

gpk

3/2003

Gesellschafts- politische Kommentare

Bonn, März 2003

44. Jahrgang, Nr. 3

Einzelpreis: € 3,90

März

Wettbewerb und rationale Medizin

Facharzt im Zentrum einer zukunftsorientierten
Versorgungskette

Jörg-A. Rüggeberg 3

Solidarität und Subsidiarität

Gedanken zu einer umfassenden
Gesundheitsreform

Hans Georg Faust 9

Modernisierung mit teuren Irrwegen

Präparate der besonderen Therapierichtungen
werden systematisch ausgegrenzt

Volker Schulz 12

Offen für Veränderungen

Leistungen der Apotheker müssen
neu positioniert werden

Karl-Rudolf Mattenklotz 16

Arzneimittelversandhandel

Kein Nutzen für Patient oder Kasse

Thomas Preis 18

Parität in der Besetzung der Kommission D?

Sachgerechter Einsatz von homöopathischen
Kombinationspräparaten in Gefahr

John J. Kaemmer 20

Sorge vor Staatsmedizin

Presseseminar des Freien Verbandes
Deutscher Zahnärzte

Leo Schütze 22

Das Jahrhundert der Senioren

Präventive gesundheitliche Betreuung
gewinnt an Bedeutung

Rüdiger Butz 25

Aus dem Deutschen Bundestag

Aktuelle Termine und Themen
im Ausschuss für die Angelegenheiten
der Europäischen Union

Günter Gloser 27

Aus dem Europäischen Parlament

- Aktuelle Termine und Themen
Markus Ferber 29

- Aus dem Ausschuss für Umweltfragen,
Volksgesundheit und Verbraucherpolitik
Horst Schnellhardt 30

Reformoptionen im Gesundheitswesen für Lahnstein II

Eike Hovermann 33

Impressum 21

Autoren 32

Wettbewerb und rationale Medizin

Facharzt im Zentrum einer zukunftsorientierten Versorgungskette

Von Jörg-A. Rüggeberg

Einleitung

Die intensive Diskussion um eine zukunftsorientierte Reform des Gesundheitssystems bringt immer wieder Vorschläge in die Öffentlichkeit, die entweder auf theoretischen Ansätzen beruhen oder mehr oder minder unverhohlen vor allem Besitzstandswahrung im Blick haben. Wenig hilfreich ist es dabei, wenn die Protagonisten derartiger Papiere, sei es nun der Arbeitgeberverband oder der Deutsche Gewerkschaftsbund, seien es Gesundheitsökonomien oder Medizintheoretiker in der Regel über keinerlei konkrete Erfahrung in der medizinischen Versorgungsrealität verfügen.

Zweifellos ist es eine prioritäre Aufgabe der Gesetzgebung, ein sozial ausgewogenes Gesundheitssystem zu entwickeln, das geeignet sein muss, den Herausforderungen einer alternden Gesellschaft gerecht zu werden. Dieses allerdings ausschließlich an ökonomischen Rahmenbedingungen zu orientieren, vernachlässigt gröblich die existentiellen Bedürfnisse der Betroffenen. Dies sind primär die Patienten und erst in zweiter Linie Versicherte und Leistungserbringer.

Die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB – der Facharztverband) nimmt als Dachorganisation von mehr als 100.000 Fachärzten in Klinik und Praxis für sich die Legitimation in Anspruch, aus der täglichen Praxis heraus in Kenntnis der Versorgungsrealität Vorschläge zur patientengerechten Weiterentwicklung des Systems auszuarbeiten.

Ist-Zustand

Das Deutsche Gesundheitswesen hat sich historisch in drei Versorgungsebenen entwickelt: ambulante hausärztliche Grundversorgung, fachärztlich ambulante Versorgung und (fachärztlich) stationäre Krankenhausbehandlung. Über ein halbes Jahrhundert hat dieses System der deutschen Bevölkerung eine medizinische Versorgung auf höchstem qualitativen Niveau gewährleistet. Und dies trotz der steigenden Anforderungen aufgrund der demographischen Ent-

wicklung und der Umsetzung des medizinischen Fortschrittes ohne entscheidende Ausgabensteigerung in Relation zum Bruttosozialprodukt.

