

Positionspapier: Fachärzte in der Grundversorgung

Beschluss der Mitgliederversammlung des SpiFa vom 21. Mai 2017

Präambel

Das Grundsatzpapier „Fachärzte in der Grundversorgung“ schließt unmittelbar an die Forderungen der Fachärzte, die in der Zusammenfassung „Facharzt 2020“ (Juni 2016) verankert wurden, an. Zusammen mit den Ausführungen zu „Innovationen im deutschen Gesundheitsmarkt“ und zu „E-Health in der Versorgung“ (April 2017) ergeben sich für künftige Reformen die zu berücksichtigenden Positionen der deutschen Fachärzte¹.

Mit diesen Positionen verknüpfen der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) und seine Mitgliedsverbände für die deutschen Fachärzte in Klinik und Praxis den Wunsch einer nachhaltigen Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung der Wohnbevölkerung in Deutschland. Diese kann nur dann erreicht werden, wenn stärker als bislang das Entwicklungspotenzial, das in der breiten und nachhaltigen Anwendung digitaler Instrumente und Medien liegt, ausgeschöpft wird. Eine effiziente Vernetzung zwischen den leistungserbringenden Akteuren ist die Konsequenz daraus und führt zu einer optimierten Grund- und Akutversorgung im Sinne der Patienten. Herausfordernd sind Fehlanreize der Akutversorgung im Sinne einer bislang ineffektiven Patientensteuerung.

Dieses Papier stellt die Grundversorgung der Patienten in den Fokus und hat zum Ziel, die bestehende Fehlallokation und die damit einhergehende Fehlsteuerung in der ambulanten Grundversorgung in der Fläche zu beseitigen.

Die Erörterung der Themekomplexe *Notfallversorgung* sowie die *Schnittstelle ambulante-stationär* sind nicht Ziel und Inhalt dieses Grundsatzpapiers.

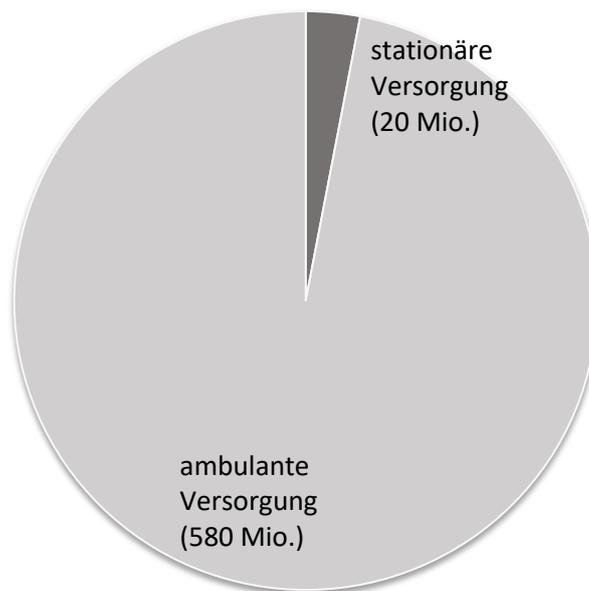
¹ Diese und weitere Positionspapiere des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) können Sie auf der SpiFa-Website unter folgendem Link abrufen: <https://www.spifa.de/positionen/>

Inhaltsverzeichnis

PRÄAMBEL	1
EINLEITUNG	3
GRUNDSATZFORDERUNGEN DES SPIFA.....	4
1 GRUNDVERSORGUNG: EINE BESTANDSAUFNAHME UND LÖSUNGSANSÄTZE	4
2 DIE BEDEUTUNG DES FACHARZTES IN DER GRUNDVERSORGUNG	13

Einleitung

Pro Jahr werden in Deutschland in der Gesundheitsversorgung rund 580 Millionen Behandlungsfälle in der ambulanten Versorgung² und rund 20 Millionen Behandlungen in der stationären Versorgung erbracht³. Dabei steigen bei fortschreitend alternder Bevölkerung und zunehmender Morbiditätsverdichtung die Behandlungsbedarfe kontinuierlich an. Das bedeutet, dass die Ressourcen und damit die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten im Gesundheitswesen effizient eingesetzt werden müssen, um nicht an die Grenze der Versorgungsmöglichkeit zu geraten. Noch stärker als bislang bedarf es einer am medizinisch notwendigen Behandlungsbedarf des Patienten ausgerichteten Versorgung und Versorgungsstruktur. Dabei muss der Grundsatz ‚Geld folgt der Leistung‘ zwingend für eine optimale und effiziente sektorenübergreifende Versorgung und deren Steuerung berücksichtigt werden, die den Patienten im gesamten Versorgungsprozess begleitet.



