

## Positionspapier der KV Bayerns zur Weiterentwicklung der ärztlichen Versorgung im Rahmen der Reformierung des Gesundheitswesens

Im Zuge der Diskussionen über die Reformierung des deutschen Gesundheitssystems haben zahlreiche Parteien und Institutionen Vorschläge gemacht. Der zurzeit vorliegende Referentenentwurf der Bundesregierung zeigt die Tendenz, eine Gesundheitsreform auf dem Rücken der Ärzteschaft durchzuführen.

### **Ohne ein entschlossenes und gemeinsames Eingreifen der Kassenärztlichen Vereinigungen droht die Entsolidarisierung und Marginalisierung der Ärzteschaft:**

Durch den diskutierten Entzug des Sicherstellungsauftrags für die fachärztliche Versorgung wird es zu einer sich verstärkenden Verlagerung fachärztlicher Leistungen an die Krankenhäuser kommen. Nur so können die Kassen unter Nutzung der staatlichen Quersubventionierung des stationären Sektors dem Qualitätsverlust in der ambulanten fachärztlichen Versorgung begegnen. Der Einführung von Einzelverträgen wird Preisdumping nachfolgen. Mittelfristig werden dadurch dem ambulanten Versorgungsbereich weitere Gelder entzogen. Die einzelvertraglich an die Kassen gebundenen Ärzte sind zudem (spätestens mit Ablauf der ersten Fünf-Jahresverträge) schwierigsten Preisverhandlungen ausgesetzt. Die fachärztlichen Praxen werden unter diesen Bedingungen schwer verkäuflich – was wohl gewollt ist.

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayerns möchte diesem Szenario mit einem Vorschlag zu einem sinnvollen, von Haus- und Fachärzten gleichermaßen getragenen Ansatz zur Reformierung der ärztlichen Versorgung entgegentreten.

Ziel der **Reformbemühungen** muss es sein, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und dabei gleichzeitig die mittel- und langfristige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens sicherzustellen. Grundsätzlich sollte dabei der **Patient im Mittelpunkt** stehen. Die Erhaltung des Solidarprinzips muss angestrebt werden. Dies kann nur mit und nicht gegen die Ärzte erreicht werden. Die KV Bayerns bekennt sich uneingeschränkt zu dem gemeinsamen Projekt der haus- und fachärztlichen Versorgung durch freiberufliche Ärzte.

Auf seiner Klausurtagung am 24. und 25. April 2003 in Kitzbühel hat der Vorstand der KV Bayerns die Position der durch sie vertretenen Haus- und Fachärzte klar formuliert und Handlungsrichtlinien für die Gestaltung der ärztlichen Versorgung aufgezeigt. Die nachfolgende Resolution fasst die Ergebnisse dieser Gespräche zusammen.

### **VISION DER KV BAYERNS ZU DEN ZIELEN EINER REFORMIERUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS**

Die KV Bayerns sieht als **Kernaufgaben** der Kassenärztlichen Vereinigungen

- die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, **qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten**,
- **die Interessenvertretung ambulant tätiger Ärzte und Psychotherapeuten** sowie
- die Unterstützung der Mitglieder durch sinnvolle Serviceangebote.

Entscheidend ist dabei, dass der **Patient auch zukünftig grundsätzlich im Mittelpunkt** der medizinischen Versorgung steht. Erst durch die Erfüllung dieser Anforderung, verbunden mit einer höchstmöglichen Qualität der ärztlichen Leistungen, können auch die weiteren Ziele langfristig erreicht werden.

## **HANDLUNGSBEDARF BEI DER REFORMIERUNG DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG**

Die Vision der KVB kann durch eine Optimierung der heutigen ärztlichen Versorgung umgesetzt werden. Handlungsbedarf besteht in drei Bereichen.

### ***Versorgungsstruktur:***

- Definition der durch die beteiligten Leistungserbringer und Versorgungsebenen (Haus-, Fachärzte und Krankenhäuser) zu erbringenden medizinischen Leistungen;
- Definition der gemeinsamen Schnittmengen, der Grenzen und Korridore zwischen den Versorgungsebenen;

### ***Tarifmodelle:***

- Unterstützung des Lösungsansatzes in der Versorgungsstruktur durch Entwicklung eines entsprechenden Tarifmodellangebots für die Versicherten;

### ***Vergütung:***

- Entwicklung eines angemessenen, ausgewogenen und finanzierbaren Vergütungssystems.

