

# Über den Tag hinaus . . .

Eberhard Weinhold

Die Unsicherheit der allgemeinen wirtschaftlichen Lage in der Bundesrepublik mit unzähligen Konkursen, über einer Million Arbeitslosen und Kurzarbeitern und ständig ansteigenden sozialen Belastungen hat die kassenärztlichen Partner in der gesetzlichen Krankenversicherung veranlaßt, mit der Empfehlungsvereinbarung vom 28. April 1976 mit den Bundesverbänden der RVO-Krankenkassen bis zum Ende des Jahres 1977 nicht nur einen besonders niedrigen Inflationsausgleich vorzusehen, sondern auch die Honorierung des Leistungszuwachses zu begrenzen. Damit sollte gleichzeitig demonstriert werden, daß Selbstverwaltung und Vertragsfreiheit in Notsituationen zu flexiblen Lösungen imstande sind.

Die Vereinbarung in die Praxis umzusetzen, bemühen sich jetzt die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen; die Schwierigkeiten sind beträchtlich. Denn aus der simplen Vorstellung der Planwirtschaftler, man brauche nur das Ausgabenvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung mit volkswirtschaftlichen Wachstumsraten in Einklang zu bringen und schon sei die Kostenlawine gestoppt, erwächst die entscheidende Frage nach den Auswirkungen auf die praktizierte Medizin. Schließlich bedeutet ein solcher Schritt nicht nur eine materielle, sondern auch eine geistige Investitionslenkung.

Schon mehren sich die Stimmen aus dem Lager derer, die eine Vergesellschaftung des Gesundheitswesens fordern, nach einer Fortschreibung vereinbarter Begrenzungen über den Zeitraum bis 31. Dezember 1977 hinaus. Es wird also ohne eine politische Entscheidung für oder wider nicht abgehen.

In diese Entscheidung müssen einbezogen werden

▷ die sozialpsychologischen Erkenntnisse aus den Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte,

▷ die Unterschiedlichkeit der persönlichen Ansprüche und Bedürfnisse der Versicherten,

▷ die Deutung des Begriffes ärztlicher Freiberuflichkeit und

▷ das Dilemma zwischen unbegrenztem wissenschaftlichen Fortschritt und begrenzten finanziellen Möglichkeiten.

Das sind entscheidende Einsichten, denn einige politisch gängige Forderungen nach einem „Recht auf Gesundheit“, nach „Chancengleichheit“ oder nach „Solidarität“ können sich dabei als illusorisch erweisen.

So trägt auch die gesetzliche Definition der Ansprüche des einzelnen an die Ärzte und ihre kassenärztlichen Organisationen diese Dynamik bereits in sich:

▷ Nach den Regeln der ärztlichen Kunst sollen die Ansprüche der Versicherten zweckmäßig und ausreichend befriedigt werden; das Maß des Notwendigen darf dabei nicht überschritten werden;

▷ gleichmäßig, bedarfsgerecht und in zumutbarer Entfernung für die Versicherten soll die Versorgung mit ärztlichen Leistungen organisiert sein.

Jeder Arzt und jeder Sachverständige auf dem Gebiet der Gesundheits- oder Sozialpolitik kennt die Schwierigkeiten, die sich aus der Arbeit mit diesen unbestimmten

Rechtsbegriffen ergeben; ihre Übersetzung in die Praxis der ärztlichen Behandlung und in die Praxis der Organisation der ärztlichen Versorgung ist bereits ein Teil der ärztlichen Kunst.

In der individuellen Gesundheitsführung und in der Krankenversorgung sind die ärztlichen Tätigkeiten persönliche Dienstleistungen mit allen Merkmalen menschlicher Individualität. Weder ihr Tätigkeitsumfang noch ihr Ergebnis ist austauschbar. Nicht einmal der Umfang des gesamten zur Erbringung dieser Leistungen erforderlichen Aufwandes an Personen und technischen Mitteln ist anders zu ermitteln als im nachhinein.

An die Stelle der Verpflichtung für den Arzt, bei der Honorierung seiner Leistungen die wirtschaftliche Lage des zur Zahlung Verpflichteten zu berücksichtigen, ist im Vertragssystem der kassenärztlichen Versorgung die Verpflichtung zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen getreten. Das ist insoweit logisch und konsequent. Wenn auch die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen nicht unabhängig ist von den Vereinbarungen der Sozialpartner, so ist jedoch eine Übertragung der dort gefundenen Kompromisse auf den völlig anders strukturierten und völlig anderen Wachstumskriterien unterworfenen Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung beziehungslos und deshalb unsinnig.

