

Kritik der reinen Unvernunft

Gesundheitspolitik heute: Analyse und Ausblick

Paolo Bavaastro

Das Hintergrund-Rauschen: Seit etwa fünf Jahren erleben wir in der Politik Verunsicherung, Vertrauensverlust und Abnahme der individuellen Bereitschaft Initiativen zu ergreifen. Fast täglich lesen oder hören wir jede Menge Reizworte, mit denen sich Widersprüchliches verbindet. Nur einige Beispiele: Rentendiskussion (betrifft eine Gruppe die sich nicht wehren kann), diverse willkürliche Abgabehöhen (Tabaksteuer, Mehrwertsteuer, Vergnügungssteuer, Zinssteuer, Zinsabgeltungssteuer, Erbschaftssteuer, zusätzliche Belastungen für Besserverdienende usw.), Streichung der Entfernungspauschale auf der einen Seite, Steuerentlastungen auf der anderen Seite; steigende Arbeitslosenzahlen, Defizite in den Renten- und Krankenkassen. Dann die zahlreichen Kommissionen: Hartz, Rürup, Herzog, Ethik-Rat ... (man spricht schon von »Kommissionitis«). Kurz: Die Regierung verheddert sich im Kleinen. Die vorerst letzten Blamagen sind Dosenpfand und LKW-Maut. Allen Maßnahmen gemeinsam ist Kurzsichtigkeit, Atemlosigkeit, Konzeptlosigkeit, Überforderung. Hinzu kommen handwerkliche Fehler bei der Gesetzestextschreibung. Die allein geltende Argumentation heißt Sparen; inhaltliche Sachargumente finden erst gar nicht Gehör. Wer mit wiederholten Rücktrittsdrohungen regiert, steht selber vor dem Ende: Die Abgeordneten sind laut Grundgesetz nur ihrem Gewissen verpflichtet, nicht einem Parteivorsitzenden; sie sind kein Stimmvieh! – Für wie dumm und wie lange noch lassen sich die Bürger verkaufen?

Was ist in der Gesundheitspolitik ausgehandelt worden?

Unter dem Begriff »Gesundheitsreform« sind so gut wie nur Zuzahlungen vereinbart worden. Generell muss für jede medizinische

Leistung eine Zuzahlung von 10 % geleistet werden, mindestens 5 Euro, höchstens 10 Euro. Die jährliche Eigenbeteiligung darf 2 % des Bruttoeinkommen nicht übersteigen. Wer Vorsorge betreibt, sich bei Disease Management Programmen (DMP) einschreibt oder sich am Hausarztmodell beteiligt, kann einen Bonus bekommen. Diese Schritte erhöhen den bürokratischen Aufwand erheblich und damit auch die Kosten; zudem verpflichtet sich der Patient, sich von der Krankenkasse führen zu lassen.

Beim Arztbesuch werden 10 Euro im Quartal verlangt, bei Arzneien und Verbandsmitteln, bei Hilfsmittel ebenso. Bei Krankenhausbehandlung sind es 10 Euro am Tag, maximal 28 Tage im Jahr. Der Zahnersatz ist aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen herausgenommen worden (obwohl noch vor wenigen Monaten Gesundheitsministerin Ulla Schmidt genau dies ausgeschlossen hatte ...); der Einzelne muss sich separat versichern. Krankengeld wird nicht mehr anteilig vom Arbeitgeber bezahlt. Entbindungs- und Sterbegeld sind ganz gestrichen. Sterilisationen werden nur noch bei »medizinischer Notwendigkeit« (was versteht man darunter?) von der Kasse bezahlt, künstliche Befruchtung nur noch zur Hälfte (sowie nur drei statt vier Versuche). Sehhilfen und Fahrtkosten sind künftig reine Eigenleistungen. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel werden nicht mehr erstattet (näheres weiter unten). Mutterschaftsgeld, Krankengeld, Empfängnisverhütung sowie Schwangerschaftsabbruch werden aus Steuermitteln finanziert; dafür wird die Tabaksteuer erhöht. Die Vertragspositionen der Krankenkassen wurden gestärkt, die Möglichkeiten für die Krankenhäuser auch ambulant tätig zu werden wurden vorsichtig eröffnet. Es wird ein Zentrum für Qualität in der Medizin gegründet, ein

