

Warum eine Bürgerversicherung zu einer echten Zweiklassenmedizin führt

Mythen und Legenden, politische Lügen und Wahrheiten

Ein Informationspapier

von Dirk Heinrich

Gründe der Befürworter zur Einführung einer Bürgerversicherung

1. *In Deutschland bestehe eine Zweiklassenmedizin. Dies müsse beendet werden.*

Falsch! In Deutschland besteht keine Zweiklassenmedizin, weil die medizinische Versorgung für gesetzlich und privat versicherte Patienten gleich ist. Diabetes, Rückenschmerz, Asthma, alle diese beispielhaft genannten Krankheiten werden gleichbehandelt, egal ob Privat- oder Kassenpatient. Es gibt keine Studie die seriös etwas anderes belegt. Das Argument der Zweiklassenmedizin wird typischerweise und nahezu ausschließlich an unterschiedlichen Terminvergaben bei Facharztterminen für privat oder gesetzlich Versicherte festgemacht. Fakt ist, dass weltweit in Deutschland die kürzesten Wartezeiten auf Facharzttermine bestehen, das belegen zum Beispiel OECD-Studien seit vielen Jahren kontinuierlich. Unterschiede bestehen allenfalls im Bereich von wenigen Tagen bis ca. drei Wochen. Die Daten der daraufhin eingerichteten Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen zeigen, dass es Terminprobleme nur in Bereichen gibt in denen zu wenige Fachärzte dieser Fachgruppe existieren. Dies betrifft die Gebiete Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie. Terminservicestellen können aber keine fehlenden Ärzte ersetzen. Daher sind die Terminservicestellen an dieser Stelle nur eine Schleife, die diejenigen bevorzugt, die bei der Terminservicestelle anrufen und die dazu führt, dass die anderen Patienten einfach etwas länger warten.

Die Behauptung einer Zweiklassenmedizin ist eine Diffamierung des jetzigen Systems und eine Beleidigung aller im System tätigen Ärzte. Jeder Arzt sorgt dafür, dass Patienten, die dringend Facharzttermine benötigen, diese auch erhalten. Dazu hat jeder Arzt sein informelles Netzwerk. Dieses hat in den letzten 70 Jahren hervorragend funktioniert. Ein Änderungsbedarf besteht schlicht nicht.

2. *Die Privatversicherten entzögen sich der Solidarität.*

Falsch! Die Einführung der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eingeführt, weil es gesellschaftlicher Konsens war, dass gut verdienende Bürger für sich selber zu sorgen hätten und keinen Anspruch auf die Solidarität von Beziehern mittlerer und geringer Einkommen verdienten. Dieser Personenkreis wurde damit zum Selbstzahler. Es ist also nicht so, dass sich heute Privatversicherte der Solidarität entzögen, sondern es wurde ihnen die Solidarität verweigert. Dies jetzt argumentativ umzudrehen ist unseriös. Mit einer Bürgerversicherung zahlt die Sekretärin künftig mit ihren Beiträgen die Herzoperation ihres Vorstandsvorsitzenden.

3. *Privatversicherte können die Beiträge nicht mehr bezahlen und müssten Kredite aufnehmen um teure Leistungen vorzufinanzieren.*

Falsch! In der privaten Krankenversicherung werden Alterungsrückstellungen gebildet, um eine spätere Beitragslast zu mildern. Eine Vorfinanzierung ist in den seltensten Fällen erforderlich, da durch Abtretungserklärung auch eine direkte Abrechnung mit den privaten Krankenversicherungen möglich ist. Ein Problem sind die langen Antrags- und Bearbeitungszeiten bei der Beihilfe. Hier könnte der Staat aber selbst Abhilfe schaffen. Richtig ist, dass es natürlich in der privaten Krankenversicherung Reform- und Handlungsbedarf gibt. So darf mit Recht gefragt werden, ob hohe Provisionszahlungen für Vertragsabschlüsse gerechtfertigt sind, wenn sie dem System zu viel Geld entziehen.

