

KBV-Konzept 2020 – im Konsens, aber vage

Patienten nicht länger durchs System irren lassen

KBV-Pressesgespräch

BERLIN – Nach der Bundestagswahl 2017 wird die Patientensteuerung ein Thema werden. Doktorhopper und die Fehlnutzung von Notfall-einrichtungen vergeuden Ressourcen. In einem Positionspapier für 2020 plädiert die KBV für neue Versicherungstarife und eine qualifikationsabhängige Veranlassung kostenintensiver Leistungen.



Dr. Andreas Gassen
Vorsitzender der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Foto: Lopata /
axentis.de

müssen die Berufsverbände zukünftig stärker eingebunden werden.“

Doch wie ernst ist es den Funktionären, die Politiker wirklich davon überzeugen zu wollen, die jetzige Einheitsversicherung der GKV in drei, jährlich wechselbare Tarife aufzuspalten? In eine hausärztliche Patientenkoordination mit (A) oder ohne (B) Einschreibung – zum bisherigen Beitrag. Oder alternativ weiterhin der freie Zugang zum Facharzt (C) – zu einem höheren Tarif. Dass bei A und B fachärztliche Leistungen „ohne Mengensteu-

Tarifmodell für angestellte Ärzte in den Praxen

erung zu festen Preisen vergütet werden“ sollen, wird die Kassen nicht begeistern. Zumal sie, so die KBV-Idee, von ihren Versicherten differenzierte Zuzahlungen erheben sollen, wenn diese Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes oder ambulante Leistungen in Krankenhäusern außerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten in Anspruch nehmen.

KBV-Chef Dr. ANDREAS GASSEN moniert, dass sich Patienten ungesteuert innerhalb einer Fachgruppe Dritt- und Viertmeinungen einholen oder etwa die Indikation MRT bei Rückenschmerz vielfach nicht durch Fach-, sondern von Hausärzten gestellt werde. Das KBV-Konzept sieht deshalb vor: „Die Inanspruchnahme besonders kostenintensiver Leistungen soll durch eine qualifikationsabhängige Zugangssteuerung verbessert werden.“

Dr. Gassen verweist auf die hohen



Kosten, die durch potenziell vermeidbare Krankenhausfälle entstehen, also für Leistungen, die eigentlich ambulant erbracht werden können. Im KBV-Positionspapier ist hier von etwa 7,2 Mrd. Euro die Rede. Dass Versicherte willkürlich Notfallambulanzen ansteuern führe nämlich auch dazu, dass mit ihnen überzählige Klinikbetten gefüllt werden, sagen KV-Vertreter.

Die Politik müsse den Mut aufbringen, wirtschaftlich nicht tragbare Krankenhäuser zu schließen, verlangt Dr. Gassen. Die freierwerdenden Kapazitäten könnten anderorts oder für ambulante Dienste genutzt werden. Der KBV-Chef denkt dabei auch an ein neues vertragsärztliches Versorgungsangebot mit wenigen Betten für eine Nacht.

Die Mischung von ambulant und stationär findet sich im KBV-Posi-

tionspapier auch in der Idee, Krankenhausärzten in der ambulanten Versorgung eine dauerhafte oder temporäre Tätigkeit in Praxis und MVZ zu ermöglichen.

Wie das dabei angesprochene „eigene Tarifmodell für angestellte Ärzte im ambulantes Versorgungsbereich“ aussehen könnte, lässt Dr. Gassen offen. Hier geht das Positionspapier nur vage auf eine Forderung des Marburger Bundes ein.

Denn unklar ist, wer den Part der Arbeitgebervertretung übernehmen könnte und wer solch einen Tarifvertrag benötigt. Bislang braucht ihn offenbar niemand. Die rund 27 000 in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte kamen in direkten Verhandlungen an ihr Ziel, weiß Dr. Gassen: Entweder das Gehalt stimmte – oder sie gingen woanders hin.

Sinnvolle Arzneimittel-Informationen

Bringt der ab Oktober vorgeschriebene Papier-Medikationsplan für Patienten, denen mindestens drei Arzneimittel gleichzeitig verordnet werden, überhaupt einen Zuwachs an Therapiesicherheit? KBV-Chef Dr. Andreas Gassen hat da Zweifel. Aufzeichnungen, in denen etwa Psychopharmaka, Potenzpillen oder OTC fehlen, weil die Patienten sie nicht dokumentiert wissen möchten, seien wenig hilfreich. Und bezüglich einer Aufrüstung der Praxissoftware, damit Vertragsärzte bei der Verordnung neuer Arzneimittel mehr auf die Zusatznut-

zenurteile des Gemeinsamen Bundesausschusses achten, warnt er vor Überforderung. Wenn die Ärzte ihre Patienten auf Subgruppen-ebene identifizieren müssten, um eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vermeiden, werde das dazu führen, dass sie diese Präparate gar nicht verschreiben. Innovationen kämen dann nicht mehr bei den Patienten an, befürchtet Dr. Gassen. Das im Pharmadiolog mit der Regierung besprochene Informationssystem müsse für die Ärzte „sinnhaft und leistbar“ sein.