

Schönbach, Karl-Heinz

Article — Digitized Version

Mit mehr Ärzten höhere Versorgungsqualität

Wirtschaftsdienst

Suggested Citation: Schönbach, Karl-Heinz (1988) : Mit mehr Ärzten höhere Versorgungsqualität, Wirtschaftsdienst, ISSN 0043-6275, Verlag Weltarchiv, Hamburg, Vol. 68, Iss. 5, pp. 262-265

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/136399>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Karl-Heinz Schönbach

Mit mehr Ärzten höhere Versorgungsqualität

Der ständige Anstieg der Arztzahlen gilt vielen als eine wesentliche Ursache der bisherigen und auch zukünftigen Kostenerhöhungen im Gesundheitswesen. Ist diese Sichtweise stichhaltig? Erscheint eine stärkere Begrenzung der Zulassung zum Arztberuf wünschenswert? Welche Alternativen gibt es? Karl-Heinz Schönbach und Professor Walter Krämer nehmen Stellung.

Einer der Schwerpunkte des gerade vorgelegten Jahresgutachtens 1988 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹ ist die Untersuchung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Im Zentrum steht dabei die ambulante ärztliche Versorgung. Ihr kommt nicht nur als eigenständigem Versorgungsbereich, sondern auch als Drehscheibe des gesamten Gesundheitswesens große Bedeutung zu. Die niedergelassenen (Kassen-)Ärzte veranlassen Leistungen im vierfachen Wert der eigenen Vergütung (Krankenhaus-einweisungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen, Kuren, verordnete Arbeitsruhe usw.). Da die Zahl der Ärzte stark zunimmt und weiter zunehmen wird, fordern viele eine Drosselung des Zugangs zum Arztberuf, weil sie die Finanzierung des Gesundheitswesens als gefährdet ansehen bzw. steigende Beitragssätze zur Krankenversicherung mit der Folge steigender Lohnnebenkosten aus wirtschaftspolitischen Gründen ablehnen. Im folgenden werden die Aussagen und Empfehlungen des Sachverständigenrates zu dieser Frage beleuchtet.

In seinem Jahresgutachten 1987 hatte der Rat anhand von Modellrechnungen gezeigt, daß sich Angebot und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen immer mehr auseinanderentwickeln. Unter Berücksichtigung demographisch bedingter Veränderungen der Inanspruchnahme werde – bei Fortschreibung derzeitiger Versorgungsstrukturen – bis zum Jahr 2000 ein Angebotsüberschuß von rund 72000 Ärzten erwartet, der (unter sonst gleichen Bedingungen) die Umsätze je Arzt mehr als halbiere (von 254600 DM im Jahre 1982 auf

118400 DM im Jahre 2000). Empfehlungen zur Steuerung dieser Entwicklung hat der Rat im Jahresgutachten 1987 nicht gegeben; sie sollten einer eingehenden Untersuchung des ambulanten Sektors im Jahresgutachten 1988 vorbehalten bleiben. Der Rat verwies lediglich auf diskutierte Instrumente zu einer Intervention (JG 1987 Ziffer 92):

- Limitierung der Studienplatzkapazitäten;
- Änderung des Zulassungsrechts in Richtung einer allgemeinen Beschränkung des Zugangs zur kassenärztlichen Versorgung;
- nach Versorgungsstruktur regional differenzierte Honorierungsformen, um über wirtschaftliche Anreize die ärztliche Niederlassung zu beeinflussen;
- Steuerungsinstrumente zur Beeinflussung der Qualität und Wirtschaftlichkeitsprüfungen, die von der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen vor allem zielgruppenorientiert in überversorgten Gebieten eingesetzt werden können;
- Ausgestaltung der Pflichtweiterbildung für Allgemeinärzte nach der EG-Richtlinie vom 15. 9. 1986 und
- finanzielle Förderung der Rückgabe der Kassenzulassung von Ärzten ab 62 Jahren seitens der kassenärztlichen Vereinigungen gemäß dem Gesetz zur Verbesserung der Bedarfsplanung vom 1. 1. 1987.

Mit der gerade vorgelegten Untersuchung der ambulanten Versorgung (Jahresgutachten 1988 Kapitel B II) macht der Rat noch einmal auf die Gefahren aufmerksam, die von einem ungebremsten Zustrom zum Arztberuf ausgehen. Durch die Überbesetzung des ärztlichen

Karl-Heinz Schönbach, 34, Dipl.-Volkswirt, ist Mitarbeiter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

¹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1988, Medizinische und ökonomische Orientierung, Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden (Nomos) 1988.

