

Hausärztliche Versorgung verbessern – aber wie?

Gesundheitsökonomische Betrachtungen

MATTHIAS GECK

Dr. Matthias Geck blickt auf eine über 30jährige Erfahrung in der Gesetzlichen Krankenversicherung zurück. Zuletzt war er viele Jahre als Geschäftsbereichsleiter Ambulante Versorgung West der AOK NordWest tätig

Die Gesundheitspolitik ist seit einem Jahrzehnt verstärkt an einer guten hausärztlichen Versorgung interessiert. 2007 wurden die Krankenkassen verpflichtet, ihren Versicherten eine „besondere hausärztlichen Versorgung (Hausarztzentrierte Versorgung)“ anzubieten. Diese Verpflichtung wurde 2009 mit einem Schiedsverfahren zugunsten der Hausarztverbände verknüpft. Bundesweit hat sich die hausärztliche Versorgungslage durch diese Verträge jedoch nicht nennenswert geändert. Der Autor geht der Frage nach, warum das so ist und mit welchen alternativen Maßnahmen die hausärztliche Versorgung stabilisiert und zukunftsfest gemacht werden kann.

Die Inhalte

§ 73 b Abs. 2 SGB V fordert, dass die hausarztzentrierte Versorgung Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung hinaus gehen. Dies soll sich auf die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie, auf hausärztliche Behandlungsleitlinien, Fortbildungen in hausarzttypischen Behandlungsproblemen und ein Qualitätsmanagement beziehen. In dieser Aufzählung erschöpfen sich die inhaltlichen Vorgaben. Sie ließen sich allerdings ebenso gut in der Regelversorgung realisieren. So gibt es KV- Bereiche, in denen z. B. ein leistungsfähiges und erfolgreiches Arzneimittel-Informations- und Beratungsmanagement etabliert ist, das weit über den hausärztlichen Bereich hinausgeht. Viele Hausärzte orientieren sich zudem an den Behandlungsinhalten der Disease-Management-Programme und an hausärztlichen Leitlinien. Ebenfalls

sind hausarzt-spezifische Fortbildungen etabliert und nicht wenige Hausärzte haben ihr Praxismanagement zertifizieren lassen.

Der zentrale Konstruktionsfehler des § 73 b SGB V liegt in 2 Besonderheiten: Zum einen im Zwang, eine hausarztzentrierte Versorgung vereinbaren zu müssen („Vertragszwang“). Und zum anderen in der Vorrangstellung des Hausärztes gegenüber allen anderen Berufsverbänden, die hausärztliche Interessen vertreten, verbunden mit dem Sonderrecht, eigene Vorstellungen mit Hilfe einer Schiedsperson gegen die Krankenkassen durchsetzen zu können („Kontrahierungszwang“). Abgesehen davon befasst sich nur Absatz 2 des § 73 b SGB V mit den (wie oben dargelegt: unspektakulären) Inhalten der hausarztzentrierten Versorgung. Die weiteren neun (!) Absätze (3, 4, 4a, 5, 5a, 6, 7, 8, 9) enthalten bürokratische Abläufe und Regeln. Damit entpuppt sich die gutgemeinte gesetzliche Regelung der hausärztlichen Versorgung als bürokratisches Monster mit Zwangscharakter.

Da Zwang zugleich der ärgste Feind kreativer Entwicklungen ist, verwundert es nicht, dass die hausärztliche Versorgung auch 7 Jahre nach Neufassung des § 73 b SGB V weit hinter den Erwartungen an eine „besondere hausärztliche Versorgung“ zurückgeblieben ist.

Messbare Wirkungen?

Es gibt bislang nur wenige freiwillige Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung. Von diesen ist der Erste in Baden-Württemberg entstanden. Auch wenn deren Protagonisten nicht müde werden, ihr Vorgehen als Heilslehre für die gesamte Republik zu postulieren, bleibt als einziges messbares Ergebnis der HzV eine Honorarsteigerung um rd. 50 % über EBM-Niveau. Weitere behauptete Wirkungen sind zwar durch Hochschulprominenz verkündet worden. Ökonomisch überzeugende Wirkbelege wurde jedoch bislang nicht vorgelegt. Dies überrascht insofern nicht, weil u. A. nachgewiesen werden kann, dass z. B. Rabatt-Arzneimittel- oder Generikaquoten in Ländern ohne HzV höher und Me too-Quoten entsprechend niedriger sind als in Baden-Württemberg. Dabei wird dort sogar ein aufwändiges Arzneimitteltool des Hausärzteverbandes eingesetzt, mit dessen Hilfe hohe Einsparungen erzielt werden sollen. Allerdings ist einzuräumen, dass die Krankenkassen in

