

Autoren: Dr. Christoph Larisch & Dr. Ludger Wollring

Recht auf Gesundheit – Recht auf individuelle Gesundheitsversorgung (IGeL)

Vortrag gehalten von Dr. Larisch

in der Augenklinik der Universität Essen – Samstag, 24.3.2007 12:45 Uhr

Sehr verehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

heute vor einem Jahr haben Herr Wollring und ich die (Berlin-)Essener-Resolution vor dem Brandenburger Tor verlesen. Es war der Abschluss der mit ca. 35.000 Teilnehmern größten Demonstration der deutschen Ärzteschaft. Da Herr Wollring uns heute in der VV der KVNo vertritt, hat er mich gebeten hier an seiner Stelle für den BVA unsere gemeinsame Position zur aktuellen Berufspolitik zu erläutern.

Die aktuelle Gesundheitsreform ist das Ergebnis eines politischen Entscheidungsprozesses, den auch wir Ärzte zu respektieren haben. Der Ärztekammerpräsident Prof. Hoppe, der die Gesundheitsreform als Einführung der Staatsmedizin bewertet, hat wiederholt in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass es jedem Arzt freistehe, die Fortführung seiner Tätigkeit als Vertragsarzt zu überdenken. Diese Empfehlung wird gerade bei den Korbbildungen reflektiert. Allerdings betrifft die Reform nicht nur den Bereich der Vertragsärztlichen Versorgung sondern alle Bereiche, in denen wir Ärzte tätig sind.

Für die Ärzteschaft entsteht daraus die Notwendigkeit konsequenter als bisher darüber zu reflektieren, welche Auswirkungen ihr Handeln bezüglich der Qualität und der Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung einerseits und der Sicherung der Freiberuflichkeit und des Arzt-Patienten-Verhältnisses andererseits hat.

Zum Verständnis unserer medizinischen Versorgungssysteme – national wie auch international – ist es wichtig zu wissen, welche Wertigkeit dem „Recht auf Gesundheit“ oder der „Gesundheitsversorgung“ denn von der Gemeinschaft beigemessen wird. Wir haben gelernt, dass eine solche Frage nicht durch den allgemeinen Eindruck oder Umfragen beantwortet werden sollte, sondern gefragt werden muss:

Gibt es in Deutschland ein auf unserem Grundgesetz basierendes „Recht auf Gesundheitsschutz oder Gesundheitsversorgung“?

Die Antwort ist: **Nein** – zumindest ist dies nicht so benannt.

Artikel 2 Absatz 2 Satz 2 des GG beinhaltet: „**Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.**“

Warum enthält das Grundgesetz keinen Grundrechtsanspruch auf Gesundheitsversorgung? Und wie ist das in anderen Ländern geregelt? Wie wird dies für Europa geregelt werden? Welche Änderungen sind für Deutschland zu erwarten?

1. Warum gibt es kein im Grundgesetz garantiertes „Recht auf Gesundheitsversorgung“?

Bei der Gestaltung des GG 1949 hat der Parlamentarische Rat - trotz der gerade erst 1948 beschlossenen UN-Menschenrechtsdeklaration! – die individuellen Freiheitsrechte (Religions- und Gewissensfreiheit, die Meinungsfreiheit, die Wissenschaftsfreiheit) für wesentlich wichtiger als individuelle Anspruchsrechte und soziale Grundrechte erachtet. Deshalb wurden diese Freiheitsrechte in das GG aufgenommen.

Die Anspruchsrechte aber wurden - u.a. vor dem Hintergrund der schon damals bekannten Versorgungsstruktur des „verbeamteten“ bzw. „verstaatlichten“ englischen Systems - bewusst nicht in das GG aufgenommen. Es wurde schon damals klar, dass ein „Recht auf Gesundheit“ letztlich eine staatliche Organisation der Gesundheitsversorgung unvermeidbar machen würde und dass eine solche Gesundheitsversorgung Gefahr laufe, sich auf einem unakzeptabel niedrigen Qualitätsniveau einzupendeln.

Ich finde, die Väter des GG haben sehr klug und vorausschauend entschieden.

Es war übrigens nicht so, dass die Kirchen dieser Entscheidung entgegengestanden hätten oder heute stehen. Nach ihrer Ansicht kann es „ein Recht auf Heilung, gar Gesundheit nicht geben“. (widerspricht der „conditio humana“) Standpunkt der Kirchen ist, dass sie eine „Ethik der Würde“ vertreten, im Konfliktfall auch gegen eine „Ethik des Heilens“.