Niemand, der mit Etats arbeiten muß, wird der Feststellung widersprechen können, daß mit seiner Festsetzung auch der Leistungsumfang begrenzt wird. Wie er aber im Falle der Krankenbehandlung begrenzt werden soll, und zwar im Sinne einer Etatisierung, hat noch niemand zu sagen gewagt. Deshalb haben die geistigen Väter der RVO den erforderlichen subjektiven Bezug durch die flexible Formulierung „nach den Regeln der ärztlichen Kunst“ hergestellt. Damit hat der Gesetzgeber Raum für die inzwischen bestätigte immanente Dy-

namik von Ansprüchen und Leistungen geschaffen, die den heutigen Umfang und Standard der kassenärztlichen Versorgung bestimmt. Wer diese Dynamik nicht akzeptieren will, aber auch die Ansprüche nicht begrenzen will, muß zusehen, wie ein Leistungsdefizit entsteht. Es scheint aber so, als wolle niemand an dieser dem Gesundheitswesen eigenen Leistungsdynamik etwas ändern.

### Stimmt der Denkansatz?

Zur Diskussion steht aber die Finanzierung, und zwar hinsichtlich der Höhe und hinsichtlich des Systems. Daß die Höhe der Kosten die volkswirtschaftlichen Möglichkeiten zu sprengen droht, wird fast unisono behauptet. Dabei muß zumindest darauf hingewiesen werden, daß die Einordnung der gesundheitlichen Leistungen in den Bereich der Soziallasten durchaus strittig ist. Es gibt gute Gründe, die gesundheitlichen Dienstleistungen als überwiegend produktiv einzuordnen. Für die Überlegungen hinsichtlich der Belastbarkeit der Volkswirtschaft hat das durchaus Konsequenzen, jedenfalls in einer überwiegenden Dienstleistungsgesellschaft.

Unabhängig davon ist entscheidend, daß zumindest bei der individuellen ärztlichen Behandlung alle Charakteristika persönlicher Dienstleistungen gegeben sind und daß den Ansprüchen der Bürger vorwiegend individuelle Risiken, Verhaltensweisen und Bedürfnisse zugrunde liegen. Man kann also auch das ökonomische Verfahren, derartige individuell beeinflussbare Ansprüche auf Leistungen in einem quasi öffentlich finanzierten Anteil eines „Sozialbudgets“ zusammenzufassen, als vom Ansatz her falsch bezeichnen.

Wo sind denn, bitte, die Ausgaben für Rechtsanwälte, Architekten, Steuerberater, Schriftsteller, Filmschauspieler oder auch die verschiedenen Handwerke volkswirtschaftlich zusammengefaßt? Und

wer wagt zu sagen, dies oder das sei zuviel und sprengt irgendeinen ökonomischen Rahmen?

Die öffentlich-rechtliche Struktur der gesetzlichen Krankenkassen, die Ausweitung der Pflichtversicherung anstelle der Einführung einer Versicherungspflicht und die Belastung dieser Pflichtversicherungen mit sozialen Umverteilungsaufgaben und versicherungsfremden Leistungen hat den allgemeinen Fehlschluß erzeugt, hier handele es sich um eine öffentliche Ausgabe. So sinnvoll es gewesen ist, gesellschaftliche Verantwortung durch staatliche Gebührenordnungen, Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenzen sowie durch allerlei Berufsregelungen einzubringen, so wenig ist dadurch die Systematik des Anmeldens und der Befriedigung persönlicher Ansprüche verändert worden. Soweit die kassenärztliche Versorgung betroffen ist, mit freier Arztwahl, Freiberuflichkeit, Verordnungsfreiheit und persönlicher Verantwortung für die erbrachten Leistungen, hinken deshalb die Vergleiche mit eindeutig öffentlichen Dienstleistungssystemen auch hinsichtlich der Kostenentwicklung. Eine Begrenzung der Gesamtausgaben kann hier auf die Dauer nur zu einer Einschränkung der Leistungen und zu einer restriktiven Beeinflussung der notwendigen Weiterentwicklung führen.

