

# Aktuelle Politik

## Die „zuwendungsintensiven“ Leistungen sollen belohnt werden

Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung denkt über eine neue Struktur der Gebührenordnung nach

**D**er Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Professor Dr. Siegfried Häußler, hält eine Verschiebung der Schwerpunkte in der kassenärztlichen Gebührenordnung, dem „Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ)“, für notwendig. Die jetzige Gebührenordnung begünstige aufwandsintensive technische Leistungen und führe zu einer Einkommensverteilung in der Ärzteschaft, die nicht mehr leistungsgerecht erscheine, begründete Häußler vor der Presse. Eine Reformkommission der KBV solle deshalb Strategien zur Modernisierung, Honorarumstrukturierung und Vereinfachung der Abrechnung erarbeiten.

► Häußler: „Ergebnis soll eine auf Begünstigung zuwendungsintensiven ärztlichen Handelns ausgerichtete kassenärztliche Gebührenordnung sein, der gleichzeitig ein praktikables Ordnungskonzept zugrundeliegt.“ Und noch einmal Häußler, im Klartext: „Leistungen, die der Arzt selber erbringt, die er nicht delegieren kann, sollen besser honoriert werden.“

Aus der Arbeit der Reformkommission berichtete auf dem Presseseminar der KBV in Berlin der Vorsitzende jener Kommission, Dr. Klaus Dehler; Dehler (Nürnberg) ist Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Beabsichtigt

Eine „Reformkommission“ des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschäftigt sich mit einer Umstrukturierung der Gebührenordnung. Die Überlegungen der Kommission sind so weit gediehen, daß sie auf einem Seminar, zu dem die KBV einen Kreis namhafter sozialpolitischer Journalisten nach Berlin geladen hatte, in Grundzügen vorgestellt werden konnten.

sei eine kostenneutrale Umschichtung des Honorarvolumens. Zugleich sollten eine Reihe von Ungereimtheiten der jetzigen Gebührenordnung für die Kassen-/Vertragsärzte beseitigt werden. Daß diese Gebührenordnung nicht dem Stand der Zeit entspreche, zeige sich schon daran, daß von den rund 2400 Positionen ungefähr 200 überhaupt nicht und etwa 1200 weniger als tausendmal im Jahr von der Kassenärzteschaft angesetzt würden.

Diese Positionen mögen ja in der *amtlichen* ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ), die für die

Privatliquidation – auch im stationären Bereich – gilt, ihre Berechtigung haben. Aber: Die Gebührenordnung, die inzwischen sieben Jahre alt sei, berücksichtige auch moderne medizinische Entwicklungen nicht. Sie habe ferner textliche Mängel und bereite Auslegungsschwierigkeiten.

Vor allem aber bemängelte Dr. Dehler – wie zuvor Häußler – die Ungleichgewichte in der Honorarverteilung, die durch die Struktur der Gebührenordnung bedingt seien. Im *Ertrag* lägen die Arztgruppen mit den höchsten Umsätzen um ein Fünffaches über denen mit den niedrigsten Umsätzen. Ziel einer Reform müsse es daher sein, Chancengerechtigkeit für alle Gruppen zu schaffen.

Kernstück der Reformüberlegungen ist eine Neuordnung der Leistungen nach Maßgabe der ärztlichen Zuwendung. Dehler nannte vier Kategorien von Leistungen:

- ① Zuwendungsintensive Leistungen; das sind solche, die nur vom Arzt persönlich am Patienten erbracht werden können.
- ② Aufwandsintensive Leistungen; das sind solche, bei denen ärztliche Leistung und technische Leistung unlösbar miteinander verbunden sind.
- ③ Zuwendungsfreie ärztliche Leistungen; das sind solche, die zwar vom Arzt erbracht werden, bei dem der Arzt aber nicht unmittelbar mit dem Patienten zu tun hat.

④ Aufsichtleistungen; das sind solche, die auf Anordnung und unter Aufsicht des Arztes von Assistenzpersonnel durchgeführt werden (eventuell auch außerhalb der Praxis).

Das „Umschaueln“ (Dehler) zugunsten der zuwendungsintensiven Leistungen soll im wesentlichen zu Lasten von Leistungen der Kategorie vier erfolgen. Das bedeute keine Maschinensteuer, versicherte Dehler. Der Kassenarzt solle konkurrenzfähig bleiben. Er solle auch künftig investieren und seine Investitionen amortisieren können.

In erster Linie dürfte das Labor von der Umschichtung betroffen sein. Die Überlegungen der Reformkommission folgen damit einer bereits seit Jahren sichtbaren Linie der Umstrukturierung des Honorarvolumens. Dehler denkt freilich über das Bisherige hinaus, so etwa an eine Splittung des Laborhonorars: einerseits Vergütung für den analytischen Schritt, andererseits Honorar für die ärztliche Einordnung der Ergebnisse in Diagnose und Therapie. Für die bloße Analyse soll, folgt man Dehler, der Marktpreis erstattet werden. Dehler geht dabei davon aus, daß Laborleistungen größtenteils nicht individuell in der ärztlichen Praxis erbracht, sondern von Großlaboratorien bezogen werden. Dennoch wolle man dem Einzellabor eine Chance belassen, aber man müsse auch realistisch sehen, daß sich auf dem Laborsektor in der Praxis seit Jahren ein Konzentrationsprozeß vollziehe.

