

Haus- oder fachärztlicher Patient? Diese Diskussion ist toxisch!

Der neue Vorstand will den Konflikt zwischen Haus- und Fachärzten überwinden. Im Interview mit der „Ärzte Zeitung“ wird klar, welche Forderungen die Vertragsärzte an die Politik haben: Ambulante Fälle gehören in die ambulanten Versorgungsstrukturen.

Das Interview führten Wolfgang van den Bergh und Anno Fricke



Der neue Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Gespräch mit Redakteuren der „Ärzte Zeitung“. V. l. n. r.: Dr. Thomas Kriedel, Dr. Stephan Hofmeister, Dr. Andreas Gassen, Chefredakteur Wolfgang van den Bergh und Anno Fricke.

© Stephanie Pilick / Springer Medizin Verlag (4)

Ärzte Zeitung: Die Harmonie in den ersten Wochen nach den Wahlen in der KBV ist ungewohnt. Heißt das: Wir blicken jetzt nur noch nach vorne und lassen das Vergangene ruhen?

Dr. Andreas Gassen: Wir können nicht einfach einen Schnitt machen und sagen, uns interessiert nicht, was vorher war. Die Vergangenheit ist durchaus auch mit positiven Akzenten besetzt. Ich denke dabei insbesondere an die Klausurtagungen, auf denen wir inhaltliche Vorarbeit für das geleistet haben, was wir in der neuen Legislaturperiode umsetzen.

Dr. Stephan Hofmeister: Ich schaue in die Zukunft, wobei ich Teile der Vergangenheit durchaus als Warnung zur Kenntnis nehme. Aber: Mit uns wird wieder zu rechnen sein.

Dr. Thomas Kriedel: Die Vergangenheit kann man nicht so einfach ausblenden. Das, was Sie in den vergangenen Wochen wahrgenommen haben, ist eine Konsequenz aus der Vergangenheit. Und das – Herr Gassen hat's angesprochen –, was an positiver Sacharbeit geleistet wurde, ist meines Erachtens zu sehr in den Hintergrund getreten.

Ein kurzes Update bitte: Ist der „kleine Staatskommissar“ Herr Große-Vorholt noch im Haus? Sind die hausinternen Untersuchungen abgeschlossen?

Gassen: Herr Große-Vorholt war physisch sowieso eher selten bei uns im Haus. Aus meiner Sicht war er auch kein „kleiner Staatskommissar“, sondern hatte die Aufgabe, die beiden großen Themenblöcke (die Immobilien-Geschäfte und die Personalangelegenheiten d. Red.) abzuarbeiten. Das Thema APO ist für die KBV mit einem sehr erfreulichen Ergebnis zu Ende gegangen. Alles andere wird vor Gericht entschieden werden müssen.

Gilt das auch für die hausinternen Untersuchungen?

Gassen: Das ist alles abgeschlossen oder kurz davor, abgeschlossen zu werden.

Lässt sich der Vorstand weiterhin von einer Politikberatungsgesellschaft unterstützen?

Gassen: Wir werden perspektivisch immer wieder Beratungen in Anspruch nehmen. Über Umfang, Ausmaß und inhaltliche Schwerpunkte entscheidet der Vorstand. Die Vorgänge dazu aus der Vergangenheit sind geklärt.

Wie ist der Stand in Sachen Satzungsreform? Hat die Aufsicht schon grünes Licht gegeben?

Gassen: Wir haben die Satzung zu einem Zeitpunkt verabschiedet, zu dem es das Selbstverwaltungsstärkungsgesetz noch nicht gab. Das heißt: Darin gab es Punkte, die mit der neuen Gesetzeslage nicht konform gingen. Daran wird gearbeitet. Aber das ist nicht Aufgabe des Vorstands, sondern die der Vertreterversammlung. Man wird sehen, wie schnell der Satzungsausschuss die Regelungen anpassen wird. Präzise Daten kann ich Ihnen nicht nennen.

Stichwort Vorstandsreform: Wann werden die Zuständigkeiten festgelegt?

Gassen: Wir sind in der Diskussion relativ weit vorangeschritten. Ich kann sagen, dass es bei aller Notwendigkeit einer Ressortbildung keine siloartig zugeschnittene Vorstandsarbeit geben wird. Das wird sich naturgemäß aus den Überschneidungen verschiedener Fachbereiche ergeben.