Problematisch in den letzten Jahren ist lediglich die Einkommensseite der GKV, die bekanntlich ausschließlich an den Faktor Arbeit gekoppelt ist. Dieser ist deutlich rückläufig und allein verantwortlich für das entstandene Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die gewachsenen Strukturen einer dreistufigen Gesundheitsversorgung haben zudem zu einer bewährten Aufgabenteilung innerhalb der Leistungsanbieter geführt, die nicht ohne Brüche und nur mit dem Risiko einer strukturellen Schwächung des Systems aufgehoben werden kann. Allerdings ist auch festzustellen, dass aufgrund überwiegend gesetzlich verankerter Schranken ein fließender Übergang zwischen den drei Versorgungsebenen erschwert wird. Hier ist ein Reformbedarf immanent.

Integrierte Versorgung

Der Gesetzgeber hat mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 2000 über den § 140 SGB V versucht, die Schnittstellenproblematik zu überwinden. Im Ansatz war der eingeschlagene Weg vernünftig, konnte aber nicht umgesetzt werden, weil die sektoralen Budgets der einzelnen Versorgungsebenen nicht aufgehoben wurden. Solange nicht gewährleistet ist, dass den jeweiligen Anteilen eines integrierten Versorgungsangebotes die zugehörigen Mittel folgen können, wird eine derartige im Prinzip zu begrüßende Zusammenführung der Behandlungsebenen nicht erreicht werden.

Insofern ist der stets wiederholte Vorwurf einer Verweigerungshaltung der Ärzteschaft unbegründet. Ohne passendes Werkzeug kann auch der beste Handwerker nichts erreichen. Seitens der Fachärzte wird eine kooperative Behandlung der Patienten über die sektoralen Budgetgrenzen hinweg als unverzichtbarer Bestandteil einer Gesundheitsreform gefordert, allerdings setzt dies zum einen die Aufhe-

bung der Budgets voraus, zum anderen muss eine effiziente Struktur eingerichtet werden, die im einzelnen im Folgenden erläutert wird.

Situation am Krankenhaus

Die klinische Versorgung ist typischerweise charakterisiert durch die Notwendigkeit einer pflegerischen Betreuung im Zusammenhang mit überwiegend schweren Erkrankungen. Trotz des geringen Anteils von ca. 5 Prozent der so zu betreuenden Patienten ist diese Versorgungsebene ohne Diskussion unverzichtbar. Ebenso unstrittig ist die Tatsache, dass die stationäre Behandlung im Einzelfall auch aus sozialer Indikation heraus erfolgen muss.

Die Diskussion um die Fehlbelegungsquote bei unzureichender Indikation ist daher zu relativieren und auf diejenigen Fälle zu begrenzen, in denen wegen fehlender struktureller Voraussetzungen des Krankenhauses eine frühzeitige Entlassung bzw. eine primär ambulante Behandlung nicht erfolgt.

Die Umstellung des Vergütungssystems der Kliniken von der Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze zu DRGs ist ein zukunftsweisender Schritt, auch wenn die konkrete Ausgestaltung der DRGs sowohl inhaltlich als vor allem vergütungstechnisch erheblichen Korrekturbedarf aufweist.

Die hohe Leistungsfähigkeit der Kliniken stößt aber in den letzten Jahren unter dem immer höher werdenden ökonomischen Druck an Grenzen der Belastbarkeit sowohl des ärztlichen Personals als auch der Pflege. Schon heute werden Millionen unbezahlter Überstunden geleistet, um die Versorgung der Patienten aufrechtzuerhalten. Kürzere Verweilzeiten unter dem Diktat von DRGs bedeuten einen höheren Durchlauf, noch mehr in den Augen der Betroffenen zumeist unsinnige Dokumentationspflichten und eine Depersonalisierung der Arzt-Patienten-Beziehung.

Die Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes in den Kliniken führt schon heute zu einem personellen Nachholbedarf von 12.000 Ärzten. Diese sind auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar.

