

Volker Wanek und Uwe Lenhardt

Dämmerung der Expertenmacht?

Krise der ambulanten Medizin

Vorbemerkung

Wir werden in diesem Aufsatz begründen, warum die drastische Steigerung der Zahl ambulant tätiger Kassenärzte den wichtigsten Wandlungsfaktor für das gegenwärtige medizinische Versorgungssystem bildet.

Ferner werden wir zeigen, daß die gegenwärtig praktizierten Steuerungskonzepte zur Eindämmung der Arztzahlenentwicklung bzw. ihrer negativen medizinischen und ökonomischen Konsequenzen durch einen spezifischen Typ innerer Widersprüchlichkeit gekennzeichnet sind, bei dem die »Entschärfung« einer Seite des Problems die »Zuspitzung« einer anderen Problemdimension notwendig impliziert.

Bei der Analyse des sozialen Wandels im medizinischen Versorgungssystem gehen wir von der Unterscheidung zwischen sozialer Integration und Systemintegration aus, die David Lockwood entwickelt hat (Lockwood 1979). Für Lockwood liegt die Quelle sozialer Spannungen und möglichen Wandels eines sozialen Systems in einem »Mangel an Übereinstimmung« zwischen seiner vorherrschenden sozialen Organisationsform (von ihm auch als »institutionelle Ordnung« bezeichnet) und seiner materiellen Basis (»Satz materieller Bedingungen«). Angewandt auf das ambulante Versorgungssystem, können wir die folgenden drei Widerspruchskomplexe unterscheiden:

- a) den Widerspruch zwischen Ressourcenzufuhr und Ausgabendynamik des Versorgungssystems;
- b) den Widerspruch zwischen Technisierung der Medizin und den ständisch-privaten Eigentumsverhältnissen im ambulanten Sektor und schließlich
- c) den Widerspruch zwischen der beruflichen Spezialisierung und der arztzentrierten Arbeitsorganisation.

Das Wachstum der Arztzahlen wirkt nicht nur als Katalysator bei der Verschärfung der auch bisher schon vorhandenen Systemwidersprüche, sondern führt auch zu einer Steigerung der sozialen Konflikte zwischen den Handelnden im Gesundheitswesen (soziale Desintegration):

- a) die zunehmende Konkurrenz der Ärzte untereinander verschiebt die Machtbalance im Arzt-Patient-Verhältnis;

- b) das Verhältnis der Kassenärzte zu ihren eigenen Interessenorganisationen (Kassenärztliche Vereinigung) wird konflikthafter;
- c) die politische Einheitlichkeit der ärztlichen Profession löst sich tendenziell auf und
- d) die standespolitische Veto-Macht der ärztlichen Interessenvertretung gegenüber dem Staat erleidet Einbußen.

Wie wir zeigen werden, hatten die bisher vom Staat ergriffenen Maßnahmen mit dem Ziel, die negativen Folgewirkungen wachsender Arztzahlen für die Integration des Systems aufzufangen oder zu kompensieren, auf sozialer Ebene oftmals desintegrative Konsequenzen. Systemintegration und soziale Integration standen zueinander im Widerspruch.

Prognose der Arztzahlenentwicklung

Zwei Umstände sind es insbesondere, die der Arztzahlenentwicklung bis zum Jahre 2000 ihre von vielen Seiten wahrgenommene Brisanz verleihen: erstens werden sich die Zuwächse im Vergleich zu früher deutlich erhöhen und zweitens wird die Inanspruchnahme durch die Versicherten in Zukunft mehr oder weniger stagnieren, wodurch sich beträchtliche Einbußen bei der Honorar- und Einkommensentwicklung absehen lassen. So erhöhte sich von 1970 bis 1984 die Zahl der Kassen- und Vertragsärzte (ohne die an der ambulanten Versorgung beteiligten und ermächtigten Ärzte in Krankenhäusern) von 46.302 auf 62.271 (+ 34,5 %) (KBV 1988, A7). Von 1985 bis zum Jahr 2000 wird nun ein Anstieg von 63.969 auf mindestens 100.500 (was einer Steigerung um 57,2 % entspricht) und höchstens 124.800 (was einer Steigerung um 95,2 % entspricht) erwartet (SVR 1987, 270). Die Unsicherheit über die künftige Entwicklung, die sich in der großen Differenz zwischen den beiden Prognosen ausdrückt, ergibt sich aus der Ungewißheit über die künftige Stellenentwicklung im Krankenhaus: Bei der ersten — niedrigeren — Schätzung wird angenommen, daß die Zahl der Krankenhausstellen um jährlich 2,5 % ansteigt und damit die Absorption eines großen Teils der neuapprobierten Ärzte (insgesamt ca. 200.000 bis zum Jahre 2000) im stationären Sektor ermöglicht. Die zweite — höhere — Schätzung geht von einem nur geringfügigen Stellenwachstum im Krankenhaus (+ 0,2 % p.a.) aus, wodurch ein größerer Teil der neuapprobierten Ärzte aufgrund des Weiterbildungsengpasses im Krankenhaus in die Niederlassung drängt.

Das hohe Wachstumstempo der Zahl der Kassenärzte bis zum Jahr 2000 wird im wesentlichen durch drei Faktoren erklärt. Erstens hat sich die Zahl der Medizinstudenten und der jährlichen Approbationen in den

letzten Jahren beträchtlich erhöht (8.100 Approbationen 1980 und 11.600 Approbationen 1986); zweitens werden die Krankenhäuser in Zukunft ihre Stellenpläne für Ärzte nicht mehr im bisherigen Umfang erweitern (Stichwort: Bettenabbau), und drittens werden immer weniger Kassenärzte aus Altersgründen ausscheiden, da der »Altersberg« der über 60-jährigen Ärzte inzwischen weitgehend abgebaut ist (SVR 1988, 38f.).

Wegen des Weiterbildungsengpasses im Krankenhaus (der durch die Einführung des Arztes im Praktikum — AiP — noch verschärft wird) wird bis zum Jahre 2000 die Zahl der Allgemein- und praktischen Ärzte stärker als die der Fachärzte zunehmen, was gegenüber dem bisherigen Verlauf eine veritable Trendumkehr bedeutet (SVR 1988, 37f.).