Wirtschaftlichkeit

Zum Schutz der GKV hat der Gesetzgeber eine für GKV-Wahltarife übliche Refinanzierungsklausel vorgesehen (vgl. § 73 b Abs. 5 a und 8 SGB V). Als wirksam hat sich dieser Schutz indessen nicht herausgestellt. So sind die Krankenkassen im „Vertrauen“ auf entsprechende Einsparungen durch Schiedsspruch verpflichtet worden, 10 bzw. 20 % mehr an die Hausärzte zu zahlen als in der Regelversorgung üblich. Den Krankenkassen werden dadurch Mehrausgaben aufgebürdet, ohne dass wirksame Absicherungen bestehen, wie ihnen diese rückvergütet werden, wenn Einsparungen nicht oder nicht in der Höhe der Vorauszahlungen eingetreten sind. Das SGB V enthält jedenfalls in §§ 12 und 71 SGB V normierte Leitsätze zum Thema Wirtschaftlichkeit, die in der HzV bislang ganz überwiegend nicht verwirklicht sind.

Hausärztliche Versorgung: Alternativlos

Das Konzept einer ärztlichen Basisversorgung mit einem (vom Versicherten gewählten) Hausarzt als Lotse hat in einer alternden Gesellschaft zunehmende Bedeutung. Besondere Anstrengungen zur Verbesserung und Stabilisierung einer qualitativen hausärztlichen Versorgung sind insoweit nicht nur erwünscht, sondern dringend geboten. Ökonomisch betrachtet erzielen Hausärzte ein nicht unattraktive Einkommen. Zugleich sind aber die Einkommensdisparitäten in der Vertragsärzteschaft ausgeprägt und einer Attraktivität des hausärztlichen Berufes tendenziell abträglich. Daher

ist die schrittweise Annäherung der Einkommen der Hausärzte und Fachärzte ein gesundheitspolitisch relevantes Ziel. Durch angemessene Umverteilung (nicht: Gleichmacherei !) können die vorhandenen Finanzmittel folglich dorthin gelenkt werden, wo sie zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung benötigt werden.

Defizite, Herausforderungen

Die gesundheitspolitisch notwendige flächendeckende hausärztliche Versorgung ist durch 2 Gegebenheiten gefähr-

det: Die regional ungleiche Verteilung der Hausärzte, d. h. die tendenzielle Überversorgung in Ballungsräumen und Städten einerseits und die teilweise Unterversorgung im ländlichen Raum. Zum zweiten steigt bei einer alternden Gesellschaft der Bedarf an hausärztlicher Grundversorgung. Die Zunahme des Durchschnittsalters der Hausärzte trägt dazu bei, dass sich Versorgungsdisparitäten teilweise verschärfen. Es ist aber auch zu bedenken, dass die Zahl der niedergelassenen Hausärzte in der ersten Dekade des 21. Jahrhunderts zumindest nicht gravierend gesunken ist, und die adäquate Deckung des Behandlungsbedarfes auch von den Organisationsstrukturen des hausärztlichen Angebots abhängt. Auffällig ist, dass Hausärzte überwiegend in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen tätig sind. Die Synergieeffekte gut organisierter Kooperationsformen – wie z. B. Ärztehäuser, medizinische Versorgungszentren, fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, das Betreiben von Zweitpraxen zu eingeschränkten Sprechstundenzeiten im ländlichen Raum – ließen sich noch deutlich besser nutzen. Darüber hinaus liegt ein weiteres Effizienzpotenzial in der Praxisorganisation selbst. Gelingt es, den Hausarzt von einfachen Diagnose- und Therapiemaßnahmen sowie von Verwaltungstätigkeit zu entlasten, kann er sich stärker auf seine medizinische Lotsenrolle konzentrieren und in gleicher Zeit mehr Behandlungserfolge erzielen.