1 Behandlungsfälle ambulant und stationär in % p.a., eigene Darstellung

² KBV, 2014: Gesundheitsdaten. Behandlungsfälle je Arzt/PT, alle Ärzte/Psychotherapeuten; <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17023.php>; KBV, 2016: Gesundheitsdaten. Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten, alle Ärzte/Psychotherapeuten; <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>, 17. Mai 2017.

³ KBV, 2015: Gesundheitsdaten. Anzahl Fälle, alle Altersgruppen, Fachabteilungen insgesamt; <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17029.php>, 17. Mai 2017; Destatis, 2015: 19,2 Millionen Patienten 2015 stationär im Krankenhaus behandelt; https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilunggen/2016/08/PD16_283_231.html; 2. Juni 2017.

Grundsatzforderungen des SpiFa

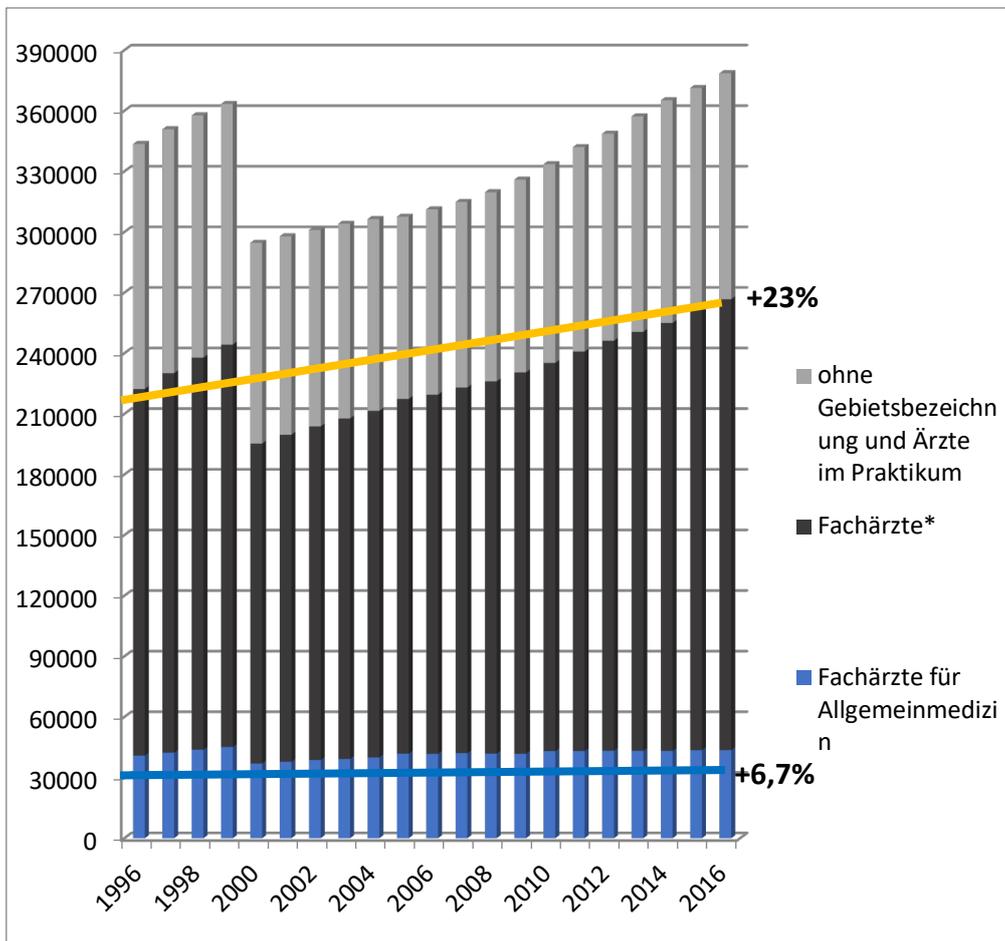
- Medizinischer Fortschritt mit immer differenzierterer und aufwendigerer Versorgung, Demografie, Morbiditätsverdichtung und der Ärztemangel ist als Herausforderung der unmittelbaren Zukunft von allen Beteiligten im Gesundheitswesen anzuerkennen.
- Der SpiFa fordert, existierende und sich weiter verschärfende Versorgungslücken vorbehaltlos zu analysieren.
- Politische und berufspolitische Befindlichkeiten dürfen Lösungsansätze nicht behindern.
- Case-Management ist für den Patienten von zentraler Bedeutung: Dies ist derzeit Aufgabe des Hausarztes⁴ bei multimorbiden Patienten, wobei die zwin- gende Unterstützung von Fachärzten zu gewährleisten ist. Case-Management ist bei unimorbiden Patienten auch Aufgabe von Fachärzten.
- Das Case-Management hat die wohnortnahe Versorgung von unimorbiden Pa- tienten durch fachärztliche Leistungen in der Grundversorgung zu unterstützen.
- Der SpiFa fordert grundsätzlich feste Preise ohne Mengenbegrenzung für alle ärztlichen Leistungen: Als Einstieg sind alle relevanten Betreuungs- und Koor- dinationsleistungen sowie die Leistungen, die mit der pauschalierten fachärztli- chen Grundvergütung belegt sind, aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergü- tung (MGV) herauszunehmen und in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) zu überführen.
- Ergänzend muss die ambulante Weiterbildung mit dem Schwerpunkt Case-Ma- nagement konsequent ausgebaut und finanziert werden.
- Für die Fachärzte mit hohem Anteil an Grundversorgungsleistungen sind ent- sprechende Kooperationsformen mit allen Heilberufen unerlässlich und zu för- dern.

