

EDITORIAL

Fürwahr – die Ärzte geben sich ihre „Vergütungssysteme“ selbst, schließlich regiert in Deutschland die Selbst-Verwaltung. Den Ausschlag gibt die Honorarverteilung der KV. Wenn Ärzte und Arztgruppen bei jeder EBM-Reform verunsichert bis bestürzt reagieren, ist die Politik nicht der richtige Adressat. Zu guter Letzt handeln schließlich die gewählten Häupter der Ärzteschaft. Doch auch die verstecken sich gern hinter den Finanzierungsvorgaben des Gesetzgebers. Von daher erhielt die Bundesgesundheitsministerin, Ulla Schmidt, zu ihrem fünften Dienstjubiläum an ihrem Amtssitz in der Berliner Wilhelmstraße Besuch von gut 5.000 Ärzten. Soviel Aufmerksamkeit war nie.

Zwar ist die Vergütung der Ärzte insgesamt auch während der letzten 10 Jahre um rund ein Drittel gestiegen. Doch wegen der nach wie vor steigenden Arztdichten halten die Einkommen je Arzt damit nicht Schritt. So zahlen die Krankenkassen inzwischen, etwa in Bayern, mehr als ein Drittel der Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung. In kaum einer Arztpflege fehlt der Verweis auf medizinisch fragwürdige „individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGEL). Und ohne die Privatpatienten, bei denen alles gemacht und noch mehr abgerechnet werden kann, will kein mehr Arzt sein. Von daher leben Privatpatienten besonders gefährlich.

Mittlerweile ist die Ökonomisierung bei einem guten Teil der Ärzteschaft weit fortgeschritten. Das war abzusehen. Konservative Soziologen haben schon Mitte der 70er Jahre des vorigen Jahrtausends die „Proletarisierung“ der Medizin als Folge sozialliberal erhöhter Studienplatzkapazitäten und –auslastung an die Wand gemalt. Die dann diagnostizierte „Ärzteschwemme“ sei nicht länger bonifizionös zu finanzieren. Man erwarte eine ausufernde Medikalisierung der Gesellschaft und den Verlust an professionellem Status der Ärzte. Die IGEL waren mithin lange erwartet worden.

Das Blatt zu wenden heißt nun, den Status der Medizin mittels Qualitätssicherung wiederzugewinnen und die Finanzierung des angestrebten Niveaus tatsächlich auch sicherzustellen. Dazu ist es unvermeidbar, den Ärzten konkurrenzfähige Unternehmensformen und Kapitalzugang zu geben und im Übrigen den Kontrahierungzwang gegenüber den Krankenkassen fallen zu lassen. Die Koalitionsvereinbarung liebäugelt mit diesem Ansatz, doch wie schnell ist nichts passiert?

Gleichwohl: Ebenso wie wir nicht beliebig viele Lehrer finanzieren können, obwohl Bildung zweifellos ein so hohes Gut ist, können wir nicht jede beliebig hohe Arztdichte finanzieren. Dies zumal aufgrund des Produktivitätsfortschritts im stationären Sektor neuer Niederlassungsdruck entsteht. Geographisch problematische Lagen, in denen auch keine Kirche (Glauben) und Bank (Geld) mehr steht (auch hohe Güter), müssen gesondert angegangen werden (obwohl niemand den Glaubens- oder Geldnotstand wie eben den Ärztenotstand ausrufen würde): Einen Ärztemangel haben wir nicht. Und auch nicht zu wenig Geld in der ambulanten Versorgung. Dies wird erst mit der demographischen Entwicklung zum Problem. Die ist durch einen demographischen Faktor in den Gesamtvergütungen zu berücksichtigen.

Ängerlich und nicht länger hinzunehmen bleibt dann sicherlich die Ausbeutung der Assistenzärzte in den Kliniken. Hier müssen Teamstrukturen eingeführt und Chefarzt-Privilegien auf den Prüfstand gestellt werden. Da die Selbstverwaltung das nicht selbst schafft, kann die Politik dies weiteren Privatisierungswellen überlassen, wenn sie denn so lange warten will.

K.H. Schönbach

