

Honorareuphorie und das hausärztliche Berufsbild



Dr. Max Kaplan, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

Die augenblicklichen berufspolitischen Diskussionen beschäftigen sich vordergründig mit Gesundheitsfonds und Honorarreform. Bei fast allen Arztgruppierungen, Fachärzten wie Hausärzten, besteht ein blankes Entsetzen über die unzureichende Höhe der Regelleistungsvolumina (RLV), verbunden mit massiven Existenzängsten. Kaum eine Arztgruppe ist in der Lage mit der Höhe dieser Honorarvolumina die qualifizierte ärztliche Versorgung aufrechtzuerhalten.

Problematisch ist die Unklarheit, welche Leistungen noch zusätzlich zu den RLV vergütet werden.

Bei uns Hausärztinnen und -ärzten ist die Verzweiflung sicherlich deswegen nicht ganz so groß, weil wir uns aufgrund des § 73 b (Sozialgesetzbuch V) neu aufgestellt haben. Die neue Regelung eröffnet die Möglichkeit, dass Verbände, die mehr als 50 Prozent der Allgemeinärztinnen und -ärzte vertreten, Hausarztverträge außerhalb jeglicher Systematik des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) verhandeln können. Hierbei erwarten wir Hausärzte eine Verbesserung des Fallwertes von 20 bis 30 Prozent, was sicherlich eine gewisse Existenzsicherung der hausärztlichen Praxen gewährleistet. Aus den bereits abgeschlossenen oder angedachten neuen Hausarztverträgen ist zu ersehen, dass die Honorarvergütung fast ausschließlich über Pauschalen erfolgt.

Budgets und Pauschalen

Auf Budgets sind Pauschalen sicherlich die richtige Antwort und wenn die Honorarhöhe pro Fall passt, könnten wir ja damit zunächst zufrieden sein, vor allem wenn gleichzeitig auch noch die Abrechnung deutlich vereinfacht wird. Dennoch sollte man neben aller Honorareuphorie die weitere Entwicklung der hausärztlichen Versorgung in unserem Gesundheitssystem nicht aus dem Auge verlieren. Denn Pauschalen haben nicht nur Vorteile, sondern bergen auch große Gefahren. Die Pauschalierung der Honorarvergütung führt letztendlich zu einer Vereinheitlichung der hausärztlichen Versorgung, zunächst auf einem Durchschnittsniveau und kriert damit den Durchschnittshausarzt. Dies ist wohl politisch auch so gewollt! Bei allem Idealismus und aller Empathie, die wir Hausärzte aufbringen, könnte eine pauschale Vergütung, die das Leistungsspektrum des einzelnen Hausarztes nicht mehr abbildet, dazu führen, dass die Versorgungsqualität zumindest mittelfristig darunter leiden wird. Man kann einfach nicht mehr erwarten, dass wir Hausärzte unter dieser Systematik versuchen, durch Zusatzweiterbildung, Fortbildung und Extra-Investitionen, ein möglichst hochwertiges Leistungsspektrum vorzuhalten. Dies ist aber für eine qualifizierte hausärztliche Versorgung notwen-

dig, sollen wir doch einerseits eine ärztliche Grundversorgung auf hohem Niveau und andererseits große Kompetenz bei der Koordination der Patientenversorgung vorhalten. Kann die Qualität und das Leistungsspektrum der hausärztlichen Versorgung in der Gebührenordnung nicht mehr abgebildet werden, wird auch die anspruchsvolle Weiterbildung, die wir im Augenblick vorhalten, zunehmend, insbesondere von interessierter Seite, in Frage gestellt. Dann wird es nicht mehr lange dauern, bis die jetzt fünfjährige Weiterbildungszeit auf europäisches Mindestniveau, dem „Eurodoc“ mit dreijähriger Weiterbildung zurückgefahren werden wird.

Bachelor- und Masterstudiengang

Das Bundesministerium für Gesundheit fordert immer deutlicher die Einführung eines Bachelor- und Masterstudienganges auch für die Medizin und hält es für sinnvoll, dass unterschiedliche ärztliche Qualifikationen geschaffen werden: eine mit Bachelorabschluss und eine mit Masterabschluss. Wem hier welche Qualifikationen zugeordnet werden, ist leicht vorhersehbar. Dem Hausarzt der Bachelor und dem Facharzt der Master? Gleichzeitig werden die Pflegeberufe akademisiert, sodass dem Bachelor-Hausarzt die Bachelor-Gemeindeschwester gegenübersteht – auf gleicher Augenhöhe.

Wer das Papier der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Primärversorgung im Jahre 2020 genau durchliest, kann auch hier entnehmen, dass zwar ein gewisser Hausarztmangel konstatiert, jedoch gleichzeitig auch eine stärkere Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen gefordert wird. Das ist gleichbedeutend, dass Tätigkeiten, die heute der Hausarzt ausübt, künftig von anderen, akademischen Gesundheitsfachberufen übernommen werden. Der Weg zur akademisierten Gemeindeschwester scheint nicht mehr lang zu sein, bei dem sich abzeichnenden Hausärztemangel wird er zusehends kürzer. Sehr schnell wird der Ruf nach einem Ersatz des Hausarztes durch „(advanced) nurse practitioner“ laut werden.

Es ist höchste Zeit, dass wir sowohl in der innerärztlichen, als auch in der breiten Öffentlichkeit den Hausarztberuf wieder so darstellen, wie wir Hausärzte ihn auch heute noch sehen: Als eine anspruchsvolle, aber auch als eine attraktive Profession, die dem Einzelnen die Chance eröffnet, mit all seiner Empathie den Beruf zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten auszuüben. Hierfür ist natürlich eine ausreichende Honorierung eine wichtige Voraussetzung – aber eben nur eine Voraussetzung. Mindestens ebenso wichtig ist es, dafür zu sorgen, dass der Hausarztberuf weiterhin als hochqualifizierter Beruf auf Facharztstandard erhalten bleibt. Denn nur dadurch kann gewährleistet werden, dass unsere Bevölkerung auch in Zukunft wohnortnah nach dem aktuellen wissenschaftlichen Standard versorgt wird. Einer „Skandinavisierung“ oder „Hollandisierung“ unserer Patientenversorgung müssen wir Einhalt gebieten. Hierfür ist es bereits fünf vor zwölf.