

der Wiederbeschaffungswert bei 207 000 DM. Wie Sie ebenfalls wissen, hat das Zentralinstitut seine in Zusammenarbeit mit dem Kölner Ordinarius für Betriebswirtschaft, Prof. Dr. Sieben, angesetzte Kostenanalyse um eine betriebswirtschaftliche Kostenkalkulation ergänzt. Diese Analyse hat nicht die ihr gebührende Verbreitung gefunden, ist bei zahnärztlichen Spitzenorganisationen bereits üblicher Brauch, wird von den Vertretern der Ärzteschaft jedoch nur zögernd benutzt, im Bewußtsein um die unterentwickelten steuerlichen und betriebswirtschaftlichen Kenntnisse ihrer „Basis“. Die Ärzteschaft läuft damit jedoch Gefahr, in Unkenntnis der effektiven Kosten einer Praxisführung die verbleibenden Einkommen zu überschätzen.

Damit sind wir wieder beim Ausgangspunkt: es stellt sich unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten heraus, daß die Einnahmeüberschüsse vor Steuern im Jahre 1976 bei einem Allgemeinpraktiker 107 000 DM und beim Facharzt rund 117 000 DM gewesen sind. Es handelt sich also um eine Differenz von ziemlich genau 10 000 DM zwischen Allgemeinpraktiker und Facharzt. Dieser doch relativ geringen Summe muß man nun gegenüberstellen den Wiederbeschaffungswert für Praxisinventar, welcher beim Facharzt durchschnittlich um 120 000 DM höher liegt als beim Arzt für Allgemeinmedizin. Sollte sich unter Berücksichtigung weiterer Aspekte (längere Ausbildungszeit, relativ schneller Preisanstieg technischer Einrichtungen, personalintensivere Praxisführung mit allen Folgekosten) tatsächlich beim Facharzt „unterm Strich“ ein durchaus mäßiger Einkommenvorsprung ergeben, so steht doch der Mehrerlös aus der Praxisarbeit nicht zur Verfügung, sondern muß als Rückstellung für Ersatzbeschaffung betrachtet werden.

Es ist mir bei diesen Gesichtspunkten nicht verständlich, wie einerseits in Ihrem Artikel mehrfach von einem um zwanzig Prozent niedrigeren Durchschnittseinkommen des Prak-

tikers gesprochen wird und Sie annehmen, daß „spontan jeder von uns die Aussage treffen wird, daß dieser Einkommensabstand der Praktiker vom Durchschnitt der Fachärzte nicht zu rechtfertigen sei“, Sie ferner dringend nach einer Erklärung suchen – obwohl es für ein nicht vorhandenes Phänomen keiner Erklärung bedarf. Wenn man richtig rechnet, existiert keine Unterbezahlung des Praktikers.

Es sind bessere Ideen notwendig, um qualifizierte Ärzte für Allgemeinmedizin heranzubilden und für ihren Beruf zu begeistern. Es bringt auch nichts, die Fachärzte, ebenfalls in ihrem Beruf engagiert, noch schlechter zu honorieren. Man sollte alle, auch die betriebswirtschaftlich errechenbaren Zahlen auf den Tisch legen, sich vielleicht auch nicht scheuen anzuerkennen, daß überall in den freien Berufen Umsatzgröße direkt mit der Qualifikation und Länge der Ausbildung, mit finanzieller Investition bei Tätigkeitsbeginn und mit dem Zeittrend (direkt zum Facharzt) in Zusammenhang stehen können und nicht ganz von der Hand weisen, daß mancher Kollege im Zenit seines beruflichen Könnens Anspruch auf etwas mehr Honorar haben könnte als einer, der mit seiner zur Zeit üblichen minimalen Ausbildung frisch in die Praxis tritt. Man könnte auch in den oberen Etagen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in einer Zeit, da es viel wichtigere Probleme gibt, vermeiden, eine Verteilung des Mangels in Form einer Umverteilung des Inhaltes des geschlossenen Honorartopfes zu betreiben, und wieder darauf hinarbeiten, daß nicht für immer mehr Leistungsanforderung immer weniger Honorar gezahlt wird.