Auf der anderen Seite stehen – den Überlegungen der KBV folgend – die Verbesserungen für die zuwendungsintensiven Leistungen und damit für jene Arztgruppen, die in erster Linie solche Leistungen erbringen. Die Frage ist freilich, ob Einsparungen beim Labor schon soviel erbringen, daß die zuwendungsintensiven Leistungen tatsächlich

spürbar angehoben werden können. In der KBV scheint man diese Frage positiv zu beantworten. KBV-Hauptgeschäftsführer Dr. Eckart Fiedler ist zudem der Meinung, daß die zuwendungsintensiven Leistungen notfalls nicht nur zu Lasten des Labors, sondern auch aller anderen Bereiche gefördert werden sollten. Allerdings seien Umbewertungen im Laborbereich am vordringlichsten. Dr. Dehler resümierte: es werde „schmerzhafte Eingriffe“ für Laborärzte geben.

In welcher Höhe sollen die zuwendungsintensiven Leistungen begünstigt werden? Darüber konnten sich die KBV-Ver-



Die jetzige Gebührenordnung begünstigt in ihrer Struktur aufwandsintensive technische Leistungen und hat zu einer Einkommensverteilung in der Ärzteschaft geführt, die nicht mehr leistungsgerecht erscheint.



Professor Dr.  
Siegfried Häußler

treter auf dem Presseseminar noch nicht exakt äußern. Nicht von ungefähr berichtete indes der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, Dr. Ulrich Oesingmann (auch er gehört dem KBV-Vorstand an) von einem Modellversuch in seiner KV. Hier werden in einem mehrjährigen Modellversuch zeitintensive Beratungen von Ersatzkassen-Patienten mit psychosomatischen Störungen mit knapp dem Dreifachen der normalen Beratungsgebühr honoriert. Bedingungen sind: die Ärzte müssen eine mindestens dreijährige Erfahrung in Klinik oder Praxis nachweisen, sie sollen möglichst in Selbster-

fahrungsgruppen à la Balint mitmachen; die Beratung muß mindestens 15 Minuten dauern. Professor Häußler, am Rande der Berliner Tagung auf das westfälisch-lippische Modell angesprochen, äußerte die Meinung, eine derartige Aufwertung zuwendungsintensiver Leistungen erscheine ihm vorbildlich.

Häußler machte in Berlin auch auf den weiteren Hintergrund der Reformüberlegungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufmerksam. Die Kassen seien über die steigenden Arzttzahlen und das damit einhergehende steigende Leistungsvolumen äußerst besorgt. Die Kassenärzte müßten, um das Honorarsystem, das auf Einzelleistungen basiere, im Grundsatz zu erhalten, einiges tun, um den Kassen diese Sorge zu nehmen. Das sei der Fall, wenn die Kassen die Zahlung ihrer Gesamtvergütung an die KV nach *Kopfpauschale* berechnen könnten. Das aufgrund der Kopfpauschale ermittelte gesamte Honorarvolumen (das im Einklang mit der Grundlohnsumme steige) stehe dann den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verteilung nach deren *eigenen* Honorarverteilungsmaßstäben zur Verfügung. Und verteilt werde weiterhin grundsätzlich nach *Einzelleistungen* und künftig, wenn die KBV-Reformvorschläge gebilligt würden, eben umstrukturiert zugunsten der zuwendungsintensiven Leistungen.

Aus Häußlers Ausführungen in Berlin geht auch deutlich hervor, daß die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit ihren Überlegungen weitergehende Vorschläge von politischer Seite unterlaufen will, so etwa den SPD-Gesetzesentwurf zur Weiterentwicklung der Vertragsgrundlagen des Kassenärztlichen Gebührenrechts. Hier werden das Leistungskomplexhonorar sowie die Beseitigung der Honorarverteilungshoheit der Kassenärztlichen Vereini-

gungen gefordert. Häußler nannte aber auch eine „Traditionskompanie für Kostendämpfung“ im Bundesarbeitsministerium. Dort geisterte ein „Positionspapier“ umher, in dem eine feste Koppelung der Ausgaben an die Grundlohnsumme gefordert werde, in dem die Preisvergleichsliste für Ärzte als verbindlich, also als „quasi automatische Regreßgrundlage“ (Häußler) bezeichnet werde und in dem die Abschaffung der Einzelleistungsvergütung gefordert werde.