Korruptionsbeauftragter ist im Gespräch. Die einzigen Kriterien für diese »Reform« waren zwei zum Dogma erhobenen Voraussetzungen: Beitragssatzstabilität und Reduzierung der Ausgaben. Darin begründet liegt das vorprogrammierte Scheitern dieser »Reform«: Die Kosten werden nicht gesenkt, ganz im Gegenteil. So sind die Folgen der Fallpauschalen im Krankenhaus nicht berücksichtigt worden, ebenso wenig die Folgen des EuGH Urteils zum Bereitschaftsdienst. Auch die Beitragssätze werden nicht sinken. – Kaum war dieser »faule Kompromiss« erreicht, wurde die Diskussion über die Bürgerversicherung losgetreten, im Wesentlichen um von den Beschlüssen abzulenken.

Greifen wir die Nicht-Erstattungsfähigkeit der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel heraus: Viele Mittel der Naturheilkunde sowie pflanzliche Mittel werden vom Markt verschwinden, einige Firmen werden schließen müssen, die Arbeitslosigkeit wird steigen. Doch selbst unter dem Aspekt der Kostensenkung ist dieser Beschluss kontraproduktiv! Man wird auf verschreibungspflichtige, im Schnitt drei mal so teure Medikamente ausweichen – auf Kassenkosten. Die Nebenwirkungsrate wird steigen, das ganze Manöver zu einer deutlichen Kostensteigerung führen (etwa bis zu 2 Milliarden Euro mehr). Die Ministerin rechnet aber mit Einsparungen von 1 Milliarde! Solche Beispiele gab es bereits in der Vergangenheit. Seehofer hat leider Recht, wenn er sagt, dass die Politik der größte Kostentreiber im Gesundheitswesen ist. Die verschiedenen Zuzahlungen sowie das Qualitätszentrum werden nur den bürokratischen Aufwand steigern. Untersuchungen zeigen (auch im Zusammenhang mit den stationären Fallpauschalen), dass heute schon ein Arzt im Krankenhaus zwei bis drei Stunden pro Tag mit politisch erzeugter Bürokratie beschäftigt ist. Dadurch verschlechtert sich die medizinische Versorgung der Patienten!

Die Erhöhung der Tabaksteuer offenbart exemplarisch die Überforderung der Politik: Die Erhöhung soll Geld in die Staatskasse spülen. Wenn aber die Steuer auf einen Schlag stark erhöhen würde, so würden viele

Menschen das Rauchen aufgeben. Das hieße aber, dass die Einnahmen sinken. Also erhöht man in kleinen Schritten – und rechnet mit der Dummheit der Bürger.

Die Ministerin will Prävention. Also wäre es natürlich wünschenswert, viele Menschen vom Rauchen abzuhalten. Doch diese leben dann länger und kosten daher mehr, so verschiedene Studien. Solange aber der Staat (in einigen Bundesländern) selbst Tabak anpflanzt, damit forscht und ihn verkauft, bleibt nur Kopfschütteln übrig. Der Staat hat zudem in Brüssel Klage gegen Tabakwerbeverbot eingereicht – schizophrener geht es nicht mehr! Nein, diese Reform verdient ihren Namen nicht; am System hat sich nichts geändert. Durch die Budgetierung verursacht die Politik seit Jahren aktiv eine Verschlechterung der Versorgung.

Mythen und Märchen auf dem Prüfstand

Untersuchen wir nun kritisch einige Argumente, die immer wieder vorgebracht werden, auf ihren Wahrheitsgehalt.

1. *Man spricht allgemein vom »Reform-Stau«, es müsse etwas geschehen.* Tatsache ist jedoch: Im Gesundheitswesen hat es in den letzten 25 Jahren nahezu 50 »Reformen« gegeben, also durchschnittlich zwei pro Jahr. Die Verunsicherung ist dadurch enorm, Mobbing an der Tagesordnung, die Arbeitsbedingungen haben sich ständig verschlechtert. Ärzte und Krankenschwestern sind schon heute »Mangelware«. In den Berufsausbildungen ergeben sich Rückgänge von über 10 %. Viele Medizinstudenten brechen das Studium ab, viele bringen die Zeit des Praktikums nicht zu Ende, da in anderen Bereichen bessere Arbeitsbedingungen zu finden sind (Klima, Arbeitszeit sowie Vergütung): Gemessen an den Studienanfängern fehlen am Ende 30 bis 50 %. D.h. ein gravierender Ärztemangel steht uns bevor.

