

Förderung der zuwendungsintensiven Medizin

Aus dem Statement von Prof. Dr. Siegfried Häußler
bei der Konzertierte Aktion am 17. März 1986

Die Erneuerung der kassenärztlichen Gebührenordnung wird ein wichtiger Beitrag der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zur anstehenden Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Dabei lassen sie sich von den Zielen leiten, das gesamte Leistungsverzeichnis zu straffen und seine Handhabung für den Kassenarzt zu vereinfachen. Weiter sollen medizinisch nicht vertretbaren Mengenentwicklungen über die Gebührenordnung entgegengewirkt sowie Ungleichgewichte im Ertrag von Gebührenordnungsziffern kostenneutral korrigiert und insgesamt die zuwendungsintensiven Leistungen gefördert werden.

Gerade die Förderung der zuwendungsintensiven Medizin im Sinne der Erweiterung und besseren Bewertung der ärztlichen Grundleistungen, wie Beratungen und Untersuchungen, – ein gesundheitspolitisches Vorhaben, dem ein breiter gesellschaftlicher Konsens zugrunde liegt – hat zur Voraussetzung, die Errechnung der kassenärztlichen Gesamtvergütung losgelöst vom Bewertungsmaßstab vorzunehmen. Für den geplanten zweijährigen Zeitraum der Überarbeitung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes sollen deshalb die Ausgaben der Krankenkassen für ambulante ärztliche Behandlung als Pauschale entrichtet werden. Die Weiterentwicklung der Pauschale erfolgt im Verhältnis 1:1 zum Grundlohnanstieg.

Dies ist für uns Kassenärzte ein erneutes großes Zugeständnis in Richtung der auch von uns für wünschenswert, ja notwendig erachteten Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Damit geht nicht nur die Mengenentwicklung pro Fall, sondern auch das gesamt-

te Morbiditätsrisiko zu unseren Lasten. Dies kann kein Dauer-, allenfalls ein vorübergehender Zustand sein. Die akute Grippewelle in unserem Lande zeigt, welche Probleme entstehen können. Ein kräftezehrender Einsatz des Arztes rund um die Uhr wird mit deutlich sinkendem Honorar pro Leistung bestraft. Dies kann auch nicht im Interesse unserer Vertragspartner liegen. Darüber müssen wir mit ihnen sprechen.

Des weiteren trägt die global am Grundlohnzuwachs ausgerichtete Weiterentwicklung der kassenärztlichen Gesamtvergütung weder dem medizinischen Fortschritt noch der demographischen Entwicklung und damit der Patientenstruktur noch dem sich ändernden Krankheitsspektrum Rechnung.

Und schließlich ist es uns unmöglich, das Risiko der ständig überproportional steigenden Kassenarztahl zu tragen. Trotz Verlängerung der kassenärztlichen Vorbereitungszeit von 6 auf 18 Monate haben sich im letzten Jahr 6 Prozent neue Kassenärzte niedergelassen. Nur weil die Zahl der ausscheidenden Kassenärzte noch einmal angestiegen ist, betrug der Nettozugang lediglich 2,4 Prozent. Und dennoch lag (entsprechend der Übersicht in einem vom Bundesarbeitsminister versandten Tabellensatz) die Umsatzsteigerung je Kassenarztpraxis bei lediglich 0,5 Prozent. Bei rund 53 Prozent durchschnittlichem Kostenanteil und einer Inflationsrate von 2 Prozent sind also die Einkommen der Kassenärzte im Schnitt nicht nur real, sondern effektiv gesunken.

Die hohen Arztzahlzugänge bereiten uns aber nicht nur aus wirtschaftlicher sondern auch aus qualitativer Sicht Sorge. Ich möchte an dieser Stelle zuerst dem Bun-

desarbeitsminister noch einmal Dank sagen für seine Initiative, durch eine neue Bedarfsplanung Entlastungsmöglichkeiten für kostentreibende Überversorgungssituationen durch eine bedarfsgerechtere Verteilung bei gleichzeitiger Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu schaffen. Allerdings möchte ich betonen, daß bekanntgewordene Vorschläge zur Weiterentwicklung des Referentenentwurfs, die von anderen Bundesressorts angeführte verfassungsrechtliche Bedenken entkräften sollen, von uns nicht mitgetragen werden können. Dies gilt um so mehr, als der Gedanke einer besonderen Qualifikation für den zukünftigen Kassenarzt in dem Referentenentwurf nicht aufgegriffen ist.

Die besondere Qualifikation für den Kassenarzt ergibt sich für mich aus der Anforderung, einer angemessenen und wirtschaftlichen Versorgung gerecht zu werden. Dazu gehören gerade auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung die Berücksichtigung des sozialen Umfeldes des Patienten, die Besonderheiten in der Behandlung und Führung chronisch kranker älterer und psychisch gestörter Patienten, aber auch die Verantwortung für die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes bei der Veranlassung weiterer Leistungen, wie Arzneimittelverordnungen oder Arbeitsunfähigkeitsbegutachtungen.

Ich bin absolut sicher, daß wir mit einem breiten Konsens der Öffentlichkeit rechnen können, wenn wir im Sinne einer leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen medizinischen Versorgung der sozialversicherten Patienten eine besondere Qualifikation für die Zulassung zur Kassenarztpraxis fordern. Dies wird in der vorliegenden Vereinbarung zur grundlegenden Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch die Vertragspartner ausdrücklich betont, wenn sie fordern: zur Erhaltung einer qualitativ hochwertigen kassenärztlichen Versorgung werden sie sich für die gesetzliche Regelung einer besonderen Qualifikation aller Kassenärzte einsetzen.