1 Grundversorgung: Eine Bestandsaufnahme und Lösungsan- sätze

Seit einigen Jahren sinkt die Zahl der Hausärzte kontinuierlich. Gleichzeitig steigt die Zahl der Fachärzte und insbesondere der spezialisierten Fachärzte in Klinik und Pra- xis aufgrund der immer differenzierteren Diagnostik und Therapie in der Medizin. Dieser Trend ist nicht nur in Deutschland zu beobachten, sondern zeichnet sich

⁴ gemäß § 73 Abs. 1a SGB V sind dies Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die bereits am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Ver- sorgung teilgenommen haben.

international ab⁵. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren bspw. noch 90% aller Ärzte in den USA Hausärzte bzw. Fachärzte für Allgemeinmedizin ohne jegliche Spezialisierung⁶. Gleichzeitig hat sich seit den 1950er Jahren ein komplexes System aus Krankenhäusern entwickelt, die die immer differenziertere Spezialisierung von Ärzten befördert hat. Mittlerweile sind in den USA drei Viertel der Ärzte Fachärzte; das Verhältnis hat sich umgekehrt. In Deutschland sieht die Weiterbildungsordnung derzeit 33 Weiterbildungsgebiete, 57 Facharztbezeichnungen und weitere Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen vor.



⁵ Dalen, James E. et al., 2017: Where Have the Generalists Gone? They Became Specialists, Then Subspecialists; The American Journal of Medicine; [http://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(17\)30134-1/pdf](http://www.amjmed.com/article/S0002-9343(17)30134-1/pdf), 25. April 2017.

⁶ Aus dem Englischen: *General Practitioners*.

2 Ärzte nach Gebietsbezeichnung, eigene Darstellung⁷

Der Gesetzgeber und die ärztliche und gemeinsame Selbstverwaltung haben in den letzten Jahren mannigfaltige Versuche unternommen, eine wohnortnahe ausschließlich hausärztliche Versorgung zu fördern. Nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen europäischen und außereuropäischen Ländern (Schweiz, Niederlande, USA, Kanada etc.) hat sich gezeigt, dass eine einseitige Förderung bestimmter Versorgungsstrukturen nicht zielführend ist und hierfür keine Evidenz vorliegt. Dies betrifft insbesondere, wenn man eine isolierte Betrachtung zulässt, die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) und die Förderung der ambulanten Versorgung in Krankenhäusern⁸.