Die nachwachsende Generation zieht es angesichts der Aussichten zunehmend vor, nach Abschluss des Studiums auf die konkrete Berufsausübung am Patienten zu verzichten, so dass mittelfristig ein dramatischer Ärztemangel zu erwarten ist, der in einigen Regionen der Republik bereits zu ersten Versorgungsengpässen führt.

Unter diesen Bedingungen ist eine zusätzliche Bürde durch Übernahme ambulanter Behandlung durch den Personalbestand der Kliniken in keiner Form tragbar.

Situation in der ambulanten Praxis

Die weitaus überwiegende Zahl aller Behandlungsfälle wird in der ambulanten Versorgung vorgenommen in einer Differenzierung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Betreuung. Bis in die Neunzigerjahre hinein war dies störungsfrei möglich. Unter zunehmendem Budgetdruck ist es vorwiegend auf der Ebene der Verbände und Funktionäre zu einer Auseinandersetzung um Honoraranteile gekommen.

Während an der Basis Haus- und Fachärzte in aller Regel kooperativ zusammen tätig sind, wird im politischen Raum um Zugangsansprüche gerungen, die mit der Versorgungsnotwendigkeit wenig zu tun haben. Zwei Umstände haben das Klima in der Auseinandersetzung maßgeblich verschärft:

- die Einrichtung des Budgets und
- die Einführung der Chipkarte.

Ersteres führt zu innerärztlichen Verteilungskämpfen angesichts zu knapper Ressourcen mit der Folge einer systemimmanenten Leistungsverdichtung; die Chipkarte zu unkontrollierbarem Missbrauch des Leistungsangebotes.

Es liegt nahe, dass in einer solchen Situation homogen strukturierte Arztgruppen ihr Gewicht in die politische Wagschale einbringen, um für sich selbst ein Maximum des grundsätzlichen Mangels zu acquirieren. Das mag legitim sein, ist aber nicht zielführend in der Frage notwendiger Strukturveränderungen.

Bei aller Berücksichtigung gesamtstaatlicher Interessen muss auf dem Sektor der Gesundheitsversorgung weniger auf die potentiellen Wünsche der Versicherten als vielmehr auf die realen Bedürfnisse der Kranken geachtet werden. Der freie und unmittelbare Zugang zum Arzt des Vertrauens steht dabei an oberster Stelle. Umfragen zeigen, dass dies von den befragten Patienten als unverzichtbar angesehen wird und einen deutlich höheren Stellenwert einnimmt als beispielsweise die Frage einer höheren finanziellen Belastung.

Weitere Umfragen bei Patienten und vor allem auch von Selbsthilfegruppen als Organisationen der chronisch Kranken legen dabei explizit Wert auf den direkten Zugang zum Facharzt in der Praxis, deutlich vor der Präferenz eines Hausarztmodells und weit vor der Akzeptanz einer poliklinischen Ambulanz. Als

Begründung wird die zielgerichtete kompetente Therapie und Diagnostik sowie die enge Arzt-Patienten-Bindung angeführt.

Die Facharztpraxis steht nach diesen klaren Umfrageergebnissen im Mittelpunkt der Versorgung und bildet in der Sicht der Patienten einen unverzichtbaren Eckpfeiler des Gesundheitssystems.

Genauso unstrittig ist die Notwendigkeit einer hausärztlichen Grundversorgung, die in der ihr eigenen Technik der abwartenden Beobachtung das System in der Betreuung von Bagatellerkrankungen entlastet. Voraussetzung ist allerdings die zügige Weiterleitung der Patienten in die nächsthöhere Versorgungsebene bei Symptomen ernsthafter Erkrankungen.

Eine ausschließlich hausärztlich gestützte Medizin birgt die Gefahr der Symptomverschleppung mit verspäteter Diagnose und erheblichen, dann auch kostenintensiven Folgeschäden.

Die Forderungen des BDA (Hausärzterverband) nach einem Primärarztssystem sind unter diesem Gesichtspunkt problematisch, denn auch bei bester Ausbildung kann der Allgemeinarzt unmöglich das gesamte Spektrum der Medizin überblicken.

