

## Hausarztmodelle gestalten Versorgung und verbessern Kooperation und Kommunikation

Zur Stellungnahme des Hartmannbundes: Hausarztverträge führen zu Rationierung und Qualitätsverlust, ÄBW 05/2005, 220 – 21

Die Stellungnahme des Hartmannbund-Vorsitzenden Roland Quast im „Ärzteblatt Baden-Württemberg“ erfolgt zu einem Zeitpunkt, wo die Debatte um den Hausarztvertrag des Hausärzterverbandes mit der AOK Baden-Württemberg und den bundesweiten Vertrag mit der Barmer Ersatzkasse anscheinend in eine neue Runde geht. Diesen Eindruck kann man gewinnen, wenn man die Heftigkeit des Schlagabtauschs innerhalb der Ärzteschaft zum Maß nimmt. Dabei werden allerdings auch Argumente vorgebracht, die zumindest zum Teil auf Ressentiments und Fehlinformationen beruhen, und denen hier widersprochen werden soll.

Wenn es richtig ist, dass die Stellung des Hausarztes im Versorgungssystem, eine der zentralen Zukunftsfragen auch unseres Gesundheitssystems in Deutschland darstellt, muss vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen gefragt werden, um welche Probleme es denn hier geht und welche Lösung und Alternativen vorstellbar sind. Es ist kein Zufall, dass die Forderungen nach Hausarztmodellen vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung, des raschen medizinischen Fortschritts mit zunehmender Komplexität der Entscheidungen und der zunehmenden Mittelknappheit in den Systemen der Krankenversicherung in der öffentlichen Diskussion vor allem unter dem Aspekt der Kosteneinsparung geführt wird. Eine solche Betrachtungsweise, die nur kurzfristige Einsparungen im Blick hat, greift allerdings zu kurz. Es soll hier nur auf Fragen der medizinischen Qualität, der Patientensicherheit, der Verteilungsgerechtigkeit, des Zugangs für alle Bevölkerungsschichten oder auch der Arbeitsbedingungen für die Ärztinnen/Ärzte und die anderen Beschäftigten im Gesundheitswesen verwiesen werden, um deutlich zu machen, dass wesentliche, weitere Aspekte bei dieser Debatte von Bedeutung sind.

Der Beitrag von Herrn Quast geht sehr wohl auf diese Punkte ein, macht hierzu aber Aussagen, die eher einem Wunschdenken entsprechen als der nachprüfbaren Realität, insbesondere bei der Frage der Finanzierung. *„Durch eine prozentuale sozialverträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung der Patienten an allen ambulanten ärztlichen Leistungen wird die Eigenverantwortung gestärkt. Dieser Steuerungsmechanismus führt automatisch zu einem überlegten Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten“*. Gerade letzteres, wenn auch oft behauptet, ist durch Untersuchungen über die tatsächliche Inanspruchnahme dort, wo eine Selbstbeteiligung eingeführt wurde, widerlegt. Selbstbeteiligung der Patienten führt keineswegs zu einer zielgerichteteren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, da dabei eben nicht nach medizinisch-fachlicher Notwendigkeit gesteuert wird. Selbstbeteiligung führt auch nicht zu einer Kostenersparnis, sondern nur zu einer verstärkten sozialen Ungleichheit des Zugangs, wie diese bereits jetzt in Deutschland nach Einführung der (moderaten!) Praxisgebühr zu beobachten ist. Es ist unter Experten unbestritten, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen prinzipiell unbegrenzt ist und das Gesundheitswesen einen Wachstumsmarkt par excellence darstellt. Vor diesem Hintergrund muss die Frage nach einer medizinisch sinnvollen Leistungssteuerung beantwortet werden. Diese kann nicht dem Selbstmanagement des Patienten überlassen werden wie in der Vergangenheit. 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 auch aufgrund ihrer Fachkenntnisse und ihrer Stellung dazu in der Lage sind. Ob Lotse oder Gate-Keeper (die

Begrifflichkeit ist letztlich Geschmackssache, weil beide Begriffe unscharf verwendet werden): der Hausarzt benötigt dazu Entscheidungskompetenz und eine administrative Stellung, die seit Einführung der Chip-Karte mehr und mehr verloren gegangen ist. Angesichts der jahrelangen, guten Erfahrungen mit dem alten Überweisungssystem ist die Aufgeregtheit der derzeitigen Debatte nicht ganz verständlich.