4. *Die gesetzliche Krankenversicherung würde finanziell durch eine Bürgerversicherung stabilisiert.*

Falsch! Selbst die Hans-Böckler-Stiftung oder auch Prof. Rothgang im Auftrag der Grünen haben prognostiziert, dass es allenfalls zu einem leichten Beitragssatzrückgang kommen könnte oder sogar zu einem Anstieg. Denn auch bislang Privatversicherte bringen eine Krankheitslast und damit Kostendruck in das System. Die Mär der besserverdienenden Privatversicherten stimmt übrigens auch nicht: Bei rund 80 Prozent der Privatversicherten liegt das Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und leisten dadurch keinen nennenswerten Beiträge in die Bürgerversicherung.

Folglich: Bürgerversicherung bedeutet Beitragssteigerungen!

Außerdem wird das einzige System, das Alterungsrückstellungen bildet und damit der demografischen Herausforderung begegnet, durch die Bürgerversicherung abgeschafft und durch ein vollständig umlagefinanziertes System ersetzt. Damit wird die Generationengerechtigkeit des Systems weiter verschlechtert.

Kann eine Bürgerversicherung funktionieren?

1. *Alle Kassen der bisherigen GKV und PKV böten dann eine Bürgerversicherung an. Es gäbe also keine Einheitskasse. Es gäbe ein Wahlrecht für die bisher privat Versicherte, alle neuen Versicherten müssten in die Bürgerversicherung. Privatversicherungen würden nicht abgeschafft.*

Falsch! Alle Versicherungen bieten den gleichen Leistungskatalog in der Bürgerversicherung an. Das einzig bislang bestehende Wettbewerbsinstrument für eine innovative Versorgung, nämlich die teilweise Möglichkeit des Wechsels in den Status eines Selbstzahlers, der sich privat versichert hat, ist komplett abgeschafft. Ein Wettbewerb um Leistungen findet dann nicht mehr statt. Es bildet sich ein Oligopol ausschließlich von Gesetzlichen Krankenkassen. Unterschiede wird es allenfalls im Service (Erreichbarkeit oder Filialnetz) und bei den sogenannten Satzungsleistungen (Erstattung von Homöopathie und anderen Marketingmaßnahmen) geben. Da gleichzeitig auch die paritätische Verbeitragung bei Arbeitnehmern und Arbeitgebern gefordert wird, gibt es auch keinen Wettbewerb mehr über den Zusatzbeitrag.

Wenn, wie behauptet, auch Private Krankenversicherungsunternehmen Bürgerversicherungstarife anbieten könnten, bedeutet dies, dass bislang private Unternehmen in Körperschaften Öffentlichen Rechts umgewandelt werden müssten. Was ist das anderes als eine Verstaatlichung und der Beginn von Staatsmedizin? Und wenn Tarife in der privaten Krankenversicherung durch Schwund an Versicherten austrocknen und deutlich teurer werden, werden alle Privatversicherten dadurch innerhalb weniger Jahre in die Bürgerversicherung gezwungen. Auch wenn es noch verschiedene Versicherungsunternehmen gibt, so ist bei dem fehlenden Wettbewerb eine Einheitskasse, eine Einheitsversicherung, faktisch gegeben.

Karl Lauterbach schreibt in seinem „Informationspapier“: „Ob die bestehenden Alterungsrückstellungen der PKV (ca. 220 Mrd. Euro) in die Bürgerversicherung übertragen werden können, muss **im Zweifelsfall** vom Bundesverfassungsgericht entschieden werden. Die Übertragung ist aber in unserem Modell auch **nicht zwingend** vorgesehen.“

„Im Zweifelsfall“ kann nur bedeuten, dass eine feste Absicht (der vollständigen Übertragung der Alterungsrückstellungen) besteht, die eben nur „im Zweifelsfall“ einer verfassungsrechtlichen Prüfung bedarf. Eine derartige „vollständige“ Übertragung würde die Abschaffung der PKV voraussetzen. Die GKV (Bürgerversicherung hin oder her) wäre damit das „Einheitssystem“. Natürlich würde damit der Wettbewerb der Systeme entfallen und ein Trend zur „Abdingung“ (= Barzahlung) mit der Folge einer dann reinrassigen Zwei-Klassen-Medizin entfaltet.