Fehler des Systems

Das Gesundheitssystem leidet vor allem an der immer weiter klaffenden Schere zwischen medizinisch notwendiger Leistungsanforderung und rückläufigen Einnahmen. Der Versuch, die Kostenseite durch Budgets einzugrenzen, ist gescheitert. Im Gegenteil, die Budgets haben ihrerseits verhindert, dass Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Budgets wie die integrierte Versorgung Erfolg haben konnten.

Neben dem externen Finanzierungsproblem sind aber auch interne Fehlerquellen auszumachen, die unter dem Schlagwort Schnittstellenproblematik bezeichnet letztlich ihre Ursache ebenfalls in der sektoralen Trennung der Versorgungsebenen haben. Jede Reform des Gesundheitswesens muss daher zwingend Einnahmeseite und Leistungsseite gleichzeitig verändern.

Die Herausnahme der versicherungsfremden Leistungen aus dem Ausgabenbedarf der GKV ist in diesem Zusammenhang eigentlich nicht als Beseitigung eines Systemfehlers innerhalb der Gesundheitsversorgung zu bezeichnen. Es handelt sich dabei um eine verkappte Steuer, die über Versicherungsbeiträge und damit unter Steuergesichtspunkten absolut ungerecht erhoben wird, und daher

nichts mit dem Gesundheitssystem zu tun hat. Dies ist ein Fehler der Politik, nicht des Gesundheitswesens.

Ein nicht unwesentlicher Faktor ist der Patient selber, der mit seiner Chipkarte ohne jede individuelle Konsequenz beliebig Leistungen abfordern kann, abgesehen davon, dass die Karte selbst in Einzelfällen im freien Handel zirkuliert.

Reformvorschläge der GFB

Der vorstehenden Analyse folgend, hat die GFB – der Facharztverband – ein Reformkonzept entwickelt, das auf vier Grundlagen basiert:

1. Eigenverantwortung des Patienten;
2. Kooperationsmodelle zur integrierten Versorgung;
3. Auflösung der sektoralen Budgetgrenzen;
4. Umgestaltung des Honorarsystems.

Eigenverantwortung des Patienten

Der Patient hat einen unverzichtbaren Anspruch auf eine solidarisch getragene Absicherung eines existenziellen gesundheitlichen Risikos. Im aktuellen System hat er aber die Verantwortung im Umgang mit den angebotenen Möglichkeiten vollständig auf die Krankenkasse übertragen. Dem Patienten ist damit jeglicher Anreiz genommen, selbst zu entscheiden, welche Leistungen und in welchem Umfang er diese in Anspruch nehmen will.

Wenn dieses nicht geändert wird, muss bei weiterhin fehlenden Anreizen von staatlicher Seite reguliert werden mit der Folge einer Leistungseinschränkung bzw. Rationierung. Aus Sicht der GFB ist dabei die Einführung eines Primärarztssystems ebenso wie die Verlagerung der fachärztlichen ambulanten Versorgung an Krankenhausambulanzen nichts anderes als Rationierung, weil der freie Zugang zum Facharzt eigener Wahl gesetzlich beschnitten würde.

Die Patienten werden dies auch so empfinden, denn gerade der freie und unmittelbare Zugang zum Facharzt hat eine hohe Priorität.

Ein verantwortungsvoller Umgang mit den Angeboten der medizinischen Versorgung kann nur erreicht werden, wenn der Leistungsnehmer selber von seinen Entscheidungen betroffen ist. Aus diesem Grund setzt sich die GFB – der Facharztverband für eine Eigenbeteiligung des Patienten ein. Diese muss selbstverständlich sozial verträgliche Grenzen haben, etwa in einem maximalen Gesamtbetrag pro

Jahr oder – gerechter – in einem festzulegenden Prozentsatz des verfügbaren Einkommens.

Die Herausnahme einzelner Leistungsbereiche aus dem Gesamtkatalog und der Pflicht zur privaten Versicherung ist ein Schritt in die ähnliche Richtung, bleibt aber auf halbem Weg stecken.

Die Frage nach der Festschreibung des Arbeitgeberanteils zur GKV ist eine rein sozialstaatliche Maßnahme und löst das Problem allein nicht, wenn sie nicht verbunden wird mit der Verfügbarkeit und eigenverantwortlichen Nutzung der Arbeitnehmeranteile.