Bei geringfügig schrumpfender Zahl von Versicherten (und gleichzeitiger Verschiebung der Altersstruktur zugunsten höherer Altersgruppen) wird die Inanspruchnahme ambulanter Gesundheitsleistungen bis zum Jahr 2000 (d.h. die Zahl der Arztkontakte) voraussichtlich nur geringfügig um 3 % zunehmen (SVR 1987, 64). Diese Schätzung berücksichtigt nur die demographisch bedingte Veränderung der Inanspruchnahme; wie sich die von den Ärzten selbst induzierte Nachfrage (durch Überweisungen und Wiedereinbestellungen) entwickeln wird, kann kaum exakt prognostiziert werden. Aufgrund der dargestellten Diskrepanz zwischen personellem Angebot und absehbarer Nachfrage im ambulanten Sektor haben die Kassenärzte mit durchschnittlichen Umsatzrückgängen in einer Größenordnung zwischen 53 und 42 % zu rechnen (SVR 1987, 49).

Auswirkungen auf die Systemintegration

Der Anpassungsdruck, den eine drastische Vermehrung des Ärzteangebots auf das gesamte Gesundheitswesen ausübt, resultiert aus der zentralen Stellung des Kassenarztes in der medizinischen Arbeitsorganisation. »Die Tätigkeit aller übrigen Gesundheitsberufe in der ambulanten Versorgung ist (...) an ärztliche Verordnungen gebunden.« (SVR 1988, 82) Damit übt der Kassenarzt durch sein Ordnungsverhalten den entscheidenden Einfluß auf die Leistungs- und Kostenentwicklung des Gesamtsystems aus. Die Preissumme aller vom Kassenarzt veranlaßten Leistungen belief sich im Jahre 1985 auf das 3,7-fache des kassenärztlichen Honorarvolumens für selbsterbrachte ambulante Behandlung (73,0 Mrd. DM zu 19,7 Mrd. DM) (SVR 1988, 198). »Im Jahre 1985 entfielen auf 100 DM Ausgaben der GKV (für) ambulante Behandlung zusätzlich 84,50 DM für Arzneimittelausgaben, 33,10 DM für Heil- und

Hilfsmittel, 132,35 DM für Lohnfortzahlung, 32,45 DM für Krankengeld und 89,15 DM für stationäre Behandlungskosten.« (SVR 1988, 109)

Ressourcenzufuhr und Ausgabendynamik

Das gegenwärtig praktizierte Vergütungssystem in der kassenärztlichen Versorgung ist zweistufig. In der ersten Stufe vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die kassenärztliche Gesamtvergütung. (Maßgeblich für die Steigerung der Gesamtvergütung ist die Entwicklung der Grundlohnsumme.) In der zweiten Stufe verteilen die KVen das Honorar auf die ihnen angeschlossenen Kassenärzte gemäß den erbrachten ärztlichen Einzelleistungen: Grundlage für die Bewertung der Einzelleistungen ist der im Oktober 1987 reformierte Einheitliche Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM), der sowohl für Ersatzkassenpatienten als auch Versicherte der RVO-Kassen gilt. Infolge der Zweistufigkeit des Honorierungs- bzw. Vergütungssystems ließ sich die Ausgabendynamik in der kassenärztlichen Versorgung gut unter Kontrolle halten.

Für den Zeitraum 1980-1986 liegen Angaben vor, die den Zusammenhang von Inanspruchnahme durch die Patienten, Leistungserbringung durch den Arzt und Honorarentwicklung gut veranschaulichen. Im angegebenen Zeitraum nahm die Zahl der Kassenärzte um 15,6 % zu, während die Zahl der GKV-Mitglieder um 1,9 %, die Zahl der Anspruchsberechtigten sogar um 8,7 % abnahm.

Tab. 1: Entwicklungstendenzen der kassenärztlichen Versorgung 1980-1986
(Veränderung in %)

	pro Arzt
GKV-Mitglieder	- 15,1
Anspruchsberechtigte (Mitglieder und mitversicherte Angehörige)	- 21,0
Erstinanspruchnahme (Originalscheine)	- 17,9
Fallzahl insgesamt (Original- und Überweisungsscheine)	- 11,9
Leistungsmenge (Punktzahl pro Arzt)	+ 3,0
Honorarvolumen	+ 10,1
	pro GKV Mitglied
Erstinanspruchnahme (Originalscheine)	- 3,3
Fallzahl insgesamt (Original- und Überweisungsscheine)	+ 3,9
Leistungsmenge (Punktzahl pro Mitglied)	+ 21,4
Honorarvolumen	+ 29,8

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach SVR 1988, 88

Aus der Tabelle geht gut hervor, daß der Rückgang der Primärananspruchnahme pro Arzt durch eine intensivere Behandlung der Patienten mehr als ausgeglichen worden ist, so daß im Ergebnis das auf den einzelnen Arzt entfallende Honorarvolumen um 10 % gesteigert werden konnte. Die Zunahme der Behandlungsfälle insgesamt trotz rückläufiger Primärananspruchnahme ist bedingt durch die hohe und wachsende Zahl von Überweisungen. Da die kassenärztliche Gesamtvergütung an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden ist, muß bei einer Mengenausweitung, die fast ebenso stark ist wie das Wachstum der Gesamtvergütung, der Preis jeder einzelnen Leistung (der Punktwert) in der Tendenz stagnieren (SVR 1988, 44; SVR 1989, 82). Bei stagnierendem Punktwert ist es für den einzelnen Arzt durchaus rational, zu versuchen, seine Einkommenserwartungen durch eine Ausweitung der Leistungsmenge zu realisieren. Daher wohnt dieser Entwicklung eine »perverse« Preis-Mengen-Dynamik inne: Da der Punktwert (als »Preis« ärztlicher Leistungen) nicht mit der allgemeinen Einkommensentwicklung Schritt hält, werden die Honorarerwartungen mittels Mengenausweitung befriedigt.

Obwohl die Grundlohnorientierung die kassenärztliche Honorarentwicklung gut unter Kontrolle hält, bietet sie keine Handhabe gegen ein ausuferndes Mengenwachstum. Auch betrifft sie nur die selbsterbrachten und nicht die vom Arzt veranlaßten Leistungen, deren Kosten sich auf das 3,7-fache des ärztlichen Honorars belaufen. In Zeiten verschärfter innerärztlicher Konkurrenz um Patienten wird daher eine Zunahme von medizinisch nicht indizierten »Gefälligkeitsleistungen« erwartet, deren Ausufern zu vermehrter Prüf- und Kontrolltätigkeit der KVen gegenüber ihren Mitgliedern führen muß.