Nur bei Betrachtung des gesamten Versorgungsprozesses kann eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung so gestaltet werden, dass sie die bestehende Zufriedenheit der Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung weiter erhält.

Hausärztliche und Fachärztliche Grundversorgung gemäß SGB V

Die von Haus- und Fachärzten erbrachten Versorgungsleistungen einerseits sowie die Ausgaben für ärztliche Behandlungen andererseits bilden den wertmäßigen Ressourceneinsatz für Gesundheit in Deutschland ab. Im Vergleich mit anderen Ländern der OECD gibt Deutschland im Verhältnis zur Wirtschaftskraft sehr viel für Gesundheit aus, garantiert dabei aber einen uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung⁹. Die Gesundheitsausgaben lagen in Deutschland im Jahr 2015 bei 344,2 Mrd. Euro und sind im Vergleich zu 2014 um 15 Mrd. € (4,5%) gestiegen. Für 2016 wird ein Ausgabenzuwachs von weiteren 15 Mrd. € erwartet. Das wäre ein Zuwachs um 4,3%. Seit einigen Jahren steigen die Ausgaben damit stärker als das Bruttoinlandsprodukt Deutschlands¹⁰. Eine Veränderung dieser Situation kann

⁷ Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017: JBÄK, 2016: Die ärztliche Versorgung in Deutschland; <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/>, 2. Juni 2017; Berechnung der Fachärzte: Gesamtzahl abzüglich Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie Allgemeinmediziner.

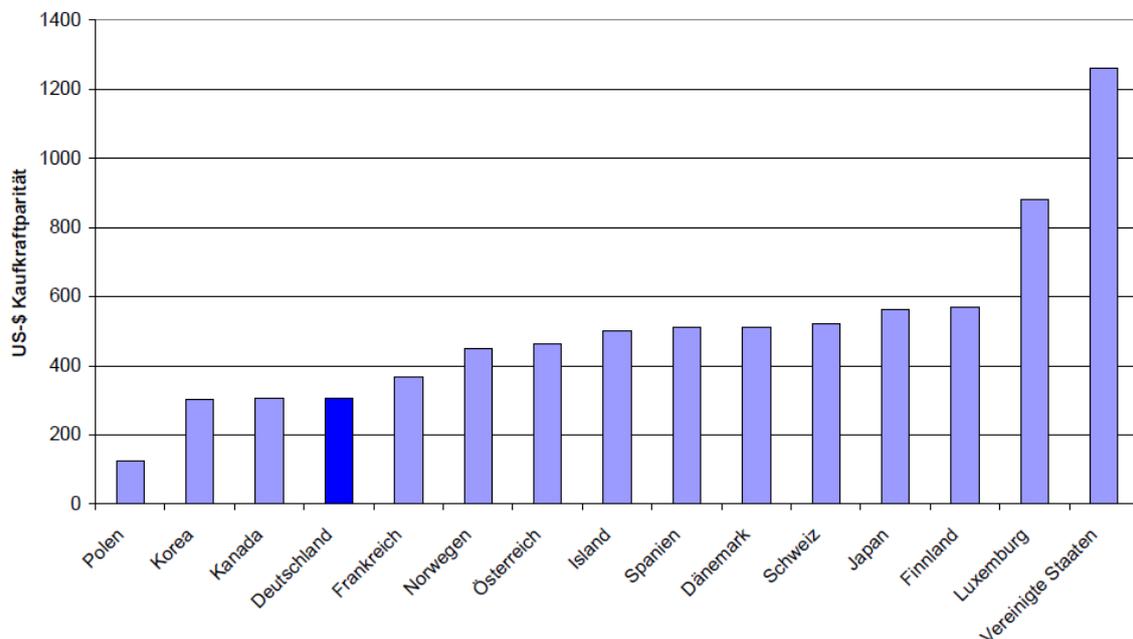
⁸ IGES, 2007: Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem; http://www.i-ges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6500/e9866/e9868/attr_objs9874/Kurzfassung_Gutachten_neu_ger.pdf, S. 14-15, 9. Mai 2017.