Eine eigenverantwortliche Steuerung in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen setzt voraus, dass die Betroffenen auch wissen, was die Behandlung kostet und welche Qualitätsmerkmale eingefordert werden können. Im derzeitigen Sachleistungsprinzip ist dies nicht möglich. Es muss daher das Prinzip der Kostenerstattung umgesetzt werden, das schon aufgrund europäischer Rechtsprechung auch in der Bundesrepublik mittelfristig obligat werden wird.

Nur über eine Kostenerstattung ist die zu fordernde Transparenz der Abläufe erreichbar, abgesehen davon eröffnet dieses Instrument die Möglichkeit eines von allen geforderten Wettbewerbs unter den Leistungsanbietern.

Kooperationsmodelle zur integrierten Versorgung unter Auflösung der sektoralen Budgetgrenzen

1. Ambulante Facharzzebene – Krankenhaus

Wie oben ausgeführt, behindern die aktuellen sektoralen Budgetgrenzen eine sinnvolle innerärztliche Kooperation. Der Patient durchläuft im Zuge seiner Erkrankung die verschiedenen Ebenen der Versorgung in beiden Richtungen, ohne sich als Individuum zu ändern. Seine Behandler wechseln aber mehrfach und haben zueinander wenig Kontakt. Daher ist eine konsequente Zusammenführung der Behandlungskette geboten.

Der Weg, im Zentrum der Kette ein Glied, den niedergelassenen Facharzt, herauszutrennen, führt allerdings in die Irre. Der niedergelassene Facharzt ist der entscheidende Filter vor einer stationären Behandlung, weil er aufgrund seiner gebietspezifischen Ausbildung und Erfahrung vieles ambulant behandeln kann.

Grundsätzlich besitzt der Krankenhausarzt die gleichen Kenntnisse, ihm fehlt aber jedweder Anreiz, sich für die Behandlung ambulanter Patienten zu engagieren, insbesondere, wenn ihm diese Tätigkeit

im Rahmen einer institutionellen Öffnung der Krankenhäuser als Dienstverpflichtung angetragen wird.

Im übrigen beweist die Erfahrung mit bestehenden Klinikambulanzen, dass die Patienten vielfach mit neuen Ärzten konfrontiert sind, die sich immer wieder neu in das Patientenproblem eindenken müssen und eine gewünschte enge Arzt-Patienten-Bindung nicht aufbauen können.

Die Erkenntnisse in der Umsetzung des § 115 SGB V (Ambulantes Operieren am Krankenhaus) haben überdeutlich gezeigt, dass die institutionelle Öffnung ungeeignet ist, ambulante Versorgung am Krankenhaus zu fördern.

Die selbständige freiberufliche Tätigkeit ist der Garant für schlanke und effiziente Versorgungseinrichtungen. Dabei spielt es keine Rolle, an welchem Standort diese Einrichtungen betrieben werden.

Für die GFB ist es daher zielführend, Kooperationen von niedergelassenen Fachärzten in eigener Praxis mit Kliniken zu entwickeln, um dort die erforderliche ambulante Betreuung der Patienten zu übernehmen. Dies wird um so wichtiger, als mit Einführung der DRG's mit frühzeitigen Entlassungen zu rechnen ist, die eine enge Anbindung an die stationäre Behandlungseinheiten schon aus Gründen der notwendigen Nachbetreuung erforderlich macht.

Der selbständig am Krankenhaus tätige Facharzt wird seine Patienten auch während einer erforderlichen stationären Therapie begleiten können; umgekehrt hat der Krankenhausarzt Zugang zu entlassenen Patienten.

Erste Erfahrungen aus Pilotkooperationen beweisen die Richtigkeit dieses Weges. Es ist nicht erforderlich, dies gesetzlich zu erzwingen, ein freier und wettbewerbsorientierter Markt bewirkt derartige Modelle aus sich selbst heraus. Letztlich muss nur das Instrument des Belegarztwesens deutlich gesetzgeberisch gefördert werden.