Technisierung der Medizin und ständisch-private Eigentumsverhältnisse

Die Besonderheiten ständisch-privater Eigentumsverwertung (Verbot der Anstellung von Ärzten gegen Gehalt, Werbeverbot, Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung usw.) haben die Technisierung der ambulanten medizinischen Versorgung, die neben der Spezialisierungstendenz den dominierenden Grundzug in der Entwicklung der vergangenen beiden Jahrzehnte bildet, keineswegs behindert, ihr jedoch einen spezifisch »wildwüchsigen« Charakter verliehen: »Die Bundesrepublik Deutschland besitzt innerhalb der Europäischen Gemeinschaft, vermutlich sogar weltweit das dichteste medizinisch-technische Versorgungsangebot.« (Kirchberger 1986, 7) Infolge einzelärztlicher Investitionsfreiheit bei gleichzeitiger Möglichkeit zur Nachfrageinduzierung

ist die Technisierung der Medizin für die Krankenkassen und Beitragszahler ein außerordentlich kostspieliger Prozeß. Dafür spricht, daß alt-eingeführte Verfahren (z.B. Röntgendiagnostik) von neuen Verfahren (z.B. Ultraschall-Untersuchungen) nicht vollständig ersetzt werden, da die neuen Verfahren eine andere Qualität von Bildern und Informationen liefern (Parallelausstattung). Die scharfe Trennung des ambulanten vom stationären Sektor im Kassenarztrecht bedingt zudem eine Doppelausstattung in Arztpraxis und Krankenhaus. Auch wird mit zunehmendem Technikeinsatz der Personalbedarf nicht geringer, sondern steigt im Gegenteil an.

Anfang 1987 waren allein in der ambulanten Versorgung 244 Computertomographen, 507 Gamma-Kameras und 75 DSA-Geräte, mindestens 20 Kernspintomographen und 26 NMR-Geräte eingesetzt, deren Investitionskosten zwischen 1,2 (Gamma-Kamera) und 5,0 Mio. DM (NMR-Geräte) liegen. Von 1984-1987 hat sich die Zahl der Großgeräte beinahe verdoppelt (von 453 auf 879) (SVR 1988, 40; Kirchberger 1986, 10). Neben den Großgeräten mit ihren hohen Investitionskosten existierten in der ambulanten Versorgung 1985 noch mindestens 6.000 Ultraschall- und 12.000 Röntgengeräte. Wie Kirchberger ermittelt hat, verursacht jedes Ultraschallgerät durchschnittliche Kosten von 120.000 bis 180.000 DM jährlich bei den Krankenkassen (Kirchberger 1986, 11).

Die technischen Diagnoseleistungen sind der expansivste Posten im kassenärztlichen Leistungskatalog: so wuchsen die Röntgenleistungen im Zeitraum 1982 bis 1985 um 15,6 %, die Sonographieleistungen sogar um 100 % (SVR 1988, 40). Die ärztlichen Grundleistungen (Beratung, Besuche und Untersuchungen) sind dagegen im Zeitraum 1983 bis 1985 nur um 1 % gewachsen (Reiners 1987, 167). Die technischen Diagnoseleistungen repräsentieren 4 % aller kassenärztlichen Einzelleistungen, verursachen jedoch 15 % der Kosten für die ambulante Versorgung. Bereits von daher ist einsichtig, daß jede Strategie zur Begrenzung der negativen Folgen wachsender Arztzahlen am Technisierungsprozeß der ärztlichen Berufsausübung ansetzen muß. Wir verfügen zudem über harte Indizien, daß der Einsatz medizinischer Technik in der ärztlichen Sprechstunde sich sehr stark an den betriebswirtschaftlichen Notwendigkeiten der Geräteauslastung und -amortisation orientiert und nicht ausschließlich von medizinischen Gesichtspunkten beherrscht wird: so zeigen beispielsweise die kassenärztlichen Abrechnungen, »daß Internisten mit eigener Röntgeneinrichtung ein Vielfaches an Röntgenleistungen im Vergleich zu jenen Kollegen veranlassen, die Röntgenuntersuchungen als Auftragsleistung durchführen lassen.« (SVR 1988, 41) Der Zwang zur Auslastung der Praxiseinrichtung bildet die wesentliche

ökonomische Triebkraft des ärztlichen Leistungsgeschehens: im zweiten Jahr nach der Niederlassung steigt der Leistungsumfang bereits über den Durchschnitt aller Kassenärzte und erreicht im siebten Jahr (mit ca. 22 % Abweichung vom Durchschnitt) sein Maximum. Danach nähert sich das Leistungsvolumen wieder dem Durchschnitt aller Kassenärzte an und unterschreitet ihn nach dem siebzehnten Jahr, um danach bis auf 60 % des durchschnittlichen Leistungsvolumens (im 35. Jahr nach der Niederlassung) zurückzugehen (Kosanke 1987, 109).

Technische Leistungen sind i.d.R. delegationsfähig; bei ihnen ist die Relation von Arbeits(zeit)aufwand und Ertrag (Honorar) besonders günstig: Ein Hausbesuch (von ca. 20-30 Minuten Dauer) bringt auch nach dem neuen EBM genausoviel wie ein EKG, das die Arzthelferin in ca. 5 Minuten anfertigt und das den Arzt im Regelfall nicht mehr als eine halbe Minute an Bewertungszeit kostet. Bei durchschnittlicher Gerätenutzung ist das EKG-Gerät nach eineinhalb bis zwei Jahren amortisiert und bringt nur noch reinen Verdienst. Diese Bewertungsrelationen sind auch ein wichtiger Grund dafür, warum in der BRD die Arzt-Patient-Kontaktzeiten mit durchschnittlich 4 Minuten sehr kurz sind (Abholz 1987a, 21f.).