2. *Wir hätten eine Kostenexplosion im Gesundheitswesen; diese müsse gestoppt werden.*

Die Kosten sind nicht explodiert, sie sind lediglich gestiegen wie alle anderen Kosten auch. Seit 25 Jahren liegt der Anteil der Gesamtkosten im Gesundheitswesen bei 10,4

bis 10,6 des Brutto-Inlands-Produktes. Dies sind Statistiken aus dem Gesundheitsministerium, die der Ministerin bekannt sein sollten ... Die Beitragssätze der Gesetzlichen Krankenkasse sind gestiegen – aus mehreren Gründen: Die Politik hat den Kassen viele Leistungen zugesprochen; ein großer Erhöhungsschub ergab sich aus der Wiedervereinigung. Das Ziel einer Stabilität der Beitragssätze ist zudem Unsinn, da sie eine Resultante aus verschiedenen anderen Faktoren sind: Auf der einen Seite stehen die Ausgaben, die im Wesentlichen konstant geblieben sind. Die Einnahmen hingegen sind dramatisch gesunken – systembedingt. Die Beiträge werden nur auf das Arbeitnehmer-Gehalt berechnet, der Anteil des Lohnes am Gesamteinkommen sinkt aber ständig. Hinzu kommt die hohe Arbeitslosigkeit, die (bisher) frühe Verrentung sowie die so genannte Überalterung der Gesellschaft: Immer weniger Menschen müssen für immer mehr Ältere aufkommen – so sagt man. Aber wo sind Konzepte und Ideen bis hin zu Unterstützung oder Entlastungen für Familien mit Kindern? Solange Familie und Kinder in der Gesellschaft nicht wieder ein Wert werden, ist alles hohles Gerede bzw. ein hilfloses Herumdoktern an den Folgen.

Das System der Gesetzlichen Krankenversicherung »züchtet« das Anspruchsdenken aus zwei Gründen: Zum einen zahlt der Patient bei der Kasse ein, die ihm suggeriert, es würde das bezahlt was er benötigt. Sein Gegenüber ist jedoch ein anderer, der Arzt, der von Kassen und Politik eingeschränkt und budgetiert wird. Zum anderen darf der Patient nicht erfahren, was eine ärztliche Leistung, also seine eigenen Ansprüche kosten (es nennt sich Sachleistung). Die Eigenverantwortung des Patienten wird also nicht gefördert. Die Ministerin sagt: Der Patient bekommt das, was er benötigt. Das Gegenteil ist der Fall: Der Patient bekommt nur das, was im Budget drin ist, und dieses bestimmt die Politik.

3. *Die Prävention, die Vorbeugung würde alle Probleme lösen, würde Einsparungen in Milliardenhöhe bringen.* Prävention ist sinnvoll, verbessert die Lebensqualität, fördert die Gesundheit. Geld lässt sich damit aber nicht

sparen; vorliegende Untersuchungen zeigen, dass organisierte Prävention eher zusätzliche Kosten verursacht wird.

4. *Ärzte würden betrügen:* Beispiele wie »Betrug« mit Schrittmachern und Abrechnung von verstorbenen Patienten werden in der Presse benutzt, um Stimmung zu erzeugen. Erstens wird im von der Politik gemachten System prinzipiell zeitlich danach abgerechnet, zum Teil drei Monate später oder mehr. Zweitens wurde bisher kein einziger Arzt wegen dieser Vorwürfe rechtskräftig verurteilt. Unter Ärzten gibt es nicht mehr Betrüger als in anderen Berufsgruppen.

5. *Es würden zu viele Doppeluntersuchungen durchgeführt; hier sei viel einzusparen:* Darüber gibt es keine fundierten Untersuchungen. In einem Gesundheitssystem, das seit einem Jahrzehnt budgetiert ist, sind oft Untersuchungen so schlecht, dass etwas wiederholt werden muss, um eine seriöse Aussage machen zu können. – Auch wird immer wieder der Vorwurf des »Doktor-hopping« gemacht. Wenn wir aber ernsthaft vom mündigen und verantwortlichen Patienten sprechen so muss er sich eine zweite Meinung einholen können. Solche Aspekte sind nicht durch politisch-bürokratische Vorgaben, wie z.B. eine Gebühr, zu lösen.

