

„Wir waren immer gegen diese Art Hausarztverträge, wie sie im Gesetz verankert sind, weil hier ein Monopol durch ein anderes ersetzt wird, durch ein sehr viel weniger Steuerbares“

Interview mit Dr. Doris Pfeiffer
Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes

Frau Pfeiffer, sie haben eben in Ihrem Beitrag betont, dass wir endlich vom Patienten her denken müssten und nicht mehr vom Leistungsträger. Was heißt das konkret?

Pfeiffer: Wir führen im Moment große Debatten, beispielsweise um Ärztehonore, aber auch um die Finanzierung der Krankenhäuser. Dies ist wichtig, um die Versorgung zu organisieren. Aber die eigentlichen Fragen sind doch: Ist das



wirklich wichtig für den einzelnen Patienten? Können wir die Versorgung besser sicherstellen, indem wir Strukturen verändern und nicht nur darüber reden, ob mehr Geld ins System kommt? Zurzeit wird nur darüber geredet, wieviel Geld bekommen Ärzte, wieviel Geld bekommen Krankenhäuser. Viel entscheidender ist doch, wie viel Geld wird gebraucht, um eine gute Versorgung zu realisieren. Wenn wir vom Patienten her denken, kommt vielleicht dabei heraus, dass wir nicht alle Krankenhäuser, nicht alle Ärzte brauchen oder dass eine bessere Verteilung notwendig ist, dass Ärzte sich geographisch anders verteilen müssen. Und – dies scheint mir entscheidend zu sein – dass die Versorgung besser verzahnt wird,

dass stationäre und ambulante Versorgung, Reha miteinander verknüpft werden, damit der Patient Klarheit darüber gewinnt, wo er wie behandelt werden kann. Dass er Empfehlungen über gute Ärzte, gute Kliniken, Pflegeheime erhält. Das ist aktuell: Wie geht ein Patient in das deutsche Gesundheitswesen? Wo muss die Qualität der Versorgung verbessert werden? Wo muss verzahnt werden, und wieviel Geld braucht man dafür? Wir sollten nicht alle, die derzeit im Gesundheitswesen tätig sind, alles machen lassen und dafür bezahlen.

Wie kann der Spitzenverband dies steuern?

Pfeiffer: Wir versuchen, in den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Qualitätsaspekte einzubringen. Wir müssen und werden in diesem Jahr über Steuerungsmöglichkeiten zum Abbau von Über- und Unterversorgung nachdenken und diese über Vergütungen installieren. Wir diskutieren mit den Krankenhäusern über Qualitätssicherungen, vor allen Dingen im Gemeinsamen Bundesausschuss: Welche Richtlinien, welche Vorgaben, welche Mindestmengen, was braucht der Patient tatsächlich, was entspricht den Qualitätsstandards und

wie können Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die in der Lage sind, diese hohen Standards einzuhalten.

Brauchen wir dafür nicht viel mehr Versorgungsforschung?

Pfeiffer: Versorgungsforschung ist ein entscheidender Punkt. Damit werden die Grundlage dafür geschaffen, dass man erkennen kann, wo Patienten richtig versorgt, wo sie gut versorgt werden. Das mahnen wir seit Jahren an. Da stellt sich schnell die Frage der Finanzierung. Ein Grundproblem ist, dass Krankenkassen keine Forschungen finanzieren sollen und dürfen. Hier hätte der Staat den Auftrag, zu finanzieren, weil die Versorgungsforschung relativ selten betrieben wird. Die meiste medizinische Forschung wird von Anbietern bezahlt, die bestimmte Produkte, bestimmte Leistungen in das System bringen wollen.

Es ist um die Krankenkassen ruhig geworden. Man fusioniert so vor sich hin oder auch nicht. Es gibt auch andere Formen der Kooperation. Wie beurteilen Sie diese Entwicklungen?

Pfeiffer: Nach meinem Eindruck herrscht große Vorsicht bei den Kassen. Man wartet ab, wie beispielsweise der Zwischenausgleich beim Risikostrukturausgleich ausgehen wird. Man wartet ab, wie sich die Zusatzbeiträge entwickeln, wenn jetzt zunehmend deutlich wird, dass – wie von uns ja schon gesagt – der festgesetzte Beitragssatz nicht ausreichen wird. Um die Ausgaben zu finanzieren, wird es voraussichtlich in der zweiten Jahreshälfte Kassen geben, die Zusatzbeiträge erheben müssen. Das heißt, einer wird den Damm brechen lassen müssen, weil die Finanzen nicht ausreichen. Im Moment wird abgewartet. Es finden viele Gespräche über mögliche Fusionen statt. Einige werden auch vollzogen. Aber es gibt noch viel mehr Gespräche über mögliche Fusionen, Kooperationen. Das wird bis in die zweite Jahreshälfte anhalten. Auch da will man anscheinend abwarten, wie nach der Bundestagswahl möglicherweise eine neue politische Konstellation aussieht, die dann vielleicht Veränderungen bringen wird.

Im Moment tobt die politische Schlacht um die KBV, die Honorarreform. Nun haben wir im BMG letzte Woche von Ulrich Weigeldt gehört, dass der Hausärzterverband zu 50% in 95% der Gebiete mandatiert ist, dass 73c-Verträge kurz vor dem Abschluss stehen. Weitere sind geplant, zumindest zunächst in Baden-Württemberg, aber andere Regionen werden folgen. Ulla Schmidt hat deutlich gemacht,

dass, wenn die Kassen keine Hausarztverträge abschließen, die Schiedsämter angerufen werden. Der politische Druck in Richtung KBV ist hoch. Wie beurteilen Sie die Deklaration, die die KBV verabschiedet hat, das Hinwarten über 1 Jahr hinweg bis nach der Wahl? Gleichzeitig sind die Wartezimmer plakatiert mit 15% SPD.

