. Wir haben die Zahlen von 1990 noch nicht, d.h. wir arbeiten im Augenblick auf der Basis von Previsionen. 1989 hatten wir ein Defizit von 300-400 Mio. Franken. Dieses Defizit wird voraussichtlich immer größer. Das einfachste Mittel, um ein Defizit zu decken, besteht darin, mehr Einnahmen zu tätigen und augenblicklich sieht das Gesetz auch vor, daß die Beiträge, falls sie die Einnahmen nicht mehr decken, erhöht werden müssen. Das ist in den letzten Jahren nicht gemacht worden. Die Regierung müßte die Beiträge über ein Règlement grand-ducal neu festlegen und erhöhen.

Das zweite Problem ist, daß der Staat über die berühmten Artikel 67 und 68 des "Code des Assurances sociales" (CAS) die Krankenkassen mitfinanziert. Art. 67 besagt, daß der Staat für die schweren Risiken aufkommen muß (Dialyse, Sport- und Verkehrsunfälle ohne Verantwortung einer Drittperson, usw.). Über diese Behandlungskosten stellen die Krankenkassen eine Rechnung auf, die der Staat bezahlen muß. Art 68 besagt, daß alle Kosten, die die Rentner verursachen, die über ihre Beitragszahlung hinausgehen, vom Staat übernommen werden. D.h. die Beiträge der Krankenkassen sind eigentlich berechnet auf die Aktiven. Die Beiträge der Aktiven müssen die Kosten der Aktiven decken. Die Rentner haben einen höheren Verbrauch an medizinischen Gütern und verursachen dementsprechend mehr Kosten. Dabei sind die Renten in der Regel niedriger als die Gehälter. Diese Differenz zwischen Beiträgen und Kosten muß der Staat decken.

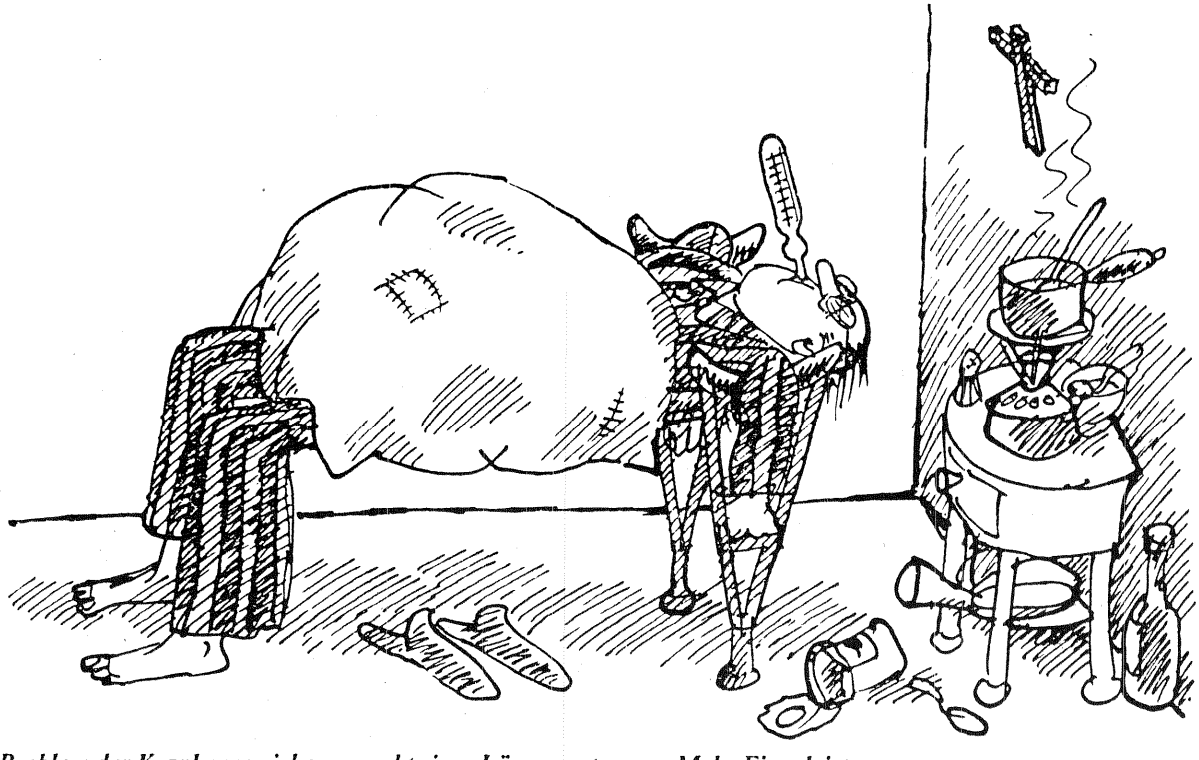
Der Anteil des Staates aufgrund des Art. 68 wird mit jedem Jahr größer. Deshalb ist hier ein Ansatzpunkt der Reform, der besagt, daß der Anteil des Staates pauschal im Verhältnis zu den Beiträgen festgelegt wird. 1989 betrug der Anteil des Staates, aufgrund des Art. 67 und 68 sowie aufgrund seiner Beteiligung an den Verwaltungskosten, 38,5% der Ausgaben der Krankenversicherung. Das Reformprojekt sieht vor, daß der Staat 40% der Einnahmen bezahlt und daß die Haushalte der Krankenkassen im Gleichgewicht sein müssen, damit der Anteil des Staates an den Krankenkassen, den er über Art. 68 schuldet, nicht unbegrenzt steigt. Das ist die finanzielle Reform. Es ist eine ganz neue Art der Finanzierung der Krankenkassen. Die Beteiligung des Staates und die Beiträge sind jetzt gekoppelt: Die Beteiligung des Staates beträgt 40% der Beitragssumme; wenn also die Beiträge steigen, steigt automatisch die staatliche Beteiligung.

