

Die Funktion des Arztes im System der sozialen Sicherung in der erweiterten Gemeinschaft

Dr. med. Rolf Schlögel

Fortsetzung und Schluß

Frankreich praktiziert das Kostenerstattungssystem

Das *französische* Gesundheitssystem läßt sich durch folgende Stichworte skizzieren:

- ▷ Reines Kostenerstattungssystem;
- ▷ Honorierung der ärztlichen Tätigkeit nach einem Tarif, über den Krankenversicherung und Ärzte sich im Rahmen eines Nationaltarifs auf der Ebene des Departements einigen;
- ▷ Unterschiedliche Honorare für praktische Ärzte und Fachärzte;
- ▷ Innerhalb der Fachärzte besonderer Tarif für Neurologen und Psychiater sowie weitgehende Liquidationsfreiheit für solche Ärzte, die sich eines besonderen Ansehens erfreuen.

Die Aufnahme der Tätigkeit für die französische Sozialversicherung erfolgt durch Einschreibung in eine Liste und Anerkennung des geschlossenen Vertrages durch den einzelnen Arzt. Beim „nichtkonventionierten“ Arzt kann sich der Versicherte auch behandeln lassen, muß aber dann infolge Anwendung eines wesentlich niedrigeren Rückerstattungstarifs mit einer höheren Selbstbeteiligung rechnen als beim „konventionierten“ Arzt. Die Rückerstattung nach dem Facharzttarif erhält der Patient nur, wenn er von einem praktischen Arzt überwiesen worden war. Sucht der Patient den Facharzt direkt auf, richtet sich sein Rückerstattungsanspruch nach dem Tarif für praktische Ärzte. In den Städten, insbesondere in

Paris, bestehen zahlreiche Ambulatorien, die sich meist im Besitz der neben den Einrichtungen der *Securité sociale* bestehenden Mutualités befinden, von der *Securité sociale* aber auf Grund von Verträgen mitbenutzt werden. Teilweise hat der Patient in solchen Ambulatorien keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

Die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit vollzieht sich wie in der Bundesrepublik, wobei in der Verteilung der Ärzte über das Land größere Unregelmäßigkeiten festzustellen sind als hier. Im Laufe der letzten Jahre haben sich insbesondere in mittleren und Kleinstädten der ländlichen Departements zahlreiche Gruppenpraxen gebildet, zu denen sich die Ärzte manchmal mit finanzieller Unterstützung der Krankenversicherung zusammengeschlossen haben. Der Arzt muß, wenn er Patienten der sozialen Krankenversicherung behandelt, auch damit rechnen, daß seine Leistungen an Hand eines umstrittenen „*Profile médical*“ überprüft werden, einer mit Hilfe der EDV angefertigten Zusammenstellung seiner Leistungen und der durch ihn veranlaßten Kosten. Seine Funktion bestimmt sich aber nach den gleichen Grundsätzen, wie er sie von zu Hause gewöhnt ist. Ärztliches Berufsgeheimnis, Verordnungsfreiheit usw. werden in Frankreich eifersüchtig bewacht und verteidigt; die französische „liberale Medizin“ auf der Basis des unmittelbaren Beziehungsverhältnisses zwischen Arzt und Patient ohne Ein-

schaltung eines Dritten fühlt sich auch durch die moderne Entwicklung nur gestärkt.

Deutsche Ärzte unterliegen der Berufsaufsicht des *Ordre des Medecins*, einer unseren Ärztekammern ähnlichen Einrichtung; seine Interessen gegenüber den Krankenversicherungsträgern werden von den Syndikaten wahrgenommen. Er betreibt kurative Medizin, Prävention und Früherkennung in etwa, wie wir es kennen. Der französische Kollege kann Belegarzt an einem kleinen Krankenhaus sein. Dieses im Grunde erfreuliche Bild für den Fall der Herstellung des freien Niederlassungsrechts wird leider nur gestört durch die französische Auffassung über die Tätigkeit an den öffentlichen Krankenanstalten.