Pfeiffer: Die Entwicklung bei den Hausarztverträgen sehen wir skeptisch. Es ist bekannt, dass wir immer gegen diese Art Hausarztverträge, wie sie im Gesetz verankert sind, waren, weil hier ein Monopol durch ein anderes ersetzt wird, durch ein sehr viel weniger Steuerbares. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zumindest Körperschaften Öffentlichen Rechts. Dadurch haben sie eine enge Aufsicht und müssen die gesetzlichen Rahmenbedingungen beachten. Wie sich eingetragene Vereine konkret verhalten, ist nicht absehbar. Viel entscheidender ist aber, dass die Hausarztverbände ein massives Druckmittel erhalten haben, entsprechend hohe Vergütungen in den Hausarztverträgen zu fordern, weil das Schiedsamt dahinter steht. Das ist ein entscheidender Punkt. Wie die KBV mit der momentanen Situation umgeht? Sie ist in einer schwierigen Lage. Es war seit Jahren absehbar, dass diese Honorarreform zu erheblichen Umverteilungen führt, weil es ist einfach...

Ist es Murks?

Pfeiffer: Was heißt, es ist Murks? Es war der Wunsch der KBV, diese Honorarreform in dieser Form zu haben. Wir haben das nicht unterstützt. Aber packt man – da bräuchte man gar nicht viel Ahnung von den Regelungen zu haben – ein bundesweit einheitliches System auf eine Struktur, die regionale Unterschiede zwischen den Regionen, aber auch innerhalb der KVen unterschiedliche Verteilungen beinhaltet, führt das zu Verteilungswirkungen. Da gibt es Gewinner und Verlierer. Offenbar hat man geglaubt, durch entsprechend hohe Zuschläge dieses kompensieren zu können, also durch ein Aufwachsen. Aber beispielsweise in Baden-Württemberg wurde im letzten Jahr schon so viel mehr eingenommen, dass das inzwischen keinen Zuwachs mehr bedeutet.

Die KBV steht massiv unter Druck, weil sie bislang nicht in der Lage war, das System für die Ärzte akzeptabel zu machen, zu erklären. Da wundert es schon, wenn man eine solche Deklaration sieht, die dann plötzlich – was heißt plötzlich, das ist auch schon mehrfach da gewesen, aber jetzt in der Diskussion neu – die

Kostenerstattung und hier ganz neue Gestaltungsspielräume fordert. Diese Honorarreform war von den Ärzten gestaltet worden. Hier hat die Politik auf den Rat der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gehört. Mir ist nicht nachvollziehbar, was man damit erreichen will. Kostenerstattung kann für uns jedenfalls auf keinen Fall für die gesetzliche Krankenversicherung gelten.

Wenn die KBV nicht nur das Monopol verliert, sondern ein Großteil der Vertrags-hoheit, was ja bei über 50% Mandatierung durchaus möglich ist, wenn jetzt die Facharztverbände nachziehen, dann wird der Großteil der Ärzte nicht mehr im Kollektivvertrag sein, sondern in selektiven Verträgen. Verliert damit nicht auch der GKV-Spitzenverband an Macht und Einfluss?

Pfeiffer: Vom Grundsatz her haben wir uns immer für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen eingesetzt, in der ambulanten Versorgung, aber auch im Krankenhausbereich. Das bedeutet bei zunehmenden Selektivverträgen, dass die kollektivvertraglichen Regelungen zurückgeführt werden. Die Hausarztvertragsregelung, die wir jetzt haben, ist nicht unbedingt Selektivvertrag in unserem Sinn. Aber davon abgesehen, gibt es natürlich ähnliche Wirkungen. Das bedeutet, dass hier die Regelungsinhalte zurückgehen. Aber nach wie vor wird es wichtig sein, einen Rahmen sicherzustellen, der bundesweit einheitlich den Zugang zur Versorgung organisiert, der z.B. Qualitätsanforderungen, Mindestqualitätsanforderungen organisiert. Es bleibt meines Erachtens immer noch genug an Gestaltungsspielräumen, an Gestaltungsmöglichkeiten, die der GKV-Spitzenverband auch in Zukunft haben wird. Davor ist mir nicht bang.

■ HIGH LIGHTS

Impressum

ISSN 1614-029X 6. Jahrgang 2009

Herausgeber: Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius • Loeschkestr. 37, 53129 Bonn,
Tel. 02 28 – 6 19 59 25, Fax. 02 28 – 6 19 59 26, e-mail: highlights@letv-verlag.de

Redaktion: Dr. Andreas Lehr, Dr. Jutta Visarius • Luisenstr. 41, 10117 Berlin,
Tel. 0 30 – 22 60 56 84, Fax. 0 30 – 20 67 46 43, Mobil. 01 71 – 6 46 57 00 oder 01 71 – 4 84 77 73,
e-mail: highlights@letv-verlag.de

Crossmedia Internetplattform: www.letv-verlag.de

Satz und Layout: activisual, zum Steimel 1, 53773 Hennef, Tel. 0 22 42 – 86 85 68, Fax. 0 22 42 – 86 85 69,
e-mail: post@activisual.de

Sämtliche Nutzungsrechte an den highlights liegen beim L(et)V Verlag. Jegliche Nutzung, insbesondere die Vervielfältigung, Verbreitung, öffentliche Wiedergabe oder öffentliche Zugänglichmachung ist ohne die vorherige schriftliche Einwilligung des L(et)V Verlags unzulässig.

LetV
Verlag GmbH