Die angedachte institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Medizin ist deshalb weder ökonomisch sinnvoll noch führt sie zu einer Verbesserung der Versorgung. Allerdings ist es ein Weg in die weitere staatliche Kontrolle des Systems unter Abschaffung der freiberuflichen Fachärzte. Mit kontrollierten Einheiten ist eine Zuteilungsmedizin besser umzusetzen, wenn dies so gewünscht wird.

Zwingende Voraussetzung für die Kooperationsmodelle niedergelassener Fachärzte mit Kliniken ist selbstverständlich wiederum die Abschaffung der sektoralen Budgets. Die ambulanten Anteile der stationär ausgelösten DRGs müssen kalkuliert, freige-

setzt und den tatsächlichen Leistungserbringern zugeordnet werden. Auch diese Konstellation ist unter dem Sachleistungsprinzip nicht realisierbar und bedarf der Einführung einer Kostenerstattung.

2. Hausarzt – Facharzt

Neben der Schnittstelle ambulant – stationär ist nach der gesetzlich festgelegten Honorartrennung zwischen Haus- und Fachärzten eine weitere sektorale Barriere eingezogen worden. Die Untauglichkeit dieser neuen Schranke beweist sich durch die andauernde Diskussion um ein hausärztlich gestütztes Primärarztssystem. Historisch ist die Honorartrennung entstanden durch die unerträgliche Belastung aller Ärzte als Folge der Budgets.

Bei ständig steigender Leistungsanforderung aus den bekannten Ursachen Demographie, medizinischer Fortschritt und Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich hat es einen unabwendbaren Anstieg vorwiegend fachärztlicher Leistungen gegeben. Das hat bei allen Beteiligten zu Honorarminderungen als Folge sinkender Punktwerte geführt.

Zwangsläufig führt ein solcher Missstand zu Auseinandersetzungen innerhalb der Arztgruppen, ohne dass dieses inhaltliche Gründe hätte. Der Ruf nach einem Primärarztssystem ist insofern nachvollziehbar als Versuch, ein Marktmonopol innerhalb einer Mangelverwaltung zu erreichen. Der Versorgungsrealität wird dies allerdings nicht gerecht.

Die Versichertengemeinschaft lässt sich in Aussicht auf geringere Beiträge von einem derartigen Modell überzeugen, die konkret betroffenen Patienten votieren im Erkrankungsfall aber völlig gegensätzlich. Im übrigen ist ein Primärarztmodell mit niedrigeren Eingangstarifen zunächst nur geeignet, das Beitragsaufkommen der Versicherung zu mindern, die Behandlungskosten müssen aber später dennoch aufgebracht werden.

Um eine positive Bilanz zu erreichen, muss ein Hausarztmodell zu einer Leistungsreduzierung führen. Das kann aber nur Leistungsverweigerung, also Rationierung heißen.

Es ist nicht erforderlich, Beispiele für die Notwendigkeit einer primären Inanspruchnahme von Fachärzten aufzuführen. Augenheilkunde und Gynäkologie gelten unwiderrprochen als Ausnahmen, gleiches müsste auch für Verletzungen, Herzinfarkte, Nierensteine etc. gelten. Die Liste der Ausnahmetatbestände wäre endlos, will man nicht Qualitätseinbußen, Spätfolgen durch Verschleppung oder ganz generell eine Absenkung des Niveaus medizinischer Versorgung in Kauf nehmen.

Andererseits ist die hausärztliche Versorgung ein unverzichtbarer Bestandteil in der Betreuung insbesondere unter sozialen, psychosomatischen und familiären Umfeldbedingungen. Dieses kann die fachärztliche Ebene nicht leisten. Notwendig ist daher eine enge Kooperation über die künstlich geschaffene Schnittstelle zwischen Haus- und Fachärzten.

Die GFB – der Facharztverband propagiert seit Jahren ein Modell, wonach der erstkonsultierte Arzt nach Diagnosestellung die weitere Versorgungsebene festzulegen hat. Das entspricht dem System der berufsgenossenschaftlichen Unfallbehandlung. Der D-Arzt hat darüber zu entscheiden, ob die Patienten in hochspezialisierter Facharztbehandlung verbleiben bzw. dorthin überwiesen werden oder ob andere Versorgungsebenen (stationär oder allgemeine Behandlung) erforderlich werden.