Luxemburgs Gesundheitswesen ähnelt dem deutschen

Luxemburg hat keine eigene Universität; die luxemburgische Approbation als Arzt wird also immer auf Grund eines im Ausland abgelegten ärztlichen Staatsexamens erteilt. Die meisten luxemburgischen Ärzte haben ihr Examen in Frankreich und Belgien abgelegt, einzelne aber auch in Deutschland. Das Krankenversicherungssystem ähnelt in seinem Aufbau dem deutschen, ist aber ein Kostenerstattungssystem. Die Funktion des Arztes ist ähnlich wie bei uns, nur fachärztliche Behandlung erfolgt meist auf Überweisung, und das Belegarztssystem ist weiter verbreitet. Die Beziehungen zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärzten werden durch freie Verträge geregelt, was auch für den Einzelleistungs-Honorartarif zutrifft, gegen den allerdings ein Einspruchsrecht des Regenten, d. h. der Regierung auch dann besteht, wenn Krankenkassen und Ärzte sich einig sind. Die Verbindung zwischen den Ärztegruppen Luxemburgs und Deutschlands ist bereits jetzt relativ eng, weil sowohl luxemburgische Ärzte Patienten in Deutschland, als auch deutsche Ärzte Patienten in Luxemburg haben. Die Funktion des Arztes ist in diesem

Bereich vielleicht weitergehend europäisiert als in den meisten anderen Bezirken.

Belgien: Einfluß der Gewerkschaften und Parteien

In *Belgien* sind die Krankenversicherungsträger traditionell politisch und gewerkschaftlich organisiert, da sie sich aus Hilfseinrichtungen für Mitglieder der verschiedenen politischen Gruppen und den Arbeitnehmerorganisationen entwickelt haben. Diese Organisationen besitzen auch Krankenhäuser mit Ambulatorien. Trotzdem wird der Hauptteil der ambulanten ärztlichen Behandlung durch freipraktizierende Allgemeinärzte und Fachärzte durchgeführt.

Ein Facharzt, der als solcher im Rahmen der sozialen Krankenversicherung tätig werden will, bedarf im Gegensatz zur Bundesrepublik einer besonderen Anerkennung durch einen interministeriellen Ausschuß. Die Beziehungen zwischen den Ärzten und den Trägern der sozialen Krankenversicherung werden durch freie Verträge geregelt, die auf ärztlicher Seite durch die Vereinigung der Syndikate der verschiedenen Gebietsteile Belgiens geschlossen werden. Diese Verträge werden dann verbindlich, wenn sich ihnen durch einseitige Beitrittserklärung mehr als 50 bis 60 Prozent der Ärzte der einzelnen Gebietsteile anschließen. Das belgische Krankenversicherungsrecht arbeitet mit einem Kostenerstattungssystem. Die Kontrolle der ärztlichen Tätigkeit obliegt einem besonderen Kontrolldienst, der einen mehrstufigen Instanzenzug für die Beurteilung von Einsprüchen gegen die Entscheidung von Vertrauensärzten hat. Einer Tätigkeit des deutschen Arztes an belgischen Krankenhäusern stehen größere Hindernisse, wie beispielsweise in Frankreich und zukünftig unter Umständen in Italien, nicht im Wege, so daß man hier mit der Möglichkeit einer stärkeren Auswirkung des freien Niederlassungsrechts wird rechnen können.

In den Niederlanden arbeitet der Facharzt auch am Krankenhaus

Im Gesundheitswesen der *Niederlande* ist die Grenze zwischen der Tätigkeit des Allgemeinarztes, dort Hausarzt genannt, und der Tätigkeit des Facharztes sehr scharf gezogen; der Facharzt wird nur auf Überweisung tätig und ist fast hundertprozentig gleichzeitig an ein Krankenhaus gebunden, in dem er auch seine eigene Sprechstunde abhält. Der Hausarzt ist in einigen ländlichen Gebieten für die Versorgung seiner Patienten mit Medikamenten verantwortlich. Andererseits ist der Allgemeinarzt von jeder begutachtenden Tätigkeit, z. B. im Hinblick auf die Arbeitsunfähigkeit seines Patienten, befreit. Für die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit gibt es einen besonderen kontrollärztlichen Dienst, dessen Mitglieder im allgemeinen über eine langjährige Tätigkeit als freipraktizierender Arzt verfügen müssen. Die holländische Krankenversicherung basiert auf dem Naturalleistungssystem. Bei der Verordnung von Medikamenten unterscheidet es sich allerdings vom deutschen Leistungsrecht dadurch, daß Hausmittel von der Leistungspflicht ausgenommen sind, außer bei der Behandlung einer chronischen Krankheit.