Bisherige Steuerungsansätze im Bereich der Medizintechnik betreffen ausschließlich die Großgeräte: seit März 1986 gibt es für sie eine regionale Standortplanung der KVen. Hierdurch wurden allerdings oftmals lediglich bestehende Überversorgungen festgeschrieben (Kirchberger 1986, 14). Die Geräte mit geringeren Investitionskosten unterliegen in der Anschaffung bisher keinen Beschränkungen. Kirchberger macht darauf aufmerksam, daß insbesondere diese Gerätekategorie im Zuge wachsender Niederlassungszahlen kräftig anwachsen wird. Durch eine zunehmende Zahl von Fällen, die weiterer Abklärung bedürfen, und durch mehr falsch-positive Befunde (im Bereich der Sonographie wird von einer Rate von 12 % falsch-positiven Befunden ausgegangen) »wird sich die Tendenz zur Delegation der aufgetretenen Probleme an die Großtechnologie verstärken.« (Kirchberger 1986, 24)

Die Möglichkeit, im Zuge der EBM-Reform mittels ökonomischen Drucks eine Zentralisierung des medizinischen Technikeinsatzes herbeizuführen, wurde nicht genutzt. Der neue EBM hat zwar die Honorierung der Laborleistungen, die alle Ärzte erbringen können, um ca. 60 % abgesenkt — und damit der Zentralisierungsbewegung im Laborbereich einen kräftigen Schub erteilt (Großlabors und Laborgemeinschaften) —, jedoch die Bewertung technischer Leistungen in etwa unverändert gelassen. So stellt der Bewertungsmaßstab sicher, »daß möglichst jeder Arzt — auch der mit sehr niedriger Untersuchungs-

frequenz — die Untersuchung zumindest kostendeckend erbringen kann.« (Abholz 1987a, 22)

Mit dem in Zukunft zu erwartenden Wachstum der Arztzahlen im ambulanten Sektor werden die ständisch-privaten Eigentumsverhältnisse jedoch einer harten Belastungsprobe unterzogen. Die Praxisübernahme kostet den Arzt heute 229.000 DM durchschnittlich; die Neugründung sogar 259.000 DM. Um allein die laufenden Betriebsausgaben bestreiten und die Schuldendienstzahlungen leisten zu können, müssen mindestens 150.000 bis 200.000 DM Umsatz erwirtschaftet werden. Da somit jeder neue Arzt selbst bei bescheidenen Einkommensvorstellungen die GKV mindestens 200.000 bis 250.000 DM pro Jahr (nur an Honorar, ohne die veranlaßten Leistungen) kosten wird, werden seit einigen Jahren Reformvorschläge diskutiert, die — wie etwa die vermehrte Integration von Ärzten in Gemeinschaftspraxen und ihre Anstellung gegen Gehalt — auf die Etablierung patriarchalisch gefärbter Lohnarbeitsverhältnisse im ambulanten Sektor hinauslaufen (Brenner 1988; SVR 1988, 48).

Berufliche Spezialisierung und arztzentrierte Arbeitsorganisation

Die Struktur der kassenärztlichen Versorgung in der BRD ist durch einen rapiden Spezialisierungsprozeß gekennzeichnet, in dessen Verlauf der Anteil der niedergelassenen Fachärzte von 38,1 % (1961) auf 57,6 % im Jahre 1987 anstieg (Waller 1985, 74; KBV 1988, A9). Wie eine detaillierte Studie zeigt, war seit den 60er Jahren das Wachstum der Facharztszahlen im ambulanten Sektor vor allem in den technisch-apparativ orientierten Disziplinen besonders ausgeprägt, »während primärärztlich (z.B. Allgemeinmediziner/praktische Ärzte, Kinderärzte, Internisten, Frauenärzte) und/oder weitgehend auf kommunikative Arztleistungen orientierte Disziplinen nur langsamer wuchsen« (Priester und Deppe 1986, 14). Der ärztliche Spezialisierungsprozeß vollzog sich in der Bundesrepublik u.a. deswegen so rasch, weil die GKV-Patienten hierzulande *direkt* (d.h. ohne Überweisung durch den Hausarzt) einen Gebietsarzt aufsuchen können: dies tun heute bereits etwa die Hälfte aller Patienten (Arnold 1988, 102). Die Wahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt wird stark vom Bildungsstand und der Schichtzugehörigkeit beeinflusst, nicht hingegen vom subjektiven Gesundheitsbefinden (Infas 1980, 71, 112). Der steigende Facharztanteil ist ein wichtiger eigenständiger Erklärungsfaktor des dargestellten Technisierungsprozesses in der Medizin: Er »geht recht deutlich einher mit

- weniger Besuchen,
- mehr Sonderleistungen,
- mehr Laborleistungen,
- mehr Röntgenleistungen.« (WidO 1979, 88)

Primärinanspruchnahme von Fachärzten hat zur Folge, daß der Hausarzt in unserem System nicht mehr die ihm ursprünglich zugeordnete Filter-, Verteiler- und Koordinationsfunktion zu erfüllen vermag. Weder laufen alle behandlungsrelevanten Informationen und diagnostischen Befunde bei ihm zusammen, noch trägt er die Letztverantwortung für die Durchführung der Behandlung. Selbst bei denjenigen Patienten, die vom Hausarzt in fachärztliche Behandlung überwiesen werden (ca. 19 % der in allgemeinärztlicher Behandlung befindlichen Patienten) (Waller 1985, 77), geschieht dies meist (in über 80 % der Fälle) ohne spezifizierte Angaben über den bisherigen Behandlungsverlauf und den Umfang der notwendigen Mitbehandlung (SVR 1988, 95).

Während somit die Zugangsregeln zum Gebietsarztsektor in der BRD überaus liberal sind, so daß es kaum gerechtfertigt erscheint, das innerärztliche Berufsfeld als arbeitsteilig strukturiert zu bezeichnen, ist der Zugang zu nichtärztlichen Gesundheitsberufen für die Patienten außerordentlich restriktiv gestaltet. Neben dem Arzt gibt es keinen anderen Heilberuf, der direkt mit der GKV abrechnen könnte. Heilpraktiker sind generell von der GKV ausgeschlossen und nichtärztliche Psychotherapeuten (Diplompsychologen mit dreijähriger Zusatzausbildung) dürfen nur auf ärztliche Anordnung an der Behandlung von Kassenpatienten mitwirken. Nur ein Arzt, der selbst zur Psychotherapie berechtigt ist, darf einen solchen Behandlungsauftrag erteilen. Der Arzt muß die ersten Behandlungsleistungen selbst erbringen und der Kasse gegenüber die voraussichtliche Art und Dauer der Behandlung angeben.

Die einzige Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitswesens, die außer den Ärzten selbständig und ohne fremde Anweisungen Gesundheitsleistungen erbringen kann, sind die Hebammen (Neubauer 1987, 189).

