



## Unter einem Dach

*Soll der Arztberuf als freier Beruf überleben, benötigt die ärztliche Selbstverwaltung Kompetenzen zur sektorübergreifenden Lösung wirtschaftlicher Fragen.*

1975 stellte der damalige Sozialminister des Landes Rheinland-Pfalz, Dr. Heiner Geißler, in einer Enquete fest, daß bei weiter sprunghaft ansteigenden Kosten für das Gesundheitswesen spätestens im Jahre 2005 das gesamte dann erwirtschaftete Bruttosozialprodukt der Bundesrepublik Deutschland (alt) für den Gesundheitssektor verbraucht würde. In den beiden folgenden Jahrzehnten haben zunächst schlicht angelegte Kostendämpfungsgesetze, dann grundsätzlichere ökonomische Betrachtungsweisen die gesundheitspolitische Diskussion bestimmt.

Zwischenzeitlich haben diese gesundheitsökonomischen Aspekte die Oberhand gewonnen mit dem Ergebnis, daß heute bereits ungeniert nicht mehr nur über *Rationalisierung*, sondern auch mehr oder weniger bewußt über *Rationierung* von Gesundheitsleistungen gesprochen wird.

Die Politiker zeigen jedoch bis heute wenig Neigung, für Einschnitte die Verantwortung zu übernehmen. Die Verknappung der Ressourcen für das Gesundheitswesen wird allein auf dem Rücken der Patienten bzw. Versicherten und der Leistungserbringer ausgetragen, also auch auf dem der Ärztinnen und Ärzten in Praxis und Krankenhaus.

Bisher hat in der politischen Diskussion kaum eine Rolle gespielt, welche Meinung unsere Bevölkerung zur Frage der Finanzierung unseres Gesundheitswesens hat; jedenfalls ist das in der Geschichte unserer Republik noch nie ein zentrales Wahlkampfthema gewesen. Ein deutlicher Hinweis auf die Bedürfnisse der Menschen scheint mir zu sein, daß viele bereit sind, Gesundheitsleistungen außerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs aus dem privaten Geldbeutel zu finanzieren.

Eine dauerhafte künstliche Verknappung der Ressourcen für die Gesetzliche Krankenversicherung könnte dazu führen, daß ein nicht für alle gleichermaßen zugänglicher „grauer Markt“ für notwendige gesundheitliche Dienstleistungen und damit letztlich eine „Zwei-Klassen-Medizin“ entsteht. Das darf nicht sein. Solange allerdings die Politik diese Fragen primär unter dem einseitigen Aspekt „Eindämmung der Lohnzusatzkosten“ entscheidet, ist nicht abzusehen, daß das Konzept der Budgetierung, in welcher Art auch immer, aufgegeben wird.

Für uns Ärztinnen und Ärzte ergibt sich daraus die Verpflichtung, unsere Vorstellungen von sinnvoller Rationalisierung zu konkretisieren, um Rationierung zu vermeiden. Neben der Frage, welche Leistungen notwendig sind – ob selbst erbracht oder veranlaßt –,

sind es die Strukturen der ärztlichen Versorgung, zu denen wir unsere gemeinsamen Vorstellungen weiterentwickeln müssen.

Dazu haben in dieser Ausgabe des „Rheinischen Ärzteblattes“ die Kollegen Henke und Ocklenburg Beiträge geschrieben, die sich mit der Zusammenarbeit von Niedergelassenen und Krankenhausärzten befassen. Hier sind – über individuelle Bemühungen hinaus – verbesserte Rahmenbedingungen erforderlich. Die Diskussion hierüber läuft unter den politischen Überschriften „Verzahnung“ oder „Integration“ des ambulanten und stationären Sektors, und die zur Entscheidung stehende Alternative lautet: Brauchen wir eine *personale* Integrationsform und eine *institutionalisierte*?

Bei der personalen Integration steht die duale Vertragsbeziehung zwischen Patient und Arzt im Mittelpunkt, bei der institutionellen die Vertragsbeziehung zwischen dem Patienten und einer Einrichtung, zum Beispiel einem Krankenhaus, bei der die Ärztinnen und Ärzte die Rolle von Erfüllungsgehilfen des Vertragspartners Institution spielen.

Diese letztere Lösung strebt zum Beispiel der Gesetzentwurf der SPD an, die den Einstieg in die generelle Öffnung der Krankenhäuser auch für die ambulante fachärztliche Versorgung festschreiben will. Das würde auf Dauer bewirken, daß für die freiberufliche ärztliche Versorgung nur noch die ambulante hausärztliche Tätigkeit übrig bliebe, vielleicht auch noch eine wesentlich ausgedünnte nicht spezialisierte fachärztliche Versorgung.

Wir Ärztinnen und Ärzte müssen uns mit gemeinsam getragenen, konkreten Plänen lautstark in die politische Diskussion einschalten, sonst gehen wir hoffnungslos unter. Die Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein am 11. Mai wird sich mit dem Thema „Integration ambulant-stationär“ befassen und konkrete Gegenvorschläge diskutieren. Ein Beitrag in der nächsten Ausgabe des Rheinischen Ärzteblattes wird darüber hinaus das Projekt einer sektorübergreifenden Versorgungsstruktur in ärztlicher Selbstverwaltung beschreiben, die eine personale und eben nicht eine institutionalisierte Integration zum Ziele hat.

Nach meiner Meinung ist der Arztberuf als freier Beruf nur zu retten, wenn wir Ärztinnen und Ärzte nicht allein auf den bei den Ärztekammern zu bearbeitenden Feldern, sondern auch in wirtschaftlichen Fragen unter einem Dach organisiert sind.

*Prof. Dr. Jörg Hoppe  
Präsident der Ärztekammer Nordrhein*