Berufes werde ein teilweise kontraproduktiver Wettbewerb ausgelöst. Selbst wenn, wie auch der Rat als bis auf weiteres unumgänglich vorschlägt, die Gesamtvergütung ärztlicher Leistungen limitiert bleibt, folgen aus der Honorierung nach Einzelleistungen Anreize zur Leistungsvermehrung: Im Zeitraum von 1980 bis 1986 haben die (Kassen-)Ärzte kompensatorisch zur rückläufigen Entwicklung der Primärananspruchnahme durch die Versicherten (Abnahme der Fallzahlen je Arzt) die Leistungen (Punktzahlen) je Fall um insgesamt 17% erhöht (3% je Arzt). Dadurch blieb der Anstieg des Honorars je Einzelleistung (Punktwertentwicklung) unterhalb der Grundlohnentwicklung.

Für den einzelnen Arzt kann es, zumindest in kurzfristiger Betrachtung, ökonomisch rational sein, seine Leistungen (Mengen) trotz rückläufiger Vergütung je Leistung (Preise) zu erhöhen, um sein individuelles Einkommen zu erhalten. Dies gilt um so mehr, als er aus Wettbewerbsgründen das Leistungsangebot seiner Praxis (fixe Kosten) nicht beliebig kompensatorisch senken kann. Die Leistungsmenge kann durch mehr Leistungen je Konsultation oder durch mehr Konsultationen (Wiederbestellung) erhöht werden. Schon heute liegt in der Bundesrepublik Deutschland die durchschnittliche Konsultationshäufigkeit z. B. bei Allgemeinärzten bei über acht Konsultationen je Einwohner (USA = 2,3), während die Konsultationsdauer nur vier Minuten beträgt (USA = 12-17).

Die Überbesetzung des Arztberufes mit der Folge kontraproduktiven Wettbewerbs könne zu Gefälligkeitsleistungen führen (z. B. Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Arbeitsunfähigkeit). Zudem würden Patienten nicht zu einem anderen niedergelassenen Facharzt (als einem potentiellen „Konkurrenten“) überwiesen, sondern statt dessen stationär ins Krankenhaus eingewiesen, das eine Rücküberweisung vornehmen muß. An beiden Beispielen macht der Rat deutlich, wie die „Notarfunktion“ des Kassenarztes gegenüber den Krankenkassen durch die zunehmende Konkurrenz der Ärzte untereinander geschwächt werden kann.

Ansätze einer Problemlösung

Das Problem der Zunahme der Arztzahlen, das auch unter berufspolitischem Vorzeichen diskutiert wird, läßt sich prinzipiell auf zwei Wegen lösen:

- durch Senkung des Angebotsdrucks und/oder
- durch Umsetzung in eine höhere Versorgungsqualität-

Der Rat mißt – um das Ergebnis vorwegzunehmen – dem zweiten Weg den bei weitem höheren Stellenwert

bei. Zur Senkung des Angebotsdrucks befürwortet der Rat

- eine Anpassung der Studienanfänger-Zahlen an ein durch qualifiziertes Lehrpersonal vorgegebenes Maß (Kapazitätsverordnung) sowie
- eine Zuruhesetzung von Ärzten ab dem 62. Lebensjahr, soweit diese nicht durch gesetzliche Maßnahmen erzwungen, sondern von den kassenärztlichen Vereinigungen aufgrund ökonomischer Anreize freiwillig herbeigeführt wird (§ 368 n (9) RVO), und
- die vermehrte Gründung bzw. den beschleunigten Ausbau von Gemeinschaftspraxen, dies jedoch nicht zuletzt, um das Niederlassungsrisiko junger Ärzte zu vermindern.

Weitere Maßnahmen, von denen in der gesundheitspolitischen Diskussion ein angebotssenkender Effekt erwartet wird, wie z. B. die Pflichtweiterbildung für Allgemeinärzte nach der EG-Richtlinie vom 15. 9. 1986, diskutiert der Rat mit der Zielrichtung, die steigenden Arztzahlen in eine höhere Versorgungsqualität umzusetzen.

Der Rat stellt fest, daß sich als positive Folge der Erhöhung der Zahl niedergelassener Kassenärzte deren Kapazitäten und Kompetenzen für die ambulante Versorgung in allen Fachgebieten erhöht haben. In seiner Analyse, die sich in eine Vielzahl unterschiedlicher Organisations-, Steuerungs- und Versorgungsfragen verzweigt, gilt der Umsetzung steigender Arztzahlen in höhere Versorgungsqualität ein Hauptaugenmerk. Sie läßt sich auf folgende Kernfragen zusammenführen:

- Welcher Weiterentwicklungen bedarf das Vergütungssystem?
- Wie können Aus-, Weiter- und Fortbildung verbessert werden?
- Wie kann die Qualitätssicherung verbessert werden?
- Welche Versorgungsaufgaben gilt es verstärkt zu beachten?