Welchem ökonomischen und beruflichen Schicksal die nichtärztlichen Gesundheitsberufe in einer Zeit steigender Arztzahlen entgegengehen, hängt wesentlich davon ab, ob die von ihnen angebotenen Leistungen in einem komplementären oder substitutiven Verhältnis zu den ärztlichen Leistungen stehen. Da beispielsweise die psychotherapeutischen Leistungen auch von Ärzten erbracht werden können, muß den nichtärztlichen Psychotherapeuten eine schlechte Zukunftsprognose gestellt werden (Neubauer 1987, 213). Auch Logopäden, Beschäftigungs-

therapeuten, Krankengymnasten, medizinische Bademeister und Masseure werden einem Verdrängungswettbewerb ausgesetzt, bei dem die Ärzte die entsprechenden Leistungen entweder selbst erbringen werden oder durch angestelltes Hilfspersonal erbringen lassen (Neubauer 1987, 214). Das ärztliche Behandlungsmonopol, das aus dem Glauben an die eigene Allzuständigkeit seine Legitimation bezieht, wird bei wachsender Konkurrenz um Patienten immer stärker verteidigt. Statt zu einer Pluralität gleichberechtigter Gesundheitsberufe zu gelangen, wie sie vor eineinhalb Jahrzehnten Paul Lüth vorhergesehen hat (Lüth 1974, 394), wird die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Nichtärzten sogar zurückgenommen. Auf der anderen Seite haben die Berufe ohne Leistungsüberschneidungen mit den Ärzten (z.B. Hörgeräteakustiker) von einer steigenden Arztdichte keine Nachteile zu befürchten.

Doch nicht nur die Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Nichtärzten wird mit steigender Arztdichte tendenziell reduziert, auch die innerärztliche »Arbeitsteilung« wird Modifikationen unterliegen. So »werden Patienten nicht zu einem anderen niedergelassenen Gebietsarzt (als einem potentiellen 'Konkurrenten') überwiesen, sondern statt dessen stationär ins Krankenhaus eingewiesen.« (SVR 1988, 86f.; vgl. auch SVR 1989, 83).

Dämmerung der Expertenmacht? — Innerärztliche Konkurrenz und ihre Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis

In der professionalisierungstheoretischen Literatur werden als unabdingbare Prärequisiten ärztlicher Autorität in der Beziehung zum Klienten in der Regel angeführt (Freidson 1975; Johnson 1972):

- Monopol der Heilkundenausübung;
- Kontrolle über akzessorische Hilfsmittel, die der Patient auch unabhängig vom Expertenrat für wertvoll hält und
- Beschränkung der Zahl der Professionsmitglieder sowie Kontrolle des Berufszugangs durch die professionelle Selbstverwaltung.

Vor allem dem zuletzt genannten Punkt kommt für die ärztliche Autorität ausschlaggebende Bedeutung zu: »Wenn nämlich die Zahl der Professionsmitglieder im Verhältnis zur Nachfrage klein ist und wenn die Klientel keine Organisationsbasis besitzt, dann haben die einzelnen praktizierenden Professionsmitglieder eine Position inne, die sie in die Lage versetzt, unangemessene Forderungen des Klienten zurückzuweisen, ohne sich damit ökonomischen oder politischen Ruin einzuhandeln.« (Freidson 1975, 84f.). Da das Bundesverfassungsgericht im Jahre 1960 mit seiner prinzipiellen Freigabe der kassenärztlichen Nieder-

lassung der Gesamtärzteschaft die Kontrolle des Berufszugangs entzogen hat, sind von den steigenden Kassenarztzahlen auch nachhaltige Veränderungen im Arzt-Patient-Verhältnis zu erwarten. Allerdings darf nicht vorschnell von der zunehmenden Arztdichte auf eine verbesserte, um psychosoziale Aspekte angereicherte und zuwendungsintensivere Behandlung geschlossen werden; das Honorierungssystem steht dem entgegen. Bei Fortbestehen der Einzeleinstellungsvergütung ist vielmehr von einer abermaligen Steigerung der Behandlungsintensität (insbesondere bei den delegationsfähigen technischen Leistungen) auszugehen und nicht von einer »stärkeren Beachtung psychosozialer Aspekte« (SVR 1988, 83). In Zukunft wird — wie der Sachverständigenrat befürchtet — die wachsende Konkurrenz die Ärzte geneigter machen, auf Patientenwünsche einzugehen und »Gefälligkeitsleistungen« zu erbringen (etwa bei der Verschreibung von Heil- und Hilfsmitteln, Medikamenten und Arbeitsunfähigkeit). Dies schwäche die »Notarfunktion« des Arztes gegenüber der Krankenkasse und führe zu einer medizinisch nicht indizierten Leistungsexpansion (SVR 1988, 86f.). Vor allem sieht der Sachverständigenrat die Disziplinar- und Kontrollfunktion des Kassenarztes bei der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit bedroht (SVR 1988, 110).

Veränderungen im Verhältnis der Ärzte zu ihren eigenen Interessenorganisationen

Die Kassenärztliche Vereinigungen wurden per Notverordnung des Reichspräsidenten 1931 als Speerspitze der Ärzte in ihrem Kampf gegen die Krankenkassen gegründet und vertreten bis heute die wirtschaftlichen Interessen ihrer Mitglieder gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen (Tennstedt 1976, 402; Deppe 1987a, 26f.). Schon seit ihrer Gründung besitzen sie eine »eigenartige Doppelnatur«, nämlich »Verband zur privaten Interessenwahrnehmung einerseits und Zwangsvereinigung zur Erfüllung von Hoheitsaufgaben andererseits« zu sein (Geigant 1986, 315). Während bis in die Gegenwart der Interessenvertretungsaspekt in der Politik der KVen dominiert, wird sich in Zukunft der Kontrollaspekt immer stärker in den Vordergrund schieben. Aus Organisationen zur Vertretung von Mitgliederinteressen werden tendenziell Organisationen zur Kontrolle des Mitgliederverhaltens (Wiesenthal 1981), insbesondere hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit der Leistungen und Verordnungen. Der Bedeutungszuwachs administrativer Kontrollfunktionen auf Seiten der KVen provozierte den Hartmannbund-Vorsitzenden H. Bourmer sogar zur offenen Infragestellung des öffentlich-rechtlichen Organisations-