Weitere Behauptungen sind nicht belegbar oder schlicht falsch und werden auch durch Wiederholung nicht wahrer. „*In der Folge (der §140-Verträge) ist eine forcierte Einsparung bei Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und Krankenhausverordnung zu konstatieren.*“ Nach Aussagen der Krankenkassen sind solche Einspareffekte, die natürlich als Vertragsziele angestrebt werden, (noch) nicht eingetreten. Die Formulierung „forcierte Einsparungen“ soll suggerieren, es käme hier zu Einsparungen zu Lasten der Patienten, die nicht medizinisch begründet sind. Diesen Vorwurf können die verantwortungsvoll verordnenden Kollegen nicht auf sich sitzen lassen. Selbst wenn man in Einzelfällen oder bei bestimmten Indikationen und Therapieansätzen (Beispiel Lipidsenkung) unterschiedlicher Meinung sein kann, muss man an diesem Punkt einräumen, 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. „*Es besteht eine Mitfinanzierung der Apotheker aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.*“ Das ist falsch und wurde von der Barmer Ersatzkasse bereits dementiert.

Hausarztverträge, wie sie in Deutschland zu Debatte stehen, sind keineswegs gleichzusetzen mit einem Primärarztsystem. Primärarztsysteme 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. Dass in den Ländern mit Primärarztsystemen der Hausarzt „*degradiert (wird) zum ‚Patientenverteiler‘ und zum ‚Dokumentationsassistenten‘*“ ist unzutreffend und beweist fehlende Sachkenntnis. Seriöse internationale Vergleichsuntersuchungen zeigen, dass Primärarztsysteme insbesondere beim Zugang zu medizinischer Versorgung für alle Bevölkerungsschichten, in den Bereichen Vorsorge und Prävention, bei der koordinierten Betreuung von chronisch Kranken, aber auch bei harten medizinischen Daten wie der Kindersterblichkeit klare Vorteile haben. (Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press. 1998) Aus- und Weiterbildung der Hausärzte sind sowohl in England wie in den Niederlanden weit stärker auf den Versorgungsauftrag in der Primärversorgung ausgerichtet als hierzulande. Warum dies ein Nachteil sein soll, ist nicht nachvollziehbar.

Bei den Vergleichen der Gesundheitssysteme unterschiedlicher Länder wird der Aspekt der Wirtschaftlichkeit und möglicher Kostenersparnis immer wieder diskutiert, wobei in den meisten Fällen kaum Zahlen als Belege angeführt werden. Kosten- und Effektivitätsvergleiche sind zwischen heterogenen Modellen nicht ganz einfach (berücksichtigt werden müssen hier u. a. auch Leistungsumfang, Selbstbeteiligungen und die Anteile öffentlicher Finanzierung). Gerade das englische System, das deutlich unterfinanziert ist und in dem die Wartezeiten schlicht auf mangelnden Kapazitäten im Krankenhausbereich beruhen (infolge einer rigorosen, neoliberalen Sparpolitik), taugt schlecht als Vergleichsmodell für Deutschland. Allenfalls kann man damit belegen, dass auch mit erheblich geringen Finanzmitteln noch gute Ergebnisse (mit höheren Arzteinkommen) erzielt werden können und dass auch dieses System innerhalb der Bevölkerung durchaus Akzeptanz findet. Die Zustimmung der Niederländer zu ihrem Hausarztssystem ist ausgesprochen hoch, trotz scheinbarer „Gegenbeweise“ in anekdotischer Form über Patientenwanderungen über die Ländergrenzen.

Hausarztmodelle, wie sie in Deutschland derzeit diskutiert werden, sind also kein Primärarzt-system, aber ein Schritte 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 umgesetzt. 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 ein stärkere Einflussnahme ermöglichen. Aus diesem Grund werden derartige Verträge von Hausärzterverband abgelehnt. Dem müssten sich alle Verbände anschließen, die Einzelverträge 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 Hausarztsystems kollidier(e) mit den gesetzlichen Vorgaben ... der (Muster)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte“* ist schlicht Unsinn. Diese Vorgaben werden von den Ärztinnen und Ärzten auch innerhalb eines Hausarzt-systems 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 Vertragsarztrechtes (etwa das Zulassungsrecht) entgegen, aber auch die Zuständigkeiten innerhalb des Krankenhauses, wo niemand auf die Idee käme, eine „freie Arztwahl“ zu fordern.

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, schweren 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 Umfang 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 Herr Quast und der Hartmannbund 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. med. Stefan Bilger

Facharzt für Allgemeinmedizin

Medizinisches Qualitätsmanagement, Umweltmedizin

Handschuhsheimer Landstr. 11, 69221 Dossenheim