2. *Es wäre schon deshalb keine Einheitsversicherung und Abschaffung der privaten Krankenversicherung, weil die Sparte der Zusatzversicherung bestehen bliebe.*

Falsch! Wenn es weiter Zusatzversicherungen gibt, die Komfortleistungen oder andere medizinische Behandlungen ermöglicht, so entsteht dann eine auf der Zahlungsfähigkeit von

Versicherten beruhende tatsächliche Zweiklassenmedizin. Alle europäischen Nachbarländer mit einer Einheitskasse belegen dies (Niederlande, Österreich, Großbritannien).

3. *Es würde der Wettbewerb gestärkt.*

Falsch! Ein Wettbewerb um die beste Versorgung findet nicht mehr statt, weil es nur noch einen einheitlichen Leistungskatalog für alle gibt. Wechselmöglichkeiten in Systeme mit schnellem Zugang zu Innovationen oder mit besonderen Versorgungsangeboten sind versperrt.

Der Blick zurück zeigt: Die Krankenkassen konkurrieren schon lange nicht mehr um die beste Versorgung, sondern um den niedrigsten Preis (Zusatzbetrag) und um die besten Risiken. Eine Konzentration der Kostenträger auf wenige Krankenkassen setzt folglich jeden Wettbewerb außer Kraft. Die Kassen werden dann ihre neue Macht dazu nutzen, ausschließlich die Kosten zu drücken, also Ärzte und Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittelbringer mit ihrem neuen Quasi-Monopol auszupressen. Wartezeiten und eine Verschlechterung der Versorgung werden die unausweichliche Folge sein.

Diejenigen, die es sich finanziell leisten können, werden über Zusatzversicherungen oder als Direktzahler Leistungen und bessere Termine dazukaufen. Hierdurch entsteht dann eine tatsächliche Zwei-Klassen-Medizin.

4. *Durch eine Bürgerversicherung würden die Wartezeiten verkürzt und es entstünde keine Wartelistenmedizin wie in England oder den Niederlanden. Wesentlich dafür sei, dass ein einheitliches Honorarsystem geschaffen würde.*

Falsch! Eine einheitliche Gebührenordnung heißt, die Budgetierung auf das ganze System auszuweiten. Zudem führt der Entzug von erheblichen Finanzmitteln, die bisher von privatversicherten Patienten in das System, insbesondere im niedergelassenen Bereich eingebracht wurde, zu einer Verschlechterung der apparativen und personellen Ausstattung in den Arztpraxen, aber auch in den Krankenhäusern. Alleine dadurch werden Wartezeiten und Wartelisten entstehen. Ein zusätzliches Problem entsteht durch den Innovationsstau, der durch den Mittelentzug entstehen würde. Die Quersubvention durch die PKV ist ein Fakt.

5. *Ein einheitliches Honorarsystem für Ärzte und Krankenhäuser würde zu mehr Gerechtigkeit führen.*

Falsch! Die Kassengebührenordnung, der sogenannte einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), und die ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) kann man nicht vergleichen. Ersterer ist ein abschließender Leistungskatalog für die gesetzliche Krankenversicherung mit Sozialrabatt. Die ärztliche Gebührenordnung hingegen ist eine echte Gebührenordnung, die alle wissenschaftlich fundierten und aktuellen Leistungen von Ärzten beschreibt und sie nach ihrer betriebswirtschaftlichen Kostenstruktur bewertet. Das Krankenhausfinanzierungssystem über DRG wiederum ist ein pauschaliertes Entgeltsystem, das sowohl die Unterbringungsleistungen des Krankenhauses, die Vorhalteleistungen und die pflegerischen sowie ärztlichen Leistungen beinhaltet. Eine Zusammenführung aller drei Systeme ist unmöglich, da es drei inhaltlich und strukturell völlig unterschiedliche Systematiken sind. Es bliebe nur die Entwicklung eines neuen Systems. Die Entwicklungszeit solcher Systeme beträgt typischerweise ca. 10 bis 15 Jahre. Im Übrigen ist die ärztliche Gebührenordnung ein Eckpfeiler der Freiberuflichkeit im Sinne des freien Berufes, wie es für Rechtsanwälte oder Architekten selbstverständlich ist. Die Ärzteschaft hat einen Anspruch

auf eine eigenständige ärztliche Gebührenordnung, die ihre Leistungsfähigkeit und ihre gesellschaftliche Verantwortung widerspiegelt. Sie muss aus Einzelleistungen bestehen, die betriebswirtschaftlich kalkuliert sind. Dabei überfordert diese Gebührenordnung weder den Patienten, der der eigentlich Zahlungspflichtige ist, noch die Gesellschaft. Beidem sind die Ärzte im Sinne des freien Berufes nämlich definitorisch verpflichtet. Eine Abschaffung einer eigenständigen Gebührenordnung für Ärzte ist daher faktisch die Abschaffung des freien Berufes.