Wann wollen Sie die Öffentlichkeit informieren – in der Vertreterversammlung im Vorfeld des Deutschen Ärztetages im Mai in Freiburg?

Gassen: Davon gehen wir aus.

Nehmen wir den Arzneimittelbereich: Sie können sich vorstellen, dass die Kollegen interessiert, wie Sie sich in Sachen Arztinformationssystem positionieren. . .

Kriedel: Was kostet es? Wer macht es? Das sind Fragen, die uns bewegen.

Gassen: Wenn ein Arzneimittelinformationssystem eine Verbesserung dahingehend bringt, dass Ärzte Innovationen verordnen, finden wir das gut. Das Problem, das uns umtreibt, ist, dass es möglicherweise genutzt werden könnte, um Einfluss auf die Verordnungen zu nehmen. Das lehnen wir strikt ab. Was sicherlich ein Problem darstellt, ist die Subgruppenbildung. Ich will damit sagen, dass sich ein solches System am normalen Praxisbetrieb orientieren sollte und nicht an virtuellen Arbeitsabläufen.

Hofmeister: Wenn das Arztinformationssystem dazu dienen soll, den Arzt zu geißeln und zu drangsalieren, dann wird das eher alpträumhaft als fördernd. Es geht darum, welche Absicht das System politisch damit verfolgt. Die Subgruppentypisierung macht Felder auf, die praktisch unbeherrschbar sind.

Jetzt wird das noch getoppt durch einen Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg, der den Mischpreis in Frage stellt und damit für weitere Unsicherheit sorgt...

Hofmeister: ...unbeherrschbar für den Arzt, unkontrollierbar. Das haben wir auch schon deutlich formuliert in Richtung Politik.

Es gibt fast schon traditionell Auseinandersetzungen zwischen der haus- und der fachärztlichen Schiene. Herr Kriedel, sind Sie jetzt in der Rolle eines neutralen Mittlers?

Kriedel: Klares Statement! Als Vermittler würde ich mich auf der neu geschaffenen Position des dritten Vorstands überheben. Das kann nicht die ihm zugeordnete Rolle sein, auch wenn das in den Überlegungen des Gesetzgebers eine Rolle gespielt haben mag. Wenn man keiner der beiden Fraktionen angehört, hat man einen anderen Blick auf die Dinge. Ich bin Ökonom und blicke auf viele Sachverhalte mit anderen Augen als ein Arzt oder Psychotherapeut. Ich bin ein überzeugter Anhänger des KV-Systems, des Korporatismus. Ich möchte daran mitarbeiten, dass das KV-System zukunftssicher wird. Da ist der Hausarzt-Facharzt-Konflikt nur ein Thema, vielleicht ein gar nicht so wichtiges. Die Frage der Sektoren-Arbeitsteilung ist für mich viel entscheidender für die Versorgung insgesamt.

Hofmeister: So wie Herr Kriedel auch, bin ich – und so schätze ich auch Herrn Gassen ein – ein überzeugter Systembefürworter. Und in diesem System gibt es die ambulante Versorgung. Ich kenne keinen haus- oder fachärztlichen Patienten. Diese Diskussion ist toxisch. Sie ist schädlich. Wenn wir uns als Vorstand der KBV – ich nehme da das SGB V sehr wörtlich – nicht gemeinsam verständigen, die Dinge hier voranzubringen, sondern in solchen Gräben versinken, dann kann das allenfalls den anderen Interessenten im System in die Hände spielen. Ich sehe in der Vertreterversammlung und in den Verbänden eine deutlich wachsende Erkenntnis, dass wir es nur zusammen schaffen.

Andere Interessenten vertreten zum Beispiel den stationären Sektor. Aus jüngeren Äußerungen von Ihnen hören wir heraus, dass die Strategie lautet, an die stationäre Versorgung verloren gegangene Honoraranteile wieder zurückzugewinnen...