Anreize zu kontraproduktivem Wettbewerb folgen aus dem System der Einzelleistungsvergütung, da es, zumal bei nur langsam ansteigender, limitierter Gesamtvergütung (Grundlohnsummenbindung), die Tendenz zur Leistungsvermehrung verstärkt. Die Selbstverwaltungen der Ärzte haben darauf auf mehreren Ebenen reagiert (Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistungen, Vergütungssysteme, Honorar-Verteilungsmaßstab). Auch aus Sicht des Rates ist unter der Vielzahl alternativer Vergütungssysteme – von der Einzelleistungsvergütung bis hin zur Kopf- oder Fallpauschale – keines in der

Lage, alle erwünschten Anpassungsreaktionen der Ärzte zu fördern und alle unerwünschten Anpassungen zu verhindern. Ein solches System sollte seiner Auffassung nach folgende Elemente enthalten:

- keine Anreize zur Leistungsausweitung,
- Anreize für zuwendungsorientierte Leistungen,
- Anreize zur Sicherung der notwendigen Fachkunde,
- keine überflüssigen Doppelleistungen,
- funktionsgerechte Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung zwischen ambulantem und stationärem Sektor und innerhalb dieser Sektoren,
- einfache Prüfmöglichkeiten (Qualität, Wirtschaftlichkeit) sowie
- Flexibilität und Anpassungsfähigkeit an veränderte Umstände.

Der Schlüssel für ein rationales Vergütungssystem liege darin, daß die Höhe der einzelnen Gebührenpositionen im Prinzip nach der Zeit berechnet wird, die zur Erbringung dieser Leistungen nachweislich erforderlich ist. Damit fordert der Rat eine rationalere Grundlage für den einheitlichen Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistungen (EBM), der in der Regel nicht auf einer festen Datengrundlage basiert. Gelingt die Anpassung des EBM – angesichts zunehmender Arztzahlen – nicht rechtzeitig, so empfiehlt der Rat den verstärkten Einsatz von Maßnahmen nach dem Honorarverteilungsmaßstab mit mengenbegrenzenden Regelungen für den einzelnen Arzt. Hierfür könnte eine Honorierungsform in Frage kommen, die – insbesondere für primärärztlich tätige Fachgruppen (Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen, Pädiater) – die Einzelleistungshonorierung mit einer Fallpauschalierung verbindet.

Weiter- und Fortbildung

Mit der fünften Novelle zur Approbationsordnung wird ab 1988 ein speziell für das Praxistraining gedachter, zusätzlicher Ausbildungsabschnitt – der Arzt im Praktikum (AiP) verbindlich. Der Rat stellt dazu grundsätzlich fest, daß jede Verschärfung der Zulassungsbedingungen am Ende einer langen und kostspieligen Ausbildung zu einem Flaschenhals führt, der es verhindert, daß alle approbierten Ärzte Kassenärzte werden. Er weist auf die wirtschaftlichen und sozialen Probleme der Berufsanfänger der Medizin hin.

Der sogenannte Arzt im Praktikum ist in vielerlei Hinsicht von zweifelhaftem Nutzen:

- Er verringert die Zahl der Weiterbildungsstellen im stationären Bereich, was bei gleichzeitiger Intensivierung der Krankenhausaufgaben um so bedrohlicher sei;
- er ist nicht ausreichend auf die besonderen Anforderun-

gen der Tätigkeit in niedergelassener Praxis zugeschnitten;

- er soll auf die Weiterbildungszeit zum Allgemeinarzt (EG-Richtlinie) anrechenbar sein, was diese abwertet, und
- er verlängert die Weiterbildungszeit für andere Gebietsärzte in nicht sinnvoller Weise.

Für die allgemeinärztliche Weiterbildung, die ab 1992 ohnehin nach der EG-Richtlinie vier Jahre umfassen soll, wird daher eine mindestens dreijährige Weiterbildungszeit mit allenfalls einjähriger Arzt-im-Praktikum-Phase befürwortet, wenn die alte Regelung (Vorbereitungszeit) aufgegeben werden soll. Der Rat hält allerdings die von ihm vorgeschlagene Beibehaltung der alten Regelung um so eher für gerechtfertigt, als er parallel dazu die berufsbegleitende Qualifizierung der bereits niedergelassenen Kassenärzte durch die gesetzlich bereits seit 1977, bislang aber nicht praktizierte kassenärztliche Pflichtfortbildung gesichert sehen möchte.

