

**Bundesverband
zur Wahrung ärztlicher
Grundrechte**

Stellungnahme

**zur Anhörung des Gesundheits-Ausschuss des Deutschen Bundestages
am 16. März 2005**

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0831(27)
vom 14.03.05

15. Wahlperiode**

**Erwägungen zur Altersgrenze
BT-Drs-15/940 -**

1-

Nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes genießt die Arztpraxis des Kassenarztes (Vertragsarztes) enteignungsrechtlich den Schutz wie ein eingerichteter und ausgeübter **Gewerbebetrieb (BGHZ 81, 21/33)**. Dies hat auch dann zu gelten, wenn nicht-administrative Massnahmen, sondern unmittelbare Massnahmen des Gesetzgebers den Eingriff in die Arztpraxis bewirken. Verfassungsrechtlich problematisch ist es, wenn der Gesetzgeber in diesen Fällen keinerlei Enteignungsentschädigung vorsieht und so das Ergebnis der Lebensarbeit in den Aufbau und Unterhalt einer Praxis vernichtet.

Volkswirtschaftlich ist der Verlust des enormen Erfahrungswissens unentschuldbar; denn ohne das Erfahrungswissen wird die Medizin teurer und unpersönlicher. Gerade ein Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist für den Heilerfolg bedeutsam (BVerfGE 32, 373/381).

Deshalb kann die Vorschrift für eine Altersgrenze nach § 97 Abs.7 SGB V (68-Jahresgrenze) in seinem Innersten nur von einem frustrierten Beamten oder Politiker erdacht sein, der die Bedeutung und Wirkung eines notwendigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient nie erlebt hat.

Die vorgeschobene Argumentation, dass mehr Ärzte mehr Kosten verursachen würden, ist im Hinblick auf eine von der Schweizer Rückversicherungs-Gesellschaft in Zürich auf OECD-Basis veröffentlichten

2 -

OECD Studie für 8 europäische Länder als falsch und unbegründet dargelegt worden. Mehr Ärzte produzieren gerade nicht mehr Kranke als es ohnehin gibt-(SIGMA:Gesundheitswesen in 8 Länder: Ausgabenwachstum als Problem für Sozialversicherungssysteme und Privatversicherer).

2.

Die gesetzliche 68-Jahresgrenze ist aber auch mit der Alters-Anti-diskriminierungs-Richtlinie der EU (200/78/EU) unvereinbar (Prof.Boeken,Konstanz). Im Hinblick auf Statusfragen mit Dauerwirkung - d.h. für den Zulassungsentzug bei 68-jährigen Ärzten -gilt dies gemäß Art.10 und Art 234 Abs,3 EGV auch vor Ablauf der deutschen Umsetzungsfrist - d, h. vor dem öS.12.2006 - entsprechend (Dr.Dr.Hagedorn .Bonn).

Nach hier vorliegenden Informationen besteht bei deutschen Gerichten ein Vorabfrageverfahrensantrag nach Art.234 EUV wegen der Frage der Vereinbarkeit der 68-Jahresgrenze mit dem EU-Recht unter Bezugnahme auf das Urteil des EuGH v.13.Januar 2004 <Rechtsache C 453/00). In der EU gibt es in keinem Mitgliedstaat eine Altersgrenze für Ärzte, die Sozialversicherte Patienten behandeln.

3.

Es spricht für die Ungereimtheiten im deutschen Verfassungsrecht, dass das Bundesverfassungsgericht eine Verfassungsbeschwerde zu der gesetzlichen Altersgrenze von 68-Jahren für Kassenärzte einfach nicht zur Entscheidung angenommen hat und damit der Frage der Altersgrenze nur für Vertragsärzte (Kassenärzte) keine grundsätzliche Bedeutung beigemessen hat (NJW 1998,1776). (Es ist dabei kurios, dass die Nicht-Annahme-Entscheidung entgegen ursprünglichen Signalen des Gerichts erst nach der Auswechslung eines Richters erfolgte. (Ein Mitglied der entsprechenden Kammer äußerte sich dahin, dass die Frage der ärztlichen Altersgrenze in der GKV das Problem des Gesetzgebers und nicht des Verfassungsgerichts sei; bleibe der Gesetzgeber in dieser Frage tatenlos, so müsse das Bundesverfassungsgericht sich möglicherweise materiell-rechtlich mit der Problematik

- 3 -

der ärztlichen Altersgrenze n der GKV befassen.