⁹ IGES, 2007: Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem; http://www.i-ges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6500/e9866/e9868/attr_objs9874/Kurzfassung_Gutachten_neu_ger.pdf, S. 4, 9. Mai 2017.

¹⁰ DESTATIS, 2017: Gesundheitsausgaben im Jahr 2015 um 4,5 % gestiegen; https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/02/PD17_061_23611.html, 9. Mai 2017.

aufgrund der demografischen Entwicklung und der Morbiditätsverdichtung in Deutschland nicht erwartet werden. Der wichtigste Aspekt ist der medizinische Fortschritt, d.h. für die gleiche Morbidität wird die Versorgung immer besser, aber auch teurer.

Betrachtet man andererseits die Ausgaben differenziert nach Leistungsbereichen, liegt Deutschland bei den Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen im internationalen Vergleich im unteren Bereich¹¹.



3 Ausgaben für ambulante ärztliche Leistungen pro Kopf im internationalen Vergleich¹²

Gleichzeitig schneidet Deutschland bezogen auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen, Wartezeiten und Patientenzufriedenheit im internationalen Vergleich exzellent ab¹³. Geht man allerdings davon aus, dass im kommenden Jahrzehnt jeder vierte

¹¹ IGES, 2007: Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem; http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6500/e9866/e9868/attr_objs9874/Kurzfassung_Gutachten_neu_ger.pdf, S. 5, 9. Mai 2017.

¹² IGES, 2007: Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem; http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6500/e9866/e9868/attr_objs9874/Kurzfassung_Gutachten_neu_ger.pdf, S. 6, 9. Mai 2017.

¹³ OECD, 2013: OECD Health Policy Studies. Waiting Time Policies in the Health Sector; http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works_9789264179080-en#page28, S. 26, 17. Mai 2017.

Arzt plant, aus dem Berufsleben auszuschneiden¹⁴ und bereits heute die Nachbesetzung von Arztsitzen in der ambulanten Versorgung sowie Arztstellen in der stationären Versorgung eine Herausforderung darstellt, müssen jetzt Weichenstellungen vorgenommen werden, um eine effiziente und patientenorientierte Versorgung auch in der Zukunft sicherzustellen.

Besondere Bedeutung kommt dabei dem hausärztlichen Versorgungsbereich im Sinne des SGB V zu, auch wenn dieser nicht abschließend die wohnortnahe Grundversorgung in Deutschland definiert.

Der Gesetzgeber hat im SGB V mit § 73 Abs. 1 und 1a den Versorgungsauftrag im ambulanten Versorgungsbereich gegliedert. Der hausärztliche Versorgungsauftrag ist darin wie folgt definiert:

„(1) Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

- 1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,*
- 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,*
- 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,*
- 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.*

(1a) An der hausärztlichen Versorgung nehmen

- 1. Allgemeinärzte,*
- 2. Kinderärzte,*
- 3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben,*
- 4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und*
- 5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben,*

¹⁴ Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017: Ärztemonitor. Ergebnisse zur dritten Befragung im Frühjahr 2016; http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_20_Aerztemonitor_infas_Praesentation.pdf, S. 11, 16. Mai 2017.

teil (Hausärzte). Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil."

In Verbindung damit regelt § 76 Abs. 3 SGB V:

„(3) Die Versicherten sollen den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes wechseln. Der Versicherte wählt einen Hausarzt. Der Arzt hat den Versicherten vorab über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung (§ 73) zu unterrichten; eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung hat er auf seinem Praxisschild anzugeben.“

Eine Definition des fachärztlichen Versorgungsauftrages durch den Gesetzgeber im SGB V steht faktisch und formal aus.

Die Definition des hausärztlichen Versorgungsauftrags hat demzufolge einen rein formalen Charakter. Sie stammt aus einer Zeit als in der Bundesrepublik Deutschland eine Grundversorgung durch Hausärzte weitestgehend sichergestellt wurde. In einigen Teilen Deutschlands herrschte dabei sogar Überversorgung. Die Gesundheitsminister, die damals noch Horst Seehofer (CSU) und Ulla Schmidt (SPD) hießen, sprachen gar von Ärzteschwemmen¹⁵.