Ein solches Modell verpflichtet jeden Arzt, die medizinisch und ökonomisch effizienteste Ebene anzuordern, ohne dieses über eine obligate Filterstelle zu regeln. Bei einer eigenverantwortlichen Steuerung über die Patienten unter den Bedingungen der Kostenerstattung wird die Kraft des Marktes für die notwendige Umsetzung von allein sorgen.

Der Hausarzt ist auch aus Sicht der Fachärzte die am besten geeignete Stelle für die Zusammenführung patientenbezogener Befunde, die dann allerdings auch zur Einsichtnahme zur Verfügung stehen müssen. Eine Lotsenfunktion ist verfehlt, denn sie würde den Hausarzt angesichts der immensen Wissensbreite in der Medizin überfordern. Sie ist auch realitätsfern, da die Patienten anders entscheiden.

Sinnvoll ist eine strukturelle Förderung von kooperativen Zusammenschlüssen in Form von Ärztehäusern oder Gesundheitszentren. Analog zu den oben genannten Kooperationen an Krankenhäusern bietet ein solcher Zusammenschluss die Möglichkeit, medizinisches Fachwissen in unmittelbarer räumlicher Konzentration zu bündeln, Ressourcen gemeinsam zu nutzen und über den innerärztlichen Austausch die Qualität weiter zu verbessern. In einer solchen Kooperationsform ist der Hausarzt naturgemäß der gemeinsame Ansprechpartner.

Umgestaltung des Honorarsystems

Die oben genannten Strukturveränderungen setzen zwingend eine Änderung des geltenden Honorarsystems voraus. An Krankenhäusern ist mit Einführung der DRGs bereits der erste Schritt in die richtige Richtung vollzogen. Die Vergütung ambulanter Leistungen muss dem folgen.

Während fachärztliche Medizin durch die Bearbeitung eines definierten Krankheitsbildes geprägt ist, hat die Hausarztpraxis überwiegend allgemeine Betreuungsaufgaben. Daraus folgt, dass im hausärztlichen Versorgungsbereich eine eher pauschale Honorierung sinnvoll ist. Für den fachärztlichen Sektor bietet es sich an, diagnose- bzw. symptombezogene Leistungskomplexe zu definieren und diesen betriebswirtschaftlich kalkulierte ablaufbezogene Honorarkomplexe zuzuordnen.

Dies ist im Kern eine Ausdehnung der DRG-Systematik auf den ambulanten Bereich. Vorarbeiten sind bereits im EBM-Entwurf der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgereift formuliert und scheitern bisher an der Haltung der Kostenträger. Der entscheidende Vorteil der neuen Vergütungsordnung liegt in der Chance, damit sofort ein Kostenerstattungssystem umsetzen zu können, das aus den genannten Gründen zwingendes Kernelement einer jeden Gesundheitsreform sein muss.

Sollte die Selbstverwaltung keine Möglichkeit bekommen, den EBM 2000plus zu realisieren, werden die fachärztlichen Verbände dieses Modell zur Grundlage eigener Verhandlungen machen.

Die GFB – der Facharztverband hat die feste Überzeugung, dass unser Gesundheitssystem fundamentaler Reformen bedarf. Ziel muss sein:

- Wettbewerb statt Staatsmedizin;
- rationale Medizin statt Rationierung.

Das lässt sich nur verwirklichen, wenn die auch im allgemeinen Wirtschaftsleben effektivsten und ökonomisch schlanksten Strukturen nicht nur erhalten, sondern gezielt gefördert werden. Das sind einerseits Eigenverantwortung der beteiligten Leistungnehmer, finanzielle Anreizsysteme zum sparsamen Umgang mit den Ressourcen und zum anderen die selbständige und freiberufliche Berufsausübung der Leistungsanbieter.

Ein ausgewogener Wettbewerb aller unter sozial ausgewogenen Bedingungen ist ein Garant für effektives und rationales Handeln. Das deutsche Gesundheitssystem kennt diesen Wettbewerb bislang nicht.