Alternative Lösungen in zehn Thesen:

1. Das heute immer noch hervorragende Gesundheitswesen in Deutschland wurde, was den Bereich der ambulanten Medizin anbelangt, durch die Selbstverwaltung geschaffen. Die gemeinsame Selbstverwaltung aus gesetzlichen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen hat es erreicht, dass in Deutschland der weltweit leichteste Zugang zu haus- und fachärztlicher Medizin besteht und der weltweit umfangreichste Leistungskatalog für die Patientinnen und Patienten in Deutschland zur Verfügung steht. Die Selbstverwaltung wurde jedoch systematisch in den letzten Jahren geschwächt. Sowohl von innen als auch von außen. Durch die Rückgabe von Rechten an die Selbstverwaltung zum Beispiel im Wahlrecht, bei den Gestaltungsmöglichkeiten und der Selbstorganisation könnte die Selbstverwaltung wieder die bisherige gestalterische Rolle einnehmen. Dazu müssen auch die gesetzlichen Krankenkassen wieder den Versorgungsauftrag an die erste Stelle setzen, anstatt ihr ganzes Streben darin zu setzen die größte Kasse zu werden oder den geringsten Zusatzbeitrag zu erheben. Zudem muss ein Rückbau der staatlichen Eingriffs- und Einflussmöglichkeiten erfolgen.
2. Die seit 25 Jahren bestehende Budgetierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) muss beendet werden. Sie ist das größte Hemmnis für die Niederlassung junger Ärztinnen und Ärzte und hat auch zu einer relativen Fehlverteilung von Praxen in den Städten und auf dem Land geführt. Sie benachteiligt insbesondere engagierte Ärzte in prekären Stadtteilen und auf dem Land. Es ist die Schwäche der Umsätze aus der GKV, nicht die angebliche Stärke von Umsätzen aus der PKV, die dazu führt. Bis zu 30 % an Leistungen von Ärzten werden je nach Bundesland und Fachgruppe zurzeit nicht vergütet. Das ist demotivierend und ungerecht. Keine andere Berufsgruppe würde dies mit sich geschehen lassen. Es ist nur der ethischen Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten zuzurechnen, dass dies bisher weitgehend ohne große Proteste ertragen wurde. Unter den Bedingungen einer Bürgerversicherung wird dies nicht mehr der Fall sein. Man kann den niedergelassenen Ärzten nicht nur die Risiken einer selbstständigen Niederlassung überlassen ohne ausreichende Umsatzmöglichkeiten zu zulassen und gleichzeitig erwarten, dass sich dann noch genügend Niederlassungswillige finden.
Eine Entbudgetierung könnte zunächst die Leistungen der Grundversorgung umfassen. Dies sind alle Betreuungs- und Koordinierungsleistungen der Haus- und Fachärzte sowie die fachärztlichen Leistungen, die der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung (PFG) unterliegen. Damit hat die gemeinsame Selbstverwaltung ja bereits einmal festgelegt, welche Leistungen sie der Grundversorgung zurechnet. Grundversorgung zu budgetieren ist sozial ungerecht und muss beendet werden.