Mittlerweile haben sich jedoch die Verhältnisse geändert. Immer mehr junge Ärzte suchen ihre berufliche Erfüllung in einer fachärztlichen Weiterbildung und Tätigkeit, akzeptieren eine lebenslange Karriere im stationären Bereich und orientieren ihre Berufstätigkeit auch an Faktoren sowie Gegebenheiten wie Infrastruktur und Lebensqualität.

Auf der anderen Seite steht der mündige Patient, der seit den 1980er Jahren Leitbild der partizipativen Entscheidungsfindung im Patienten-Arzt-Verhältnis ist. Die Digitalisierung führt dabei auch zu einem Erstarken des selbstbestimmten Patienten (Patient-Empowerment). In diesem Zusammenhang suchen Patienten den wohnortnahen, niedergelassenen Facharzt direkt auf. Damit übernehmen zunehmend Fachärzte Leistungen im Bereich der Grundversorgung. Solange dies den unimorbiden Patienten betrifft und sich der Facharzt mit dem Hausarzt abstimmt, ist diese

¹⁵ Udo Perina, 22. Okt. 1993: Keiner wird gewinnen; erschienen in der ZEIT, <http://www.zeit.de/1993/43/keiner-wird-gewinnen/komplettansicht>; 26. April 2017; o.A., 16. März 1998: Großes Wehgeschrei. Die medizinische Ausbildung wird wieder einmal reformiert. Das Ziel ist jetzt: endlich weniger Ärzte; erschienen in Der Spiegel 12/1998; <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-7838684.html>, 26. April 2017; Achim Wuesthof, 18. Okt. 2008: Das Studium als Patient; erschienen in der ZEIT; http://www.zeit.de/2001/43/Das_Studium_als_Patient/komplettansicht, 26.04.2017.

Vorgehensweise sinnvoll, nicht aber für die Betreuung und Koordination des multi-morbiden Patienten. Fachärzte sind somit auch erste Ansprechpartner des Patienten, ergänzen und entlasten damit sinnvoll die hausärztliche Versorgungsebene. Diese Situation ist Versorgungsrealität in Deutschland. Daher macht es Sinn, diese durch Fachärzte erweiterte Versorgung als „Grundversorgung“ zusammenzufassen und neu zu definieren.

Dies ignorierend steht ausschließlich der Hausarzt im Zentrum der gesundheitspolitischen Diskussion. Ihm allein soll eine Lotsenfunktion bei der Patientensteuerung im deutschen Gesundheitswesen zugewiesen werden: Ohne Genehmigung des Hausarztes, den man nur schwer wechseln kann, bekommt der Patient keine weiteren Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – sei es ein Besuch und Behandlung beim Facharzt, eine Einweisung ins Krankenhaus, oder die Verordnung von Arzneimitteln bzw. Heil- und Hilfsmitteln (Gatekeeper-Funktion)¹⁶.

Die dafür als notwendig erachteten Zugeständnisse sind zahlreich: Die allgemeinmedizinische Weiterbildung wird subventioniert. Im Medizinstudium wird die Allgemeinmedizin mittlerweile stärker betont als viele andere Fächer. Die budgetierten Honorare in der ambulanten Versorgung werden getrennt, um die Honorarumsätze im hausärztlichen Versorgungsbereich zu sichern. Die Einkommen der Hausärzte sind sehr deutlich gestiegen und liegen im Bundesdurchschnitt im mittleren Bereich.

Diese Vergütungstrennung der budgetierten Honorare in der ambulanten Versorgung wurde gesetzlich in § 87b Abs. 1 und 4 SGB V verankert:

„(1) Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die vereinbarten Gesamtvergütungen an die Ärzte, Psychotherapeuten, medizinischen Versorgungszentren sowie ermächtigten Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung; dabei sollen die von fachärztlich tätigen Ärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütungen und die von hausärztlich tätigen Ärzten erbrachten fachärztlichen Leistungen nicht den fachärztlichen Teil der Gesamtvergütungen mindern. Die Kassenärztliche Vereinigung wendet bei der Verteilung den Verteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzt worden ist. Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden

¹⁶ Hans-Friedrich Spies, 4. April 2017: Wunderwaffe Gatekeeper?; erschienen in BDI Aktuell 4. April 2017; <https://www.spifa.de/wunderwaffe-gatekeeper/>, 26. April 2017.

dürfen. Bisherige Bestimmungen, insbesondere zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen, gelten bis zur Entscheidung über einen Verteilungsmaßstab vorläufig fort.