6. *Die hohen Verwaltungskosten der Krankenkassen:* Sie sind tatsächlich im Verhältnis überdurchschnittlich gestiegen. Aber: Die Politik selber überträgt den Kassen immer mehr Aufgaben. Die Kontrollbürokratie nimmt durch unsinnige Abrechnungssysteme zu, bindet Kräfte, die besser dem Patienten zukämen. Unredlich wird das Ganze dann, wenn die Kassen gegen Kostensteigerungen im ambulanten und stationären Bereich wettern – Steigerungen die deutlich geringer sind als die Verwaltungskosten der Kassen!

7. *Die Patientenquittung: sie soll Transparenz und Einsparungen bringen.* Beides ist absurd. Der Patient soll eine Quittung bekommen. Aber es wird nur bescheinigt was gemacht wurde; Preise können nicht angegeben werden, da der Geld-Wert sich Quartalsweise ändert, der Arzt erst drei bis sechs Monate später die Euro-Summe erfährt. Das System ist so konstruiert, dass ein Arzt weniger verdient, je

mehr er arbeitet; die Gesamtsumme ist budgetiert, die Leistung wird nach Punkten abgerechnet: arbeitet ein Arzt mehr, so sinkt der Punktwert – ist das Wettbewerb à la Ulla Schmidt? Es entsteht lediglich eine Erhöhung der Bürokratie und des Zeitaufwand und somit nur eine sinnlose Kostensteigerung.

8. *Die Chipkarte: Elektronisch sollen alle medizinischen Daten und Befunde des Patienten gespeichert werden, um Doppeluntersuchungen zu vermeiden.* Die Idee wurde geboren als der Lipobay-»Skandal« auftrat. Lipobay war ein wirksamer Senker der Fette im Blut; seine Einnahme kombiniert mit einem anderen Medikament kann zu Muskelerkrankungen führen. Dieser Effekt war in diesem Ausmaß nicht bekannt; bis heute ist nicht sicher geklärt, ob die wenigen Todesfälle darauf zurückzuführen sind. Nach der Einnahme von Aspirin sterben deutlich mehr Menschen pro Jahr! Die Politik vertrat die Meinung, mit einer solchen Chipkarte wäre so etwas nicht geschehen. – Unsinn, noch nicht Bekanntes kann nicht gespeichert werden; was der Patient wirklich nimmt, steht nicht auf der Karte! Es handelt sich allein um Misstrauen dem Bürger gegenüber und um Kontrollbedürfnis! Auch hier ist nicht untersucht, ob sie etwas nutzt. Sicher ist, dass die Chipkarte den bürokratischen Aufwand enorm erhöht, da alle Daten eingegeben werden müssen. Es werden dann Karten-Lesegeräte und natürlich die Karten selbst nötig – diese kosten auch! Ministerin Schmidt begründete ihre Entscheidung damit, dass die Industrie schließlich daran verdienen wolle. Warum aber dürfen es die anderen Akteure (Ärzte, Krankenhäuser, Pharmaindustrie, Apotheken) nicht, Frau Ministerin? Vor kurzem sind Untersuchungen bekannt geworden, dass die Patienten-chipkarte zu Missbrauch in nicht unerheblichem Maße von Seiten der Patienten führt.

9. *Wettbewerb und Marktwirtschaft sollen verstärkt eingeführt werden.* Wenn dem wirklich so sein soll, muss die Politik beginnen alle Fesseln des Staatsdirigismus abzubauen, statt neue einzuführen. Was heißt aber Wettbewerb und Marktwirtschaft im Gesundheitswesen? Um wen wird wett-geworben? Wo

sind Grenzen, wo ist der Sinn? Werden Gesundheit und Krankheit zur käuflichen Ware, oder gar der Patient selbst?

Im jetzigen Gesundheitswesen ist die Figur des Patienten als Kunden schon deshalb nicht zutreffend, da er selber nicht zahlt und zudem nicht erfährt welche Leistung die er in Anspruch nimmt wie viel kostet. Die zum Teil berechtigten Wünsche des Patienten dürfen gar nicht erfüllt werden, da es Gesetze gibt (Sozialgesetzbuch V), die besagen, dass die Versorgung ausreichend sein muss – mehr zahlt die Kasse nicht. In Schulnoten ausgedrückt: eine »4«! Wissen das die Versicherten? Ausreichend heißt »gerade eben durchgekommen«. In einem Arbeitszeugnis dürfen solche Benotungen nicht verwendet werden ...