forum: *Einer der Streitpunkte ist nun: Weshalb will der Staat seine finanzielle Mitwirkung auf 40% beschränken?*

Staatssekretärin: Es gibt zwei Möglichkeiten: Entweder wir lassen das Finanzloch weiter wachsen, dann muß der Staat eines Tages mehr als 50 % decken und dann haben wir das Krankenkassenwesen verstaatlicht. Das läuft auf eine Fiskalisierung hinaus, die die Verwaltung der Kassen durch Patronat und Gewerkschaften hinfällig macht.

Es gibt kein Land in Europa in dem der Staat 40% der Krankenkassen trägt. Die Frage ist also, ob man das Krankenversicherungswesen fiskalisieren (über Steuereinnahmen finanzieren) will, oder ob man es bei der Beitragszahlung beläßt. Wir haben dafür optiert, nicht zu fiskalisieren, erstens weil das, wie schon erwähnt, auf eine Verstaatlichung hinausläuft, zweitens weil dann die Budgetlogik zum Tragen kommt, d.h. so lange wie der Staat reich ist, stellt sich kein Problem, aber in Krisenzeiten, wenn drastische Sparmaßnahmen ergriffen werden müssen, reduzieren sich die Mittel für das Krankenkassenwesen. Es gibt Theorien, die nachweisen, daß die Gehältermasse regelmäßiger in ihren Bewegungen ist als ein Staatsbudget, das größere Schwankungen kennt.

Radiologe: Das ist auch das Problem bei der dualistischen Finanzierung der Krankenhäuser. Wenn der Staat, wie das in unserem Subsidiengesetz vorgese-



Hans Sigg
in: Weltwoche

Das Problem der Krankenversicherung geht einer Lösung entgegen: Mehr Eigenleistung

hen ist, automatisch einen Teil der Finanzierung für Investitionen bzw. Konstruktionen der Krankenhäuser übernimmt, ist die Gefahr groß, daß in schlechten Zeiten keine Investitionsmittel vorhanden sind.

Staatssekretärin: Ja, das Beitragssystem ist sicherer. Natürlich ist es ungerechter...