II.

Erwägungen zur freien Wahl der Kostenerstattung in der gesetzlichen Krankenversicherung - BT Drs-153511 -

Eine Wahl zur Kostenerstattung ist bisher von der Bevölkerung kaum angenommen worden. Die Ausschlussregelungen für Erstattungen sind zu unbestimmt und unbekannt und schrecken daher die einzelnen Versicherten ab! Das gilt auch für Zusatzversicherungsangebote einiger gesetzlicher Krankenkassen im Verbund mit Privatversicherern.

m.

Erwägungen bezüglich **nicht-verschreibungsfähiger Arzneimittel wieder** als **Leistungen der gesetzlichen** Krankenversicherung verankern.

Der Jubel der Politik über die Einsparungen, die hierdurch gegenwärtig bei den gesetzlichen Krankenkassen erzielt werden, ist kurzsichtig. Die Patienten sparen überwiegend beim Einkauf nicht-verschreibungspflichtiger Arzneimittel. Viele einfache körperliche Beschwerden werden damit übergangen und schleppen sich hin, beeinflussen das Immunsystem und führen zu Verschlimmerungen (Erkältung -> Husten -> Fieber -> fieberhafte Bronchitis) und damit zum notwendigen Einsatz teurer verschreibungspflichtiger Medikamente.

4 -

2.

Die Unterscheidung zwischen verschreibungsfähigen und nicht-verschreibungsfähigen Medikamenten, führt häufig dazu, dass "versehentlich" verschreibungspflichtige Medikamente als nicht-verschreibungsfähige nicht mehr auf Kassenrezept sondern nur noch auf Privatrezept vom Arzt verordnet werden; denn auf diese Weise kann der Vertragsarzt des ihm aufgezwungen Medikamenten-Budget - d.h. wie viel er im Durchschnitt für den einzelnen Patienten bei Vermeidung eigener finanzieller Haftung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen preislich verordnen darf - reduzieren-

IV:

Erwägungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes

BT Drs.154135 -

1.

Die Bestimmung über die Einführung der Praxisgebühr ist in mehrfacher Hinsicht mit dem Grundgesetz unvereinbar (HAGEORN: Die Sozialgerichtsbarkeit 2004, S 404 ff,). Es handelt sich im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip gemäss § 3 SGB V um einen verfassungsrechtlichen Systembruch, weil Arbeitgeber in keiner Weise an der Praxisgebühr solidarisch beteiligt sind.

2-

Für ältere und chronisch kranke Menschen bedeutet dies eine einseitige faktische Beitragerhöhung von jährlich € 40 + x, weil die Höhe der Zuzahlungen von einzelnen Gegebenheiten abhängt. Bezweifelt werden muss in diesem Zusammenhang die verfassungsrechtliche Zulässigkeit der von

5 -

einzelnen gesetzlichen Krankenkassen unter besonderen Umständen für ihre Mitglieder vorgesehene Verzicht auf die Praxisgebühr. Für Notfälle muss der Gesetzgeber selbst eine Regelung treffen - sei es auch durch Rechtsverordnung. Er darf dies keinesfalls in das Verwaltungsermessen der KVen, der Krankenkassen oder des Gemeinsamen Bundesausschusses stellen. Denn es gibt kein Sozialrecht außerhalb des Grundgesetzes. Das Gesetz unterlässt aber auch die notwendigen Sanktionen bei säumigen Zahlern - im I. Quartal 2004 bei der KV Niedersachsen zulasten der Ärzte € 224*000. Eingriffe gegen den Patienten wegen Nichtzahlung der Praxisgebühr bedürfen einer klaren gesetzlichen Grundlage, da die Praxisgebühr offiziell kein Krankenkassenbeitrag ist.

3-

Das GMG baut andererseits unnötig zusätzliche Bürokratie zulasten und auf Kosten der Vertragsärzte auf. Im Zusammenhang mit der Praxisgebühr und der Herausnahme der nicht-verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV ist bei den Vertragsärzten ein erhöhter ständiger Beratungsbedarf für Patienten wegen ihrer Verständnislosigkeit für diese Massnahmen aufgetreten. Dies führt bei vielen Vertragsärzten zunehmend zu Demotivation in ihrer Arbeit, die sich letztlich auch auf das Vertrauensverhältnis zum Patienten negativ niederschlägt.

Dr. med. Dr. jur. Manfred Hagedorn, Vorsitzender