2. Wie ist diese Frage in den anderen Ländern geregelt?

In Europa hat es den Anschein, dass die besten Gesundheitssysteme in den Ländern existieren, in denen der individuelle Gesundheitsschutz keinen auf der Verfassung beruhenden Rechtsanspruch begründet: Dänemark (1953),

Schweden (1975/1980; obwohl „Wohlfahrts-Staat“), Österreich (Land mit der wahrscheinlich größten sozialen Sicherheit in der EU) und - mit Einschränkung – Frankreich (1946/1958; Kostenerstattung).

In den Niederlanden gibt es zwar den Anspruch auf „Förderung der Volksgesundheit“ aber kein individuelles subjektives Anspruchs-Recht.

England, das keine eigentliche Verfassung hat, gewährt in der Rechtssprechung wenig soziale Grundrechte, hat aber ein staatlich organisiertes Gesundheitssystem.

Institutionelle Garantien bzw. Programmsätze zur Gesundheitsversorgung – aber nicht einklagbare subjektive Ansprüche des Einzelnen – werden in den Verfassungen folgender Länder gegeben: Finnland (1919/1995), Griechenland (1975/1986), Spanien (1978), Irland (1922), Luxemburg (1868/1998).

Der Schutz der Gesundheit als subjektives Recht ist (nur) in den Verfassungen folgender Länder verankert: Portugal (1976/1997; Art. 64; aber keine Verfassungsbeschwerde möglich.), Belgien (1994; Kostenerstattung), Italien (1947/1993)(. „Durch Anspruchsrechte .. Staat am Rand des finanziellen Ruins“)

Übrigens enthält die amerikanische Verfassung, die Unabhängigkeitserklärung, **keinerlei Anspruchs-Rechte**, sondern ausschließlich Freiheitsrechte zum Handeln. Es sind dies die Rechte auf Leben, Freiheit, Eigentum und das Streben nach Glück. Das ist alles.

Es hat folgenden Anschein: **Je deutlicher Ansprüche auf Gesundheitsversorgung in Grundgesetzen benannt werden, je schlechter sind die tatsächlichen Leistungen dieser Systeme.** Ökonomen, Soziologen, Psychologen – jeder mit nur etwas politischer Erfahrung wird leicht zu der Meinung kommen: dieser Effekt ist logisch, zu erwarten, ja unvermeidbar.

3. Wie wird diese Frage für Europa geregelt werden? Welche Änderungen sind für Deutschland zu erwarten?

Übernommen aus der EU-Grundrechtscharta von 2000 steht in der EU-Verfassung, die von den Regierungen am 18.6.2004 akzeptiert und Ende 2004 förmlich beschlossen wurde: Artikel II – 35: **„Bei der Festlegung und Durchführung der Politik und Aktionen der Union in allen Bereichen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.“**

Die Konsequenzen sind noch nicht vollumfänglich absehbar. Es ist Aufgabe auch der Ärzteschaft, sich zu Wort zu melden und die

Umsetzung mit zu gestalten - und nicht eine nur abwartende unkritische Haltung einzunehmen.

Wie fassen wir die Situation zusammen?

Entgegen landläufiger Auffassung ist das „Recht auf Gesundheit(sversorgung)“ in Deutschland kein Grundrecht. Wenn es so wäre, **würde dies zu Lasten der Freiheitsrechte** („Mündigkeit“), **der Würde** (Schüler /VP ÄKNo: „Ent-Individualisierung“) **und der Qualität der Gesundheitsversorgung erfolgen.**

Warum führen Anspruchsrechte zum Abbau von Freiheit?

Die Erfüllung sozialer Anspruchsrechte wird der Staat nie ohne gleichzeitige (zumindest partielle) Entmündigung seiner Bürger erfüllen können. Die Geschichte in Ost und West lehrt, dass die Bedienung solcher Ansprüche schnell zu totalitären Systemen führt. Der Verlust der Freiheit und der Würde aber wiegt letztlich schwerer als die Bedienung sozialer Ansprüche. Es war der Wunsch nach Freiheit, der zum Ende der DDR geführt hat, nicht die mangelnden Sozialleistungen oder die geringere Lebenserwartung. Sozialleistungen sind wünschenswert, **WICHTIGER UND NOTWENDIG ABER** sind die Freiheit, die Würde und die Mündigkeit.