Lösungsansätze

Im Zentrum der ungezählten Auseinandersetzungen zwischen Hausärzteverbänden und Krankenkassen um eine hausarztzentrierte Versorgung stand und steht die Honorierung der Hausärzte. Eine Verbesserung der Grundversorgung der Bevölkerung wird jedoch nicht dadurch erreicht, dass Hausärzte mehr Einkommen erhalten. Vielmehr bietet der EBM bereits jetzt schon ein breites Spektrum an Abrechnungspositionen, seit 01.10.2013 auch für geriatrische und palliativmedizinische Leistungen. Unter dem Strich erzielen Hausärzte ein Einkommen, das das Durchschnittseinkommen der Bevölkerung um ein Vielfaches übersteigt. Das ist keineswegs zu kritisieren. Volkswirtschaftlich unklug sind jedoch die zahlreichen Schiedssprüche,

§ 73 b SGB V ist eine kontraproduktive Hyperregulierung – eine bloße Rücknahme der Refinanzierungsklausel wäre unverantwortlich.

Baden-Württemberg eine vergleichsweise „gesunde“ Krankenhauslandschaft zu verzeichnen haben mit der Folge deutlich geringerer Krankenhausaussparungen als in anderen Bundesländern. Dies erzeugt Gestaltungsspielräume, die es zu nutzen gilt. Deshalb richtet sich die hier artikulierte Kritik auch nicht gegen die Bereitschaft der Akteure in Baden-Württemberg, ein eigenes hausarztzentriertes Versorgungsmodell zu erproben, sondern lediglich gegen deren Forderung, solche Lösungen zwingend auf andere Bundesländer mit anderen Strukturen zu übertragen.

die den Hausärzten Einkommenssteigerungen von bis zu 50 % zusprechen, welche allein von den Krankenkassen und damit den Beitragszahlern aufzubringen sind. Dabei wird ausgeblendet, dass zum einen erhebliche Umverteilungspotenziale zwischen Fachärzten und Hausärzten bestehen: Womit ist es z. B. zu rechtfertigen, dass ein Radiologe nach Abzug der hohen Abschreibungen für seinen teuren Gerätepark einen 1,6-fach (Rheinland) oder gar 2,4-fach (Westfalen-Lippe) höheren Praxisüberschuss erzielt als ein Hausarzt (vgl. Bericht des Bewertungsausschusses an das BMG für 2011)? Zum anderen wird die ökonomische Logik ausgeblendet, nach der ein Mehr an Behandlungsleistungen und erst recht ein Mehr an Behandlungsqualität nur durch konkrete strukturverbessernde Maßnahmen erzielt wird. Das schließt nicht aus, dass nach Ausschöpfen von zumutbarem Umverteilungspotenzial gezielt mehr Geld eingesetzt wird. Falsch ist es jedoch, wie zum 01.10.2013 geschehen, neue Abrechnungsziffern in den EBM aufzunehmen, die – wie insbesondere die palliativmedizinischen Ziffern – nicht an konkrete, qualitätssichernde Maßnahmen bzw. Prozesse geknüpft sind.

Die Alternative zur HzV

Erfolgversprechende Maßnahmen zur langfristigen Absicherung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung bestehen folglich nicht darin, die Krankenkassen dem Zwang auszusetzen, Hausärzten „mehr Geld zu geben“. § 73 b SGB V ist nichts Anderes als eine kontraproduktive Hyperregulierung. Dieser Paragraph stammt im Übrigen aus einer Zeit, in der es alles Andere als üblich war, in die Entwicklung von gesetzgeberischen Maßnahmen auch kritische Vertreter der GKV einzubeziehen. Man bedenke zudem, dass dieser Paragraph den Aufbau einer privatrechtlich organisierten „Hausarztvereinigung“ (Hausärztliche Vertragsgemeinschaft) begünstigt hat, die allerdings mangels eines öffentlich-rechtlichen Status keinerlei Sicherstellungsverpflichtungen oder Ergebnisgarantien zu übernehmen bereit ist. Die HÄVG stellt schlicht eine kostenintensive Parallelstruktur zu den weiterhin (systemimmanent) erforderlichen Kassenärztlichen Vereinigungen dar. Ferner bedeutet die (Rück-)Übertragung des Sicherstellungsauftrages

der Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen systembedingt eine Schwächung der Versorgungstabilität, weil die Krankenkassen im worst case dem Angebotsmonopol der Hausärzte ökonomisch „ausgeliefert“ sind. Offenbar in Vergessenheit geratene, warnende Beispiele sind der Systemausstieg von Kieferorthopäden in Niedersachsen und der angekündigte Systemausstieg von Zahnärzten in Bayern 2004, die nur durch konsequente aufsichtsrechtliche Eingriffe (bis hin zum „Staatskommissar“) überwunden werden konnten.