Bitte verstehen Sie mich nicht falsch. Ich bin Internist „auf dem Lande“, würde durchaus an einer Anhebung der ärztlichen Grundleistungen deutlich partizipieren, nehme auch seit vielen Jahren gewohnheitsmäßig, trotzdem mit Freude, an der ärztlichen Grundversorgung unserer Bevölkerung in Tag- und Nachtdienst teil und nehme an, mich mit allen hiesigen Kollegen gut zu

verstehen. Jeder hat seine Arbeit, jeder hat seinen – offenbar genau gleichen – Lohn und jeder hat die gleichen Sorgen, wie es mit uns allen weitergehen soll.

Es dreht sich dabei um viel mehr als um ein paar Pfennige Differenz bei Beratung oder Röntgenbild. Insbesondere wird seitens der KBV mehr erwartet, nämlich Phantasie und Durchsetzungsvermögen, die Zusammenfassung der Kräfte aller ärztlichen Fachgruppen, der Schutz vor pauschalen Verurteilungen, die wesentlich geschicktere Öffentlichkeitsarbeit, außerhalb der Nabelschau der ärztlichen Zeitschriften, die Verhinderung des lemmingzuggleichen Ansturmes auf die Studienplätze (auch nur zu verhindern in den Oberklassen unserer Schulen durch harte Aufklärungsarbeit), ferner die tägliche laute Wiederholung der Tatsache, daß man ohne dreibis vierjährige Ausbildungszeit nach dem Studium in der Praxis heutzutage nicht mehr bestehen kann. Das wären wirklich einige aktuelle Aspekte.

Dr. med. Harthmut Weinholz  
Facharzt für innere Krankheiten  
Martinskirchstraße 4  
3016 Seelze 1

## Investitionen

Ihre Ausführungen dürften – auch bei Fachärzten – auf breite Zustimmung stoßen, soweit sie die sicherlich zu niedrig bewerteten ärztlichen Grundleistungen betreffen. Bei einer Anhebung dieser Gebührenposition würden – zu Recht – die „Hausärzte“ bevorzugt profitieren.

Weniger Zustimmung werden Ihre Ausführungen finden, mit denen Sie das höhere Umsatzvolumen der Fachärzte gegenüber dem „Hausarzt“ kritisieren. Sie haben für das Jahr 1977 eine durchschnittliche Umsatzdifferenz von 27,8 Prozent ausgewiesen. Immerhin anerkennen Sie, daß die Facharztpraxis höhere Unkosten verursacht. Dennoch würde ein Einkommensabstand von 20 Prozent verbleiben, den Sie als nicht

## Aktuelle Aspekte der Honorierung

gerechtfertigt beklagen. Hierbei wurden jedoch zwei ganz wesentliche Punkte von Ihnen außer acht gelassen:

① Der Facharzt hat im Schnitt eine um vier bis fünf Jahre längere Ausbildung zu absolvieren. Er tritt also um diese Jahresspanne später (und älter!) in die selbständige Praxistätigkeit ein. Hieraus ergibt sich einmal ein gewisser Nachholbedarf und andererseits eine kürzere Rest-Lebensarbeitszeit, womit gleichzeitig auch höhere Aufwendungen für die Sicherung des Lebensabends verbunden sind – wie Sie ja sicher wissen: aus voll versteuertem Einkommen.

② Die primären Investitionen in eine Fachpraxis sind ungleich höher als beim „Hausarzt“ (meine Investitionen lagen über DM 400 000); in anderen Fachgruppen sind noch wesentlich höhere Einrichtungssummen notwendig! Der hiermit verbundene Kapitaleinsatz schmälert die Gewinnmarge ganz erheblich, und zwar auf mindestens 10 bis 12 Jahre, – eine Tatsache, die in Ihrem Zahlenmaterial ebenfalls unberücksichtigt blieb.

Die Förderungswürdigkeit der „Hausarzt-Stellung“ ist unbestritten, denn der Hausarzt ist die Basis unserer medizinischen Versorgung. Der Facharzt will ja auch nur beschränkt auf seinem Gebiet tätig sein und nicht Allgemeinmedizin betreiben. Der Facharzt ist insofern vielleicht mehr auf den Hausarzt angewiesen als umgekehrt, und eine Einkommenssteigerung wird ihm niemand neiden.