Radiologe: ... da liegt natürlich ein Streitpunkt: Die Ärzte sagen: Durch die Begrenzung seiner Beteiligung entzieht sich der Staat dem schweren Risiko und seinen Verpflichtungen den alten Menschen gegenüber, denn angesichts der zunehmenden Überalterung unserer Bevölkerung, werden die Ausgaben nach Art. 68 steigen.

Staatssekretärin: Ja, das ist eine der Hauptkritiken, nicht nur der Ärtzeschaft, hier herrscht Einstimmigkeit zwischen Patronat, Gewerkschaften und Ärtzen gegen die geplante Reform.

forum: *Und was spricht gegen eine Erhöhung der Beiträge?*

Staatssekretärin: Nichts. Sie werden erhöht.

Radiologe: ... nachdem sie acht Jahre lang nicht erhöht worden sind.

Allgemeinpraktiker: Das war eine politische Entscheidung, die sowohl das Patronat als auch die Gewerkschaften zufrieden stellte, denn es erhöhte die Konkurrenzfähigkeit unserer Wirtschaft gegenüber derjenigen der Nachbarländer.

Staatssekretärin: Hier muß man klarstellen, daß die Beiträge nicht erhöht wurden, weil wir eine günstige wirtschaftliche Situation hatten. Es sind viele Arbeitsplätze geschaffen worden, die vielen Grenzgänger, die hier arbeiten und Beiträge bezahlen, belasten die Krankenkassen nicht in demselben Maße, denn es handelt sich um eine Population im besten Alter. Die Gehältermasse ist in den ganzen Jahren gestiegen, so daß, auch wenn die Beiträge nicht erhöht worden sind, doch die Einnahmen der Krankenkassen gestiegen sind. Das erklärt, weshalb es überhaupt möglich war, so lange zu wirtschaften ohne die Beiträge anzuheben. Jacques Santer, der 1982 Minister für Soziale Sicherheit war, sagte, daß die damals getroffenen Maßnahmen als Übergangslösung gelten sollten, denen eine Strukturreform hätte folgen müssen. Diese ist aber leider nie in Angriff genommen worden.

Heute ist das Patronat mit einer Beitragserhöhung nur einverstanden, wenn sie verbunden ist mit einer strukturellen Reform der Krankenkassen.

Radiologe: Ich möchte zurückkommen auf die Jahre 87 und 88. Damals ging es der ARBED schlecht. Die Krankenkasse der ARBED hatte ein Defizit von 500 Mio. aufzuweisen. Viele Leute sind damals in den Vorruhestand geschickt worden, die zuvor schon Invalidenrente bezogen haben. Diese Ausgaben fließen heute in die Risikogemeinschaft mit ein und das ist eine der Ursachen, warum die Krankenkassen heute so schlecht da stehen.

Staatssekretärin: Das ist nicht ganz richtig, denn die Geldleistungen (Krankengeld, Invalidenrente) sind nicht Teil der Risikogemeischaft. Das Defizit der Kassen, von dem wir hier sprechen, bezieht sich allein auf Aufwendungen für medizinische Leistungen und hat nichts mit den Krankengeldern zu tun. Denn das Krankengeld ist je nach Berufsgruppe anders organisiert. Staats- und Privatbeamten haben eine Lohnfortzahlung. Das gibt es bei den Arbeitern nicht, die erhalten ein Krankengeld und deshalb zahlen die auch einen besonderen Beitrag nur für dieses Krankengeld. Und diese Buchhaltung läuft auch gesondert. Der Krankengeldbeitrag ist auch vor drei Jahren erhöht worden und ist ungefähr im Gleichgewicht zu den Ausgaben. Hier herrscht oft Unkenntnis und das führt dann zu solchen falschen Behauptungen, daß die Krankgeschriebenen die Krankenkassen belasten. Das stimmt nicht.

Die Zahl der Ärzte

forum: *Vorhin wurde als Argument gegen eine Steigerung des staatlichen Finanzbeitrags eingewendet, das laufe auf eine schleichende Verstaatlichung des Krankenwesens hinaus. Nun werfen aber die Ärzte ihrerseits dem Gesetzesprojekt vor, es betreibe eine verkappte Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Wie ist das zu verstehen?*

Staatssekretärin: Diesen Widerspruch verstehe ich auch nicht.