Der Fortschritt der Medizin macht eine kontinuierliche, lebenslange Fortbildung des Arztes erforderlich. Hierzu ist er nach § 7 Bundesärzteordnung verpflichtet. Ob er seiner Fortbildungsverpflichtung nachkommt, wird jedoch nicht kontrolliert. Die kassenärztlichen Vereinigungen machen von der Möglichkeit einer speziellen kassenärztlichen Fortbildung mit Pflicht zur Teilnahme praktisch keinen Gebrauch. Eine bessere Motivation zur freiwilligen Teilnahme ließe sich dadurch erreichen, daß sie

- Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter Leistungen wird oder
- Voraussetzung für die periodische Erneuerung der Approbation bzw.
- als Qualitätsausweis den Patienten angezeigt werden kann (Einschränkung des Werbeverbots) und
- zu Honorarzuschlägen durch die Krankenkasse führen kann.

Zur Förderung einer Qualitätssicherung in allen ärztlichen Bereichen befürwortet der Rat die Errichtung einer Stiftung (ähnlich der Stiftung Warentest), die unabhängig von ärztlichen Körperschaften, aber vom Sachverstand der ärztlichen Fachrichtungen getragen sein sollte, unter geeigneter Mitwirkung der Konsumentenorganisationen. Für die einzelnen Ärzte könnte ein Anreiz zur Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätsprüfung gegeben werden, wenn, wie bei Lockerung des Werbeverbots möglich, die freiwillige Teilnahme den Patienten angezeigt werden dürfe.

Die oben skizzierten Ansatzpunkte verfolgen das Ziel, angesichts zunehmender Arztzahlen die Rahmen-

bedingungen für die ärztliche Leistungserbringung auf eine höhere Versorgungsqualität hin zu orientieren. Zunehmende Arztlizenzen ermöglichen aber auch die Erfüllung bislang vernachlässigter und neuer Versorgungsaufgaben. Hierzu betont der Rat die Aufgaben vermehrter Prävention und einer besseren geriatrischen und psychiatrischen Versorgung.

Im Gegensatz zur vielfach in dieser Hinsicht von anderen Erwartungen geprägten öffentlichen Diskussion betrachtet der Rat zusätzliche Aufwendungen für präventive Leistungen nicht als Instrument der Kostendämpfung. Sie dienen vielmehr einer effektiveren Gesundheitsversorgung und stünden insoweit in Konkurrenz zu anderen Versorgungszwecken. Forderungen, die Effizienz der Mittelverwendung für präventive Leistungen nachzuweisen, werden vom Rat unterstützt. Er empfiehlt jedoch, diese Forderungen gleichermaßen auf kurative Leistungen anzuwenden. Dazu schlägt er vor, durch einen gesetzlichen Auftrag bis zu 1 % der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung für derartige Evaluationszwecke vorzusehen.

Wegen der „doppelten Altersdynamik“ in der deutschen Bevölkerung (immer mehr und immer ältere alte Menschen), mit der der Altenquotient (die Zahl der über 60jährigen im Verhältnis zu den potentiell Erwerbstätigen, d. h. den 20-60jährigen) bis zum Jahr 2000 um etwa ein Viertel auf knapp 50 % zunehmen wird, stellen sich für die geriatrische Versorgung zusätzliche Aufga-

ben. Hier werden in Zukunft mehr Ärzte – in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen – tätig werden. Außerdem sieht der Rat vor dem Hintergrund fundamentaler Änderungen der Theorie und Praxis psychiatrischer Therapie eine zunehmende Bedeutung der ambulanten psychiatrischen Versorgung.

Fazit

Selbst bei stagnierenden Reinerträgen sind die Ärzteeinkommen im europäischen Vergleich immer noch hoch, sowohl in ihrer absoluten Höhe als auch bezogen auf die Durchschnittseinkommen aus Arbeitnehmersicht. Daher kann nicht erwartet werden, daß die Entwicklung der Ärzteeinkommen allein kontraktiv auf den Zustrom zum Arztberuf wirkt. Eine Beschränkung der Zahl der Studienanfänger auf einen wie auch immer definierten „Bedarf an Ärzten“ ist verfassungswidrig (freie Berufswahl). Ebenso verfassungswidrig ist die Beschränkung der Zulassung zur Kassenpraxis, da ein Arzt ohne Kassenpatienten (Versicherungsgrad in der gesetzlichen Krankenversicherung über 90 %) die wirtschaftliche Grundlage seiner Berufsausübung verliert. Zulassungsschwernisse am Ende einer langen und kostspieligen Ausbildung führen zu einem „Flaschenhals“, der es verhindert, daß alle ausgebildeten Ärzte Kassenärzte werden können. Die Zunahme der Arztlizenzen sollte daher in eine höhere Versorgungsqualität umgesetzt werden.

