

# Vom Arzt zum „Medizinmanager“

## Meilensteine auf dem Weg

Dr. med. Alfred Möhrle

Ehem. Präsident der Landesärztekammer Hessen (1992 bis 2004)

Die Nachkriegsjahre waren für viele Ärzte eine Zeit mit unbezahlter Tätigkeit, manchmal nur gegen Kost und Unterkunft. Zusätzlich mussten sie den Kampf um eine Kassenarztstelle bestehen. Bis 1955 gab es nur einen Kassenarzt auf 600 Versicherte; die Zulassungsbeschränkung fiel erst 1960 durch eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts. 1947 bezogen von den in hessischen Krankenhäusern beschäftigten 1.029 Ärzten nur 498 überhaupt ein Gehalt; bundesweit waren es von 15.000 angestellten Ärzten nur 8.000. In den 50er Jahren gingen jedoch die Approbationszahlen deutlich zurück, eine Reaktion auf die unattraktiven Arbeitsbedingungen für Ärzte in den Nachkriegsjahren. 1953 gab es noch 2.900 neue Approbationen, 1957 nur noch 500. Dies entschärfte spürbar den innerärztlichen Verteilungskampf. Erst 1965 stieg die Zahl der Approbationen wieder auf 2.600.

Anfang der 60er Jahre hatten die Ärzte die Möglichkeit, ihren Patienten alle Errungenschaften der modernen Medizin zukommen zu lassen. Sie hatten angesichts ihrer führenden Position in der Einkommensskala der freien Berufe keine finanziellen Sorgen, wenn sie bereit waren, viel und lange zu arbeiten, was damals noch fast selbstverständlich war. Für die Weiterbildung geeignete Assistentenstellen waren leicht zu bekommen, die Aufstiegsmöglichkeiten im Krankenhaus waren angesichts der ständigen Drainage in Richtung Niederlassung gut. Es gab Ende 1964 in Westdeutschland insgesamt 88.552 Ärztinnen und Ärzte, davon 79.931 berufstätig; 48.011 waren niedergelassen, 23.938 im Krankenhaus tätig. Wir waren sicher noch weit von dem entfernt, was wir heute unter „flächendeckender Versorgung“ verstehen, aber ich möchte behaupten, daß die Menschen deshalb nicht kränker waren als heute. Dennoch warnte schon der 65. Deutsche Ärztetag im Jahre 1962 angesichts einer steigenden Zahl von Medizinstudenten vor einer Überfüllung und damit drohenden „Proletarisierung“ des Arztberufs.

Warum ich mit dem Jahr 1964 begonnen habe? Nun, weil ich in diesem Jahr meine Tätigkeit als Arzt, oder genauer gesagt: als Medizinalassistent, aufnahm. Die Landesärztekammer Hessen war gerade mal 8 Jahre alt. Es wurde im Jahre 1964 eine neue Delegiertenversammlung gewählt, die erste, die aus richtigen Wahlen hervorging. Das deutsche Wirtschaftswunder war noch in vollem Gange. Es war, alles in allem, ein goldenes Zeitalter für Ärzte und Patienten. Doch sollte dies nicht so bleiben. Die Gesetzgebung der kommenden Jahrzehnte sollte nicht nur für die Patienten erhebliche Einschränkungen und zusätzliche Belastungen bringen, sondern auch das Berufsbild des Arztes nachhaltig verändern.

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 brachte den dringend notwendigen Innovationsschub für die stationäre Versorgung, allerdings auch eine enorme Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen. Von 1970 bis 1975 stiegen deren Ausgaben für Krankenhausbehandlung um fast das Dreifache, was mit Nachlassen der Konjunktur ab Mitte der 70er Jahre nur durch Beitragssteigerungen aufgefangen werden konnte.

Anfang der 70er Jahre kam eine allgemeine Diskussion über eine Reform des Gesundheitswesens auf, bei der auch die Ärzteschaft und die sie vertretenden Organisationen Gegenstand der Kritik an der ärztlichen Versorgung wurden. 1971 stellte das Wirtschaftswissenschaftliche Institut des DGB eine Studie vor, die eine Rückständigkeit bei der medizinischen Versorgung der Bevölkerung feststellte und die auf große Resonanz in der

Öffentlichkeit stieß. Sie wurde damals „Rote Studie“ genannt, nicht nur wegen ihres Einbandes, sondern auch wegen ihres Inhalts. Als ein wesentlicher Lösungsansatz zur Behebung der Defizite wurde die flächendeckende Einrichtung sog. „Medizinisch-technischer Zentren“ gefordert, in welche die bisher in den Praxen und den Krankenhäusern erbrachten diagnostischen Leistungen verlagert werden sollten. Schlagworte wie „Halbgötter in weiß“, „Beutelschneider“ und „reaktionäre Ärztfunktionäre“ kamen auf. Das Grundvertrauen der Patienten in die Ärzte ging Stück um Stück verloren.