Nur sollte diese Besserstellung nicht zu einer Nivellierung mit den Facharzt-Umsätzen führen, wie es offensichtlich anvisiert wird. Glauben Sie wirklich, daß – unter Berücksichtigung auch der o. g. Punkte – beim Facharzt „unter dem Strich“ 20 Prozent mehr verbleiben als beim Hausarzt? Ich bin mir sicher, daß die reale Differenz bei null Prozent liegen dürfte und zahlreiche Fachärzte ohne diesen 20-Prozent-Mehrumsatz schließen könnten.

Ich bedaure sehr, daß mit unvollständigen Argumentationen und einseitig innerhalb der Ärztegemeinschaft zugunsten einer Gruppe Stimmung gemacht wird – und dies zu einer Zeit, wo in honorarpolitischer Sicht unsere Geschlossenheit und Einigkeit besonders notwendig ist!

Dr. med. Rainer Baumann  
Facharzt für Orthopädie  
Pfinztalstraße 7  
7500 Karlsruhe 41 (Durlach)

## Schlußwort

Selbstverständlich ist die Honorarpolitik nur *ein* Bestandteil des kassenärztlichen Systems. Darin stimme ich dem Kollegen Kühn zu. In meinen Ausführungen habe ich mich jedoch bewußt auf die Honorierung ärztlicher Leistungen beschränkt und dabei – aus Anlaß des 1. Deutschen Hausärztetages und wegen der Bedeutung für die Sicherstellung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung – der Honorierung der durch die Ärzte für Allgemeinmedizin und die praktischen Ärzte erbrachten Leistungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Für *alle* Arztgruppen wurde im übrigen festgestellt, daß die Einzelleistungsvergütung als die am meisten wünschenswerte, weil optimale Form der Vergütung, anzusehen ist, – optimal im Hinblick etwa auf die Transparenz der ärztlichen Leistungen, die schnelle Anpassung des Leistungsspektrums an die medizinische Entwicklung und auf den Schutz der Kassenärzte vor dem bei allen anderen Vergütungsarten zu tragenden Morbiditätsrisiko.

Eine Beziehung der Einzelleistungsvergütung zu der von Patienten gewünschten – wie es Kühn feststellt haben will – ambulanten Behandlung in der Klinik läßt sich nicht belegen. Bisher jedenfalls konnte eine von der Honorierungsart abhängige „Beliebtheit“ der Inanspruchnahme ambulanter oder stationärer Leistungen nicht nachgewiesen

werden. Harte Zahlenvergleiche über eine Zunahme der ambulanten Inanspruchnahme von Klinikärzten (die ja in der Regel nur auf Überweisung erfolgen kann) zu Lasten der freipraktizierenden Kassenärzte interessieren hier mehr als die bloße Behauptung, es sei so. Die stationäre Behandlung setzt ebenfalls, von Notfällen abgesehen, eine Einweisung durch den Kassenarzt voraus, der wiederum nach Einzelleistung honoriert wird.

Das Erstaunen über die zunehmende Beliebtheit der betriebsärztlichen Betreuung vermag ich – bezüglich präventiver Maßnahmen – nicht zu teilen. Die Förderung der Vorsorge entspricht den gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Ärzteschaft – auch der Vorsorge durch Betriebsärzte, sofern diese sich auf das für sie abgegrenzte Aufgabenspektrum beschränken.

Im Rahmen der Honorarpolitik muß selbstverständlich auf die notwendige Alterssicherung des Kassenarztes, die jeder einzelne Kollege ja aus seinen Honorareinnahmen bestreiten muß, Rücksicht genommen werden. Fixe Teilbeträge – etwa im Sinne einer Pension – für die Altersversorgung können jedoch wegen der individuellen Altersvorsorge des Freiberuflers nicht ausgewiesen werden. Es wäre interessant zu erfahren, welche Vorstellungen Herr Kühn über eine – die Freiberuflichkeit nicht einschränkende Altersversorgung hat.

Die Kollegen Weinholz und Baumann sprechen weitgehend gleiche Fragen an, konzentriert auf eine meiner zentralen Aussagen: Was hat mich, so fasse ich die Anfrage zusammen, veranlaßt, für die Gruppe der Ärzte für Allgemeinmedizin und praktischen Ärzte eine „unangemessen niedrige Honorierung anzunehmen“?

Meinen Ausführungen lag die Überlegung zugrunde, warum sich die Zahl der jungen Kollegen, die eine allgemeinärztliche Tätigkeit anstreben, stetig zugunsten anderer Fachgebiete verringert. Diese Verschie-