

Primärarztverträge oder nicht: Muster ohne Wert für Niedergelassene

Die Zukunft der Fachärzte wird gerade an der Frage entschieden, ob Sie sich einem Hausarztssystem anpassen können und wollen oder nicht. Es geht schon lange nicht mehr um das Was oder Warum, sondern nur noch um das Wie. Längst hat die Politik parteienübergreifend festgelegt, dass die Zukunft des deutschen Gesundheitswesens von einem hausarztgesteuerten System definiert wird – aus der fehlerhaften Annahme, dass dann alles billiger würde. Weder ist diese Annahme bewiesen, noch ist das Gegenteil richtig. Man stochert im Nebel herum und meint, man sähe gut. Die besondere Qualität des deutschen Versorgungswesens, die dicht gefächerte fachärztliche Versorgung, die dem Patienten ein Höchstmaß an ärztlicher *Erreichbarkeit* bei hoher *medizinischer Qualität* bietet, wird gerade nachhaltig kaputtgespart.

In ihrer blinden Staatsgläubigkeit und Mangel an Mut wird die KBV mit dem EBM 2000 + das ihrige tun, um den großen Facharztpraxen den Garaus zu machen. Der Gerechtigkeit halber muss gesagt werden, dass es dann auch den großen Landpraxen an den Kragen gehen wird – entweder durch Honorarvernichtung oder durch Kriminalisierung qua Plausibilitätsprüfungen. Insofern herrscht wieder Gleichheit – die Gleichheit der Einebnung der Versorgungslandschaft. Wir haben das EBM-Projekt unserer Landesvertretung vor langem ein PRAXISVERNICHTUNGSPROJEKT genannt – nach eingehender Beschäftigung mit diesem Monster müssen wir leider davon nichts zurücknehmen. Dass dies so wirken wird, wird mit gewisser Verzögerung zu erkennen sein, da die Funktionäre schlauerweise eine sogenannte Konvergenzphase eingebaut haben, in der parallel der alte Honorarverteilungsmaßstab gelten wird. Man hat dann etwas Zeit, eine Anpassung an ein irgendwie konstruiertes Mittelmaß vorzunehmen. Leider muss dies alles so kommen, bevor das ärztliche „Fußvolk“ dies kapiert. Dann ist es aber schon 5 nach Zwölf.

Wie reagieren nun die bedrohten Fachärzte: so wie immer. Wie der Hund, der seinen Kopf unter den Tisch steckt und meint es regnet nicht, also durch Verleugnung oder Verdrängung, oder durch vermeintlich besondere Schlauheit: man möchte selbst Verträge machen mit den Kassen. Je spezialisierter die Fachgruppe ist, um so eher meint sie unentbehrlich zu sein. Da gründen Urologen und Kardiologen Genossenschaften oder GmbHs und verhandeln mit den Kassen. In der Idee befangen als hochspezialisiertes Interponat eine Sperrminorität zu haben, sucht man sein Heil im schlichten *Egoismus*. Man kann voraussehen, dass dies eine Übergangsphase sein wird, eine Spielwiese, auf der die großen Akteure den Wettbewerb einüben. Am Ende stehen dann die Doktores Schlange vor den Verwaltungen der Krankenkassen und bitten um einen Vertragsabschluss.

Die Politik entwickelt unterdessen Schubladenkonzepte, wie man die Fachärzte obsolet machen könnte – zumindest erheblich reduzieren könnte. Ob das MVZs am Krankenhaus sind oder Druck in Richtung Gemeinschaftspraxen oder Polikliniken wird die Zukunft zeigen. Auf jeden Fall wird die Methode „Hund im Regen“ nicht funktionieren....

Zurzeit wird in den Gazetten das hohe Lied des Primärarztsystems gesungen: die PR-Abteilungen der Krankenkassen füttern die Laienpresse mit positiven Ergebnismeldungen installierter oder zu installierender Primärarztsysteme. Die einfachen Redakteure irgendwelcher Regionalzeitungen überblicken die Probleme überhaupt nicht mehr - zu kompliziert ist die Materie und vor allem: das Kleingedruckte in diesen Verträgen wird nicht dargestellt. Diese lancierten Berichte über die Vorteile der sog. „Hausarzt-Verträge“ sind Muster ohne Wert für die Niedergelassenen. Beim Barmer Projekt hat es sich sogar unsere verehrte Gesundheitsministerin nicht nehmen lassen, bei der Pressevorstellung die publizistische Begleitmelodie zu singen. Man sieht, das politische Interesse an diesen Entwicklungen ist riesengroß.

Die beiden größten Kassen, AOK im Primärkassenbereich und BEK im Ersatzkassensektor haben Verträge mit dem „Hausärzterverband/BDA“ bzw. Netzen abgeschlossen, die als „Mogelpackungen“ in die Geschichte der Gesundheitspolitik eingehen werden:

- Das Hausarztmodell der Barmer, bei dem der Patient 30 € pro Jahr sparen kann verfolgt gleich mehrere Ziele: Der Patient soll die freie Arztwahl aufgeben, er soll sich eine sog. Hausapotheke aussuchen (die Zertifizierung und die Umsetzung dieses Konzeptes hat bisher keine Erfolge bei den Apothekern gezeitigt) und die Refinanzierung erfolgt über die Integrierte Versorgung (nach § 140 ff SGB V). Da der Geldtopf für diesen Bereich nahezu ausgeschöpft ist, erfolgt eine „Nachschusspflicht“ aus der Vergütung aller Ärzte, auch derer, die nicht von diesem Modell „profitieren“. Für 5 € Vergütung darf der Apotheker dann Wechselwirkungen und Nebenwirkungen verordneter Medikamente dieses konkreten Patienten „beurteilen“. Die Apotheker erhalten dafür ärztliche Aufgaben übertragen wie Blutdruckmessung und Messung von einzelnen Laborparametern.
- Das Qu@linet-Projekt der AOK in Mannheim und ein analoges Projekt in Südbaden verfolgt eine andere Strategie. Auch hier spart der Patient die Praxisgebühr, diesmal gänzlich. Durch eine großzügige Anschubfinanzierung aus der der Vorstand des Netzes und die teilnehmenden Netzärzte bei ihren Qualitätszirkelsitzungen bezahlt werden wurden die Mannheimer Ärzte in Ärzte erster und zweiter Klasse eingeteilt. Nur dem Netz/der Kasse genehme Ärzte wurden bis zu einer bestimmten Zahl in das Projekt aufgenommen. Auch hierbei wurde die freie Arztwahl aufgegeben. Qualitätsmaßstäbe werden von der Kasse definiert und festgelegt, alles ureigene ärztliche Aufgaben, die bisher von den Kammern überwacht wurden. Darüber hinaus erhalten die teilnehmenden Ärzte außer Extra-Gebühren für Einschreibung und Betreuung der Patienten eine um 12 % erhöhte Vergütung der abgerechneten Leistungen der Regelversorgung – ohne dass dies öffentlich kommuniziert worden wäre.

Das „Kleingedruckte“: beim Barmer Modell geht es vor allem um wechselseitige *Kontrolle* der Ärzte und Apotheker, die in einen zunehmenden Wettbewerb um die Beratungskompetenz getrieben werden – wobei die Voraussetzungen derart unterschiedlich sind, dass der Patient nur verwirrt werden kann. Der Apotheker kennt die konkrete medizinische Anamnese des Patienten nicht und ist mit dieser Aufgabe heillos überfordert. Welchen Vorteil es für den Patienten hat, seine freie Arztwahl und Apothekenwahl für „30 Silberlinge“ aufzugeben bleibt unerfindlich.

Noch unverständlicher ist das Loblied auf das Hausarztmodell der AOK: hier verpflichteten sich die Netzärzte in Mannheim pro Jahr 300.000 € an den Patienten einzusparen (u. a. Medikamente) über eine Laufzeit von 8 Jahren. Die aufgewendeten Anschubkosten der AOK von ca. 350.000 € zahlen sich also bestens aus. Inwieweit

diese Summe realistisch eingespart werden kann ohne Qualitätsverluste und nur durch Rationalisierungsgewinne aus dem Netz ausgeglichen werden kann, bleibt unerfindlich. Da Herr Ahrens von der AOK erklärt hat, dieses Konzept bundesweit ausdehnen zu wollen hat das erhebliche gesundheitspolitische Bedeutung.

Schaut man sich das Qualinet-Projekt an, so ergibt sich eine Lebenswirklichkeit für den Vertragsarzt, die nichts weniger als kümmerlich ist: der Hausarzt sollte den Titel „Facharzt für Bürokratie“ bekommen: jeder Schritt wird evaluiert und durchleuchtet, jedes Jahr sollen zwei Leitlinien eingearbeitet werden, eine Verpflichtung alle AOK-DMPs umzusetzen besteht sowieso: die Medizin wird zur Flow-chart Vollzugsmaschinerie. Das kann nur Menschen gefallen, die meinen mit solchen Vollzugsmaßnahmen medizinische Qualität zu produzieren. Wir sind übrigens nicht gegen Qualitätsmanagement, ganz im Gegenteil. Wir sind nur gegen Ärzte, die entscheidendes Herrschaftswissen über Daten an die Kassen verkaufen. Die AOK braucht die Daten um Know How für das Handling eines Ärztenetzes zu bekommen. Hinterher wird das transplantiert und das Interesse an dem Ursprungsprojekt wird schlagartig erkalten....Aber dann kann man ja ein neues Projekt generieren...

In beiden Konzepten der Krankenkassen zeigt sich, dass die Ärzteseite, in der überstürzten Absicht, den Anschluss nicht zu verpassen, das Rechnen verlernt hat und Verträge zu ihren (zu aller) Lasten abschließt. Die Refinanzierung des Modells erfolgt versteckt über den sog. Risikostruktur-Ausgleich der Kassen qua DMP-Quoten-Auslösung und beim Barmer Modell zusätzlich über die Integrierte Versorgung. Doppelt genährt hält eben besser....

Der einzige gesetzlich noch mögliche Ausweg (nach SGB V) – und das sollten sich die Fachärzte genau merken ist die beispielhaft mit dem Ersatzkassenverband (exklusiv BEK) abgeschlossene hausarztzentrierte Versorgung mit der KV Nordwürttemberg. Und das ist ein MEDI-Modell. Es ist von strategischer Bedeutung, diesen Ansatz auf Baden Württemberg zu verallgemeinern – was bei den Mehrheitsverhältnissen in der KV Baden Württemberg nicht ganz leicht sein wird. Auch hier spielt der Hausarzt eine wichtige Rolle, der Patient behält aber die Freiheit, sich den jeweils angemessenen Arzt auszusuchen. Also:

- **Kein Beitritt bei Primärarztmodellen a la Barmer und Qualinet-Vertrag!!!**

denn für Nichts werden Essentials der Ärzteschaft aufgeben.

Noch was, nicht vergessen:

MEDI beitreten

Ab sofort stehen auf der Homepage der nai die MEDI-Patientenhandzettel und -Plakate zu den neuen Hausarztmodellen AOK/BEK als Download (PDF) zur Verfügung.