Die Diskussion war Anlass für die Ärzteschaft, eigene Vorstellungen von der Zukunft des Gesundheitssystems zu formulieren; so entstand z.B. 1973 das „blaue Papier“, die „Gesundheits- und sozialpolitischen Vorstellungen der Deutschen Ärzteschaft“. Diese Grundsätze wurden seither auf mehreren Deutschen Ärztetagen weiterentwickelt. Maßgebliche Gestalter dieses Papiers waren Karsten Vilmar für die BÄK und Ernst-Eberhard Weinhold auf der KBV-Seite.

Mehr und mehr geriet das Thema Kostenexplosion und Kostendämpfung in den Mittelpunkt der Diskussion um das Gesundheitswesen. 1977 legte das Bundesarbeitsministerium den Entwurf eines Kostendämpfungsgesetzes vor, in welchem eine engere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung angestrebt wurde. So erhielten die Krankenhäuser die Ermächtigung, praestationäre Diagnostik und poststationäre Nachbehandlungen durchzuführen, allerdings, und dies erst nach heftigen Protesten der Ärzteschaft, nur auf Überweisung eines Kassenarztes. Die Krankenhausträger, aber auch der Marburger Bund, sahen in der Möglichkeit prae- und poststationärer Behandlung keinen Vorteil, da erstere keinen Mehrerlös und letztere nur eine höhere Arbeitsbelastung der Krankenhausärzte erwarteten.

Mit dem Kostendämpfungsgesetz 1977 wurde ein Arzneimittelbudget eingeführt, welches die Ärzte nicht überschreiten durften. Damit wurde dem Arzt erstmals zugemutet, bei der Verordnung neben seiner ärztlichen Entscheidung finanzielle Gesichtspunkte zu berücksichtigen, um Nachteile für sich selbst zu vermeiden. Dies war ein Schritt, der weit über das bestehende Gebot der Wirtschaftlichkeit der Behandlung hinausging und der mit der Grundauffassung des Arztberufs eigentlich unvereinbar war und ist. Der Zwang, bei den Arzneimitteln zu sparen, war der Schritt in die Rationierung von Heilmitteln und setzte den Arzt unter einen Verteilungsdruck. .

Das Kostendämpfungsgesetz war das erste einer ganzen Reihe von rund 50 Gesetzen mit über 7.000 Einzelbestimmungen, mit denen man die Kostenentwicklung in einem rasch expandierenden Gesundheitsmarkt zu begrenzen suchte, um eine Beitragsstabilität einzuhalten. Auch die KBV versuchte mit Hilfe der ihr zur Verfügung stehenden Steuerungsmaßnahmen, den Zuwachs der kassenärztlichen Gesamtvergütung im Rahmen zu halten. Da zugleich aber die Zahl der Kassenärzte rasch zunahm, resultierte daraus ein spürbarer Rückgang des individuellen Einkommens der Kassenärzte.

Zum 1.1.1989 trat das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) in Kraft. Es brachte den absoluten Vorrang der „Beitragsstabilität“. Dies erforderte Umschichtungen hinsichtlich der Anteile der einzelnen Leistungsbereiche des Gesundheitswesens an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Verteilungskampf wurde intensiver. Das Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde als „Sozialgesetzbuch V“ in das in den 70er Jahren geschaffene Sozialgesetzbuch integriert.

1993 folgte das Gesundheits-Strukturgesetz (GSG), welches nun eine stringente Budgetierung der kassenärztlichen Gesamtvergütung sowie eine weitere Erhöhung der Zuzahlungen der Patienten brachte. Zugleich wurde die Zulassung zum Kassenarzt weiter eingeschränkt, eine Altersgrenze von 68 Jahren für die kassenärztliche Tätigkeit eingeführt und gleichzeitig die

Teilnahme der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung erleichtert. Zugleich zeichnete sich am Horizont angesichts weiter steigender Studentenzahlen das Gespenst der Massenarbeitslosigkeit von Ärzten ab.

Ab 1997 folgten das erste und das zweite „Krankenversicherungs-Neuordnungs- und Beitragsentlastungsgesetz“ (NOG). Die Patienten mußten nun mit einem „Notopfer Krankenhaus“ einen Teil der Klinikkosten selbst tragen; die Kurleistungen wurden gekürzt, die Zuzahlungen erhöht. Positiv zu vermerken ist eine Erweiterung des Gestaltungsraumes der Selbstverwaltung von Ärzteschaft und Kassen durch Übertragung weiterer Aufgaben.

1999 gab es unter der neuen rot/grünen Regierung das „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“, welches die zwei Jahre zuvor unter der Regierung Kohl beschlossenen Zuzahlungen und Ausschlüsse teilweise rückgängig machte. 2000 folgte die „Gesundheitsreform“ mit der Einführung der DRGs in den Krankenhäusern, 2002 das „Gesetz zur Neuregelung der Krankenkassenwahlrechte“. Es führte die DMPs für drei Diagnosen bei chronisch Kranken ein, koppelte sie allerdings an den Risikostrukturausgleich zwischen den gesetzlichen Kassen, und erleichterte den Kassenwechsel.