Ein Gesundheitssystem, dass den Menschen ihre freien Entscheidungen nimmt, sie per e-Card und Sachleistungssystem entmündigt, ein solches System verursacht mehr menschliche und politische Kolateralschäden als die Ärzteschaft auf Dauer auszugleichen im Stande ist.

Die Ärzteschaft sollte sich hüten, dem Anspruchsdenken nach staatlich organisierter Vollversorgung mit allem Wünschenswerten Vorschub zu leisten. Sie zerstört sonst ihr eigenes freiberufliches und humanes Berufsbild und begibt sich selbst in die Rolle eines technokratischen Zuteilers einer staatlich definierten Listenmedizin mit zweifelhaftem Qualitätsniveau, in der Anspruch und Wirklichkeit immer weiter auseinanderfallen.

Das SGB V benennt in den § 12 und § 72 die Grundsätze der vertragsärztlichen Versorgung mit den Stichworten: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig („WANZ“). Man beachte die Reihenfolge: an erster Stelle steht die Wirtschaftlichkeit. Bei begrenzten Ressourcen ist dies **IMMER** mit einer Rationierung gleichzusetzen. Eine „Maximalmedizin für alle“ ist in keinem Land der Welt bezahlbar. Der

GBA regelt für WANZ die Interpretation (und künftig auch die QS, die Leitlinien, die Fortbildung etc.).

Alles was darüber hinausgeht, und dies ist ein großer Teil einer an unseren Leitlinien orientierten Medizin, **darf nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung** (oder der veranlassten Verordnungen) **sein**. Wir sollten uns an dieses geltende Recht halten!

Es ist begründet durch:

1. SGB V
 2. Berufs-Ordnung der Kammern
 3. Wettbewerbsrecht
 4. Kollegialität
 5. Unterlassung der Vorschubleistung für Staatsmedizin, Qualitätsverlust der Versorgung, Eigenstrangulation unserer Freiberuflichkeit
- Wer den (sinnvollen) IGeL des Kollegen in ein schlechtes Licht setzt,
 - wer die Vollkasko-Mentalität der Ansprüche unterstützt,
 - wer die eigene Leistung fortwährend verschenkt,
 - wer die Leistungen seines Hauses, das ja auch aus Steuergeldern getragen wird, verschenkt (über die andere Kollegen nicht verfügen!)
 - wer der Unterbewertung ärztlicher Leistungen Vorschub leistet,

 - der verstößt gegen das geltende Recht,
 - der banalisiert unsere Tätigkeit,
 - der gefährdet letztlich seine eigene berufliche Freiheit und die Würde der Patienten,
 - der enthält den Patienten ihr Recht auf Mündigkeit vor.

Wie will man den Wert seiner eigenen Arbeit der Allgemeinheit oder gar der die Finanzströme klammer Kassen lenkenden Politik deutlich machen, **wenn man diese Arbeit laufend verschenkt, umsonst erbringt, sich zusätzlich aufbürden lässt** und damit zum Ausdruck bringt, dass die Sparzitrone wohl noch nicht intensiv genug ausgepresst wurde? Wer kann erwarten, für Innovation und verbesserte Versorgung Mittel zu erhalten, wenn es doch offenbar auch „umsonst“ gemacht werden kann?

Wer meint, er müsse aus Mitleid auf die Vergütung verzichten, möge bedenken, dass es für solche Fälle – zur Substitution mangelnder

eigener Vorsorge und mangelnder familiärer Unterstützung – gerade in unserem Land viele staatliche Hilfen und zudem viele private Wohltätigkeitsorganisationen gibt. Herr Wollring ist – wie viele von uns - selbst darin aktiv, hat selbst für das hiesige Kinderhaus vor den Toren der Uni tausende Euro gesammelt – aber meint ebenso: „**Der Bedarf an welfare darf nicht zur Fortsetzung der sozialen Erpressung der Ärzteschaft führen.**“

Ebenso wie Zivildienstleistende nicht dazu da sind, Defizite von Personal-Fehlplanungen zu substituieren. Es sollte langsam begreiflich geworden sein, dass die Lösung sozialer Härtefälle nicht in der Ausbeutung der Leistungen des medizinischen Fachpersonals oder der Zweckentfremdung öffentlicher Gelder gefunden werden kann. Sozial bedingte Finanzierungs-Probleme sind von den dafür Verantwortlichen aufzuarbeiten.