Walter Krämer

Geschlossene Gesellschaft

Das bundesdeutsche Gesundheitswesen geht goldenen Zeiten entgegen. Qualität und Vielfalt, Erreichbarkeit und Quantität des Angebots nehmen ständig zu. Ein Paradies für Nachfrager, für den Patienten, für die Krankenversicherung, sollte man meinen. Denn wenn es eine ökonomische Lehrbuchweisheit gibt, die sich jenseits aller weltanschaulichen Grabenkämpfe universeller Zustimmung erfreut, dann die: Eine Aus-

weitung des Angebots nützt vor allem der Nachfrage-seite eines Marktes. Preise gehen zurück, Service und Aufmerksamkeit der Anbieter nehmen zu. Die für die kommenden Jahre erwartete Zunahme des Angebots und der Anbieter im Gesundheitswesen, insbesondere die im Zentrum der folgenden Ausführungen stehende sogenannte „Ärztenschwemme“, sollte also eigentlich ein Anlaß zu freudiger Erwartung sein.

Die Wirklichkeit sieht jedoch ganz anders aus. Ein mit seinen Lehrbüchern und mikroökonomischen Theorien vertrauter Ökonom kann angesichts der aktuellen Diskussion zum Pro und Contra einer weiteren Ausweitung des Medizinerangebots nur staunen. Daß etablierte

Prof. Dr. Walter Krämer, 40, lehrt Statistik, Ökonometrie und empirische Wirtschaftsforschung am Institut für Quantitative Wirtschaftsforschung der Universität Hannover.

Ärzte mit allen legalen und teilweise auch illegalen Mitteln (Verschleierung von Ausbildungskapazitäten) diese potentielle Konkurrenz bekämpfen, versteht sich von selbst. Das praktizieren alle Anbieter von Gesundheitsgütern, und nicht nur sie, seit Hippokrates¹. Befremdlich ist allein der Beistand, den ärztliche Standesvertreter heute zunehmend auch in Gremien und Verbänden finden, deren primäre Aufgabe nicht die Wahrung ärztlicher Privilegien ist.

Eine Senkung der Zahl der Medizinstudenten sei eine der wichtigsten Aufgaben der Wissenschafts- und Gesundheitsminister der Länder, erklärte kürzlich Albrecht Hasinger, Vorsitzender des Bundesfachausschusses Gesundheitspolitik der CDU². Eine Reduktion der Ausbildungskapazitäten fordert auch Wissenschaftsministerin Anke Brunn von der nordrhein-westfälischen SPD. Sie will in ihrem Bundesland die vorklinischen Ausbildungsplätze um 830 von heute 3311 auf 2481 verrin-

gern³. Die gleichen Töne vernimmt man auch aus der CSU, wie auch bei den angeblichen Bannerträgern der modernen Marktwirtschaft, der liberalen FDP⁴.

Und nicht nur dort. Daß die Bundesrepublik „nach allen Berechnungen zuviele Ärzte“ produziert, glauben Kurt Kochsiek, Vorsitzender des Wissenschaftsrates⁵, genauso wie Karl Kaula vom Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.⁶, Hans Sitzman vom AOK-Landesverband Bayern⁷, und auch eine Mehrheit im Sachverständigenrat für die Konziertierte Aktion im Gesundheitswesen (im weiteren kurz „Sachverständigenrat“). Darüber kann auch die sehr um Ausgewogenheit bemühte Stellungnahme von Schönbach nicht hinwegtäuschen. Das Jahresgutachten 1988 verweist sehr dezidiert auf die (vermeintlich) nachteiligen Folgen eines ungehinderten Zugangs zum Arztberuf und hält eine Senkung des „Angebotsdrucks“ für „dringend geboten“⁸.

Angesichts dieser Einheitsfront der Marktabschotter fragt sich der liberale Ökonom, ob er lachen oder weinen soll. Denn kein einziges der Argumente zugunsten restriktiver Zulassungspraktiken hält kritischer Analyse stand.

Gefahr für die Qualität?

In Zukunft werden sich immer mehr junge Ärzte ohne die bisher übliche Assistenzarztzeit am Krankenhaus in freier Praxis niederlassen. Mangels ausreichender Weiterbildungsstellen ist das für viele die einzige Alternative neben Arbeitslosigkeit oder Wechsel des Berufs.

Übernehmen wir dabei zunächst die gängige Unterstellung, daß heutige Hochschulabsolventen des Faches Medizin in einem wie auch immer definierten Sinne „schlechter“ als der Durchschnitt ihrer etablierten Kollegen sind. Nur dann geht offenbar das Versorgungsniveau durch den Zustrom unerfahrener Berufsneulinge zurück. Dennoch wäre das kein Grund zur Besorgnis, denn niemand wäre ja zum Aufsuchen eines solchen

¹ „Ich werde die Lehren der Medizin nur meinen Söhnen, den Söhnen meiner Lehrer und rechtmäßig eingeschriebenen Studenten weitergeben, und niemandem sonst“, heißt es etwa in einem heute gern unterdrückten Teil des Hippokratischen Eides (eigene Übersetzung nach J. C. H a d w i g, W. N. M a n n: The medical works of Hippocrates, Oxford 1950, S. 9). Derart unverhohlene Nachwuchsbegrenzungen ziehen sich als roter Faden durch die ganze Geschichte der Medizin.