3. Ärztemangel ist die Folge einer Reduzierung einer erheblichen Zahl von Studienplätzen, einem unattraktiven Umfeld im Bereich der Niederlassung, der Budgetierung und von Regressandrohungen. Es muss eine erheblich höhere Zahl an Studienplätzen für das Fach Humanmedizin zur Verfügung gestellt werden und das Vergabesystem muss entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes verändert werden. Soziale Kompetenzen und die eigene Kommunikationsfähigkeit müssen bei der Auswahl verstärkt berücksichtigt werden. Bereits in der praktischen Ausbildung müssen angehende Mediziner an die ambulante Versorgung herangeführt werden. Hier ist Eile geboten.
4. Niederlassungsfreiheit fördert den Wettbewerb. Beides – ein Ende der Bedarfsplanung und eine Erhöhung der Medizinstudienplätze – ist wiederherzustellen. Im zahnärztlichen Bereich hat sich die Trias aus ausreichenden Studienplätzen, guten Verdienstmöglichkeiten und Niederlassungsfreiheit bewährt. In einem solchen Umfeld entscheiden dann die Patienten durch ihre eigene Wahrnehmung von Qualität, Service und Leistung, welcher Arztpraxis sie vertrauen. Diese Entwicklung ist wünschenswert.
5. Es ist aber nur diese Trias aus ausreichenden Studienplätzen, Ende der Budgetierung und Niederlassungsfreiheit, die zu einem Erfolg führen würde. Dabei muss zunächst die Studienplatzzahl erhöht werden und die Budgetierung beendet werden. Erst wenn dies über einige Jahre erfolgt, kann auch die Niederlassungsfreiheit wieder eingeführt werden.
6. Der Bereich der Sektorengrenze vom Krankenhaus zum niedergelassenen Bereich muss konsequent fortentwickelt werden. Hierzu müssen endlich die Leistungen, die im ambulanten Bereich erbracht werden und die früher im Krankenhaus erbracht wurden, finanziert werden. Das Geld muss der Leistung folgen! Dies würde eine Dynamik auslösen, zusätzliche Leistungen ambulant durchzuführen. Die Anzahl an Krankenhäusern der Grundversorgung muss reduziert werden. Die durch den Innovationfonds geförderten Projekte in diesem Bereich werden zeigen, an welchen Regelungsstellen Veränderungen erforderlich sind, um Bedingungen zu schaffen, in hybriden Versorgungsformen zwischen ambulanten und stationären Bereich tätig zu werden. Dieses muss abgewartet werden, um eine natürliche Entwicklung zu ermöglichen, anstatt destruktiv mit ungeahnten Folgen Veränderungen auszulösen, die nicht wieder rückgängig gemacht werden können. Sind erst einmal ambulante niedergelassene Praxisstrukturen zerschlagen, so werden sie auch nie wieder entstehen.
7. Der Besitz von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) muss auf Ärzte und ihre unmittelbaren Organisationsformen beschränkt werden. Private Investoren, Hedgefonds und rein renditeorientierte Kapitalgesellschaften müssen ausgeschlossen werden. Das Gesundheitswesen ist kein Markt. Nur die auch dem Gemeinwohl verpflichteten freien Berufe können gewährleisten, dass Versorgungsgesichtspunkte bei einer Praxisgründung oder Übernahme im Vordergrund stehen und nicht Gewinnmaximierungsabsichten.
8. Sanfte Einstiegsmodelle in die niedergelassene Praxis müssen ermöglicht werden. Juniorpartner mit geringerem Beteiligungsanteil in einer Gemeinschaftspraxis könnte ein Zukunftsmodell für das Heranführen junger Ärztinnen und Ärzte an die Niederlassung sein.
9. Der Erlaubnisvorbehalt im niedergelassenen Bereich ist eine Innovationsbremse. Er muss abgeschafft werden. Die Einführung von Innovationen muss neu organisiert werden.
10. Die neue ärztliche Gebührenordnung GOÄ wird umgesetzt, der einheitliche Bewertungsmaßstab wird umfassend renoviert und das Belegarztwesen wird neu strukturiert und finanziert, um es für den Übergang ambulant/stationär nutzen zu können.

Fazit

Flugzeugkonstrukteure haben den geflügelten Satz geprägt: „Never change a running system!“ Damit drücken die Ingenieure aus, dass man Bewährtes nicht ohne Not von den Beinen auf den Kopf stellen sollte. Was für den höchst sicherheitsrelevanten Bereich des Flugzeugbaus gilt, sollte für das komplexe Gesundheitswesen, von dem die Gesundheit von Millionen Menschen abhängt und auf das ebenso viele täglich vertrauen, erst recht gelten. Zumal unser Gesundheitswesen international als das am besten funktionierende gilt.

