

Staatssekretär Schröder: Hausarztmodell ab 2004

1. Nordrheinischer Hausärztetag in Köln – 20 Prozent Ersparnis allein durch den „primärärztlichen Effekt“?

von Horst Schumacher

„Fast jeder liebt uns“, sagte Dr. Dirk Mecking, „doch wie können wir den Job Hausarzt so gestalten, dass wir in Zukunft keine Nachwuchssorgen mehr haben?“ Beim 1. Nordrheinischen Hausärztetag kürzlich in Köln zeichnete der Vorsitzende des Hausärzteverbandes Nordrhein im Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) ein düsteres Bild vom Status quo. Mecking: „Die Hausärzte sind die letzten Garanten einer wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung – doch die Vergütung ist so schlecht, dass kein Handwerker dafür arbeiten würde. Wir Hausärzte sind altruistisch veranlagt, aber nicht masochistisch. Viele Probleme müssen dringend gelöst werden.“

Lotse Hausarzt

Mit viel Verständnis für sein Anliegen kann Mecking bei der amtierenden Bundesregierung rechnen. Das machte Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vom Bundesgesundheitsministerium in Köln deutlich: „Die hausärztliche Versorgung ist der Schlüssel-Versorgungssektor“, sagte er. Ohne den Lotsen Hausarzt stünden die übrigen Elemente der Versorgung unverbunden nebeneinander. Deshalb sollen die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Willen der Bundesregierung Hausarzttarife anbieten können. Für die Patientinnen und Patienten müssen nach den Worten des Staatssekretärs mit der nächsten Stufe der Gesundheitsreform im Jahr 2004 Anreize geschaffen werden, sich für solche Tarife zu ent-

scheiden. Den Hausärzten stellte er eine „adäquate Vergütung von Leistungen“ in Aussicht.

Die freie Arztwahl soll aber erhalten bleiben. Es gehe lediglich darum, „unsinnige Inanspruchnahme“ wie zum Beispiel das „Doktor-Hopping“ zu korrigieren. Patienten und Ärzte würden es nach Einschätzung des Staatssekretärs nicht mitmachen, „das System von heute auf morgen im Kern zu ändern“. Ein solcher radikaler Versuch diskreditiere Hausarztmodelle und erschwere die Diskussion.

Hausarzt als Gatekeeper?

Dies allerdings scheint Dr. Hermann Schulte-Sasse nicht zu schrecken. Der Berliner Gesundheits-Staatssekretär und frühere Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium bekannte sich als „überzeugter Anhänger“ einer primärärztlichen Versorgung: „Der Zugang zum System muss über den Hausarzt gehen.“

Für sehr wichtig hält Staatssekretär Schröder auch die Qualifika-

tion der Hausärzte. Die neue Approbationsordnung stärke die Allgemeinmedizin und werde für mehr Praxisorientierung sorgen. Im Bereich der Weiterbildung leiste sich die Ärzteschaft „zum Teil nicht besonders fruchtbare Diskussionen“. Die Bundesregierung hofft, dass der 105. Deutsche Ärztetag Ende Mai in Rostock zu einem guten Ergebnis kommen wird. Schröders große Sorge: Bei fehlendem Nachwuchs sei angesichts der Altersstruktur in bestimmten Regionen eine Unterversorgung mit Hausärzten zu befürchten.

Ginge es nach politischen Papieren und Absichtserklärungen, sei die Zukunft der Allgemeinmedizin als „grandios“ anzusehen, sagte Eberhard Mehl, der Hauptgeschäftsführer des BDA-Bundesverbandes. Er vermisst allerdings bis heute einen über alle Kassenarten hinweg fest vereinbarten Hausarzt-Grundwahltarif. Die Erfahrungen des privaten Krankenversicherers AXA zeigten, dass allein durch den „primärärztlichen Effekt“ eines solchen Tarifs erhebliche Kosten einzusparen sind.

20 Prozent Kosteneinsparung

Die Kostenersparnis betrage über 20 Prozent, bestätigte Gernot Schlösser, Vorstandsvorsitzender der AXA Krankenversicherung. „Der Tarif ist ein absoluter Renner geworden“, berichtete er. Das Prinzip: Versicherte erhalten 20 Prozent Preisnachlass auf ihren Vollversicherungsschutz, wenn sie sich verpflichten, zuerst zum praktischen



Dr. Dirk Mecking, Vorsitzender des Hausärzteverbandes Nordrhein, Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder: Fast alle lieben den Hausarzt, aber wann kommt das Hausarztmodell? Fotos: KVNo/uma

Arzt oder Allgemeinmediziner zu gehen – ausgenommen Besuche zum Beispiel beim Augenarzt, beim Gynäkologen oder beim Kinderarzt. Halten sie sich an diesen Weg, erstattet die AXA 100 Prozent der Kosten. Sonst beträgt die Erstattung lediglich 80 Prozent.