Wenn sich die Kassenärzteschaft angesichts einer allgemeinen Wirtschaftsflaute mit solchen, völlig systemwidrigen Begrenzungen vorübergehend abfindet, so entspricht das einer Behelfslösung mit Bordmitteln, die sobald als möglich durch eine gründliche Renovierung ersetzt werden muß, sonst nimmt die moderne Leistungsfähigkeit Schaden.

Das Ordnungsprinzip der kassenärztlichen Versorgung hat sich nicht zuletzt durch die Transparenz von Anspruch, Leistung und Honorierungssystem als so entwicklungs- und anpassungsfähig erwiesen. Daß es darüber hinaus am we-

nigsten an den Kostensteigerungen im Gesundheitswesen beteiligt ist, spricht für seine selbstregulierenden Kräfte. Eine Etatisierung ist hier am allerwenigsten notwendig.

Der gute Wille der Ärzteschaft, an der wirtschaftlichen Gesundung mitzuwirken, kann unterstellt werden. Die Ärzte leben so eng mit allen Menschen zusammen, daß sie die für alle gültigen Notwendigkeiten auch für sich gelten lassen. Das haben sie mehr als einmal bewiesen. Patienten und Ärzte werden sich, wenn es nötig ist, und wenn nicht andere gesellschaftliche Gruppen dieses Verhalten ständig unterlaufen, auf Sparsamkeit einigen. Die Verantwortung für die Verschlechterung der Versorgung, die sich unweigerlich aus einer sach- und fachfremden Koppelung der Ausgaben für ihren Arbeitsbereich ergeben muß, dürfen sie nicht einmal mitübernehmen.

### Cui bono?

Wegen ein paar bunten Federn am Hut ehrgeiziger Politiker sind schwerwiegende Eingriffe in die kassenärztliche Versorgung nicht zu rechtfertigen. Wer sozialisieren will, soll das offen sagen und seine These von der Freiheit durch Sozialismus vertreten. Aber die Vorstellung, die Motivation, die Initiative und den Eifer der Freiberuflichkeit trotz gesellschaftlicher Integration erhalten zu können, ist entweder Utopie oder Selbstbetrug.

Die Bürger der Bundesrepublik Deutschland wünschen ein freiheitliches Gesundheitswesen mit freier Arztwahl und persönlicher Patient-Arzt-Beziehung. Nur eine winzige Minderheit vertritt andere Vorstellungen. Alle gemeinsam wünschen sich eine möglichst hohe Qualität der ärztlichen Versorgung.

Gewerkschaftsfunktionäre verkünden, die Arbeitnehmer seien nicht mehr bereit, die ständig steigenden Beiträge dafür aufzubringen. In der Praxis hören die Ärzte so etwas kaum. Daß sich ausgerechnet auf

## Leistungsfähigkeit und Freiberuflichkeit

dem Gebiet gesundheitlicher Leistungen der allgemeine Unwillen über ständig steigende Abgaben manifestieren soll, nicht etwa bei der durch die Inflation angeheizten Steuerprogression oder bei anderen Verteuerungen von Waren oder Dienstleistungen, muß ohnehin bezweifelt werden.

Die gezielte Kritik der Gewerkschaften paßt nur zu gut zur Strategie der Umwandlung dieses überwiegend von Freiberuflern und Selbständigen besetzten Bereichs in ein maßgeblich von ihnen mitbestimmtes Dienstleistungssystem; sie ist ein Teil gewerkschaftlichen Machtkampfes. Wäre das nicht so, würden sie sich nicht mit Händen und Füßen gegen die diskutierten Wahlmöglichkeiten wehren, bei denen die Bürger selbst über Art und Umfang ihres Versicherungsschutzes entscheiden könnten. Alles, was nach Privatisierung aussieht, und sei sie noch so sinnvoll und ökonomisch aussichtsreich, widerspricht ihrem gesellschaftspolitischen Konzept. Daran scheint diese vielversprechende Diskussion zu scheitern, nicht nur im Gesundheitswesen.

Dabei müßten gerade die Gewerkschaften, wenn sie wirklich die Interessen der Arbeitnehmer vertreten wollen, an der Erhaltung der gesellschaftlichen Freiräume zur Entfaltung persönlicher Zuwendung und dem Entstehen der notwendigen individuellen Partnerschaften interessiert sein. Aber es ist hier wie überall: Mächtige Organisationen haben ihre eigenen Interessen, und diese rangieren nicht selten vor denen ihrer Mitglieder. Begründungen dafür lassen sich immer finden.