² Siehe „Zahl der Medizinstudenten senken“, in: Handelsblatt vom 8./9. 1. 1988.

³ Siehe „Weniger Medizinstudenten gefordert“, in: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 12. 6. 1987.

⁴ Siehe „Studienkapazität: Wer traut sich?“, in: Deutsches Ärzteblatt vom 21. 1. 1987.

⁵ „Wissenschaftsrat: Studienanfängerzahl in Medizin um ein Viertel reduzieren“, in: Die Welt, 5. 6. 1987, sowie das Interview mit Kochsiek in Nr. 268 vom 17. 11. 1987.

⁶ „Ersatzkassen wollen weniger Studienplätze für Mediziner“, in: Westfälische Rundschau, 2. 9. 1987.

⁷ „AOK sieht im Zustrom junger Ärzte ‚Sprengsatz‘ für das ganze System“, in: Ärzte-Zeitung, 9. 12. 1987.

⁸ Siehe „Medizinische und ökonomische Orientierung – Zusammenfassung und Empfehlungen“, die vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung veröffentlichte Zusammenfassung des Jahresgutachtens 1988, Ziffer 33, S. 29.

VERÖFFENTLICHUNGEN DES HWWA-INSTITUT FÜR WIRTSCHAFTSFORSCHUNG-HAMBURG

WELTKONJUNKTURDIENST

Der Vierteljahresbericht, der von der Abteilung Weltkonjunktur des HWWA-Institut für Wirtschaftsforschung-Hamburg erarbeitet wird, analysiert und prognostiziert die wirtschaftliche Entwicklung in den wichtigsten westlichen Industrienationen sowie auf den Weltrohstoffmärkten.

Jahresbezugspreis,
DM 80,-
ISSN 0342-6335

VERLAG WELTARCHIV GMBH – HAMBURG

„Schmalspurmediziners“ gezwungen. Diese treten ja nicht *anstatt*, sondern *zusätzlich* zu ihren voll weitergebildeten Kollegen auf den Plan. Die Wahlmöglichkeiten des Publikums werden nicht weniger, sondern mehr. Wie man daraus eine Verschlechterung der Nachfragesituation konstruieren will, ist mir ein ewiges Rätsel. Zur Warnung vor unerfahrenen Berufsanfängern genügte ein dezenter Hinweis auf dem Praxisschild⁹, und im Notfall ist auch ein unerfahrener Arzt immer noch besser als kein Arzt.

Darüber hinaus jedoch müssen moderne Berufsanfänger auch ohne Weiterbildung am Krankenhaus durchaus nicht schlechter als der Durchschnitt ihrer schon praktizierenden Kollegen sein. Diese Unterstellung entbehrt jeden Beweises und ist mit großer Wahrscheinlichkeit sogar falsch. Ich selbst etwa würde mich lieber von einem gestern approbierten Jungmediziner als von einem altgedienten Praktiker behandeln lassen, der noch nie in seinem Leben einen Computertomographen gesehen hat. Vor solchen Ärzten jedoch, die heute noch nach den Lehrbüchern von 1925 praktizieren und denen „Fortbildung“ ein Fremdwort geblieben ist, fühlt sich offenbar niemand aufgerufen uns zu schützen.

Hier zeigt sich die ganze Verlogenheit der ärztlichen Argumentation. Warnungen vor unfähigen Medizinern betreffen immer nur den Nachwuchs vor der Tür, nie die Dilettanten im Kreis der etablierten Mediziner selbst, eine Doppelmoral, die sich auch in der unterschiedlichen Bewertung von Fort- und Weiterbildung zeigt. Weiterbildung betrifft die auf den Markt drängenden Hochschulabsolventen. Sie kann nicht lang und schwer genug sein. Fortbildung dagegen betrifft die niedergelassenen Ärzte selbst. Hier kämpft man schon weit weniger engagiert für das Patientenwohl. Trotz berufsrechtlich verankerter Pflicht zur Fortbildung sind hier weder Anreize noch Sanktionen vorhanden. „Von der Möglichkeit“, konstatiert der Sachverständigenrat, „speziell kassenärztliche Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen, an denen die Teilnahme für alle Kassenärzte Pflicht wäre, machen die KVen keinen Gebrauch“¹⁰.

Verweisen wir also das Gespenst der gefährdeten Versorgungsqualität wieder dahin, wo es hergekommen ist, in die Klamottenkiste standespolitischer Interessenargumentation.