„Der Versicherte kann somit zwischen diesen beiden Möglichkeiten von Fall zu Fall wählen“, sagte Schlösser. Zu über 80 Prozent gehen die rund 75.000 Versicherten den Weg über den Hausarzt. Mindestens

sieben private Krankenversicherungen haben laut Schlösser das Prinzip dieses 1994 von der AXA eingeführten Tarifes inzwischen übernommen.

Der AOK-Bundesverband allerdings zweifelt daran, dass sich mit einem solchen Modell wirklich Geld sparen lässt. „Dazu brauchen wir es eigentlich nicht“, meinte der Verbandsvorsitzende Dr. Hans-Jürgen Ahrens, „vielmehr muss über das Hausarztmodell die Qualität verbessert werden.“

Eine integrierte Patientenversorgung solle diese Mängel beseitigen, so Rohde. Die bisherigen Ansätze hätten dieses Ziel nicht erreicht. Dies gelte zum Beispiel für die belegärztliche Versorgung und die Ermächtigung von Klinikärzten zur ambulanten Versorgung. Auch die in den 90-er Jahren neu eingeführten Strukturverträge (*nach § 73 a SGB V*) und Modellvorhaben (*nach § 63 SGB V*) brachten nach Rohdes Einschätzung ebenso wenig den Durchbruch wie die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführten Bestimmungen zur integrierten Versorgung (§§ 140a-h SGB V).

INTEGRIERTE VERSORGUNG

Brüche in der Behandlung vermeiden

Fortbildungsveranstaltung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein für die Vertreter der ärztlichen Körperschaften in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen

von Horst Schumacher

„Integrierte Versorgung“ lautete das Thema einer Fortbildungsveranstaltung, zu der Ärztekammer Nordrhein (ÄkNo) und Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo) ihre Vertreter in den Kommunalen Gesundheitskonferenzen kürzlich nach Düsseldorf eingeladen hatten.

Die Finanzierungsformen, Sicherstellungsverpflichtungen und Vergütungen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland seien jeweils sektorspezifisch geregelt, sagte Dr. Dietrich Rohde, Vorsitzender des Ausschusses „Integrierte ärztliche Versorgung“ der ÄkNo. Diese ausgeprägte Zergliederung in den ambulanten und den stationären Bereich führt nach seinen Worten zu einer ganzen Reihe von Mängeln im Gesundheitswesen.

Als Beispiele nannte er

- Brüche in der Behandlung,
- Diskontinuität von Versorgungsverläufen,
- Doppeluntersuchungen,
- Mängel in der Notfallversorgung,
- Abschieben kostenintensiver Patienten in andere Sektoren,
- eine zu hohe Einweisungsquote und
- eine zu lange Verweildauer.



*Dr. Dietrich Rohde, Dr. Arnold Schüller: Bessere Qualität der Patientenversorgung durch Integration.
Fotos: KVNo/ÄkNo*

Eigenes Konzept

Mit der nächsten Stufe der Gesundheitsreform werde der Gesetzgeber erneut die Integration der Sektoren voranzutreiben versuchen, prognostizierte Rohde. Der Vorstand der ÄkNo habe den Ausschuss „Integrierte ärztliche Versorgung“ eingerichtet, um mit einem eigenen Konzept in diese Diskussion gehen zu können.

Erstes Ergebnis der Ausschussarbeit war ein Aufruf der ÄkNo im *Rheinischen Ärzteblatt März 2002* (Seite 15, zugänglich auch im Internetangebot www.aekno.de unter *Rheinisches Ärzteblatt online*). Darin haben Rohde und Kammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe alle Kolleginnen und Kollegen gebeten, ihre Erfahrungen im Bemühen um eine bessere Kooperation, Koordination und Integration zwischen dem stationären und dem ambulanten Bereich mitzuteilen. Inzwischen sind rund zwei Dutzend Erfahrungsberichte eingegangen, die der Ausschuss auswerten und in seine weitere Arbeit einbeziehen wird.

Der Integrations-Ausschuss, der den Vorstand der ÄkNo berät, hat bereits erste Überlegungen zu einem zukunftsweisenden Modell einer integrierten Versorgung entwickelt, wie Rohde berichtete. Wichtigste Zielvariable ist die