### Ausweg aus der Sackgasse

Daran, daß die Probleme von Konstitution und Krankheit, von Leben und Sterben ebenso persönlich sind wie die Siege und die Niederlagen in der praktizierten Medizin, kann die beste Gesundheitspolitik nichts ändern, sie kann aber dieser

Tatsache Rechnung tragen. Ideologien sind dabei nur hinderlich.

Die Grenzen des Machbaren sind sichtbar geworden, deshalb wird es unvermeidlich sein, sie in den persönlichen Entscheidungsprozeß wieder klar und deutlich einzubeziehen. Damit wird auch der Tatsache Rechnung getragen, daß soziale und solidarische Sicherungen nicht alles abzudecken vermögen, was der Risikobereitschaft und den Wünschen des einen oder anderen entspricht.

Wo Grenzen sind, müssen sie kenntlich gemacht werden, sonst gibt es ständig neue Konflikte, und an die Stelle politischer Entscheidungen tritt zwangsläufig die forensische Rechtsfindung. Wahltarife und Mindestsicherungen bis hin zur Absicherung maximaler Ansprüche fördern das Bewußtsein um die eigene Zuständigkeit, die zu erkennen, Voraussetzung für die praktizierte Solidarität ist.

### Konsequenzen im Status quo

Wenn aber der politische Wille oder der politische Mut fehlen, die ausgetretenen Pfade der bisherigen Sozialpolitik zu verlassen, dann ist es unredlich, Schuld und Last auf andere abzuschieben.

Die Ärzte müssen dann jedenfalls, entsprechend ihrem beruflichen Auftrag, versuchen, das Beste für alle Beteiligten aus den jeweils gültigen gesundheits- und sozialpolitischen Entscheidungen zu machen. Dazu brauchen weder sie noch ihre Organisationen Ermahnungen durch Gesundheitspolitiker oder Gewerkschaftsfunktionäre. Eine wohlwollende Unterstützung ihrer offensichtlichen Bemühungen wäre sinnvoller und nützlicher als Befrachtung der Entwicklung mit immer mehr gesetzlichen Auflagen.

Die Kassenärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen brauchen organisatorischen und finanziellen Spielraum für die innere Dynamik ihrer Aufgaben und Leistungen.

Die Behauptung, dieser Spielraum werde willkürlich zur „Gewinnmaximierung“ mißbraucht, kann zumindest an Hand der vorliegenden Statistik nicht bestätigt werden. Die Verteuerung der ambulanten ärztlichen Behandlung bewegt sich im selben Rahmen wie die Steigerung der Verwaltungskosten der Krankenkassen, bei denen die Profitmaximierung wohl außer Diskussion ist. Auch die weit überproportionale Steigerung der Ausgaben für den fast vollständig vergesellschafteten Bereich der Krankenhausbehandlung läßt eher das Gegenteil vermuten: Im großen Ganzen wirken freiberufliche Mitverantwortung und Verpflichtung zur Wirtschaftlichkeit kostensparend.

Das Gelingen der zahlreichen Vorhaben, für die auch in Zukunft die Kassenärzte und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verantwortung tragen sollen, ist abhängig von einem leistungsbezogenen Honorierungssystem. In ihm müssen die typischen Merkmale freiberuflich erbrachter, persönlicher Dienstleistungen erhalten bleiben; sonst werden die erforderlichen Initiativen nicht freigesetzt.

### Aus der Plafondierung in die Insuffizienz

Wer die allgemeinärztliche Versorgung in Stadt und Land verbessern will, muß sich darüber klar sein, daß damit auch die Ansprüche und die Leistungen steigen.

Wer Ärzte für diese Aufgaben gewinnen will, muß ihnen eine möglichst hohe medizinische Leistungsfähigkeit zumessen. Mit einem unbefriedigenden Leistungsspektrum werden keine tüchtigen Ärzte dafür motiviert, und auf lange Sicht wird auch der erhoffte Rationalisierungseffekt mit einer gut ausgebauten Basisversorgung ausbleiben.

Das Einfrieren des medizinisch notwendigen Leistungszuwachses auf bestimmte Prozentzahlen, die ganz anderen Leistungsbereichen

## Leistungsfähigkeit und Freiberuflichkeit

entnommen sind und deren soziale Komponenten überhaupt nicht übertragbar sind, ist für eine ungestörte Weiterentwicklung der individuellen Gesundheitsführung und Krankenversorgung kein gangbarer Weg. Wenn Rationalisierungs- und Sparsamkeitseffekte in diesem Bereich überhaupt erzielt werden können, so müssen sie sich aus dem Anspruchs- und Leistungssystem heraus entwickeln, von dort her also, wo ohnehin die ungeteilte Verantwortung für die Tätigkeit im Einzelfall bleibt: bei Patient und Arzt. Wer das nicht begreifen kann, kennt die Menschen nicht.