Aber Patienten dürfen nur »ausreichend« behandelt werden, da mehr nicht bezahlt wird. Gehen wir so mit Kunden um? Ist das Wettbewerb? Die Arzt-Patient-Beziehung wird zur reinen Geschäftsbeziehung degradiert. Hat der Patient kein Geld mehr, so ist er kein Kunde mehr! Die Zwei-Klassen-Medizin wird mit solchen Begrifflichkeiten weiter verschärft, Risikoselektion schleicht sich ein. Eine vernünftige Medizin, die den Patienten und seine Bedürfnisse ernst nimmt ist nur noch auf privater Basis möglich.

10. *Das Monopol der Kasseärztlichen Vereinigung (KV) solle gebrochen werden.* Die Krankenkassen sollen den Sicherstellungsauftrag bekommen und so die Versorgung (ambulant und stationär) in der Fläche sicherstellen sowie Verträge mit einzelnen Ärzten oder Krankenhäusern abschließen. Für den Patienten ginge ein großes Stück Freiheit sowie die Versorgung in der Fläche verloren. Die Qualität der Versorgung würde schlechter, da die Kassen im Wesentlichen nur sparen wollen und nur das eben noch Ausreichende finanzieren dürfen. Die gewählten Politiker geben ihre Verantwortung für die Versorgung der Bürger an die Kassen ab. Die Kassenvertreter sind aber nicht dem Volk verantwortlich. Die Vorhaltung der Gesundheitsstrukturen ist ein meritorisches Gut, also ein Bereich, für den die Politik genuin verantwortlich ist! Dieser Schritt geht in Richtung »Diktatur der Kas-

sen», vor der R. Steiner bereits am Anfang des letzten Jahrhunderts gewarnt hatte.

11. *Risikostrukturausgleich (RSA) und Disease Management Programme (DMP)*. Da die Kassen verschiedene kranke Menschen als Mitglieder haben, versucht man durch unübersichtliche Berechnungssysteme die »Risiken« auszugleichen; der kranke Mensch ist also schon zum Risikofaktor geworden. Wettbewerb alleine würde bedeuten, dass die Kassen um Junge und Gesunde buhlen. Kranke und Teure will niemand haben! DMP's sind eingeführt worden, um RSA zu begründen. Im DMP werden nicht mehr einzelne Individuen behandelt, sondern eine Krankheit »gemanagt« – ethisch eine sehr fragwürdige Wende! Der Patient soll sich in ein Programm bei der Kasse einschreiben, z.B. als Diabetiker: Er wird dann nach bestimmten Kriterien geführt, was er wann zu tun hat. Diese Systeme sollen Geld sparen. In Wahrheit werden es Milliardengräber werden (so eine Studie von McKinsey) und eine Überbordung des bürokratischen Aufwandes hervorbringen, ganz zu schweigen von Datenschutzproblemen. Bei der Aufstellung solcher Behandlungsprogramme hat man entdeckt, dass eine gute Qualität, nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, mehr kostet. Folglich hat man die Qualitätsstandards heruntergesetzt, damit die »ausreichende« Qualität bezahlbar bleibt.

Statt hilflosen Aktionismus: Reformen!

12. *Im Internationalen Vergleich hätte Deutschland zu viele stationäre Betten, also zu viele Krankenhäuser; diese müssten reduziert werden, um damit Geld einzusparen.* Zum einen muss die Frage erlaubt sein, welche Aufgabe Krankenhäuser haben. Erst dann können wir vielleicht sagen, ob wir zu viele haben. Zum anderen ist nicht nachgewiesen, dass eine Reduzierung der Betten zu Ersparnissen führt. Seit Jahren wird es zwar so behauptet. Die Entwicklung der Kosten seit 1991 liefert dafür aber keinen Beweis. Obwohl beispielsweise in den neuen Bundesländern die Zahl der Krankenhäuser um 17 %, die Zahl der Betten um 24 %, und die Verweil-

dauer um 34 % zurückgegangen sind, haben sich die Zahl der Fälle um 29 %, die Kosten pro Fall um 50 % und die Gesamtkosten um 86 % erhöht. Das war auch zu erwarten, denn die Verdichtung der Arbeit verteuert das Ganze, die Verkürzung der Liegezeit muss die Kosten in die Höhe treiben, da die kostenintensiven Tage immer die ersten Tage sind; die letzten sind die billigen, da der Patient »nur« behandelt wird, teure Diagnostik fällt dann nicht mehr an.