Der sich in Holland niederlassende Arzt muß mit einem völlig anderen Honorarsystem rechnen, nämlich dem vielbeschriebenen „Seelenpauschale“, einem Jahresbetrag, den er unabhängig von der Zahl seiner ärztlichen Leistungen für jeden bei ihm eingeschriebenen Patienten erhält. Auch wenn er als Facharzt tätig ist, ist die Honorierung sowohl für die ambulante konsultative Tätigkeit als auch für die stationäre weitgehend pauschaliert. Das ist aber in Holland bereits die Form der Honorierung ärztlicher Tätigkeit gewesen, als es noch gar keine Krankenversicherung gab. Die holländische Krankenversicherung besteht mehrheitlich aus privaten Krankenversicherungen, denen die Durchführung der gesetz-

lichen Krankenversicherung übertragen wurde. Ein erheblicher Teil von ihnen ist durch Ärzte, Zahnärzte und Apotheker gegründet worden. Diese Krankenkassen führen für die aus der Sozialversicherung ausscheidenden Holländer auch nahtlos eine private Krankenversicherung weiter. Der deutsche Arzt wird bei seiner Berufstätigkeit bemerken, daß es – wahrscheinlich als Folge der Konzentrierung der fachärztlichen Tätigkeit in Anlehnung an die Krankenhäuser – auf dem flachen Lande fast keine niedergelassenen Fachärzte gibt. Wir würden von einer deutlichen Verdünnung der Versorgung ländlicher Gebiete mit Fachärzten sprechen, während bekanntlich unter den deutschen Fachärzten viele Stimmen laut geworden sind, die den fachärztlichen Teil des holländischen Systems durchaus loben, weil dort größere Möglichkeiten der fortsetzenden klinischen Behandlung bestehen. Das Beispiel Hollands zeigt, wie richtig es ist, jedes gewachsene System des Schutzes vor Krankheit und ihren wirtschaftlichen Folgen organisch weiterzuentwickeln und die Leistungen einander anzupassen, statt alle bestehenden Regelungen in ein künstlich konstruiertes Einheitsystem zu zwingen.

Möglichkeiten der Berufsausübung in der erweiterten Gemeinschaft

Seit dem 1. Januar 1973 kann sich der deutsche Arzt, vorausgesetzt die Richtlinien über Niederlassungsfreiheit, Dienstleistungsverkehr, die gegenseitige Anerkennung von Diplomen und Befähigungsnachweisen und die Koordination der Regelungen für die selbständige Ausübung des ärztlichen Berufes treten in absehbarer Zeit in Kraft, auch in drei weiteren Ländern bewegen: Dänemark, Großbritannien und Irland.