Gassen: Die Bevölkerung wird mit wenigen Ausnahmen in den Praxen versorgt. Wir haben 580 Millionen Behandlungsfälle im Jahr, die Krankenhäuser 20 Millionen. Und von denen ist ausweislich seriöser Studien mindestens ein Viertel im Krankenhaus falsch untergebracht. Wir schultern aber diese Masse an Fällen mit einem Honorarvolumen, das halb so groß ist wie das des stationären Bereichs. Und da sind die Steuerzuschüsse und Subventionen noch nicht eingepreist. Das heißt, wir haben ein extrem teures System für wenige, und wir haben ein extrem effizientes für den überwiegenden Teil der Patienten. Die Medizin wird immer ambulanter. Die Vergütungsanteile der Krankenhäuser sind allerdings nicht der ambulanten Versorgung gefolgt, was eigentlich hätte passieren sollen. Üblicherweise muss das Geld der Leistung folgen. Das ist, was wir einfordern.

Kriedel: Entscheidend ist: Wer behandelt? Und zu welchem Preis und wo? Darüber streiten wir im Moment doch. Deshalb ist unsere Forderung: Die ambulanten Fälle gehören in die ambulanten Versorgungsstrukturen, wie sie vorgegeben sind. Das Krankenhaus hat einen anderen Versorgungsauftrag, und darf zu Recht auch hohe Kosten haben. Es ist aber eine Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen, wenn es Fälle behandelt, die ambulant sind und die ausreichend im niedergelassenen Bereich behandelt werden können.

Über welche Summen fehlallozierter Honorare reden wir?

Gassen: Wir gehen von fünf Millionen ambulant-sensitiven Fällen aus. Das entspricht einem Honorarvolumen von zwischen sechs und acht Milliarden Euro.

Gibt es zu viele Krankenhäuser?

Gassen: Wir haben Gottseidank eine ganze Reihe Krankenhäuser der Spitzenklasse. Wir haben aber auch ein paar, für die man das nicht unterschreiben kann. Wir sagen nicht, die müssen alle vom Netz verschwinden. Man braucht aber nicht überall Krankenhäuser, sondern eventuell andere Strukturen, die über einen sektorenübergreifenden Versorgungsauftrag hergestellt werden können. Die Entwicklung ist ja auch für Krankenhausträger nicht uninteressant. Wenn ich tatsächlich kein Krankenhaus mehr betreibe, heißt das ja nicht, dass ich nicht mehr am Versorgungsgeschehen teilnehmen kann. Dann muss man eben diese anderen Strukturen entwickeln. Das kann man auch gemeinschaftlich machen.

Hofmeister: Übernachtungskapazitäten lassen sich sogar hausärztlich führen, Belegärzte können mit ihrer fachärztlichen Expertise Standorte gefährdeter Krankenhäuser wiederbeleben. Das ist denkbar, und zwar aus und mit dem ambulanten System. Dafür machen wir Angebote an die Politik.

Lässt sich ein sektorenübergreifender Versorgungsauftrag mit der Formel „gleiches Geld für gleiche Leistung“ gestalten?

Gassen: Es ist nicht damit getan, dass ich einen Preis auslobe für eine Leistung, und den stellt dann sowohl das Krankenhaus als auch der niedergelassene Arzt in Rechnung. Der niedergelassene Arzt muss ja den ganzen Overhead alleine schultern, und das Krankenhaus kriegt ihn mehr oder weniger hingestellt.

Hofmeister: Gleiches Geld für gleiche Leistung bedeutet Folgendes. Man sagt: Eine Arthroskopie ist eine Arthroskopie ist eine Arthroskopie. Die muss ambulant gemacht werden. Um gleich lange Spieße zwischen ambulant und stationär herzustellen, zieht man bei der Honorierung des Krankenhauses aber alle Subventionen und Steuerzuschüsse ab. Dann geht der Wettbewerb nur noch über die Attraktivität der Leistung und man würde auf einmal feststellen, dass eine Behandlung meist auch ohne Übernachtung hinzukriegen ist. Wir können zudem sagen, dass es bei uns immer ein Facharzt macht und nicht ein Arzt in Weiterbildung. Wenn man das zu Ende denkt, ist da viel Potenzial, tatsächlich über eine sektorenübergreifende, gut verzahnte Struktur zu arbeiten. Dann könnte man den spezialfachärztlichen Bereich auch gemeinsam beplanen.

Wer von der Politik gibt Ihnen da Rückendeckung? Haben Sie Mitstreiter?