Den Wohltätigkeitsorganisationen ist zu danken. In keinem europäischen Land wird mehr gespendet als in Deutschland.

Das größte Spendenaufkommen aber erbringt die deutsche Vertragsärzteschaft: über ein Viertel ihrer Leistungen bleibt unbezahlt. **8,8 Milliarden Euro per anno.** Seit Jahren! Und ohne Spendenquittung. Ergebnis: kaum Dank, Neiddebatte, Praxispleiten. Wir müssen lernen: Die unentgeltliche Erbringung unserer Leistung wird zwar manchmal im Einzelfall, nicht aber von der Gesellschaft allgemein und insgesamt gedankt: Sie wird selbstverständlich erwartet, politisch erpresst und in die Zukunft fortgeschrieben.

Ohne IGeL ist eine faire und qualifizierte Versorgung der Patienten nicht möglich.

<p>Der Wunsch des Patienten nach einer qualifizierten Gesundheitsleistung sollte uns motivieren, verträglich und verantwortungsbewusst die Grenzen der staatlich vorgegebenen Gesundheitsversorgung zu erläutern und dem Patienten den Zugang zu einer weitergehenden, seriösen und dem „<i>state of the art</i>“ entsprechenden Gesundheitsversorgung zu benennen.</p>

Es sollte allgemein die Erkenntnis greifen, dass eine wirklich qualitätsorientierte Versorgung unserer Patienten auf Basis der Leitlinien unserer Fachgesellschaften – mit Ausnahme vielleicht im Bereich der Forschung und bei Studien – nicht ohne außer-vertragsärztliche Leistungen möglich ist. Dies gilt sowohl für den Bereich der Medikamenten-Verordnungen als auch den der medizinischen

Leistungen. **Dass Häusern der Maximalversorgung hier gewisse Privilegien vorbehalten sind, ist kein Grund die Leistungsangebote zur individuellen Gesundheitsversorgung zu diskreditieren oder gezielt zu unterlaufen, schon gar nicht zum Zwecke des politischen Wohlgefallens.** Es sollte vielmehr offen kommuniziert werden, dass das Offerieren von IGeLn richtig und notwendig für eine qualifizierte Versorgung ist. Ansonsten darf man sich über die Erfolge der politischen Verlautbarungen („Sie bekommen alles, was notwendig ist „auf Kasse“) nicht beschweren. Ebenso wenig darf man sich dann beschweren, fortwährend und zunehmend weiter persönlich mit Mehrarbeit belastet, ausgebeutet und in seinem Handeln fremdgesteuert zu werden.

Es reicht nicht, es nur „gut zu meinen“. Wir müssen offensichtlich mehr als früher die Folgen unseres Wirkens für die Gesellschaft, in der wir leben und arbeiten, mehr reflektieren und die gewonnenen Erkenntnisse konsequent in unser Handeln einfließen lassen. Dies gilt für die Lehre und Forschung ebenso wie für die Praxis und für die Ausbildung unserer Assistentinnen und Assistenten, für deren berufliche Zukunft wir auch mit unserem Einfluss auf die Gesundheitspolitik verantwortlich sind. Wir dürfen dieses Feld nicht den **politischen Verantwortungsamateuren** allein überlassen.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, den Inhalt meiner Ausführungen und die zugehörigen Quellenangaben finden Sie im Internet unter www.essener-resolution.de sowie im BVA-Separée des Landesverbandes Nordrhein unter www.augeninfo.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit, freue mich über Ihre positive Resonanz und stehe Ihnen für Fragen zur Verfügung.

Quellen:

http://www.uni-bonn.de/www/Evangelische_Theologie/Sozialethik/Vortraege/Recht_auf_Gesundheit.html

http://www.europarl.europa.eu/workingpapers/soci/104/teil3_de.htm

Leonard Peikoff, Ph.D. – Übersetzte Auszüge aus einem Vortrag über den Clinton-Gesundheitsplan vom 11.12.1993 – veröffentlicht 15.3.1996 in der Zeitschrift „Der freie Zahnarzt“

Der letztgenannte Artikel finden Sie unter www.essener-resolution.de .