Gerade die Einführung der DRGs führte in den Krankenhäusern zu einem enormen Mehraufwand an Verwaltungstätigkeit. In den meisten Kliniken sind es in Ermangelung anderen hierfür geschulten Personals die Ärztinnen und Ärzte, welche die Verschlüsselung der Diagnosen vornehmen müssen.

Im stationären, aber auch im ambulanten Bereich kam zu den erwähnten Gesetzen eine Vielzahl von gesetzlichen oder untergesetzlichen Bestimmungen hinzu, welche vom Arzt zu beachten sind. Als Beispiele seien nur das Medizinproduktegesetz, die Röntgenverordnung und die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Überwachung von Kleinbetrieben genannt, zu denen auch die meisten Arztpraxen gehören.

2003 wurde uns schließlich das „Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ beschert. Es brachte die Praxisgebühr von 10 € eine Erhöhung der sonstigen Zuzahlungen für die Patienten, eine Neuregelung für den Zahnersatz und das Krankengeld sowie die Streichung des Sterbegeldes und der Zuschüsse für Brillen.

Dies ist der derzeitige Stand der Chronik des strukturellen Wandels in unserem Gesundheitswesen, jedoch sicher nicht das Ende. Die Ärztinnen und Ärzte sind ebenso wie ihre Patienten von all diesen Veränderungen betroffen. Zusätzlich leiden sie im niedergelassenen Bereich unter den Honorarbudgetierungen und –kürzungen, dem EBM 2000+, den Budgetierungen für Heil- und Hilfsmittel sowie für Arzneimittel. Im Krankenhausbereich sind es vor allem die Stellenkürzungen, die Arbeitsintensivierung durch Verkürzung der Liegezeiten und die mangelnde Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes, welche die Motivation der dort tätigen Kolleginnen und Kollegen tangieren. Aber alle leiden ganz besonders unter der Zunahme des Papierkriegs. Der Kern des „Arztseins“ wird mehr und mehr durch merkantile Gesichtspunkte und Verwaltungstätigkeit überlagert; aus dem Arzt ist ein Manager im Gesundheitssystem geworden, ein Verwaltungsbeamter für Gesundheitsgesetze. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann diese Aufgaben des ärztlichen Alltags auch in die Ausbildung zum Arzt integriert werden müssen, zu Lasten eigentlicher ärztlicher Fähigkeiten, die zu vermitteln wären.

Dabei wäre gerade jetzt zur Nutzung der modernen Behandlungsverfahren und investitionsintensiver Infrastrukturen eine intensive interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit aller am Patienten Tätigen erforderlich, und dies sektorübergreifend. Das quantitativ erweiterte und qualitativ veränderte Leistungsspektrum der modernen Medizin überfordert den einzelnen Arzt; für eine effiziente Behandlung des Patienten bedarf es des

geballten Sachverstandes vieler Spezialisten, die frei von Bevormundungen kooperieren können. Genau so wichtig ist jedoch die Grundversorgung durch einen gut weitergebildeten Allgemeinarzt, um das System vor unnötigen Kosten zu bewahren und damit bezahlbar zu erhalten, ohne durch Versäumnisse oder Verzögerungen den Patienten zu gefährden. An diesen beiden Eckpfeilern der Versorgung fehlt es jedoch nach wie vor.

Zu einer wahrhaft „integrierten“ Versorgung unserer Bevölkerung bedarf es neben der wohnortnahen Betreuung durch Allgemeinärzte auch weiterhin der kostengünstigen fachärztlichen Versorgung durch Niedergelassene, wenn möglich in Gruppenpraxen oder MVZs. Daneben aber ist es nötig, an den Krankenhäusern ausreichende Stellen für berufserfahrene Kolleginnen und Kollegen zu schaffen, die sich die stationäre Versorgung der Patienten zur Lebensaufgabe gemacht haben, ohne die Weiterbildungsmöglichkeiten für nachrückende Ärztegenerationen zu blockieren. Solche Positionen müssen dem Arzt mehr Entscheidungsfreiheit in ärztlichen Fragen einräumen als heute, sie müssen ihn freihalten von kaufmännischen Erwägungen, aber sie müssen ihm auch ein entsprechend attraktives Auskommen sichern.

Für den Fortbestand unseres weltweit als leistungsfähig anerkannten Systems der gesundheitlichen Versorgung brauchen wir Ärzte, keine Manager. Der Arzt muß wieder von berufsfremden Tätigkeiten entlastet und in die Lage versetzt werden, seine Arbeitskraft ausschließlich dem Patienten zu widmen. Der Satz „Jedes Volk bekommt die Ärzte, die es verdient“ tröstet nur wenig; auch wir Ärzte werden eines Tages die Hilfe unserer Kolleginnen und Kollegen benötigen. Ich jedenfalls möchte dann einen Arzt vor mir sehen und keinen Medizin-Manager.