(4) Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung nach Absatz 1 Satz 1 sowie Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2 als Rahmenvorgabe für Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigungen, insbesondere zu Versorgungszielen, im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 4 und zur Durchführung geeigneter und neutraler Verfahren zur Honorarbereinigung zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bis spätestens zum 23. Oktober 2015 Richtlinien nach Satz 1 zu beschließen."

Die bestehenden hausärztlichen Versorgungsregelungen bedeuten faktisch enorme Herausforderungen: Für eine kompetente hausärztliche Versorgung wird Erfahrung in allen wichtigen Fächern vorausgesetzt. Insbesondere wird eine umfassende Leitlinienkenntnis und Methodenkritik benötigt, um zu wissen, an wen zu überweisen und welche Maßnahmen zu veranlassen sind. Auch wenn die Betreuungsfunktion des Hausarztes eine Bedeutung hat, so kann man mit einer Betreuungsmedizin allein der Aufgabe der Versorgung, Steuerung und Koordination von Patienten nicht ausreichend gerecht werden. Wenn man bedenkt, dass es sogar aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich Stimmen gibt, die Hausärzte auch im stationären Bereich als Lotse/Gatekeeper einführen möchten, ist die fachliche Qualifikation wichtiger denn je. Der Nachwuchsmangel in der Gruppe der Hausärzte sowie die langen Vorlaufzeiten in der Weiterbildung sind bei diesen Konzepten jedoch nicht berücksichtigt.

Die Weiterbildungsförderung hat bislang nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Selbst wenn ab jetzt alle Studienanfänger Hausärzte würden, wäre das Nachwuchsproblem frühestens in 12 Jahren ansatzweise gelöst. Aber damit ist nicht zu rechnen. Auch deshalb sind schon jetzt im hausärztlichen Versorgungsbereich Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung zugelassen. Sie stellen inzwischen ca. 30% der dort tätigen Ärzte. Ohne sie wäre die Lage der hausärztlichen Versorgung noch kritischer. Bei der Lösung der Probleme in der hausärztlichen Versorgung klaffen also Anspruch und Wirklichkeit weit auseinander.

Auch der medizinische Nachwuchs bezweifelt das Gatekeeper-Modell: „Genau wie den Türstehern vor dem Club erwartet den Hausarzt in einem konsequent umgesetzten Primärarztmodell Druck von beiden Seiten. Einerseits wird er mit Fachartikelbewaffneten Patienten diskutieren müssen, warum er meint, ihnen den Zugang zum System verwehren zu dürfen, obwohl sie doch Leid empfinden. Auf der anderen Seite wird er von Kostenträgern und Politik zum „wirtschaftlich angemessenen“ Handeln gedrängt werden. [...] Darüber hinaus geht es ja nicht darum, Turnschuhträger von Lederschuhträgern zu differenzieren, sondern darum, treffsicher – bitte möglichst mit einer Null-Fehler-Quote – frühe Anzeichen für Erkrankungen aus allen Fachbereichen aufzuspüren. Wer soll das, in einer Zeit, in der sich das medizinische Wissen im Jahrestakt verdoppelt, leisten? Mit solchen Vorschlägen wird man den Nachwuchs nicht in die Allgemeinmedizin locken können – mit Verlaub: Wir sind doch nicht blöd!“¹⁷

Vergütung im fachärztlichen und hausärztlichen Versorgungsbereich

In der Gesundheitsversorgung müssen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass Versorgung dort stattfindet, wo sie (kosten-)effizient und qualitätsorientiert erbracht werden kann. Dazu müssen Allokationsverzerrungen und ineffiziente Leistungsvergütungen abgebaut bzw. abgeschafft werden. Die unterschiedlichen Finanzierungs- und Vergütungssysteme im ambulanten niedergelassenen ärztlichen Versorgungsbereich, aber auch im Krankenhaus stehen dazu im krassen Widerspruch.