Allgemeinpraktiker: Was verstehen Sie unter "médecine liberale"?

Staatssekretärin: Eine "médecine liberale", wie wir sie in Luxemburg haben, beruht auf den Prinzipien, daß ein Arzt sich niederlassen kann, wo er will, daß die Patienten sich frei ihren Arzt aussuchen können, daß der Arzt à l'acte oder pauschal für seine Intervention bezahlt wird, und daß er die freie Wahl der Therapie ("liberté thérapeutique") hat; letztes gilt allerdings auch für den angestellten Arzt.

Allgemeinpraktiker: Andererseits haben wir hier in Luxemburg den "conventionnement général et obligatoire", d.h. jeder Arzt, der seinem Beruf hier nachgeht, muß notwendigerweise mit der Krankenkasse konventioniert sein und er muß sich an die vorgeschriebenen Tarife halten. Wenn ich nun eine Medezin betreiben will, die nicht im Schnellverfahren Patienten behandelt, sondern sich beispielsweise Zeit läßt, auf den einzelnen Patienten einzugehen, oder wenn ich aus sozialen Gründen für einen bestimmten Eingriff, der nur 5 Minuten dauert, das dafür vorgesehene Honorar nicht frage, stoße ich an die Grenzen der Liberalität dieser Medizin.

Staatssekretärin: Das ist eine grundsätzliche Infragestellung der "médecine libérale", wie wir sie hier kennen. Es hat aber nichts mit dem gegenwärtigen Reformprojekt zu tun.

Allgemeinpraktiker: Bei den Begriffen "médecine libérale" denkt man natürlich auch an die Mechanismen von Nachfrage und Angebot. Die sind aber hierzulande total verfälscht. Erstens ist eine Krankenkasse da, die die Kosten zurückerstattet, d.h. die Nachfrage ist sichergestellt. Insofern unterscheiden die Ärzte sich von anderen Freiberuflern, etwa den Anwälten.

Wenn ich eine Medezin betreiben will, die nicht im Schnellverfahren Patienten behandelt, stoße ich an die Grenzen der Liberalität dieser Medizin.

Die Regierung fördert die Nachfrage. Die Schuld für das Finanzloch wird aber einseitig bei den Anbietern gesucht. Die Philosophie des Reformprojektes lautet: die Gesamtsumme der Akte muß die gleiche bleiben ...

Staatssekretärin: Stein des Anstoßes ist der Art. 71 des Gesetzesprojekts, der sehr kurzgefaßt ist und den wir wahrscheinlich klarer ausformulieren müssen. Gegenstand der Verhandlungen bei der Aufstellung des nächsten Budgets der Krankenkasse ist die Zahl der Akte. Daraus wird geschlossen, daß diese Zahl heruntergesetzt werden muß. Wir haben vier Parameter, um die Honorarmasse zu erhöhen und dividieren durch die Zahl der Akte. Die Zahl der Akte basiert auf einer Schätzung. Wenn die Zahl der Akte sich parallel zu den vier Parametern erhöht, entwickeln die Gesundheitstarife sich parallel zur allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung. Wenn aber die Anzahl der Akte schneller steigt, was sich erst nach 2-3 Jahren herausstellt, muß die Zahl der Akte höher veranschlagt werden. Die Diskussion geht um die Schätzung dieser Anzahl der Akte.

Radiologe: Das Problem ist, daß es Sektoren (z.B. die Krankenhäuser) gibt mit fixem Budget und andere (z.B. "moyens curatifs") mit offenem Budget.