## **Versorgungsstruktur**

Das deutsche Gesundheitswesen gehört in vielerlei Hinsicht zu den leistungsfähigsten medizinischen Versorgungssystemen weltweit: Vorbildlich sind insbesondere der schnelle Zugang zu allen medizinischen Bereichen sowie die breite Fächerung der Grundversorgung. Der Übergang zu effizienteren und damit finanzierbaren Versorgungsstrukturen wird vor allem durch eine starke Überlappung (gemeinsamer diagnostischer und therapeutischer Korridor) des Leistungsspektrums der drei Versorgungsebenen Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser verhindert:

Neben den in zunehmenden Maße fünfjährig weitergebildeten, d.h. qualifizierten Hausärzten, konkurrieren mittlerweile auch Fachärzte (als Niedergelassene oft schwerpunktmäßig mit den Basisleistungen ihres Gebietes) um die Grundversorgung der Patienten. Qualifiziert erbringen diese Hausärzte mit erweitertem Angebotsspektrum Teile fachärztlicher Leistungen. Auch übernehmen schon heute viele Krankenhäuser Teile der spezialisierten ambulanten Versorgung von Patienten und stehen damit in direktem Wettbewerb mit dem fachärztlichen Leistungsspektrum.

Die KV Bayerns **fordert zur Diskussion über eine klare Definition** der zu erbringenden Leistungen der drei Versorgungsebenen insbesondere im Bereich der Korridore auf:

- **Hausärzte** sollen eine umfassende Basisversorgung der Patienten **mit vermehrter Erbringung technischer Basisleistungen in hoher Qualität** sicherstellen und grundsätzlich als erste Ansprechpartner auch wichtige Steuerfunktionen im Gesamtsystem übernehmen.
- **Fachärzte** sollen erforderliche hochspezialisierte Leistungen sicherstellen, **die den Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit bilden.**
- **Krankenhäuser** sollen sich auf das Leistungsspektrum des stationären Bereichs beschränken, welches grundsätzlich nicht ambulant erbracht werden kann.
- Hochspezialisierte Fachärzte in Krankenhäusern dürfen nur bedarfsgerecht an der ambulanten Versorgung beteiligt werden.

Begleitend sollen über entsprechende **sektorübergreifende Behandlungsleitlinien** Qualitätsmaßstäbe gesetzt werden, an denen die medizinische Leistungserbringung aller drei Versorgungsebenen in gleicher Weise gemessen wird.

Auf dieser Basis sollen Qualitätsförderungs-, Qualitätssicherungs- und Qualitätsprüfungsmechanismen der Kassenärztlichen Vereinigungen in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern eine Leistungsfokussierung und eine qualitative Auslese auf allen drei Versorgungsebenen vorantreiben. Im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung muss erreicht werden, dass sich qualitativ hochwertige Leistung lohnt und schlechte Leistungserbringung aus dem Angebotspektrum einer Praxis eliminiert wird.

Traditionell wird der Arztzugang in Deutschland ausschließlich vom Patienten selbst bestimmt. **Die Freiheit der Arztwahl ist im § 76 des SGB V verankert und steht grundsätzlich nicht zur Disposition.** Zusätzlich hat sich jedoch im Laufe der letzten 15 Jahre, befördert durch die Einführung der Versichertenchipkarte, die freie Wahl der Versorgungsebene etabliert. Dies führt oft zu kostentreibender Mehrfachinanspruchnahme der Versorgungsebenen. Krankenkassen haben diesen „Pseudoluxus“ gefördert, da sie aufgrund der Wirkung des Kopfpauschalensystems vom Risiko der Fallzahlmehrung scheinbar befreit sind. Ohnehin leistet sich nur Deutschland den einzigartigen Luxus einer fehlenden Patientensteuerung im System der drei Versorgungsebenen, Haus-, Fachärzte und Krankenhäuser.

Die KV Bayerns fordert die **arbeitsteilige Kooperation von Haus- und Fachärzten** im Sinne eines **hausarztzentrierten Versorgungsmodells**: Jeder Patient benötigt in der Regel eine Überweisung seines Hausarztes, um einen Facharzt aufsuchen zu können (**Überweisungsvorbehalt**). Hierdurch soll die Erbringung einer medizinischen Grundversorgung durch die Hausärzte gefördert sowie die Versorgungsebene der Hausärzte als Steuerungselement des Gesundheitssystems etabliert werden.

Damit obliegt den **Hausärzten auch eine wesentliche Mitverantwortung, unnötige Krankenhauseinweisungen** zu vermeiden, indem sie die Möglichkeiten der ambulanten ärztlichen Versorgung durch bewusstes Einbeziehen von fachärztlichen Kollegen ausschöpfen. Ein intelligentes, ethisch gesichertes Anreizsystem soll die Kooperation von Haus- und Fachärzten im ambulanten Bereich so fördern, dass den Patienten ein Krankenhausaufenthalt möglichst durch Einsatz aller ambulanten Versorgungsmöglichkeiten

erspart bleibt. Für Patienten, die ihre Versorgungsebene weiter frei wählen wollen, steht ein eigener Versicherungstarif zur Verfügung (s. Tarifmodelle).

Selbstverständlich besteht auch in diesem System für jeden Arzt die Verpflichtung, den Patienten rechtzeitig an die optimale Versorgungsebene weiterzuleiten. In diesem Zusammenhang gilt für das Ziel der hausarztzentrierten Versorgung der Grundsatz: "**Sovieel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig.**"

Für das System der arbeitsteiligen Kooperation von Haus- und Fachärzten spricht insbesondere die zu erwartende deutliche Effizienzsteigerung: Vor allem **Doppeluntersuchungen und Fehleinweisungen** können durch den Steuerungsmechanismus vermieden werden.