Grundsätzlich ist die bestehende Budgetierung im vertragsärztlichen Versorgungsbereich aufzuheben.

Mit einer Ausbudgetierung aller relevanten Betreuungs- und Koordinationsleistungen sowie der Leistungen, die mit der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung belegt sind, im Bereich der erbrachten ambulanten Grundversorgung und deren gesamthaften Überführung in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) können für diese Leistungen feste Preise bestimmt und damit ein monetärer Anreiz für Koordination und Case-Management durch Haus- und Fachärzte in wohnortnaher Niederlassung gesetzt werden. Die initiale Finanzierung erfolgt bei Wegfall der dann nicht mehr benötigten Trennung der Vergütungen zunächst ausgabenneutral. Später tragen die Krankenkassen – wie gesetzlich verankert – das Morbiditätsrisiko für die Versicherten.

¹⁷ Kevin Schulte, 2017: Der Hausarzt als Türsteher unseres Gesundheitssystems; erschienen in BDI Aktuell 4. April 2017; <https://www.spifa.de/wunderwaffe-gatekeeper/>, 26. April 2017.

Durch die Herausnahme der relevanten Betreuungs- und Koordinationsleistungen sowie die Leistungen, die mit der pauschalierten fachärztlichen Grundvergütung belegt sind, aus der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und Überführung in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) werden feste Preise ohne Mengenbegrenzung vereinbart, um effiziente Anreize zu setzen und eine nachhaltige Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgungsleistungen zu realisieren.

2 Die Bedeutung des Facharztes in der Grundversorgung

Akteur einer innovativen Grundversorgung

Die Grundversorgung erfüllt mehrere Aufgaben im Gesundheitswesen. Zunächst ist es Aufgabe der Grundversorgung in der ambulanten Medizin, den Patienten und Patientinnen eine erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Beschwerden zu bieten. Ausgehend vom mündigen Patienten und einem zunehmend hohen Informationspotenzial in einer digitalisierten Welt entscheidet der Patient, welchen Arzt er ausgehend von seinen Symptomen als erstes aufsucht.

Die zweite Aufgabe der Grundversorgung ist die kontinuierliche Patientenversorgung insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Hierzu gehört die Patientensteuerung, die Überwachung und Dokumentation der bestehenden Erkrankung und die kontinuierliche Betreuungsfunktion. Dabei spielt das Management von Multimedikation eine besondere Rolle.

Grundversorgung beschreibt diejenigen Leistungen, die von Ärzten erbracht werden, die wohnortnah und verfügbar arbeiten. Hierzu gehören insbesondere die auch bisher in der Grundversorgung tätigen Allgemeinmediziner, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin sowie fachärztliche Internisten ohne Spezialisierung.

Hinzu kommen Fachärzte, die schon jetzt einen hohen Anteil an Patienten versorgen, die der Grundversorgung zuzuordnen sind.

Dabei sind diese Ärzte gleichzeitig in der Grundversorgung als auch in der Spezialisierung tätig. Dies unterscheidet sie wesentlich von denen in der Grundversorgung tätigen Allgemeinmediziner, Kinderärzten und Internisten ohne Spezialisierung.

Eine zukunftsorientierte und innovative Grundversorgung ermöglicht es einem informierten und mündigen Patienten, im symptomorientierten unimorbiden Falle den jeweiligen Facharzt dieses Organs unkompliziert und unmittelbar zur Diagnose und Therapie seiner Erkrankung aufzusuchen. Unnötige Umwege über Lotsen oder Gatekeeper an dieser Stelle der Versorgung führen zu einer ineffizienten Verwendung der ohnehin knappen Ressourcen.

Dem gegenüber steht der multimorbide und multimedikamentös behandelte Patient. Bei diesem Patienten bedarf es eines koordinierenden Hausarztes. An diesem Punkt der Versorgung geht die Koordinierung und Steuerung des Patienten mit einer Effizienzsteigerung der Ressourcen einher, da beispielsweise unnötige Arztbesuche oder redundante Arzneimitteltherapien vermieden werden können. Der Hausarzt entwickelt sich damit weiter zu einem qualifizierten Case-Manager und zugleich Facharzt für multimorbide Patienten.