13. *Das »Zentrum für Qualität in der Medizin« soll Qualitätsstandards, Leitlinien, Richtlinien erarbeiten, nach denen man sich zu richten hat, wenn eine Leistung bezahlt werden soll.* Qualitätsstandards auf dem Niveau des heutigen medizinischen Wissens bedeuten, dass vieles erheblich teurer wird. An dieser Stelle zwei Beispiele aus der Kardiologie: Nur die Hälfte der Hypertoniker (Menschen mit erhöhtem Blutdruck) und der Menschen mit hohem Cholesterin werden erkannt; davon ist jeweils nur die Hälfte »ausreichend« eingestellt. Wollte man alle erkennen und nach guter Qualität behandeln, so würden die Kosten um das je Vierfache steigen!

14. *Integrierte Versorgung:* Es ist eine gute, selbstverständliche Idee, dass der stationäre und der ambulante Bereich besser zusammenarbeiten sollen. Solange aber getrennte, budgetierte Töpfe existieren (von der Politik so gewollt) wird sich nichts sinnvolles entwickeln können. Der mündige, freie und verantwortungsvolle Patient wird sich dort behandeln lassen wollen, wo er sich geborgen und gut behandelt fühlt – unabhängig davon, ob der Arzt im Krankenhaus oder in freier Praxis arbeitet. Willkürliche bürokratische Hürden sind nur hinderlich.

15. Das Urteil des Europäischen Gerichtshof (Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit) ist im Gesetz nicht berücksichtigt worden, obwohl das Ergebnis abzusehen war. Es werden 10 bis 20 000 Ärzte gebraucht: So viele frei verfügbare Ärzte gibt es nicht, schon gar nicht gut qualifizierte. Teuer wird es aber auf jeden Fall!

16. *Die Selbstbedienungsmentalität einerseits und die Kartelle (gemeint sind Ärzte und Pharmaindustrie – Krankenkassen und Politik sind*

aber auch Kartelle) andererseits seien zu brechen. Die Sprache selbst offenbart das Gedankengut: Der Patient ist zur Kostenstelle, die Mitarbeiter zum Kostenfaktor, der Chefarzt zum Konstrukteur geworden – solche und ähnliche Redewendungen offenbaren eine Ideologisierung, eine Machtergreifung der Ideologie. Die Politik verwendet Ziel-Begriffe, die in der Umsetzung etwas völlig anderes bedeuten: Transparenz und Effizienz bedeuten Bürokratie und Kontrolle Wettbewerb bedeutet Staatsmedizin und Kassendiktatur Eigenverantwortung heißt hier: Geführt-sein durch den kontrollierenden Staat.

Die vorgelegte Reform ändert nichts am nicht mehr zukunftsfähigen System; sie erhöht lediglich die Zwangsabgaben und erhöht die Bürokratie. Die Kassen rechnen vor, dass es keine Beitragssatzsenkungen geben wird, was voraus zu sehen war. Wie reagiert die Politik darauf? Wir hören erstaunt solche Sätze: Wir haben das Gesetz vorgelegt, nun sollen die Kassen unsere Intention umsetzen. Handwerklich schlechte Gesetze lassen sich aber nicht in Erfolg umsetzen! Man muss nicht hellsichtig sein, um voraus zu sagen, dass die Halbwertszeit dieses Gesetzes höchstens ein bis drei Jahre sein wird. – Statt hilflosen Aktionismus und statt Kurzatmigkeit benötigen wir für Reformen im Gesundheitswesen und in der Sozialpolitik Qualitäten wie Überblick, Perspektive, Sachverstand, Kompetenz, Freiheit und vor allem »Enteilung«.

In der nächsten Ausgabe wird Paolo Bavastro notwendige Eckpunkte für eine »echte« Reformierung des Gesundheitswesens aufzeigen, die ihren Ausgangspunkt beim mündigen Patienten nehmen muss. Außerdem wird er noch näher auf die Frage von Marktwirtschaft im Gesundheitswesen und auf das Problem der Fallpauschalen im Krankenhaus eingehen.– Siehe auch den Artikel »Vom Geisteskampf um die Freiheit in Medizin und Wissenschaft. Zur Biografie Gerhard Kienles« von Christof Schnürer in dieser Ausgabe.

Dr. PAOLO BAVASTRO, Internist, Kardiologe und Betriebsmediziner. 30 Jahre Krankenhauserfahrung, seit 10 Jahre Leitender Arzt der Abteilung für Innere Medizin in der Filderklinik. E-Mail: p.bavastro@t-online.de.