

Honorierung per *Fallpauschale* eingeführt würde. Denn jeder Überweisungsschein zum ambulant operierenden Arzt schaffe einen neuen Abrechnungsfall und vermehre somit die Anforderungen an die kassenärztliche Gesamtvergütung. Dennoch verhalte sich der niedergelassene Hausarzt selbst im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), wo eine Fallpauschale, wie er es fordert, anstelle der sonst in anderen KV-Bereichen üblichen Kopfpauschale gezahlt wird, oft zurückhaltend bei Überweisungen an niedergelassene belegärztlich tätige Kolleginnen und Kollegen, so Dr. Hahn. Dieser für Belegärzte abträgliche „Teufelskreis“ müsse durchbrochen werden, denn je mehr abgerechnet werde, desto niedriger werde der Punktwert im kassenärztlichen Vergütungs-„Gesamttopf“.

Was die Forderungen der Belegärzte, die krankenhausspezifischen Leistungen im Zuge einer GOÄ-Novelle besser zu dotieren und die Visitgebühren anzuheben, betrifft, so scheinen sich die Chancen inzwischen verbessert zu haben. Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), Köln, hat jedenfalls signalisiert, daß er den belegärztlichen Anliegen gegenüber aufgeschlossen sei und höhere Punktwerte bei Visiten von Belegärzten befürworte (Anhebung von derzeit 60 auf 70 Punkte). Auch die Ärzteverbände haben in Eingaben an das Bundesgesundheitsministerium inzwischen die Forderungen der Belegärzte aufgegriffen und unterstützt.

### **Im Clinch mit dem Blüm-Ministerium**

Einen „Strauß“ haben die Belegärzte allerdings noch mit der Fachabteilung „Gesundheit, Krankenversicherung“ des Bundesgesundheitsministeriums im Vorfeld der GOÄ-Novelle auszufechten. Der „Stein des Anstoßes“: Die Minderungspflicht beim Ansatz der Nummer 4 c des Gebührenverzeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte. Aus „gegebenem Anlaß“ hat das Bundesgesundheitsministerium der Bundesärztekammer mitgeteilt, daß der Arzt auch

beim Ansatz der Nr. 4 c des Gebührenverzeichnisses der GOÄ – Zuschlag zur Visite – verpflichtet sei, die berechneten Gebühren um pauschal 15 Prozent zu mindern. Diese Regelung, so Regierungsdirektor Siegfried Bader vom Referat V a 1 des Bundesgesundheitsministeriums, erstrecke sich ausnahmslos auf alle in der Anlage zur GOÄ (Gebührenverzeichnis) genannten Gebühren. Eine Sonderregelung sei weder im Allgemeinen Teil der GOÄ noch im Gebührenverzeichnis selbst enthalten. Diesen „Rechtsstandpunkt“ haben die Bundesärztekammer und der Belegarzt-Bundesverband inzwischen gekontert. So teilte die Bundesärztekammer dem Bundesgesundheitsministerium mit, daß beim Ansatz der Nr. 4 c die Minderungspflicht nach § 6 a GOÄ nicht zum Zuge komme. Die Bundesärztekammer weist darauf hin: Ausdrücklich habe der Verordnungsgeber Nr. 4 c als *Kostenpauschale* definiert, und zwar sei diese als „Zuschlagsposition“ zur Visitgebühr ausgestaltet worden. Es handle sich dabei um keine spezifische Leistung, weil die Nr. 4 c nur mit dem einfachen Gebührensatz berechnungsfähig sei (also keine Steigerungs-Multiplikatoren zum Zuge kämen).

Eine vergleichbare Regelung findet sich im Gebührenverzeichnis nur bei den Schreibgebühren nach den Nummern 31 und 32, die jedoch nicht im stationären Bereich anfallen. Zusätzlich hat die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, daß die Legalinterpretation als *Kostenpauschale* bereits in § 2 Abs. 3 der Bundesgesundheitsgesetzverordnung (von 1986) rechtlich begründet worden sei. Danach seien die Kosten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes als belegärztliche Leistung definiert worden, die *nicht* im Pflegesatz des Krankenhauses berechnet werden dürften. Diese Kosten fallen regelmäßig außerhalb und zusätzlich zum Pflegesatz an.

● **Conclusio:** Würde das Bundesgesundheitsministerium bei seiner Auffassung bleiben, daß die Visitzuschläge um 15 Prozent zu mindern sind, würde sich der Verordnungsgeber in bezug auf die Bundesgesundheitsgesetzverordnung selbst widersprechen... Dr. Harald Clade

### **Hausärzte in der DDR: Polikliniken „nicht die beste Variante“**

Ein gewisses Umdenken bei der Entwicklung der hausärztlichen Betreuung in der DDR hat der neue Gesundheitsminister, Obermedizinalrat Professor Dr. sc. med. Klaus Thielmann, bei einer Konferenz der Kreis- und Bezirksärzte in Kleinmachnow bei Berlin angekündigt. Die Erfahrung zeige, sagte Thielmann, daß die ausschließliche Konzentration von hausärztlichen Arbeitsplätzen in Polikliniken „nicht die günstigste Variante zur Förderung der hausärztlichen Betreuung“ sei. Man solle auch die Schaffung von kleineren Ambulatorien mit drei bis fünf ärztlichen Arbeitsplätzen anstreben, in Stadtrandgebieten sogar von Einzelpraxen. Die Nutzung von Wohnungen als ärztliche Arbeitsplätze sei bisher in der DDR kritisch als Provisorium bezeichnet worden; dazu „haben wir heute eine andere Auffassung“.

Zur zahlenmäßigen Entwicklung der Allgemeinmedizin verzeichnete Minister Thielmann „keine schlechte Bilanz“: Von 41 500 Ärzten in der DDR waren im vergangenen Jahr 9531 Fachärzte für Allgemeinmedizin (das entspricht einem Allgemeinarzt auf 1749 Einwohner). Die Bereitschaft der Studienabsolventen, die Fachrichtung Allgemeinmedizin zu wählen, habe deutlich zugenommen: Vom Absolventenjahrgang 1990 haben sich 40 Prozent für die Allgemeinmedizin entschieden.

Zu kritisieren ist nach den Worten des Ministers nach wie vor die Tatsache, daß Allgemeinärzte noch zu oft mit anderen Aufgaben belastet sind, als daß sie dem Ideal – mindestens zwei Stunden je Arbeitstag Zeit für Hausbesuche – schon nahe kommen. Noch zu häufig gebe es „ineffektive Leitungsstrukturen“, die den Hausarzt in seiner Tätigkeit hemmen. Außerdem gibt es offenbar Schwierigkeiten beim Zugang unter anderem zu Laboruntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, physiotherapeutischen Behandlungen sowie zu Fachärzten für Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie. gb