Staatssekretärin: Ja, aber auch die müssen auf Schätzungen beruhen. Zurück zu dem Vorwurf wir hätten nur die Ärzte im Visier. Es gibt eigentlich drei große Kategorien. Erstens, die **Krankenhäuser**: die Krankenkassen müssen alles bezahlen, was erlaubt ist. Über die Genehmigungen des Gesundheitsministeriums gibt es eine Begrenzung für die zur Verfügung gestellten Mittel. Es wird ein Haushalt pro Krankenhaus aufgestellt, es werden Normen für den Material- und Personalbedarf des einzelnen Krankenhauses aufgestellt. Wenn in diesem Rahmen einem Krankenhaus Herzchirurgie zuerkannt wurde, muß die Krankenkasse diesbezügliche Interventionen bezahlen. Dadurch gibt es bei den Krankenhäusern eine Beschränkung des Angebots.

Wenn wir das Problem der "démographie médicale" im Griff hätten, wäre alles einfacher.

Zweitens, die **Ärzte**. Das große Problem bei den Ärzten ist, daß es keinen "numerus clausus" gibt.

Drittens, für die **therapeutischen Mittel** (Medikamente, Heilgymnastik usw.) gibt es die Begrenzung in der Form der Verschreibung durch den Arzt. Nur die Kosten werden rückerstattet, die für Medikamente aufgewendet wurden, die durch einen Arzt verschrieben worden sind. Hier können wir nicht durch "numerus clausus" in die "liberté thérapeutique" eingreifen. Daß sich die Zahl der Krankenhausbetten berechnen und festsetzen läßt, leuchtet ein, aber daß die Zahl der heilgymnastischen Dienstleistungen festgelegt wird, da bin ich dagegen.

Radiologe: Wir haben ein Problem mit der "démographie médicale", und dieses Problem wird im Gesetzesprojekt nicht gelöst.

Staatssekretärin: Das ist in der Tat eines der zentralen Probleme. Aber wenn wir die Zahl der Ärzte als Parameter im Art. 71 eingeführt hätten, würde das bedeuten, die Honorarmasse beliebig vergrößern, je nach Zuwachs der Ärzteschaft. Das ist aber wirklich schlecht vorstellbar.

Radiologe: Da muß ich Ihnen recht geben, die Demographie als Parameter und die Freiheit, sich in unserem Land als Arzt niederzulassen, hätte eine ungeheure Sogwirkung zur Folge. Aber ich möchte zu bedenken geben: wir stehen nicht allein da mit unserem Problem, unsere Nachbarländer haben die gleichen Sorgen. Nur haben wir, verglichen mit unseren drei Nachbarn, das denkbar schlechste System, mit den meisten Zwängen, aber ohne Sicherheitsventil. Die Belgier kennen die Möglichkeit des "déconventionnement": wenn der Patient drei- bis viermal den Mindestlohn verdient, dürfen andere Tarife erhoben werden. Die Franzosen haben den "secteur 2", in dem 25% der Aktiven sich befinden. Deutschland hat das Kassenarztsystem mit beschränkter Zulassung. Wir hier haben den "conventionnement général, obligatoire et stricte", ohne jede Zulassungsbeschränkung. Zur Zeit scheiden pro Jahr 10 Ärzte aus und es kommen 40 neue hinzu.

forum: *Wäre die Lösung ein "numerus clausus"?*

Radiologe: Nein, das will ich nicht sagen. Das ist **eine** mögliche Lösung...

forum: *Welche Lösung wird denn in der Ärzteschaft erwogen oder diskutiert?*

Radiologe: Keiner weiß, wie das demographische Problem eingebaut werden kann.

Staatssekretärin: Wenn wir das Problem der "démographie médicale" im Griff hätten, wäre alles einfacher.

Allgemeinpraktiker: In den Nachbarländern sind Bremsen eingebaut. Z.B. muß man in Deutschland eine bestimmte Zeit lang installiert sein, um als Kassenarzt zugelassen zu werden. Hier ist alles offen, jeder kann sich installieren ...