Ein Maßnahmenbündel mit hohen Erfolgsaussichten für eine durchgreifende Verbesserung der hausärztlichen Basisversorgung sollte dem gegenüber insbesondere folgende Elemente berücksichtigen:

1. Förderung des Zugangs zum Medizinstudium und Förderung der Attraktivität des hausärztlichen Berufsbildes im Rahmen der Ausbildung.
2. Infrastrukturelle Förderung der Ansiedlung bzw. Übernahme von hausärztlichen Praxen in strukturschwachen Regionen (einschließlich ggf. Existenzgründungsdarlehen).
3. Angemessene Umverteilung der vertragsärztlichen Honorare im Sinne einer nachvollziehbaren Annäherung der Einkommen aller Vertragsärzte.
4. Begünstigung der Honorareinahmen von hausärztlichen Praxen in strukturschwachen Regionen innerhalb des hausärztlichen Honorartopfes.
5. Förderung kooperativer Behandlungsstrukturen (Fachübergreifende Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser mit gemeinsamer Infrastruktur u.dgl.)
6. Förderung kooperativer Behandlungsabläufe, wie z. B.
 - Kooperative Versorgung von Pflegeheimbewohnern
 - Vernetzte ambulante palliativmedizinische Versorgung
7. Förderung einer arbeitsteiligen Praxisorganisation durch Einsatz qualifizierter Versorgungsassistentinnen, insbesondere für
 - einfache Diagnostik und Therapie
 - Hausbesuche für mobilitätseingeschränkte, multimorbide Patienten, ggf. mit Einsatz telemedizinischer Instrumente zur Kommunikation zwischen Versorgungsassistentin und Hausarzt.

Eine für die Versicherten erlebbar bessere hausärztliche Versorgung ist in den letzten 10 Jahren trotz der gesetzlichen Vorgaben ganz überwiegend nicht eingetreten. Der Gesetzgeber ist daher gut beraten, die Regelung zur HzV grundlegend zu überdenken. Es widerspricht bekanntlich allgemeiner Lebenserfahrung, dass unter Zwang gute Ergebnisse erzielt werden. Vertragszwang in einem Bereich, in dem Kreativität und gegenseitige Akzeptanz gebraucht werden, um künftige Herausforderungen zu meistern, stellt einen Systembruch dar; dieser hat sich in den letzten 5 Jahren als höchst kontraproduktiv und innovationsfeindlich erwiesen. Zukunfts-feste und kreative Lösungen sind nur dann zu erwarten, wenn die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen den Freiraum dafür bekommt, auf gleicher Augenhöhe um gute Lösungen zu ringen. Oder kürzer: Es geht um eine gute Versorgung der Menschen, nicht um das Wohlbefinden einer Klientel. Oder klarer: Eine Aufhebung der Refinanzierungsklausel ohne Abschaffung des Kontrahierungszwangs wäre schlicht unverantwortlich. ■

Literatur

- H.-Matthias Geck, Günther Petry:** Marktstrukturen und Preisbildung bei zahntechnischen Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung, Forschungsbericht Nr. 53 (Gesundheitsforschung), hrsg. vom BMAS, Bonn 1981
- H.-Matthias Geck, Günther Petry:** Nachfragermacht gegenüber Zulieferern, FIW-Schriftenreihe, Heft 104, 1983
- H.-Matthias Geck:** Anbieter- und Kostenstrukturen bei Dialysebehandlungen, Forschungsbericht Nr. 110 (Gesundheitsforschung), hrsg. vom BMAS, Bonn 1984
- H.-Matthias Geck:** Krankenhausplanung im politisch-ökonomischen Spannungsfeld, in: Lothar F. Neumann (Hrsg.): Neue alte Sorgen, Perspektiven der Gesundheitssicherung, Berlin 1991, S. 85-102
- H.-Matthias Geck:** Wettbewerbschancen im Heilmittel- und Hilfsmittelsektor. Benötigt das „Herzstück“ der Gesundheitsreform einen Bypass?, in: Die Ortskrankenkasse, 74. Jg. (1992), H. 4-5, S. 145-151
- Martin Litsch, Matthias Geck, Ralph Wellmeyer, Frank Krabbe:** Verträge regional flankieren, in: G + G Gesundheit und Gesellschaft Reformblock 9/2008
- Bettina Claßen, Matthias Geck, Ulrike Hofmeister und Hans-Ulrich Weller:** Perspektive für die Palliativversorgung, in: Westfälisches Ärzteblatt, H. 02/2011, S. 11 ff.
- Matthias Geck, Frank Krabbe:** Zuhause angstfrei sterben, in: G+G Gesundheit und Gesellschaft, Heft 02/2014, S. 20 f.