Die Einführung einer Bürgerversicherung, auch wenn sie nicht auf einen Schlag kommen sollte, sondern schrittweise, also scheibchenweise eingeführt wird („Patient First“, Studien der Friedrich-Ebert-Stiftung; Informationspapier Prof. Dr. Karl Lauterbach zur Bürgerversicherung), führt zu tiefgreifenden und unumkehrbaren Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen.

Die Risiken unvorhersehbarer negativer Effekte sind sehr hoch. Es entsteht eine Einheitsversicherung, die zwar zunächst noch aus mehreren Versicherungsunternehmen besteht, deren Leistungskatalog sich jedoch nicht unterscheidet. Ein Wettbewerb findet nicht mehr statt. Die geringfügigen Unterschiede in Qualität, Service und Satzungsleistungen sind kein echter Wettbewerb. Der behauptete Wettbewerb um Qualität findet demzufolge in einer Bürgerversicherung gerade eben nicht statt. Daneben dürfen aber Zusatzversicherungen angeboten werden, die einer von der Zahlungsfähigkeit der Versicherungsnehmer abhängige Zweiklassenmedizin Tür und Tor öffnen. Die Bürgerversicherung führt die Zweiklassenmedizin erst ein. Der Druck auf Patientinnen und Patienten Zusatzversicherungen abzuschließen wird sehr hoch sein, da Wartelistenmedizin zum Standard wird. Der freie Beruf des Arztes, insbesondere in der selbständigen Niederlassung, wird faktisch abgeschafft und durch abhängig Beschäftigte in von Konzernen gesteuerten Kliniken mit MVZ Strukturen ersetzt. Dies verschärft die Wartelistenmedizin und erhöht den Druck auf die Patienten, sich eine bessere Medizin am freien Markt zu kaufen.

Dabei stehen gute Alternativen zur Verfügung. Die Weiterentwicklung des bisher hervorragend funktionierenden Gesundheitswesens mit Stärkung der bisherigen Stützen des Systems, wie der Selbstverwaltung, der Freiberuflichkeit und der selbständigen Niederlassung, in Kombination mit einer Erhöhung der Anzahl an Studienplätzen, Beendigung der Budgetierung in der MGV und Wiedereinführung der Niederlassungsfreiheit würde einen Großteil der bisherigen und zu erwartenden Probleme lösen. Daneben sind weitere Reformen in Bereich der privaten Krankenversicherung mit einer Begrenzung von Provisionsleistungen und einer Begrenzung im Bereich der Beteiligung von Kapitalgesellschaften an Strukturen im Gesundheitswesen erforderlich.

Der vermeintlich Gerechtigkeit verheißende Wohlfühl-Begriff „Bürgerversicherung“ entpuppt sich also bei näherer Betrachtung als Irrweg, der genau das bewirkt, was er vorgibt, zu verhindern:

**Statt mehr Gerechtigkeit bringt die Bürgerversicherung die echte Zwei-Klassen-Medizin,
statt schnelle Terminvergaben bewirkt die Bürgerversicherung lange Wartezeiten und Wartelisten,
statt Entlastung bringt die Bürgerversicherung Beitragssteigerungen!**

Das für den Bürger nicht mehr zu durchschauende, hochkomplexe Gesundheitswesen lässt sich eben nicht mit vermeintlich einfachen Lösungen zukunftssicher gestalten. Und die jüngsten politischen Entwicklungen (US-Wahl, Brexit) zeigen: Vorsicht vor den Populisten und ihren einfachen Antworten. Sie bewirken oft das Gegenteil. Es bleibt weiterhin nur der mühsame Weg, das Gesundheitswesen für

den Patienten sicher und behutsam weiter zu entwickeln und nicht das Bewährte leichtfertig über Bord zu werfen.



Dr. med. Dirk Heinrich, FAAO

Facharzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Bundsvorsitzender NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V.
Vorstandsvorsitzender Spitzenverband Fachärzte Deutschlands
Präsident des Deutschen Berufsverbandes der Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
2. Vorsitzender des Ärztenetzes Billstedt Horn, „Gesundheit für Billstedt- Horn“