Gassen: Je weiter Sie das Thema in die Landkreise herunterbrechen, nimmt es an Beliebtheit ab. Ich glaube aber, dass jeder Politiker, der sich ein bisschen auskennt im Gesundheitswesen, um die Problematik weiß. In Baden-Württemberg gibt es tatsächlich schon einen grünen Minister (Sozialminister Manfred Lucha, die Red.), der sagt, da muss etwas passieren. Also, die Nachricht ist angekommen.

Hofmeister: Wie Herr Gassen eben richtig gesagt hat: Je näher Sie dem Landkrankenhaus kommen, umso freundlicher das Klima für den Standort. Das ist ein Arbeitgeber, das gehört dem Landrat, der kann da bestimmen. Das könnte er nicht mehr, wenn es eine hochprofessionelle Versorgungsstruktur wie ein Ambulatorium mit Tagesklinik und fachärztlichen Konsilen dienstags und freitags gäbe, um ein Beispiel zu nennen. Tatsächlich verlässt uns die Politik immer dann, wenn gleichlange Spieße gefordert sind. Gleiches Geld für gleiche Leistungen gibt es deshalb nicht, weil die Infrastruktur des Krankenhauses getragen wird und die des Vertragsarztes nicht.

Gassen: Die grundsätzliche Frage ist: Welches Verständnis von Versorgung für die Zukunft haben Einzelne auch in der Gesetzgebung? Wollen wir das bisher Bewährte im Grundsatz erhalten? Also auf der einen Seite eine durch Praxen abgesicherte ambulante Versorgung, und auf der anderen Seite eine durch Krankenhäuser in unterschiedlicher Trägerschaft abgesicherte stationäre Versorgung. Und feststellen: Wir werden aufgrund der Entwicklung perspektivisch Überlappungen haben. Das ist das eine.

Setze ich im Klartext auf die Verantwortung von inhabergeführten Praxen, auch mit angestellten Kollegen, setze ich auf Vielfalt, auf die persönliche Verantwortung? Oder setze ich auf zentralistische Strukturen, eher staatlich organisiert, über das Krankenhaus mit Satellitenstationen, und habe also eine eher stationär verortete Versorgung? Das ist das andere.

Ich glaube, es wäre völlig aberwitzig, das deutsche Gesundheitssystem in diese Richtung zu verändern.

Hofmeister: Staatliche Allmachtsfantasien in dem Sinne, dass die Länder die Bedarfsplanung und den Krankenhausplan gleichermaßen machen, sind für mich ein Albtraum. Die schaffen es ja nicht einmal, ihre überzähligen Krankenhäuser zuzumachen. Wenn die noch die ambulante Bedarfsplanung übernehmen sollen, dann wird mir angst und bange. Zudem ist ja die Krankenhausplanung, so wie sie ist, nicht gemeinnützig. Die Versorgung wird ja auch von Kapitalgesellschaften getragen. Da muss Drittkapital bedient werden. Das geht aus meiner Sicht nicht zusammen. Das ist ein Bruch. Und das wird zurzeit als Lösung propagiert.

Sie spielen auf die Vorschläge der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung an, in denen die Zusammenführung der Planung auf Landesebene eine zentrale Rolle spielt. Ebenso wie die Steuerung über Primärärzte...

Hofmeister: Primärarztsteuerung ist ein sinnvolles Modul, das wir Ärzte anbieten können. Ob man das verpflichtend macht, wie das hinterlegt wird, das ist Sache der Politik. Wenn man allerdings kleinräumig planen will, dann muss man dem Bürger ehrlicherweise auch sagen, dass dann die Postleitzahl über die Zuordnung zu einem Primärarzt entscheidet. Das ist eine zwingende Voraussetzung dafür. Ich will das nicht verteufeln, aber man muss es sagen, am besten vor der Wahl.

Wer alles könnte denn als Primärarzt fungieren? Der Berufsverband der Internisten definiert Grundversorger ja weiter als Allgemeinmedizin.