In Planungsbereichen, in denen eine Unterversorgung mit Hausärzten festgestellt wird, sollen Gesetzgeber und Selbstverwaltung fachärztlichen Internisten, die nach der bis 2003 gültigen WBO weitergebildet sind unter Berücksichtigung des KO-Katalogs den Wechsel in die hausärztliche Versorgungsebene ermöglichen. **Des Weiteren ist der Übergang zu den oben definierten arbeitsteiligen Versorgungsstrukturen mit der unverzichtbaren Rolle des 5-jährig weitergebildeten Hausarztes durch Anpassung der Weiterbildungsordnung auf dem kommenden Ärztetag zu gewährleisten.**

**Nur die Schaffung ausreichender, qualifizierter Weiterbildungsstellen in Krankenhaus und Praxis, sowie die Fortsetzung von Fördermaßnahmen kann den vorhersehbaren Hausärztemangel abmildern.**

### Tarifmodelle

Patienten müssen einen Anreiz haben, sich am neuen System zu beteiligen. Die KV Bayerns fordert daher den Gesetzgeber auf, endlich den Mut aufzubringen, intelligente Steuerungssysteme einzuführen. Alle Kenner des deutschen Gesundheitswesens wissen, dass es keinen Königsweg gibt bei dieser Entscheidung. Vorstellbar ist z.B. die **Wahl der Versorgungsebene mit einem Kostenerstattungsmodell** zu verbinden. Zu unterscheiden wären dann zwei Tarife:

- **Standardtarif der GKV: Hausarztzugang/Überweisungsvorbehalt**
- **Kostenerstattungsmodell: Wahlvorbehalt des Patienten**

Diese Regelung würde es allen gesetzlich Versicherten erlauben, ihre jetzigen Krankenversicherungstarife zu behalten. Solange der Patient dem **hausarztzentrierten System folgt (Überweisungsvorbehalt)**, werden die Kosten der Behandlung wie bisher direkt mit der GKV verrechnet (**Sachleistungsprinzip**). Nur in den Fällen, in denen Patienten einen **Facharzt direkt und ohne Einbeziehung ihres Hausarztes konsultieren**, werden den Patienten die Kosten dieses Besuches – analog zur Regelung einer privaten Krankenversicherung – direkt in Rechnung gestellt (**Kostenerstattungsprinzip**).

**Öffentlich werden die diversen, z. T. sehr unterschiedlichen Steuerungsmodelle diskutiert. Erfahrung und Standpunkt des Betrachters führen einerseits zu positiven, andererseits aber auch vernichtenden Kommentaren zu jedem Modell. Die Entscheidung für einen Weg muss die Politik endlich fällen.**

## Vergütung

Die zur Bestimmung der Individualvergütung momentan durchgeführte Gegenüberstellung des in **Punkten ausgedrückten Leistungsumfangs** mit einem vorab festgelegten Gesamtbudget führt zu einer **Entkopplung der eigentlichen ärztlichen Leistung von der finanziellen Honorierung**. Dies bedingt den sog. "**Hamsterradeffekt**": Wachsenden Leistungsmengen folgen sinkende Preise und umgekehrt. Diese Tendenz wird noch dadurch verstärkt, dass die in der Vergangenheit festgelegten Punktwerte bisher keine leistungsgerechte Abbildung der erbrachten ärztlichen Leistungen darstellten. Schließlich werden heute auch das Risiko einer ansteigenden Morbidität sowie die Kosten des medizinischen Fortschritts voll durch die Ärzteschaft getragen.

Die KV Bayerns fordert deshalb die **Einführung eines neuen Honorierungssystems, das eine effiziente Leistungserbringung** unterstützt. Hierbei sollten sowohl die ärztlichen Versorgungsleistungen angemessener abgebildet werden als auch eine transparente, nachvollziehbare betriebswirtschaftliche Kalkulation der Leistungsbewertungen zugrunde liegen. **Außerdem sollen gleiche Leistungen künftig zu gleicher Honorierung führen – egal, ob vom niedergelassenen Facharzt oder im Krankenhaus erbracht.**

## ANSTEHENDE AUFGABEN DER KV BAYERNS

Die Neugestaltung des Gesundheitswesens in Richtung eines hausarztzentrierten Systems wirft noch viele Fragen auf, zu deren Beantwortung nach wie vor wichtige Daten fehlen, die größtenteils nur im Echtbetrieb gesammelt werden können.

**Unabhängig von den derzeit laufenden Gesetzgebungsverfahren wird die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns prüfen, ob ein flächendeckender (Modell)-Versuch einer hausarztzentrierten Versorgung als Gemeinschaftsprojekt der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten unter dem Dach der KVB in Bayern durchführbar ist.**



Dr. med. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstands



Dr. med. Wolfgang Hoppenhaller  
Stv. Vorsitzender des Vorstands

28. April 2003  
konsentiert durch einstimmigen Beschluss im Vorstand der KVB am 09. Mai 2003