

Versorgung gestalten und Kooperation verbessern

Hausarztverträge machen (fast) alles möglich

Mit dem Abschluss neuer Hausarztverträge in den einzelnen KV-Bereichen geht die innerärztliche Debatte um Hausarztverträge anscheinend in eine neue Runde. Insbesondere der Hausarztvertrag mit der AOK Baden-Württemberg hat zahlreiche Kritiker auf den Plan gerufen. Allerdings werden von diesen auch Argumente vorgebracht, die zumindest teilweise auf Ressentiments und Fehlinformationen beruhen.

Die Stellung des Hausarztes ist eine der zentralen Zukunftsfragen unseres Gesundheitssystems. Während einzelne Arztgruppen in Hausarztmodellen eine Bedrohung sehen, werden diese in der Öffentlichkeit vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung, des raschen medizinischen Fortschritts und der zunehmenden Mittelknappheit in den Systemen der Krankenversicherung vor allem unter dem Aspekt der Kosteneinsparung diskutiert. Beide Sichtweisen greifen zu kurz. Unter dem Aspekt des Versorgungsbedarfs sind etwa Fragen der medizinischen Qualität, der Patientensicherheit, der Verteilungsgerechtigkeit, des Zugangs für alle Bevölkerungsschichten oder auch der Arbeitsbedingungen für die Ärzte von Bedeutung.

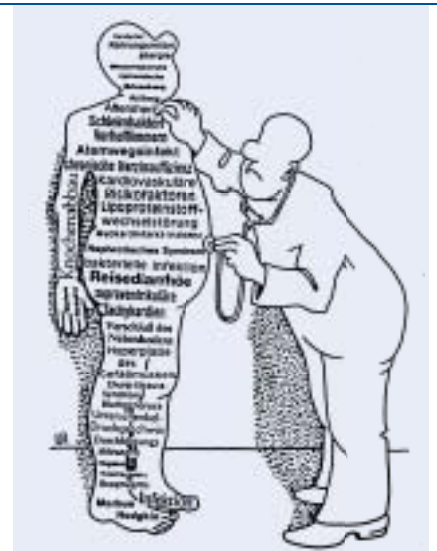
Eigenverantwortung oder Lotsenfunktion

Wenn es um Strukturreformen des Gesundheitssystems geht, werden von ärztlicher Seite regelmäßig Forderungen nach Kostenerstattung und Selbstbeteiligung gestellt: „Eine prozentuale, sozialverträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung der Patienten an allen ambulanten ärztlichen Leistungen“ soll „die Eigenverantwortung“ stärken. „Dieser Steuerungsmechanismus führt automatisch zu einem überlegten Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten“. Untersuchungen über die tatsächliche Inanspruchnahme nach Einführung einer Selbstbeteiligung belegen das Gegenteil. Es wird dabei eben nicht nach medizinisch-fach-

licher Notwendigkeit gesteuert, da die Patienten als medizinische Laien diese nur unzureichend beurteilen können. Selbstbeteiligung führt vor allem zu einer verstärkten sozialen Ungleichheit des Zugangs, wie dies etwa nach Einführung der (moderaten!) Praxisgebühr zu beobachten war. Vor dem Hintergrund einer prinzipiell unbegrenzten Nachfrage nach medizinischen Leistungen und begrenzter Ressourcen, muss die Frage nach einer medizinisch sinnvollen Leistungssteuerung beantwortet werden. Diese kann nicht dem Selbstmanagement des Patienten überlassen bleiben. Sie kann und soll auch weder durch die Krankenkassen, noch durch die Politik geleistet werden. Es handelt sich hier vielmehr um eine originär ärztliche Aufgabe, die nur diejenigen Ärzte leisten können, die aufgrund ihrer Fachkenntnisse und ihrer Stellung dazu in der Lage sind. Ob Lotse oder Gate-Keeper, der Hausarzt benötigt dazu Entscheidungskompetenz und eine entsprechende administrative Stellung. Angesichts der jahrelangen, guten Erfahrungen mit dem alten Überweisungssystem ist die Aufgeregtheit der derzeitigen Debatte nicht ganz verständlich.

