Ulrich Weigeldt, der Bundesvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, im MVF-Interview:

„Wir wollen in 80 Prozent der Republik Verträge“

Er ist seit 1983 Facharzt für Allgemeinmedizin und kennt die Sorgen und Nöte seines Berufstands aus dem Effeff. Um etwas zu bewegen, wurde Ulrich Weigeldt Ärztefunktionär: Erst in der Ärztekammer, dann in der KV Bremen und der Bundesärztekammer, schließlich war er sogar in der KBV Vorstand für den hausärztlichen Versorgungsbereich. Als solcher brachte er 1997 in einem Abstimmungsantrag die Grundgedanken seines heute im Hausarztvertrag durchgesetzten Vergütungsmodells ein, wofür ihm das Vertrauen entzogen wurde. Er trat zurück und wurde im gleichen Jahr zum Bundesvorsitzenden des Deutschen Hausärzteverbandes gewählt. In seiner Nebenfunktion als 1. Stv. Vorsitzender des Aufsichtsrates der zum Verband gehörenden Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft eG (HÄVG) wurde er zum profiliertesten Verhandler für selektive Hausarzt-Verträge.

>> Herr Weigeldt, der Hausarztvertrag zwischen der Signal Iduna IKK und dem Deutschen Hausärzteverband, den Sie als Bundesvorsitzender vertreten, ist ein nahezu bundesweiter Selektivvertrag. Ist das für ihren Verband und Sie ein Zeichen des Durchbruchs für selektive Direktverträge, weil solche Verträge auch eine Art Norm oder Muster vorgeben können??

Auf jeden Fall. Als Mustervertrag dafür hatten wir den AOK-Vertrag in Baden-Württemberg im Auge - das war unsere Blaupause. Dort hatten wir den ersten Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung abgeschlossen - noch bevor der § 73b neu ins Sozialgesetzbuch geschrieben wurde. Danach folgte die AOK Bayern mit einer etwas anderen Honorarstruktur. Aber in den Grundsstrukturen und vor allem in den Prozessen sind diese Verträge einheitlich. Wir wollten nicht zu sehr unterschiedliche Prozesse etablieren, das wäre auch für die Ärzte und die Kassen in der Administration schwierig geworden. Dem bundesweiten Vertrag kommt eine besondere Bedeutung zu - als Startschuss für bundeseinheitliche Strukturen. Die anderen möglichen Partner auf der Bundesebene sind bislang etwas zögerlich gewesen - vorsichtig formuliert. Ich bin mir nicht sicher, ob es für die Ersatzkassen eine sehr gute Strategie war, sich hinter der Wagenburg VdeK zu verschanzen, keinen Vertrag abzuschließen und die Bundestagswahl abzuwarten in der Hoffnung, der § 73b würde wieder eingesammelt. Vor allem weil die Partner völlig unterschiedliche Interessen haben: Die DAK, die Barmer nach der Aufnahme der GEK, die DAK oder die TK haben unterschiedliche strukturelle, finanzielle oder auch strategische Ausrichtungen.

Birgit Fischer, die Vorstandschefin der Barmer erklärt mitunter, dass sie den Sinn dieser Hausarzt-Verträge gar nicht einsehen könne, die Ärzte würden mehr Geld für nichts bekommen.

Es ist eine Fehleinschätzung, dass Ärzte fürs Nichtstun verdienen würden. Die Hausarztzentrierung und auch die kontaktunabhängige Pauschale haben nun mal - das ist international anerkannt und in der Wissenschaft unumstritten - ihre Vorteile. Durch das bisherige System der letzten 10 bis 20 Jahre wurde eine irrsinnig hohe Arzt-Patienten-Kontaktzahl in Deutschland geschaffen, die weltweit einmalig ist. Dies hat auch, wie im Umkehrschluss durch den Barmer-GEK-Arztreport nachgewiesen, zu den in Europa kürzesten Kontaktzeiten von Arzt und Patient geführt. Doch gerade bei Chronikern braucht der Arzt viel Zeit. Wir müssen die Hausärzte aus dem Hamsterrad herausholen, dazu sind kontaktunabhängige Vergütungsanteile außerordentlich sinnvoll.