prinzips innerhalb der Ärzteschaft. Da sich die KBV immer mehr »als der verlängerte Arm des Gesetzgebers« und »Erfüllungsgehilfe der gesetzlichen Krankenversicherung« erweise, müsse davon ausgegangen werden, »daß es ein großer Fehler war, eine Selbstverwaltung mit einer körperschaftlichen Struktur aufzubauen.« (Interview in der Ärzte-Zeitung vom 30.08.1988) Die bis 1988 praktizierten Wirtschaftlichkeitsprüfungen der KVen waren de facto »Durchschnittlichkeitsprüfungen« (SVR 1988, 120): Erst bei der Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um mehr als die Hälfte mußte der Arzt mit einer Wirtschaftlichkeitsprüfung rechnen. Bis vor kurzem waren hiervon nur sehr wenige Ärzte betroffen (pro Quartal zwischen 0,2 und 1 % der Ärzte) (Abholz 1987, 201). Inzwischen schreibt das Gesundheitsreformgesetz (GRG) zusätzlich die stichprobenartige Überprüfung bei 2 % der Kassenärzte pro Quartal vor und enthält erweiterte Kontrollbestimmungen für verordnete Leistungen, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen (Schäfer 1989). Die ausschließliche Orientierung am Durchschnitt aller Ärzte des betreffenden Fachgebiets ist zugunsten einer Orientierung an Richtgrößen aufgegeben worden, da mit der alten Regelung ein kollektiv unwirtschaftliches Verhalten der gesamten Fachgruppe weder identifiziert noch gesteuert werden konnte. Die Zukunft wird zeigen, ob die Wirtschaftlichkeitsprüfungen damit tatsächlich wirksamer gestaltet worden sind: bisher zumindest war — wie Abholz feststellt — ihr abschreckender Effekt minimal, und ihr finanzieller »Ertrag« (in Gestalt der Regreßzahlungen der Kassenärzte) deckte nicht einmal die Prüfkosten (Abholz 1987, 202).

Nachlassende politische Einheitlichkeit der ärztlichen Profession

Wachsender innerärztlicher Konkurrenzdruck bleibt nicht ohne Folgen für die berufsständische Solidarität der Ärzteschaft in der Politik. »Die Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt läßt Interessendivergenzen, z.B. zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzten oder zwischen etablierten Ärzten und Berufsanfängern, die bislang latent gehalten werden konnten, hervortreten.« (Cassebaum 1985, 18) So zeigte sich der Marburger Bund empört über die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, daß niederlassungswillige Ärzte auch nach der AiP-Phase noch eine mindestens dreijährige Vorbereitungszeit absolvieren sollen, bevor sie die Kassenzulassung erhalten (Der Deutsche Arzt 19/1987, 16; zur Position des Marburger Bundes vgl. zusammenfassend Schagen 1987). Und während Hartmannbund und Kassenärztliche Bundesvereinigung nichts dagegen einzuwenden haben, daß die Niederlassung für

»Quereinsteiger« aus dem Krankenhaus ab dem 55. Lebensjahr gesperrt wird, wehren sie sich vehement gegen eine verbindliche Altergrenze von 65 Jahren für etablierte Kassenärzte, die der NRW-Sozialminister Heinemann fordert. Einigkeit herrscht unter den Standesorganisationen nur darüber, daß unverzüglich der Zugang zum Medizinstudium durch Senkung der Zahl der Studienplätze reduziert werden müsse.

Mittel- und langfristig vielleicht bedeutsamer als diese »Familienstreitigkeiten« ist das Erstarken einer politischen Strömung innerhalb der Ärzteschaft, die mit den Formen und Inhalten ständischer Interessenvertretung gebrochen hat: gemeint sind die Listen Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, die sich seit 1976 an Kammerwahlen beteiligen und dabei beträchtliche Erfolge erzielen. »Die Listen erreichten bei ihrer Erstkandidatur Stimmenanteile zwischen 5 und 18 %, die sich bei den folgenden Wahlbeteiligungen erhöhten und inzwischen (Ende 1986) durchschnittlich um 15 % liegen.« (Deppe 1987a, 193) »Seit 1986 ist der Stimmenanteil der oppositionellen Listen in den Ärztekammern bundesweit sprunghaft angestiegen. In Nord-Württemberg und Hamburg erreichte sie 22, in München 27 und in Bremen 36,5 Prozent. Die Fraktion Gesundheit in West-Berlin erhielt sogar die Hälfte aller Delegiertensitze und stellt seit 1987 zum ersten Mal den Kammerpräsidenten.« (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte 1988, 12).

Einbußen an standespolitischer Veto-Macht

Ebenso, wie die intensivierte Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt zur politischen Desintegration beiträgt, fördert die politische Desintegration den Verfall standespolitischer Veto- und Verweigerungsmacht. Je mehr sich die politischen Energien auf innerständische Konflikte und Rivalitäten konzentrieren, um so geringer ist das professionspolitische Druckpotential, das gegenüber dem Staat und der Krankenversicherung mobilisiert werden kann. Bei ca. 7.000 bis 8.000 arbeitssuchenden Ärztinnen und Ärzten ist die Drohung mit dem Entzug der Kooperationsbereitschaft ohnehin ein stumpfes Schwert in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung. Da vor allem die Kassenärztliche Bundesvereinigung begriffen hat, daß sie auf staatliche Hilfe bei der Beschränkung der Arztzahlen im ambulanten Bereich und bei der Reduzierung der Studienplatzkapazitäten angewiesen ist, erlegt sie sich selbst seit nunmehr 12 Jahren honorarpolitische Zurückhaltung auf (Berg 1986, 49). Umgekehrt ist die Drohung mit der »Ärztenschwemme« die »Rute im Fenster« (Lehmbruch 1988, 27) der staatlichen Gesundheitspolitik, mittels derer die Duldung autonomiebeschränkender Wirtschaftlichkeitskontrollen erzwungen wird.

Das Verhältnis von System- und Sozialintegration und die Zukunft des ärztlichen Berufs

Wie in den vorangegangenen Abschnitten gezeigt werden konnte, führt die globale Ausgabenkontrolle in einer Zeit rasch wachsender Arztzahlen zu sozial desintegrativen Konsequenzen, indem der innerärztliche Konkurrenzkampf an Schärfe zunimmt und die professionelle ärztliche Autorität Einbußen erleidet. Um diese Konsequenzen unter Kontrolle halten zu können, wird von den KVen und den Verbänden der niedergelassenen Ärzte daher immer lautstärker nach quantitativen Beschränkungen des Berufszugangs gerufen (*Kontingentierungen*). Die härteste und wirksamste Form der Kontingentierung besteht in *objektiven Zulassungssperren* (Verhältniszahlen Einwohner pro Arzt), die bis 1960 bestanden und vom Verfassungsgericht für unrechtmäßig erklärt worden sind.