Sparen auf Kosten des Patienten?

Diskussionswürdig erscheint die Frage möglicher Einsparungen. Kritiker der Hausarztverträge beklagen „forcierte Einsparung bei Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Krankenhausverordnung“ zu Lasten der Patienten. Nach Aussagen der Krankenkassen



Egal, ob Lotse oder Gate-Keeper, Hausärzte bringen Struktur ins System

sind solche Einspareffekte allerdings (noch) nicht eingetreten. Bei der seit Jahren geführten Debatte um Einsparmöglichkeiten bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln ist letztlich zu konstatieren, dass die Steuerung im System unzureichend funktioniert. Die absolute Höhe der Ausgaben für Arzneimittel ist ja von vielen Einflüssen abhängig und sagt nichts über die Qualität und Angemessenheit der Versorgung.

Rationale Pharmakotherapie in den Hausarztverträgen beinhaltet in erster Linie Qualitätsaspekte wie Patientensicherheit, Vermeiden von Nebenwirkungen etc.. Zusätzliche Einsparungen sind durchaus erwünscht (denn das Geld, das die Krankenkassen für Arzneimittel ausgeben, steht nicht für ärztliche Honorare zu Verfügung). Den Vorwurf, dass sie zu Lasten der Patienten sparen, werden verantwortungsvolle Ärzte zurückweisen. Dies lässt sich durch Vergleiche auch leicht belegen.

Hausarztverträge, wie sie in Deutschland zur Debatte stehen, sind keineswegs gleichzusetzen mit einem Primärarztssystem. Primärarztssysteme beruhen auf staatlichen Vorgaben, sind für alle verbindlich und beinhalten weit mehr Aspekte als die hierzulande in den Vordergrund gestellte Gate-Keeper-Funktion des Hausarztes. Immer wieder wird die Befürchtung geäußert, dies sei in den Ländern mit Primärarztssystemen verbunden mit einem Verlust ärztlicher Kompetenzen, der Hausarzt werde „degradiert zum ‚Patientenverteiler‘ und zum ‚Dokumentationsassistenten‘“.

Seriöse internationale Vergleichsuntersuchungen zeigen dagegen, dass Primärarztssysteme, insbesondere beim Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Bevölkerungsschichten, in den Bereichen Vorsorge und Prävention und bei der koordinierten Betreuung von chronisch Kranken klare Vorteile haben (Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York: Oxford University Press. 1998).

Primärarztssystem und freie Arztwahl

Bei Vergleichen der Gesundheitssysteme unterschiedlicher Länder werden selten Zahlen angeführt, mit denen sich Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit objektiv darstellen ließe. Die Systeme unterscheiden sich u.a. in Leistungsumfang, Selbstbeteiligungen und dem Anteil öffentlicher Finanzierung erheblich. Gerade das englische System, das deutlich unterfinanziert ist und in dem die Wartezeiten schlicht auf mangelnden Kapazitäten im Krankenhausbereich beruhen, taugt schlecht als Vergleichsmodell für Deutschland. Allenfalls kann man damit belegen, dass auch mit geringeren Finanzmitteln noch gute Ergebnisse (mit höheren Arzteinkommen) erzielt werden können und dass auch dieses System innerhalb der Bevölkerung Akzeptanz findet. Die Zustimmung der Niederländer zu ihrem Hausarztssystem ist ausgesprochen hoch, trotz scheinbarer „Gegenbeweise“ in anekdotischer Form über Patientenwanderungen über die Ländergrenzen. Aus- und Weiterbildung der Hausärzte sind in England wie in den Niederlanden weit stärker auf den Versorgungsauftrag in der Primärversorgung ausgerichtet.