Gemischtes Honorierungssystem in Dänemark

Das *dänische* Krankenhauswesen kennt praktisch nur öffentliche,

überwiegend kommunale Krankenhäuser. Bisher ist nicht bekannt, daß es sich bei der ärztlichen Tätigkeit in Krankenhäusern nach dänischer Auffassung um eine öffentlich-rechtliche Anstellung mit Ausübung öffentlicher Gewalt handelt, womit jegliche Tätigkeit ausländischer Ärzte entfiel. Andererseits wird man sicher damit rechnen müssen, daß gerade in Dänemark (das die Funktion einer Brücke von der EWG zu den übrigen Ländern Skandinaviens übernehmen muß und bisher mit Norwegen, Schweden, Finnland und Island im nordischen Rat den langsamen Abbau nationaler Staatsbürgerschaftsschranken betrieben hat) eine Weile brauchen wird, um sich an die neuen Verhältnisse zu gewöhnen. In Dänemark darf eine fachärztliche Tätigkeit im Rahmen der Krankenversicherung nur auf Überweisung ausgeübt werden. Jeder pflichtkrankenversicherte Däne muß sich bei seinem Hausarzt in die „Liste“ einschreiben, den er zunächst konsultieren muß, wenn er Rat oder Hilfe braucht. Dieser Allgemeinarzt, der dem deutschen Hausarzt entspricht, kann dann fachärztliche Untersuchungen oder Behandlungen veranlassen. Es ist unser Eindruck, daß die Hausärzte in Dänemark wegen dieser Kompetenzabgrenzung beispielsweise selbst weniger EKG- und Röntgentätigkeit ausüben und eine Reihe für die deutsche Allgemeinpraxis selbstverständlicher therapeutischer Verrichtungen in der überwiegenden Mehrheit nicht vornehmen. Der Arzt bekommt seine Behandlung in Kopenhagen anders bezahlt als in der Provinz. Dort überwiegt ein Mischsystem von Grundpauschale und verschiedenen Einzelleistungen. In Kopenhagen hingegen gilt ein dem holländischen ähnliches Seelenpauschalsystem für den praktischen Arzt und Konsultationspauschalen für die fachärztliche Untersuchung bzw. Behandlung. Ein Belegarztsystem gibt es nur an den wenigen privaten Krankenanstalten; die leitenden Krankenhausärzte der öffentlichen Krankenhäuser sind in der Abhaltung von Pri-

vatsprechstunden durch Vertrag zwischen ihrer Vereinigung und der Vereinigung der Krankenhäuser stark begrenzt, und zwar im allgemeinen auf je eine Stunde an einigen Wochentagen nach 15 Uhr. Die Organisation der dänischen Krankenversicherung befindet sich zur Zeit im Umbau. An die Stelle einer großen Zahl regionaler Krankenkassen tritt ab 1. April 1973 die Gemeindeverwaltung selbst, ohne daß am sonstigen System – jedenfalls soweit bisher bekannt ist – etwas geändert werden soll. Will der deutsche Arzt in freier Praxis für die dänische Krankenversicherung tätig sein, muß er dem Allgemeinen Dänischen Ärzteverband beitreten, der die Verträge mit den Krankenkassen abschließt. Der EWG-Vertrag stellt sicher – und die Richtlinien werden die näheren Einzelheiten regeln –, daß ein solcher Beitritt in jedem Land ohne Diskriminierungen möglich ist und dort, wo die Berufsorganisationen Zwangsmitgliedschaft haben, automatisch erfolgt.

Großbritannien: Der Arzt in den Fesseln des National Health Service

Die Berufstätigkeit des ausgewanderten deutschen Arztes vollzieht sich in *England*, ob im Krankenhaus oder in freier Praxis, unter den Regelungen des National Health Service, einer staatlichen Organisation für das gesamte Gesundheitswesen. Obwohl die Krankenhäuser, von Ausnahmen abgesehen, nach 1947 verstaatlicht wurden, ist auch in England kein Zeichen dafür erkennbar, daß die Tätigkeit als Krankenhausarzt etwa als öffentlicher Dienst mit der Ausübung öffentlicher Gewalt gilt. Schilderungen englischer Ärzte über die Tarifsituation der Krankenhausärzte deuten aber darauf hin, daß sich der deutsche Arzt auf einige Unterschiede gegenüber der Bundesrepublik vorbereiten muß, die er insbesondere hinsichtlich der finanziellen Regelungen wohl kaum als Vorteil empfinden wird. Die allgemeine ärztliche Betreuung erfolgt durch Allgemeinpraktiker, die

General Practitioners, die fachärztliche ambulante und stationäre Betreuung durch die an den Krankenhäusern tätigen Ärzte. Das hat die bekannten, für unsere Verhältnisse unvorstellbar langen Wartezeiten für nicht akute fachärztliche Diagnostik und Therapie zur Folge.