Verschlechterung der Studienbedingungen

Heute studieren in der Bundesrepublik 83000 Männer und 35000 Frauen Medizin, zusammen mehr als dreimal soviel wie noch zwanzig Jahre zuvor. Dadurch, so etwa der 89. Deutsche Ärztetag in Hannover, seien „die räumlichen und personellen Kapazitäten der Uni-

versität in unvertretbarer Weise überlastet“¹¹. Durch das „Mißverhältnis zwischen der Zahl der qualifizierten Lehrkräfte und der Zahl der für Lehrzwecke geeigneten Patienten einerseits sowie den großen Studentenzahlen andererseits“ werde die Motivation der Lehrenden und Lernenden „entscheidend gemindert“. Die aus dem Ruder geratene Relation zwischen Studenten und Lehrpersonal sei wieder in ein „vertretbares Verhältnis“ zu bringen.

Sieht man nur die in der Tat stark gewachsenen Studentenzahlen (in der Medizin wie anderswo), erscheinen solche Forderungen nicht ganz unbegründet. Aber die vollen Hörsäle zeigen nur die eine Seite der akademischen Ausbildungsmedaille. In den vergangenen Jahrzehnten sind nämlich nicht nur die Studentenzahlen in der Medizin gestiegen. Auch die Zahl der Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeiter ist gewaltig angewachsen. Von 1960 bis 1976 ist die Relation von Studenten zu wissenschaftlichem Personal (die sogenannte Betreuungsrelation) sogar von 5 auf 3 *gefallen!* Selbst heute beträgt sie in der Medizin nur 4 zu 1. Damit ist die Medizin die mit weitem Abstand am besten versorgte akademische Disziplin. In der am zweitbesten versorgten Fächergruppe, den Naturwissenschaften, hat ein wissenschaftlicher Mitarbeiter doppelt so viele Studenten zu betreuen. Wenn also Mediziner mit dem Hinweis auf ein angeblich schlechtes Verhältnis von Lernenden zu Lehrenden eine Beschränkung der Studienkapazitäten fordern, so steht das gleiche Recht erst recht den Physikern und Ingenieuren zu¹².

Auch die Ausstattung mit Sachmitteln ist in der Medizin so gut wie in keinem anderen akademischen Bereich. Bei weniger als zehn Prozent der Studienplätze kommt ihr fast die Hälfte der gesamten Investitionen im bundesdeutschen Hochschulbau zugute, und wenn heute in unserer Hochschullandschaft vom Sparen geredet wird, so bleiben die medizinischen Fakultäten in der Regel ausgenommen. So ist etwa der mit 620 Mill. Mark veranschlagte dritte Bauabschnitt für das Universitätsklinikum Regensburg der mit Abstand teuerste Posten im aktuellen Hochschul-Rahmenplan. Bei derartigen Rahmenbedingungen von Kapazitätsbeschränkung-

⁹ So empfiehlt etwa der Sachverständigenrat, daß niedergelassene Ärzte in Abkehr vom gegenwärtigen Werbeverbot eine erfolgreiche Teilnahme an Fortbildungskursen dem Publikum „zur Kenntnis geben können“ (Ziffer 106, S. 67).

¹⁰ Sachverständigenrat, a. a. O., Ziffer 106, S. 66/67.

¹¹ Siehe die Auszüge des in Hannover verabschiedeten „blauen Papiers“ im Deutschen Ärzteblatt vom 26. 9. 1986.

¹² Siehe R. P e r n i c e: Studienanfängerzahlen vor dem Hintergrund neuer hochschulpolitischer Rahmenbedingungen, in: Deutsches Ärzteblatt, 12. 2. 1982, sowie die neueren Statistiken im Informationsdienst der Deutschen Wirtschaft (iwd) vom 4. 2. 1988.

gen zu sprechen kann man nur als Unverschämtheit bezeichnen.

Die meisten Akteure der bundesdeutschen Gesundheitspolitik sind *durchaus in der Lage, hinter der Nebelwand vorgeschobener Argumente die wahren Motive von Ärzten und anderen Anbietern zu erkennen*. Trotzdem ertönen die Warnsirenen vor der Medizinerflut nicht nur aus den Praxen der niedergelassenen Ärzte. Das einigende Band dieser Cassandra-Koalition ist die Furcht vor einer durch „zu viele“ niedergelassene Ärzte ausgelösten Ausgabenexplosion. Das Hauptargument der Marktabschotter ist nicht mehr wie noch in den 70er Jahren die Gesundheit, sondern der Geldbeutel der Patienten. Man sieht die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung in Gefahr.