Ein wichtiger Grund dafür, daß von der KBV und vom Hartmannbund bislang *keine* Forderungen nach objektiven Zulassungssperren erhoben worden sind, ist darin zu sehen, daß diese zu einer *politischen Spaltung* innerhalb der Gesamtärzteschaft (vor allem zwischen etablierten Kassenärzten und Krankenhausärzten) führen würden. Das 1987 in Kraft getretene Gesetz zu Verbesserung der Kassenärztlichen Bedarfsplanung, welches die Niederlassung in bestimmten »überversorgten« Regionen und für bestimmte Gebietsarztgruppen untersagt, beinhaltet zahlreiche Ausnahmebestimmungen, die seinen potentiellen Steuerungseffekt verwässern und voraussichtlich lediglich zu einer gleichmäßigeren Verteilung der niederlassungswilligen Ärzte führen werden:

- »Mindestens 90 v.H. aller kassenärztlichen Planungsbereiche (Stadt- und Landkreis) mit rd. 50 v.H. der Bevölkerung müssen für eine Niederlassung frei bleiben.« (Deppe 1987, 61)
- Die Zulassungssperren sind zeitlich auf drei Jahre befristet, können jedoch verlängert werden.
- Darüber hinaus können sich Fachgebietsärzte in einem für das betreffende Fachgebiet gesperrten Bezirk als »Arzt« ohne Gebietsbezeichnung niederlassen (SVR 1988, 87).
- Schließlich kann ein Arzt in einem gesperrten Bezirk dennoch zugelassen werden, wenn er in die Praxis eines bereits zugelassenen Kollegen zwecks »gemeinschaftlicher Berufsausübung« eintritt oder die Praxis eines ausgeschiedenen Kassenarztes übernimmt (Deppe 1987, 61).

Während somit die Forderung nach objektiven Zulassungssperren im Sinne von Verhältniszahlen hierzulande de facto nicht erhoben wird, da

sie die politische Kluft zwischen den beiden wichtigsten Arztgruppen vertiefen würde, erfolgt die Begrenzung des Berufszugangs hauptsächlich mittels *subjektiver Zulassungssperren* (AiP und kassenärztliche Vorbereitungszeit, möglicherweise Pflichtweiterbildung in Allgemeinmedizin), die jedoch unter bestimmten Bedingungen (bei unzureichender Zahl von Praktikumsplätzen) in *objektive Zulassungssperren umschlagen* (Geigant 1986, 320). Diese besitzen vom Standpunkt der etablierten Ärzte den Vorteil, daß die Trennlinie nicht innerhalb der Ärzteschaft, sondern zwischen dieser und dem akademischen Nachwuchs verläuft.

* * *

Angesichts der geschilderten Tendenzen fällt es nicht schwer, der Ärzteschaft insgesamt und ihrem niedergelassenen Teil im besonderen eine rasch fortschreitende *Deprofessionalisierung* zu bescheinigen (Geigant 1986, 309ff.). Wir verstehen unter Deprofessionalisierung einen langfristig wirksamen Prozeß des *Autonomieverlusts* auf mehreren Ebenen:

- Autonomieverlust gegenüber dem Staat: Verbieten dieser Entwicklung sind — so schwach und zaghaft sie sich heute auch ausnehmen mögen — der Abstimmungszwang bei der Großgeräteanschaffung zwischen KVen, Krankenhäusern und Krankenkassen (Einschränkung der Investitionsfreiheit), das oben angesprochene Bedarfsplanungsgesetz (Einschränkung der Niederlassungsfreiheit) sowie die Richtgrößen bei der Verordnung von Leistungen und Arbeitsunfähigkeit (Einschränkung der Therapiefreiheit).
- Autonomieverlust gegenüber der Krankenversicherung: Ein erster Ansatz in diesem Zusammenhang ist die obligatorische stichprobenartige Überprüfung des Leistungs- und Verordnungsvolumens bei insgesamt 8 % aller Kassenärzte pro Jahr, wie sie das GRG vorschreibt.
- Autonomieverlust gegenüber dem Klienten: Bedingt durch die verschärfte Konkurrenz werden die Ärzte in Zukunft stärker als bisher gezwungen sein, auf die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Patienten einzugehen (z.B. Angebot außergewöhnlicher Sprechstundenzeiten, Bereitwilligkeit für Hausbesuche und Bereitschaftsdienst sowie Übernahme bisher wenig geschätzter Tätigkeiten, etwa des Schulärztlichen Dienstes; vgl. Kosanke 1987, 102).

Diesen dreifachen Autonomieverlust werden die Kassenärzte nunmehr dadurch — zumindest teilweise — auszugleichen versuchen, indem sie ihre Vorherrschaft in der medizinischen Arbeitsteilung (ambulantes Behandlungsmonopol und Arztvorbehalt) stärker zur Geltung bringen und

die substitutiven Heilhilfsberufe einem Verdrängungswettbewerb aussetzen.

Schließlich ist absehbar, daß auch die klassische Form freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit in Einzelpraxis im Zuge wachsender Arztzahlen beträchtlichen Veränderungen ausgesetzt sein wird. Wie oben angesprochen, gelten die regional und fachgruppenspezifisch differenzierten Zulassungssperren nach dem Bedarfsplanungsgesetz nicht für Ärzte, die zwecks gemeinschaftlicher Berufsausübung in die Praxis eines Kollegen eintreten. Eine Chance zur Niederlassung in gesperrten Regionen besteht für jüngere Ärzte dann nur noch insoweit, als sie die Bedingungen des Seniors beim Abschluß eines Gemeinschaftsvertrages akzeptieren. Damit hätte sich gleichberechtigte Partnerschaft in wirtschaftliche Abhängigkeit verwandelt, die einem Anstellungsverhältnis sehr nahe kommt. Der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik, G. Brenner, prognostiziert daher, daß künftig »die selbständige freiberufliche Tätigkeit für den Junior eher einen deklaratorischen als einen inhaltlichen Wert« habe und der Senior sich tendenziell in einen »Unternehmerarzt« verwandele, der »mehr seine dispositiven und weniger seine unmittelbar ärztlichen Fähigkeiten zur Leistungserstellung« einsetze (Brenner 1988, 18).