Hausarztmodelle in Deutschland sind also kein Primärarztssystem, aber ein Schritt in die Richtung einer stärkeren Steuerung der medizinischen Versorgung durch verstärkte Bindung des Patienten an seinen Hausarzt. Die Stärkung des Hausarztes haben die Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik in der Vergangenheit oft proklamiert, mit den Bestimmungen des § 73 im SGB V aber nur halbherzig umge-

setzt. Dieser sieht Verträge zwischen den Krankenkassen und besonders qualifizierten Hausärzten vor. Es handelt sich um typische Einzelverträge, die das Gleichgewicht der Verhandlungspartner einseitig zu Gunsten der Kassen verschieben und diesen eine stärkere Einflussnahme ermöglichen. Aus diesem Grund werden derartige Verträge von Hausärzterverband abgelehnt. Dem müssten sich alle Verbände anschließen, die Einkaufsmodelle der Kassen ablehnen, wenn sie mit dieser Forderung glaubwürdig sein wollen.

Die Teilnahme an Hausarztmodellen in Deutschland ist für Ärzte wie Versicherte freiwillig. Damit sind auch einige der Vorwürfe gegenstandslos, insbesondere die Behauptung, die Zugangskontrolle im Rahmen eines Hausarztmodells kollidiere mit den gesetzlichen Vorgaben (...) der (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärzte. Diese Vorgaben werden von Ärzten auch innerhalb eines Hausarztvertrages selbstverständlich beachtet. Die „freie Arztwahl“ kann aber nicht gleichgesetzt werden mit einer Beliebigkeit in der Form, dass jede ärztliche Inanspruchnahme auch durch die Krankenkasse zu bezahlen sei. Dem stehen bereits jetzt die zahlreichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts (etwa das Zulassungsrecht) entgegen, aber auch die Zuständigkeiten innerhalb des Krankenhauses, wo niemand auf die Idee käme, eine „freie Arztwahl“ zu fordern.

Zukunftschancen

Entgegen den oft geäußerten Befürchtungen stellen Hausarztmodelle keine Bedrohung der Fachärzte dar. Im Gegenteil: sie eröffnen den Weg zu einer sinnvollen Kooperation und gemeinsamer Betreuung bei komplexen Fragestellungen und vielfältigen Krankheitsbildern. Durch die gezielte Zuweisung werden Gebietsärzte von unsinniger und unnötiger Inanspruchnahme wegen Bagatellerkrankungen entlastet und können sich auf ihre eigentlichen Schwerpunkte konzentrieren. Entsprechend der Maxime „Klasse statt Masse“ können die dann in geringerem Um-

fang erforderlichen technischen Leistungen auch angemessen vergütet werden.

In der Praxis vor Ort funktioniert diese Zusammenarbeit – abgesehen von Einzelfällen – sehr gut. Eine weitere Differenzierung der Aufgabenteilung zwischen Hausärzten und Spezialisten ermöglicht eine klarere Profilierung der Spezialisten gegenüber Patienten und zuweisenden Ärzten und führt zu verbesserter Kooperation und Kommunikation.

Eine so verstandene hausarztbasierte Versorgung ließe sich problemlos mit einem Selbstbeteiligungsmodell kombinieren, wie es verschiedene ärztliche Verbände fordern. Nach den Vorstellungen des Deutschen Hausärzterverbandes könnten die Patienten, die sich auf freiwilliger Grundlage für ein Hausarztmodell entscheiden, im Sachleistungsprinzip verbleiben, während sich die Versicherten, die eine uneingeschränkte Facharztwahl wünschen, ein Kostenerstattungsmodell oder ein Modell mit Selbstbeteiligung wählen. Damit würden auch neue Mittel zur Finanzierung erschlossen, die angesichts der rückläufigen Mittel der GKV erforderlich sind. Die flächendeckende Etablierung einer hausarztbasierten Versorgung könnte in dieser Form eine gemeinsame Forderung aller Ärzte sein und müsste nicht als Interessenvertretung einer bestimmten Gruppe missverstanden werden.

Dr. Stefan Bilger, ■



Wer gleich zum Spezialisten will, soll dies auch tun können