Staatssekretärin: Die Niederlassung ist nicht das Problem, die Konventionierung ist das Problem.

forum: *Und wenn man auch nicht konventionierte Ärzte zulassen würde?*

Allgemeinpraktiker: Bei den Kollegen, den Allgemeinpraktikern, herrscht eine allgemeine Verdrossenheit. Wir möchten ein ordentliches Einkommen. 90% der Generalisten möchten verstaatlicht werden, ein Gehalt wie die Sekundarlehrer erhalten und dann ginge es ihnen besser als jetzt. Als Allgemeinmediziner muß man sich viel Zeit nehmen, um eine Diagnose zu erstellen, man muß mit den Leuten sprechen und dabei häufig Sprachbarrieren überwinden. Die Patienten müssen gründlich untersucht werden. Dann sind etwa 80% des Problems des Patienten eingekreist. Dafür braucht man ohne weiteres 40 Minuten und das kostet dann 585 F, brutto! Wer, mit einer vergleichbaren Ausbildung, arbeitet für ein solches Bruttoeinkommen? Die logische Folge wäre nun: die Patienten müssen schneller durch die Praxis geschleust werden. Also nicht mehr ausführliche Untersuchung und Gespräch, sondern Verschreiben von Analysen, Röntgen usw. um am Ende vielleicht herauszufinden, daß nichts vorlag.

forum: *Und die Krankenkasse muß mehr bezahlen.*

Radiologe: Bei den Allgemeinpraktikern verdienen ca. 20% der Ärzte eine Million oder weniger brutto. Wenn man da alle Unkosten und Unannehmlichkeiten, die speziell für diese Berufsgruppe sind, abzieht, dann verdient er weniger als ein Briefträger.

forum: *Bei der Kontroverse um die Reform geht es im Kern doch um finanzielle Probleme und nicht so sehr um hehre Prinzipien, wie die Stellungnahmen und Leserbriefe der Ärzte es im Anfang ihrer Aktion darstellten.*

Allgemeinpraktiker: Warum springen Sie nicht auf unseren Vorschlag, die Generalisten zu verbeamten?

Staatssekretärin: Weil damit das Problem nicht gelöst wird ...

Radiologe: Das wird noch mehr kosten!

Staatssekretärin: Nein, das will ich nicht sagen. Doch dann ist der "numerus clausus" perfekt, und daneben haben wir trotzdem frei niedergelassenen Ärzte. Außerdem kann ich mir die Ärzte nicht als Staatsbeamten vorstellen, sondern höchstens als Privatbeamten der Krankenkassen.

Allgemeinpraktiker: Hauptsache wir erhalten ein festes Gehalt. Außerdem wären auf diesem Weg Mißbräuche leichter zu ahnden ...

Staatssekretärin: Ich bin mir nicht sicher, daß die gesamte AMMD Ihre Meinung teilt. Ich bin in der Tat der Meinung, daß sich bei den Allgemeinpraktikern gesonderte Probleme stellen, von denen die Spezialisten nicht betroffen sind. Bei den Generalisten machen allgemeine Untersuchungen und Krankenbesuche 92% ihres Einkommens aus, weil sie keine "actes tarifés" verabreichen. Dieses Problem muß in unserem Projekt noch gesondert behandelt werden und einer anderen Lösung zugeführt werden. Bei den Verhandelungen muß ich aber aufpassen, mich nicht dem Vorwurf auszusetzen, die Ärzteschaft spalten zu wollen.

Eine Lösung besteht sicher darin, daß die Krankenkassen nur mehr eine beschränkte Zahl von Ärzten zulassen. Alle anderen sind dann nicht mehr konventioniert. Man muß aber keineswegs an einen Beamtenstatus für die Ärzte denken, um die Zahl in den Griff zu bekommen. Ein "déconventionnement" impliziert meines Erachtens aber auch, daß die Krankenversicherung nicht mehr obligatorisch ist. Welche Patienten gehen sonst zu einem nicht-konventionierten Arzt?

Radiologe: In Belgien können die nicht-konventionierten Ärzte ein beliebiges Honorar verlangen, während den Patienten die Arztkosten nach dem Krankenkassentarif zurückbezahlt werden.

Allgemeinpraktiker: An ein "déconventionnement" denkt ja aber niemand im ernst ...