Unkontrollierbare Ausgaben

Seit den Bismarckschen Sozialgesetzen führt die Hauptschlagader des deutschen Gesundheitswesens durch die Praxen der niedergelassenen Ärzte. Hier werden Patienten verteilt und Mittel requiriert, vor allem von hier aus werden die Gesundheitsmilliarden in die Kanäle des Systems gepumpt. Dabei sind die Ausgaben für die ambulante Behandlung selbst (derzeit 40 Mrd. Mark pro Jahr oder 17 % der Gesamtausgaben) ein eher sekundäres Problem. Durch die seit Jahren praktizierte „Deckelung“ des Gesamthonorarvolumens bleiben diese zumindest für die gesetzliche Krankenversicherung vergleichsweise problemlos unter Kontrolle. Nimmt die Zahl der Kassenärzte zu, so werden eben die individuellen Anteile am Honorarkuchen kleiner, und die vielfach beobachtete „Flucht in die Menge“ fällt nicht der Krankenversicherung, sondern den weniger fluchtbereiten Kollegen zur Last. Aus der Sicht der Anbieter ist die ambulante Versorgung ein Nullsummenspiel. Was der eine gewinnt, geht zu Lasten eines anderen.

Der eigentliche Sprengsatz sind nicht die Arzthonorare, sondern die von niedergelassenen Ärzten verordneten Drittleistungen (Krankenhausweisungen, Krankschreibungen, Verordnungen von Kuren, Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln). Die so verursachten Ausgaben übersteigen die unmittelbaren Kosten der ambulanten Versorgung um ein Vielfaches¹³. Sie sind auch durch eine Deckelung der Arzthonorare nicht in den Griff zu bekommen. Hier hat also der Sachverständigenrat mit seiner Warnung vor unerwünschten Konsequenzen der Ärzteschwemme durchaus recht. Bei unveränderten institutionellen Rahmenbedingungen

¹³ Laut Sachverständigenrat um den Faktor 4 (Ziffer 102, S. 64).

¹⁴ Sachverständigenrat, a.a.O., Ziffer 103, S. 64.

kommt auf die gesetzliche Krankenversicherung aus dieser Ecke eine unkontrollierbare Sekundärwelle weiterer Ausgaben zu.

Genügend Alternativen

Wer aber sagt, daß der institutionelle Rahmen sich nicht ändern darf? Die Reichsversicherungsordnung ist schließlich nicht die Bibel. Wo steht geschrieben, daß der befürchtete „kontraproduktive Wettbewerb mit Gefälligkeitsleistungen“ auf ewig zu Lasten der Krankenkassen gehen muß? Wer zwingt uns das Zugeständnis ab, daß ein niedergelassener Arzt jeden Patienten bis zum Ende aller Tage nach Belieben krankschreiben darf? Genauso können wir ihm dieses so oft mißbrauchte Privileg auch wieder entziehen. Das derzeit noch durch keinerlei Kompetenznachweis gesteuerte Recht zur unbegrenzten Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln könnte man auch „vom Nachweis entsprechender Fachkenntnisse abhängig machen“¹⁴. Genauso wie nicht jeder Rechtsanwalt gleichzeitig auch Notar sein muß, kann man auch im Gesundheitswesen die „Notarfunktion“ des Kassenarztes gegenüber den Krankenkassen ohne weiteres auf ausgewählte Individuen beschränken.

Die vielfach übliche Fließbandausstellung von Rezepten wäre alternativ auch durch Kontingentierung, das übertriebene Krankenseinweisen durch Zweitgutachten einzudämmen. Auch der berühmte „Bayernvertrag“, der das Gesamthonorar der Kassenärzte negativ mit den veranlaßten Drittleistungen korreliert, wäre in diesem Zusammenhang einer weiteren Überlegung wert. Vielleicht könnte sogar ein tollkühner Reformier (ein Gorbatschow des deutschen Gesundheitswesens) erwägen, der allenthalben grassierenden Begehrlichkeit der Patienten, die ja im Verein mit den Anbieterinteressen dem aktuellen Regelgemisch erst zu seiner vollen Brisanz verhilft, durch fühlbare Selbstbeteiligung einen Riegel vorzuschieben.

Alternativen gibt es genug. Deren Vor- und Nachteile sollen hier nicht interessieren. Für unsere Zwecke ist allein von Bedeutung, daß die Ärzteschwemme auch ohne Marktabschottung niemanden zu schrecken braucht. Ihre unerwünschten Nebenwirkungen sind ausnahmslos auch mit anderen, einer liberalen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung angemesseneren Methoden abzuwenden. Zulassungsbeschränkungen, ob zu Beginn des Studiums, nach der Approbation oder vor der Niederlassung, sind einer freien Gesellschaft unwürdig. Sie mögen in Moskau oder Peking gang und gäbe sein. In der Bundesrepublik haben sie nichts zu suchen.