Hofmeister: Das muss der BDI so sehen. Wir haben auch schon darüber gesprochen. Ich sehe das undogmatisch. Die Pädiater gehören zweifelsfrei dazu. Frauen sollten auch nicht dazu gezwungen werden, zuerst zum Hausarzt gehen zu müssen, bevor sie den Frauenarzt aufsuchen. Das fände ich lächerlich. Wegen eines Problems mit einer Brille sollte auch niemand beim Hausarzt aufschlagen, um sich zum Augenarzt überweisen zu lassen. Mich würde das nerven. Auf der anderen Seite ist klar, dass, wenn einer Diabetiker ist und unter Hypertonus leidet, und auch ein urologisches Problem hat, eben nicht der Urologe sein koordinierender Arzt werden sollte. Weil er – bei allem Respekt – mit Diabetes und Hypertonus nur marginal befasst ist. Da bleibt eben sachlogisch der Hausarzt, der Facharzt für Allgemeinmedizin, als Steuerer.

Wenn die Solidargemeinschaft wünscht, Zugangsbedingungen zu schaffen, zu steuern, dann können wir das anbieten. Aber: Wenn der Patient eine Flat-Rate-Karte hat und gesagt bekommt, dass er jederzeit Versorgung in Anspruch nehmen kann, dann sind wir die Leidtragenden, weil wir budgetiert werden. Das ist falsch.

Kriedel: Es ist ein gesellschaftlicher Wert und Grundprinzip unseres Gesundheitssystems, dass der Patient die freie Arztwahl hat. Da sind wir auch nicht dagegen. Die Forderung muss nur sein: Sie muss dann entsprechend finanziert werden. Wenn nicht, muss die Politik die Konsequenzen ziehen und Patienten steuern. Die Flatrate-Mentalität kann nicht auf unserem Rücken ausgetragen werden.

Intersektorale Teambildung, Versorgungssteuerung, Ressourcenallokation. Wie bekommt man das hin, wenn es doch kaum Möglichkeiten zum Datenaustausch gibt?

Kriedel: Im nächsten Jahr wird es eine Telematik-Infrastruktur geben, die einen Datenaustausch ermöglicht. Damit wir unsere Versorgungsmodelle fahren können, braucht es heutzutage eine digitale Plattform. Das wird das Netz der gematik. Unsere Forderung dabei ist die Interoperabilität. Jeder muss mit jedem technisch vernetzt sein, es muss sicher sein, und es darf für den Arzt keine Zusatzkosten bedeuten, weder finanzieller Art noch durch Mehraufwand in den Praxisabläufen. Im nächsten Jahr haben wir die Monsteraufgabe, ein sicheres Netz aufzubauen, erledigt. Dann müssen eine elektronische Patientenakte und elektronische Fallakte kommen.

Dr. Thomas Kriedel

- **Aktuelle Position:** Dritter Vorstand der KBV. Das Amt wurde neu geschaffen. Der Ressortzuschnitt ist in Vorbereitung.

- **Ausbildung:** Studium der Wirtschaftswissenschaften in Konstanz; Abschluss Diplom-Volkswirt, Promotion.

- **Werdegang:** Kriedel ist 67 Jahre alt, geboren in Augsburg, seit 1981 im KV-System tätig. 2002-2004 Hauptgeschäftsführer der KV Westfalen-Lippe. Seit 2005 Vorstand der KVWL. Seit 2015 alternierender Vorsitzender der Gesellschafterversammlung und des Verwaltungsausschusses der gematik.

Dr. Andreas Gassen

- **Aktuelle Position:** Seit März 2014 Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, zuständig für die fachärztliche Versorgung.

- **Ausbildung:** Studium der Humanmedizin in Düsseldorf; Promotion.

- **Werdegang:** Gassen ist 54 Jahre alt und seit 1996 niedergelassener Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in Düsseldorf, 2006-2014: Mitglied der VV der KV Nordrhein; 2009-2013: Vizepräsident des BVOU (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie); 2013-2014 Präsident des BVOU.

Dr. Stephan Hofmeister

- **Aktuelle Position:** Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KBV.

- **Ausbildung:** Studium der Humanmedizin in Heidelberg, den USA, Australien und der Schweiz, Promotion in der Augenheilkunde.

- **Werdegang:** Hofmeister ist 51 Jahre alt, geboren in Tübingen; 1995-98 Marine- und Fliegerarzt in Wilhelmshaven; 1999-2013 niedergelassener Hausarzt in Hamburg; 2014-2017 stellvertretender Vorsitzender der KV Hamburg.