Im Vergleich zur Praxis eines deutschen Allgemeinarztes ist die Praxis seines englischen Kollegen nicht so umfassend ausgestattet. Wer aber mit älteren Briten spricht, erfährt, daß das im Grunde genommen auch schon vor der Einführung des National Health Service so war und durch die besonderen Regeln dieses staatlichen Gesundheitsdienstes für die Honorierung der Tätigkeit des Allgemeinarztes nur verschlimmert worden ist, weil diese Regeln eine Leistungsverarmung unterstützten. In jüngster Zeit zeichnen sich jedoch Entwicklungen ab, die auch für den Allgemeinpraktiker wieder einen Anreiz bieten, den Ausrüstungsstand der Praxis, besonders wenn sich mehrere Ärzte zu einer Gruppenpraxis zusammenschließen, zu heben. Der Aufbau der vor knapp einem Jahrzehnt mit erheblichem propagandistischen Aufwand im Vorab als *die* Lösung für alle Probleme dargestellten *kommunalen medizinischen Zentren* scheint nach allen bisherigen Erfahrungen nicht so zu wirken, wie man sich das vorgestellt hat. Planung und Realität sind und bleiben eben zweierlei, weil die Planung nicht in der Lage ist, Aussagen darüber zu machen, wie ein System akzeptiert wird. Die beste Planung, die keine Anerkennung findet, muß scheitern. Der deutsche Kollege, der für den Nationalen Gesundheitsdienst Großbritanniens tätig werden will, schließt mit den regionalen Vertretungen dieser Organisation einen Vertrag, dessen Bedingungen einschließlich der Honorarregelung formal ein einseitiges Arbeitsangebot sind, de facto jedoch aus dem Ergebnis von Verhandlungen zwischen dem zuständigen Ministerium und der British Medical Association sowie bei Nichteinigung auf der Basis des Berichts einer

unabhängigen Commission entsteht, deren Ansehen als unabhängige Institution in England sehr groß ist und an deren Empfehlung keine Regierung ohne weiteres vorbegehen kann.

In Irland steuert der „Nationale Gesundheitsrat“

Wenn es schon nicht ganz einfach ist, authentisches und aktuelles Material über die Länder der erweiterten EWG-Staaten zu beschaffen, so ist die Kenntnis über die Verhältnisse in Irland bisher noch begrenzter, besonders auch deswegen, weil es sein bis dahin übliches System der allgemeinärztlichen Versorgung durch sog. Dispensaries (etwa: Verteilungsstellen für ärztliche Behandlung) am 1. April bzw. 1. Oktober 1972 verlassen hat zugunsten der Behandlung durch freipraktizierende Allgemeinärzte und die freie Arztwahl unter ihnen. Die Steuerung des gesamten irischen Gesundheitssystems erfolgt unter der Verantwortung des zuständigen Ministers, durch einen Nationalen Gesundheitsrat, dem die führende Beratungsrolle zukommt, und durch regionale Gesundheitskommissionen, die die örtliche Durchführung steuern und sich aus Vertretern aller interessierten Gruppen zusammensetzen.

Fachärztliche Hilfen werden den Patienten im Rahmen des derzeitigen Systems der sozialen Krankenversicherung nur durch am Krankenhaus tätige Fachärzte zuteil. In eigener freier Praxis kann der niedergelassene Arzt für die staatliche Sozialversicherung nur als Allgemeinarzt tätig sein. Je nach Land- oder Stadtkreis sind zwischen 11,6 und 53 Prozent der Bevölkerung sogenannte Vollversicherte (full eligible), definiert als Personen, die unfähig sind, ohne unzumutbare Härten für allgemeine ärztliche Hilfen usw. für sich und ihre Angehörigen zu sorgen. Für diesen Personenkreis ist die Behandlung durch den Allgemeinarzt in einem Sachleistungssystem frei. Daneben gibt es einige Krankheitsgruppen

wie beispielsweise Infektionskrankheiten und die Behandlung in bestimmten Institutionen (z. B. Kinderkliniken), bei denen für den Vollversicherten keine Kosten entstehen. Die normale Medikamentenversorgung ist frei, ebenso die ambulante und stationäre Behandlung im Krankenhaus. Außer den Vollversicherten gibt es begrenzt Versicherte (limited eligible) – etwa 60 Prozent der Bevölkerung.

