

Der Schlüssel zu einer angemessenen Vergütung



Dr. Axel Munte
Vorsitzender des Vorstands der KVB

Als ich vor einigen Jahren die Idee entwickelte, dass die Leistungen in der ambulanten Medizin nach strengen Qualitätsvorgaben differenziert honoriert werden müssten und dass sich darüber auch die Mengendynamik steuern ließe, war ich selbst bei den Fachleuten innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) belächelt worden. Jahrzehntlang lautete der Schlachtruf der KV-Altvorderen in den Verhandlungen mit den Krankenkassen: „Erst Geld, dann qualifiziertere Leistung.“ – ein einfacher Mechanismus, der gut funktioniert, wenn

die Wirtschaft floriert, wenn nachwachsende Generationen mehr Vermögen sammeln können als ihre Vorgänger und wenn das Leistungsgeschehen in der Medizin auf gleichem Niveau verharrt. Da all dies in den vergangenen Jahren immer weniger der Realität entspricht, sind neue Denkansätze notwendig gewesen.

Also bin ich mit meiner Idee einer qualitätsorientierten Vergütung ärztlicher Leistungen jahrelang hausieren gegangen – habe bei Ärztetagen Kritik, wie die Bezeichnung „Nestbeschmutzer“, und in Politikergesprächen Unverständnis geerntet. Doch als meine Sonderwege in der Mammographie und der Koloskopie zum bundesweiten Erfolgsmodell wurden, öffneten sich mir auf einmal neue Türen. Im Bundesgesundheitsministerium wurden meine Vorschläge für eine gesetzliche Regelung intensiv geprüft und Bayerns Sozialministerin Christa Stewens, aber auch ihre Amtskollegen im Saarland und in Hessen unterstützten mein Vorhaben. Sogar der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, schwenkte letztlich auf meinen Weg der Koppelung von Qualität und Vergütung ein und warb für „Pay for Performance“. Mit der Aufnahme des in der KVB formulierten „Qualitätsparagrafen“ 136 (4) in das fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) wurde meine Vision nun im März 2008 zur Realität. Der Spielraum für Programme, die sich rein an der bestmöglichen Versorgung der Patienten orientieren, ist eröffnet – die adäquate Vergütung dafür wird möglich.

Im Folgenden möchte ich mich primär auf fachärztliche Sorgen konzentrieren, mit einer Ausnahme und kritischen Kommentierung. Wie in der jüngsten Vertreterversammlung dargestellt, wünsche ich – wie wohl alle Fachärzte – den Hausärzten den ersehnten Honorarzuwachs. Ob der beste Weg dafür die Zahlung einer Pauschale pro Patient ist? Ich bin der Meinung, dass Pauschalen nivellierend wirken und qualitäts- sowie leistungsfeindlich sind. Zudem eröffnen sie ein Einfallstor in die hausärztliche Versorgung für die nichtakademischen, sich aber immer weiter professionalisierenden Gesundheitsberufe!

Im völlig heterogenen fachärztlichen Bereich darf man unvermeidliche Veränderungen und Weiterentwicklungen der Versor-

gung nicht blockieren, sondern muss – solange man die Möglichkeit als KV noch hat – diese in der KVB zusammenführen und, so gewünscht, für die vielen Facharztgruppen sinnvoll steuern. Dazu muss man akzeptieren, dass es „den Facharzt“ gar nicht gibt. Man muss permanent daran arbeiten, die zahlreichen verschiedenen Facharztgruppen mit divergenten Interessen unter einen Hut zu bringen. Vor allem die Differenzierung in die Versorgerfachärzte und die hoch spezialisierten Fachärzte, die durch eine zunehmende Öffnung der Kliniken für die ambulante Versorgung gefährdet sind, wird immer relevanter – ja, fast schon virulent.

Werfen wir zunächst einen Blick auf diejenigen Fachärzte, die eine breite Basisversorgung abdecken. Diese sind in manchen statistischen Kennzahlen vergleichbar mit den Hausärzten. So haben konservativ tätige Augenärzte in Bayern pro Quartal im Schnitt 1200 Fälle und einen Fallwert von 24 Euro, konservativ tätige HNO-Ärzte rund 800 Fälle und einen Fallwert von 36 Euro und konservativ tätige Frauenärzte rund 1300 Fälle und einen Fallwert von 33 Euro (alles Daten aus dem Quartal 2/2007). Die Zahlen zeigen, dass hier weiter analysiert werden muss, gar Handlungsbedarf sichtbar wird. Praktisch keiner dieser vielen hundert Kolleginnen und Kollegen kann mit den Einnahmen aus der Gesetzlichen Krankenversicherung kostendeckend arbeiten. Immer mehr von ihnen nehmen Zuflucht in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). So sind in Bayern derzeit 80 Augenärzte, 45 Frauenärzte und 16 HNO-Ärzte als Angestellte in einem MVZ tätig. Ich werde deshalb die Verhandlung mit den Krankenkassen unter anderem auch auf die Zukunft der Versorgerfachärzte fokussieren; denn sie tragen wesentlich zur flächendeckenden Betreuung der Patienten in Bayern bei.

Die Situation bei den hoch spezialisierten Fachärzten sieht etwas anders aus. Sie haben zum großen Teil durch die Strukturverträge, die wir mit Bayerns Krankenkassen verhandeln konnten, eine bessere wirtschaftliche Ausgangslage. Aber sie stehen in einem zunehmenden Wettbewerb mit den Krankenhäusern, die dank der dualen Finanzierung durch Kassengelder und unsere Steuern sozusagen staatlich geförderte Wettbewerbsvorteile haben. Diese Vorteile auszugleichen, ist für uns nur durch den Erhalt, die Anpassung und die Erweiterung von besonderen Verträgen, wie Struktur- oder Selektivverträgen, möglich.

Dabei kann der eingangs erwähnte Qualitätsparagraf 136 (4) der Schlüssel sein, um die verschiedenen Möglichkeiten – zum Beispiel im Kollektivvertrag für die Versorgerfachärzte, oder im Mix aus Kollektiv- und Selektivverträgen für die hoch spezialisierten Fachärzte – zu eröffnen. Grundlage ist dabei, dass wir die hohe Qualität und Leistungsfähigkeit der ambulanten fachärztlichen Medizin auch entsprechend nachvollziehbar dokumentieren können. Wenn das gelingt, bin ich zuversichtlich, dass die Krankenkassen auch bereit sind, eine angemessene Honorierung zu leisten. Denn auch bei unseren zukunftsorientierten bayerischen Kassen wird der Wettbewerb letztlich nicht über den Preis laufen, sondern primär über die ärztliche Versorgungsqualität ihrer Versicherten.