Häußler ließ ferner erkennen, daß die Überlegungen der KBV-Reformkommission mit Vorschlägen, wie sie dem bayerischen KV-Vorsitzenden, Professor Dr. Hans Joachim Sewering, zugeschrieben werden, konkurrieren. Häußler (freilich ohne Sewering namentlich zu nennen) zu den im Berliner Seminar der KBV versammelten Journalisten: „Durch die Zunahme des Anteils der Spezialisten in der Gesamtheit der Kassen- und Vertragsärzte droht eine Verteuerung der ambulanten Versorgung, zumal immer mehr Originalscheine von diesen Spezialisten abgerechnet werden. Sie kennen die verschiedenen Lösungsvorschläge für das Problem, etwa den, die freie Arztwahl zu beschränken und nach holländischem Muster dem Versicherten den unmittelbaren Zugang zum Spezialisten zu sperren. Das wäre eine Revolutionierung unseres Systems, die nach meiner Meinung Wert und Ansehen des Hausarztes, der gleichzeitig auf Pauschalhonorar gesetzt werden soll, hinabstufen würde, ohne damit die Finanzierbarkeit unseres Systems zu verbessern.“

Soweit Professor Häußler. Sein bayerischer KV-Kollege wird seine Auffassungen gewiß bei nächster Gelegenheit präzisieren; ein Bericht über den Bayerischen Ärztetag erscheint im nächsten Heft. NJ

## Grundrente für jedermann?

Das Bonner Institut für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik (IWG), das von dem CDU-Politiker Biedenkopf geleitet wird, hat die schrittweise Ablösung des heutigen Alterssicherungssystems durch eine staatliche Grundversorgung vorgeschlagen und dafür ein konkretes Modell vorgelegt, das sowohl das Rentensystem als auch die Beamtenversorgung und die berufsständischen Versorgungswerke einbezieht. Der westfälische CDU-Vorsitzende Biedenkopf und der FDP-Vorsitzende Bangemann setzen sich zwar seit längerem für eine steuerfinanzierte Grundrente ein; bislang fehlte es jedoch an einem Modell, an dem überprüft werden kann, ob solche Überlegungen überhaupt zu verwirklichen sind.

Das versuchen die Mitarbeiter Biedenkopfs, Meinhard Miegel und Stefanie Wahl, nun in ihrer Studie über die Neuordnung des Alterssicherungssystems zu belegen. Nach diesem Vorschlag solle nach einer Übergangszeit von 25 Jahren, also etwa vom Jahr 2010 an, jeder Bürger, der wenigstens 25 Jahre in der Bundesrepublik steuerpflichtig war, vom 63. Lebensjahr an eine Grundrente in Höhe von 40 Prozent des durchschnittlichen Netto-Arbeitsentgelts der Arbeitnehmer erhalten. Heute entspricht das einem Betrag von rund 800 Mark, im Jahr 2010 wären das nach den Schätzungen des Instituts etwa 1200 Mark (bezogen auf den heutigen Geldwert).

Wer erst in einem höheren Lebensalter die Grundrente beantragt, soll eine höhere Rente erhalten. Je Monat ist ein versicherungsmathematischer Zuschlag von 0,4 Prozent vorgesehen. Wer die Grundrente erst vom 68. Lebensjahr an bezieht, erhielte also eine Rente in Höhe von 64 Pro-

zent der Netto-Arbeitsentgelte, was in etwa dem heutigen Rentenniveau entspricht. Die Grundrente wird auch bei Erwerbsunfähigkeit gezahlt; Voraussetzungen sind fünf Jahre Steuerpflicht und Erwerbstätigkeit. Bei Berufsunfähigkeit wird die halbe Grundsicherung gewährt. Erwerbs- und Berufsunfähigkeit müssen alle zwei Jahre überprüft werden. Hinterbliebenenrenten werden an Witwer und Witwen gewährt, die das 50. Lebensjahr vollendet haben, deren Ehepartner 25 Jahre steuerpflichtig und die in den sieben Jahren vor dem Versorgungsfall nicht erwerbstätig waren.

### Anspruch für alle

Anspruch auf die Grundsicherung soll prinzipiell jedermann haben, Männer und Frauen, Inländer und Ausländer, Erwerbstätige und Nichterwerbstätige, Arbeitnehmer, Selbständige, Freiberufler und Beamte. Das ist jedenfalls das langfristige Ziel. Das Modell enthält durch die Zuschlagsregelung einen Anreiz, länger zu arbeiten oder nach dem 63. Lebensjahr zunächst einmal einige Jahre von den angesammelten Ersparnissen zu leben, um hinterher eine bessere Grundrente zu erhalten. Die Beschränkung der Versorgung auf eine allgemeine und einheitliche Mindestrente soll die Abgabenbelastung etwa auf dem heutigen Niveau stabilisieren und damit die Voraussetzungen für private Vorsorge und Kapitalbildung verbessern.

Finanziert werden soll das System über die Steuer. Um die Grundrente bezahlen zu können, müssen die Einkommensteuerbelastung bis 2030, wenn die Alterslastquote voraussichtlich ihren höchsten Stand erreicht, von heute durchschnittlich 17,5 Prozent auf 26 Prozent und der Mehrwertsteuersatz von 14 auf 21 Prozent erhöht werden. Zwei Drittel der Belastung sollen über die indirekten Steuern und ein Drittel über die Lohn- und Einkommensteuer