Während die Kosten für die Vollversicherten aus der Staatskasse fließen, werden von den begrenzt Versicherten Beiträge erhoben, und zwar 15 neue Pence je Woche für Arbeiter und sieben Pfund im Jahr für Bauern. Die Behandlung durch den Allgemeinarzt ist für die begrenzt Versicherten nicht frei. Die Honorare sowie die allgemeinen Bedingungen für den „reorganisierten allgemeinärztlichen Dienst“ sind in einem Erlaß des Gesundheitsdepartments vom September 1971 enthalten, der die Bedingungen für den Arztwechsel, die Verantwortlichkeit, die Beschränkung der Zahl der eingeschriebenen Patienten auf im Regelfall 2000, die Sprechstunden usw. enthält. Am wichtigsten ist das Kapitel über das Recht zur Teilnahme der Ärzte an diesem neuen, freiheitlichen System, das einige Begrenzungen enthält, die auch für Angehörige der übrigen EWG-Staaten gelten:

- ▶ Die Altersgrenze für die Teilnahme beträgt allgemein 70 Jahre;
- ▶ teilnahmeberechtigt sind
 - ▷ die hauptamtlichen Amtsärzte (Permanent district medical officers), die die Praxis von ihren eigenen Zentren ausüben sollen;
 - ▷ die nebenamtlichen Amtsärzte (temporary district medical officers) mit mindestens 2 Jahre dauernder nebenamtlicher Tätigkeit in einem oder mehreren Districten;
 - ▷ jeder Arzt, der in privater Praxis mindestens zwei Jahre vor dem Inkrafttreten der Neuregelung in dem Gebiete tätig gewesen ist, von seinem Praxissitz aus;
 - ▷ jeder Arzt, der mindestens zwei

Jahre im Krankenhaus oder in der Allgemeinpraxis nach Vollendung seines Jahres als Intern tätig war und vor dem 17. Juli 1970 seine Praxis eröffnet hatte.

Nur in diesem Rahmen werden freierwerbende Stellen öffentlich ausgeschrieben, und nur in diesem Rahmen kann also ein Arzt aus anderen EWG-Ländern als Allgemeinarzt in Irland für die Masse der Bevölkerung tätig werden. Denn in einer privaten Krankenversicherung freiwillig Versicherte gibt es nur – die Zahl stammt vom Februar 1971 – etwa 150 000.

Keine Veranlassung zu Verstaatlichungstendenzen

Ein Vergleich der Gesundheitssysteme in der erweiterten Gemeinschaft verdeutlicht die Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Für den deutschen Arzt ergeben sich in den verschiedenen EG-Staaten neue Abgrenzungen der Tätigkeitsbereiche. Vielfach stellen sich der Arbeitsaufnahme im Ausland auch rechtliche Hindernisse entgegen. Bei objektiver und nüchterner Betrachtung gibt es keinen Grund zur Annahme, daß die Ärzteschaft im Rahmen der sozialen Sicherung der verschiedenen EWG-Länder, insbesondere durch den Beitritt der drei „Neuen“, verstärkt der Sozialisierung oder Nationalisierung ausgesetzt sein würde. Ebenso ist die Befürchtung unzutreffend, die ambulante ärztliche Behandlung werde sich in Zukunft verstärkt in Ambulatorien, Polikliniken oder ähnlichen Einrichtungen vollziehen. Das Beispiel der Reorganisation der Ambulatorien oder der Dispensaries in Irland und die Versuche zur Ausweitung des Tätigkeitsbereichs des praktischen Arztes in Großbritannien deuten eher auf das Gegenteil.

(Nach einem Vortrag vor der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung am 26. Januar 1973 in Bonn-Bad Godesberg)

5021 Widdersdorf bei Köln
Akazienweg 6