Aber auch die Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen bedürfen der Unterstützung aller Kassenärzte, und zwar nicht nur finanziell.

Natürlich werden die in freier Praxis tätigen Ärzte den Neuniederlassungen weniger freundlich gegenüberstehen, wenn sie nicht nur die Starterleichterungen mitfinanzieren, sondern auch noch die nun anfallenden Mehrleistungen des neuen Kollegen aus einem begrenzten Honorarvolumen mit eigenen Honorarverzichteten bezahlen sollen.

Wie sollen die modernen, kostenintensiven Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten, z. B. der Nuklearmedizin, der Endoskopie, der Thermographie und der Ultraschalldiagnostik ausgebaut werden, wenn der dadurch bedingte Leistungszuwachs nur durch Honorarabschläge finanziert werden kann?

Ja sogar die immer besser werdende Zusammenarbeit der Ärzte untereinander in der freien Praxis und mit den Krankenhausärzten wird auf lange Sicht gestört werden, wenn der dadurch ausgelöste Leistungszuwachs möglicherweise zu einer allgemeinen Honorarminderung führt.

Die Kassenärzte sind dabei, ein recht anspruchsvolles System von

Qualitätssicherungen für ihre medizinisch-technischen Leistungen auszubauen. Das alles kostet sehr viel Geld für Fortbildung, Organisation und für besonders qualifizierte Mitarbeiter.

Die Dokumentation und die gegenseitige Information sollen den modernen Möglichkeiten der Archivierung und der Kommunikation angepaßt werden; das kostet abermals Zeit, Geld und Neuorientierung.

Die in freier Praxis tätigen Ärzte sollen durch eigene Initiativen und eigene Mittel stationäre Behandlungsmöglichkeiten, sogenannte Praxiskliniken, schaffen, um die extrem teuren Akutkrankenhäuser zu entlasten.

Jeder Pfennig, der für diese Aufgaben ausgegeben wird, muß ohnehin vorher durch ärztliche Arbeit verdient werden. In der kassenärztlichen Versorgung gibt es keine Vorhaltekostenerstattung und keine anderen staatlichen Subventionen.

Die aufgezählten Aufgaben sind nur ein kleiner Teil dessen, was ständig der Neuerung oder der Verbesserung in der kassenärztlichen Versorgung dienen soll. Es wäre geradezu widersinnig, wollte der Vertragspartner oder sogar der Gesetzgeber die finanziellen Möglichkeiten dafür beschneiden. Von der Analyse der Ausgabenentwicklung der Krankenkassen her besteht dafür kein Anlaß; es kann sich also nur darum handeln, einen gut funktionierenden Teil unserer pluralistischen Ordnung dem Machtbegehren anderer zu opfern.

Den Preis dafür werden alle bezahlen müssen; und dieser Preis wird höher sein als alle derzeitigen volkswirtschaftlichen Hochrechnungen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Ernst-Eberhard Weinhold  
Dorfstraße 140  
2851 Nordholz

## DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

### Vom 25. Oktober an: Neue Anschrift, neue Telefonnummer der Redaktion

Am Montag, dem 25. Oktober, verlegt die Redaktion des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES ihren Sitz in die unmittelbare Nähe der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die Anschrift der Redaktion lautet dann:

**Haedenkampstraße 5  
5000 Köln 41  
(Lindenthal).**

Vom selben Zeitpunkt an ist die Redaktion telefonisch über die Durchwahlsam-  
melnummer

**(02 21) 47 28-1**

zu erreichen; für Fernschreiben gilt die neue Telexnummer 8 882 308 daeb d.

Am Freitag, dem 22. Oktober, sind Telefongespräche mit der Redaktion wegen des Umzugs *nicht* möglich.

► Bitte, beachten Sie, daß die Anschrift des Deutschen Ärzte-Verlages und der Anzeigenabteilung des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES *unverändert* bleibt: Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40, 5000 Köln 40 (Lövenich). Telefon: (0 22 34) 70 11-1; Fernschreiber: 8 89 168 daev d.