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.H., 1987: Wie lassen sich Leistungsanforderungen niedergelassener Ärzte steuern? In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): *Medizin und Gesellschaft*. Jb.1. Frankfurt/M., New York, 188-209
- Abholz, H.H., 1987a: Was bringt die neue Gebührenordnung für Ärzte? In: *Demokratisches Gesundheitswesen* H. 11, 21f.
- Arnold, M., 1988: Möglichkeiten der Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. In: *Das Krankenhaus* H. 3, 98-103
- Berg, H., 1986: Bilanz der Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen 1977-1984. Gutachten erstellt im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. St. Augustin
- Bollinger, H., und J. Hohl, 1981: Auf dem Weg von der Profession zum Beruf. Zur Deprofessionalisierung des Ärzte-Standes. In: *Soziale Welt* H. 4, 440-464
- Brenner, G., 1988: Wohin steuert die Arztpraxis? In: *Arzt und Wirtschaft* H. 9, 10-20
- Bundesärztekammer (BÄK) 1987: Weiterbildungsordnung. In: *Deutsches Ärzteblatt* H. 36
- v.d. Bussche, R., und H. Krähe, 1974: Zur Prognose des Ärztebedarfs in der BRD seit 1960. In: V. Volkholz u.a. (Hrsg.): *Analyse des Gesundheitssystems*. Frankfurt/M., 341-367
- Cassebaum, A., 1985: Crisis? What Crisis? Überlegungen zur Krise des Gesundheitswesens. In: *Widersprüche* H. 17, 7-23
- Deppe, H.-U., 1978: Zur Soziologie des niedergelassenen Arztes. In: ders.: *Medizinische Soziologie. Aspekte einer neuen Wissenschaft*. Frankfurt/M., 213-234

- Deppe, H.-U., 1987: Zulassungssperre: Ärzte in den Fesseln der Standespolitik. In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): *Medizin und Gesellschaft*. Jb.1. Frankfurt/M., New York, 37-67
- Deppe, H.-U., 1987a: Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Zur Kritik der Gesundheitspolitik. Frankfurt/M.
- Elsner, G., 1975: Medizinische Wissenschaft und ärztliche Tätigkeit. In: *Gewerkschaften und Medizin 5: Entscheidung und Motivation zum Medizinstudium*. Berlin-West, 83-119
- Enquete-Kommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« 1988: Zwischenbericht. BT-Drucksache 11/3267 v. 7.11.1988
- Freidson, E., 1975: Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. Hrsg. u. übers. v. J.J. Rohde. München, Berlin, Wien
- Geigant, F., 1986: Niederlassung in freier Praxis — Noch Gegenwart oder schon Vergangenheit? In: G. Gäfgen (Hrsg.): *Ökonomie des Gesundheitswesens*. Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik (Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F. 159). Berlin-West, 305-322
- Gesundheitspolitische Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand 1987: Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft. Bd.1. (= WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung 60) Köln
- Institut für angewandte Sozialwissenschaft (Infas) 1980: Zur Entscheidungsstruktur der Arztwahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt. Hrsg. v. Bundesmin. f. Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Bd. 34. Bonn
- Johnson, T.J., 1972: Professions and Power (Studies in Sociology Bd. 2. Hrsg. v.A. Giddens). London, Basingstoke
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1988: Grunddaten zur Kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln
- Kirchberger, St., 1986: Technischer Fortschritt in der Medizin. Strukturen der Kostenentwicklung — Strukturen der Leistungserbringung. In: *Technologie und Medizin*. Argument-Sonderband AS 141. Berlin-West, 7-28
- Kosanke, B., 1987: Ärzteangebot und Arbeitsmarkt. In: L. Männer, G. Sieben (Hrsg.): *Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen* (Beiträge zur Gesundheitsökonomie 11). Gerlingen, 75-129
- Krämer, W., 1989: Die Krankheit des Gesundheitswesens. Die Fortschrittsfalle der modernen Medizin. Frankfurt/M.
- Lehmbruch, G., 1988: Der Neokorporatismus der Bundesrepublik im internationalen Vergleich und die 'Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen'. Gesundheitsökonomische Beiträge Bd.1. Baden-Baden, 11-32
- Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LdÄÄ) 1988: Aufruf zur Wahl der Delegierten-Versammlung der Landesärztekammer Hessen. Bad Homburg
- Lockwood, D., 1979: Soziale Integration und Systemintegration. In: W. Zapf (Hrsg.): *Theorien des sozialen Wandels*. Königstein/Ts., 4. Aufl., 124-140
- Lüth, P., 1974: Die Subkultur der Ärzte: am Beispiel ihrer Körperschaften und Verbände. In: V. Volkholz u.a. (Hrsg.): *Analyse des Gesundheitssystems*. Frankfurt/M., 368-396
- Naase, B., 1986: Abrechnungsskandale niedergelassener Ärzte. Entstehungsbedingungen und Bekämpfungsmöglichkeiten. In: *Soziale Sicherheit* H. 12, 369-374

- Neubauer, G., 1987: Gesundheitsberufe vor den Toren der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: L. Männer, G. Sieben (Hrsg.): Der Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen (Beiträge zur Gesundheitsökonomie II). Gerlingen, 179-237
- Priester, K., und H.-U. Deppe, 1986: Materialien zur Entwicklung der Ärztteinkommen. Arbeitspapiere aus der Abt. für Medizinische Soziologie 1986. Frankfurt/M.
- Reiners, H., 1987: Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Ausgangspunkte und Konzepte (WidO Materialien 30). Bonn
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 1989: Jahresgutachten 1989. Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 1988: Jahresgutachten 1988. Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) 1987: Jahresgutachten 1987. Medizinische und ökonomische Orientierung. Vorschläge für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden
- Schagen, U., 1987: Lobby gegen Nachwuchs. Bundesärztekammer und Marburger Bund erschweren den Zugang zum Arztberuf. In: Jahrbuch für kritische Medizin. Bd.12. Argument-Sonderband AS 146. Berlin-West, 74-91
- Schäfer, F.-H., 1989: Prüfung der Wirtschaftlichkeit wird effizienter gestaltet. In: Bundesarbeitsblatt H. 4, 50-53
- Tennstedt, F., 1976: Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: M. Blohmke, u.a. (Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin. Bd.III. Stuttgart, 385-492
- Waller, H., 1985: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis für psychosoziale und pädagogische Berufe. Stuttgart
- Wanek, V., 1989: Die Machtverteilung im Gesundheitswesen. In: H.-U. Deppe, H. Friedrich, R. Müller (Hrsg.): Das Krankenhaus: Kosten, Technik oder humane Versorgung. Frankfurt/M., New York, 190-221
- Wiesenthal, H., 1981: Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ein Beispiel für Theorie und Politik des modernen Korporatismus. Frankfurt/M., New York
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WidO) 1979: Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Umfang/Struktur des ambulanten ärztlichen Leistungsvolumens und der Arztdichte. Hrsg. v. Bundesmin. für Arbeit und Sozialordnung. Forschungsbericht Gesundheitsforschung Bd. 25. Bonn