Staatssekretärin: Der Gesundheitsminister hat kürzlich der AMMD die Frage gestellt. Doch das Problem ist nicht mit einem Schlagwort zu lösen. Ein solches System impliziert eine völlige Umstrukturierung unseres Krankenkassenwesens; sowas kann man nicht Hals über Kopf einführen. Doch ich bin überzeugt, daß wir in den kommenden Jahren darüber nachdenken müssen.

Frapar
in: témoignage chrétien

Radiologe: Dann werden nach deutschem Muster auch private Zusatzversicherungen entstehen müssen. Ich glaube es wird auch regionale Unterschiede geben: In der Hauptstadt kann ich mir sehr gut eine zum Teil nicht-konventionierte Medizin vorstellen, der es trotzdem finanziell sehr gut geht. Das muß in Ettelbrück oder auf dem Lande nicht der Fall sein.

Staatssekretärin: Auch die Risikogemeinschaft der Krankenversicherungen würde z.B. dadurch in Frage gestellt. Zuvor ist ohne Zweifel eine Grundsatzdiskussion notwendig. Akut ist heute eine Reform der Krankenkassenfinanzierung und ihrer Verwaltung. Dazu gibt es doch auch positive Ansätze im vorliegenden Projekt, auch wenn keineswegs alle Probleme der Krankenkassen damit gelöst sein werden.

Beide Ärzte: Ohne Zweifel. Aber wir haben den Eindruck, daß im jetzigen Projekt nur einseitig die Ärzte an die Leine genommen werden sollen. Schärfere Kontrollen sind durchaus zu begrüßen, aber auch die Patienten, die Spitäler müssen ihren ihren Beitrag leisten.

Staatssekretärin: In der Tat sind im Projekt nur Sanktionen für die Ärzte vorgesehen, weil diese Regeln für alle Krankenkassen gelten müssen. Für die Patienten sollen aber auch Strafen vorgesehen werden bei Mißbräuchen, doch diese Maßnahmen sollen die einzelnen Krankenkassen autonom regeln in ihren Statuten. Und diese Statuten können erst nach Inkrafttreten des Gesetzes ausgearbeitet werden.

Unser Kommentar:

Uns drängte sich aus dem Gespräch zumindest eine Schlußfolgerung auf: Von einer schleichenden Ver-

staatlichung der Medizin, die den beiden sozialistischen Regierungsmitgliedern von gewissen Ärzten, aber auch im sog. katholischen Milieu unterstellt wird, kann im Projekt keine Rede sein. Daß es zumindest bei den Allgemeinpraktikern auch Kleinverdiener gibt, wurde von der Staatssekretärin anerkannt. Warum wollte die AMMD berechtigte finanzielle Forderungen hinter einer Prinzipiendiskussion verstecken?

In den obigen Ausschnitten nicht behandelt wird die Verwaltungsreform der Krankenkassen, die insbesondere der Staatsbeamtengewerkschaft auf dem Magen liegt. Darauf u.a.m. können wir in der nächsten "forum"-Nummer zurückkommen.

Keine Zeit blieb uns, die u.E. mindestens so wichtigen Themen der nicht-medizinischen bzw. alternativ-medizinischen Therapien (vgl. "forum" Nr. 95/1987) und der Präventivmedizin anzusprechen: Könnte eine verstärkte Förderung der sog. "médecines douces" nicht auch zur Kosteneindämmung im Gesundheitswesen beitragen? Warum aber weigern sich die Krankenkassen, viele dieser Methoden anzuerkennen und die Kosten zurückzuerstatten? Und sollen Staat und Krankenkassen nicht mehr Geld in die Vermeidung von Krankheitsursachen investieren, um so nicht nur zur Sanierung der Kranhenkassen, sondern direkt zur Gesundheit der Bürger beizutragen. Ist es nicht paradox, wenn die Qualität der medizinischen Versorgung daran gemessen wird, wieviele Ärzte es pro Einwohner gibt, wieviele Akte sie setzen können, statt darauf hinzuarbeiten, daß sie tendenziell überflüssig werden?

d.s./m.p.