© gpk

Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Jahrg. 1951), Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Zusatzausbildung Sportmedizin, seit 1986 in eigener Praxis niedergelassen mit ambulantem Operieren, Delegierter der Ärztekammer Bremen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen, Mitglied des geschäftsführenden Präsidiums im Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), Präsident des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren (BAO) (Bonn), Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB).

Gesellschafts- politische Kommentare

gpk

ISSN: 0016-9102

Herausgeber: Leo Schütze
und Erich Schwaiger

Redaktion: Leo Schütze (Chefredakteur),
Dr. Rudolf Hammerschmidt (verantwortlich),
Dr. Franz-Josef Bohle, Renata Garschina,
Erich Schwaiger, Ruth Wippert

Umrbruch: Ruth Wippert, Wolfgang Laack

Leo Schütze GmbH

Verlag Gesellschaftspolitische Kommentare

Banner Büro: Rheinweg 104, 53129 Bonn,
Tel.: (02 28) 9 31 90-11, Fax: -21;

E-Mail: bonn@leoschuetze-eurogroup.de

Bestellschrift: Büro Eifel, Postfach 1017,
54614 Schönecken, Tel.: (0 65 53) 9 21 10,

Fax: (0 65 53) 9 21 13;

E-Mail: Schuetze-Eifel@t-online.de

Berliner Büro: Erasmusstraße 7a, 10553

Berlin; Tel.: (0 30) 34 50 46-60; Fax: -70;

E-Mail: berlin@leoschuetze-eurogroup.de

Wir bitten, Paket- und Päckchensendungen ausschließlich an Leo Schütze, Kapellenweg 18, 54614 Dingdorf, zu senden.

Erscheinungsweise: monatlich. Der monatliche Bezugspreis beträgt € 3,90 zuzüglich Porto und Versandkosten. Zu wichtigen Themen erscheinen Sonderausgaben. Diese werden gesondert berechnet.

Bankkonto: Gesellschaftspolitische Kommentare, Konto 5 023 228, Raiffeisenbank Westeifel eG, BLZ 58 661 901

Druck: Ritterbach Medien, Postfach 1820, 50208 Frechen, Rudolf-Diesel-Straße 5-7, 50226 Frechen, Tel.: (0 22 34) 18 66-0, Fax: (0 22 34) 18 66 90, www.ritterbach.de

Die mit Verfassernamen oder Abkürzungen gekennzeichneten Artikel geben nicht in jedem Fall die Auffassung der Redaktion wieder. Die mit gpk gekennzeichneten Anmerkungen stammen von der Redaktion, nicht vom Verfasser. Nachdruck zu den üblichen Honorarbedingungen nur nach Zustimmung durch die Redaktion. Zitierung nur mit Quellenangabe.

Beirat:

Dr. Franz Altherr MdL (Mittelbrunn), Erwin Aymann (Kleve), Wolf-Michael Catenhusen (Münster), Dr. Paul Hoffacker (Essen), Staatssekretär a.D. Karl Hoppe (Mainz), Hermann Josef Kaßböhrer (†) (Landstuhl), Peter Keller (Zellingen), Monika Knoche (Karlsruhe), Prof. Paul Krupp (Kempten/Allgäu), Alfred Kugler (München), Karl-Josef Laumann MdB (Hörstel-Riesenbeck), Dr. Volker Leienbach (Köln), Dr. Rolf Linkohr MdEP (Stuttgart), Dr. Bruno Menzel (Dessau), Friedrich Merz MdB (Brilon), Dr. Gerd Müller MdB (München), Dr. Helga Otto (Claußnitz), Prof. Dr. Martin Pfaff (Stadtbergen), Dr. Godelieve Quisthoudt-Rowohl MdEP (Hildesheim), Willi Rothley MdEP (Rockenhausen), Gudrun Schaich-Walch MdB (Frankfurt a. M.), Regina Schmidt-Zadel (Ratingen), Heinrich Seesing (Kalkar), Theo Starzner M.A. (München), Dr. Dieter Thomae MdB (Sinzig-Bad Bodendorf), Dr. Hans-Peter Voigt (Northeim), Josef Vosen (Düren).