Es ist also sinnvoll, ein strukturiertes System der ambulanten Versorgung zu schaffen. Dies schränkt im Übrigen auch nicht die Freiheit der Patienten bei der Arztwahl ein. Ich fühle mich auch nicht in meiner Freiheit eingeschränkt, wenn ich einen Telefonvertrag abschließe und mich auf ein Jahr binde. Bei der Verpflichtung wird of vergessen,



dass sie immer zweigleisig ist: Wenn sich jemand in meiner Praxis einschreibt, fühle ich mich auch für diesen Patienten verantwortlich - das ist einfach so.

Die Ärzte sind, so erste Umfrageergebnisse, offensichtlich zufrieden. Wie sieht es mit den Patienten aus?

Die Hausärzte sind außerordentlich zufrieden, die Patienten scheinen auch zufrieden zu sein. Denn die AOK-Verträge in Baden-Würtemberg und Bayern haben seit Beginn der Hausarztverträge sechsstellige Zuwachsraten an Patienten, die sich freiwillig einschreiben. Die ersten Patientenbefragungen laufen dort bereits und werden demnächst abgeschlossen. Wir werden im ersten Quartal dieses Jahres erste Ergebnisse haben. Wir konnten aber bereits jetzt feststellen, dass ein Patient, der sich in einen Hausarztvertrag eingeschrieben hat, in den seltensten Fällen wieder abspringt. Man darf nicht unterschätzen, dass der Patient zu seinem Hausarzt eine sehr intensive Beziehung hat.

Im Übrigen findet gerade ein gewaltiger Wandel im System statt, man muss dem auch Zeit geben. Die Hausärzte sind im Durchschnitt 55 Jahre alt. Sie werden sich umstellen, aber sie können nicht von jetzt auf gleich alles anders machen. Das Problem ist, dass der Arzt gelernt hat, für jede einzelne Leistung eine Nummer aufzuschreiben. Wenn er keine Nummern mehr aufschreiben kann, ist er irritiert. Man muss einen langen Atem haben. Die AOK Baden-Württemberg hat ihn, und wir haben ihn auch. Die strategischen Überlegungen müssen auf einen Fünf-Jahres-Zeitraum gehen, so wie das auch in anderen Unternehmen gang und gäbe ist. Nur solche Perspektiven sind wirklich sinnvoll, weil wir es auf beiden Seiten mit Menschen zu tun haben, deren Verhalten sich ändern muss.

Führen die Verträge also zu einer ganz neuen oder zu einer sehr traditionellen Arzt-Patienten-Beziehung?

Eher zu einer traditionellen, und die ist ja nicht unbedingt schlecht. Nur die 6-7-Minuten-Konsultation frustriert beide Seiten. Dazu kommt die Forderung, dass man beim Hausarzt nicht länger als 30 Minuten warten soll. Wenn aber der Arzt im alten Vergütungssystem jeden Patienten im Quartal einbestellen muss, kommen nun einmal kurze Gesprächszeiten zustande. Man darf auch nicht unterschätzen, dass vor allem Ältere Angst davor haben, dass der Hausarzt nicht mehr da sein könnte. Was machen Senioren auf dem Land ohne Hausarzt? Gerade dort werden unsere neuen Versorgungsstrukturen besonders gut akzeptiert. Auf der Arztseite haben wir bestimmte Qualitätskriterien festgelegt, die die Zahl der teilnehmenden Ärzte einschränken. Dazu gehört eine strukturierte, hausarztspezifische Fortbildung. Wir wollen den Arzt in den Verträgen dabei haben, der wirklich hausärztlich umfassend versorgt, der auch Hausbesuche macht und sich nicht nur auf Akupunktur, Homöopathie, Onkologie oder Diabetes spezialisiert hat.

Was sagen Sie zu Add-on-Verträgen?

Add-on-Verträge halten wir für nicht zielführend. Man muss die Logik der Add-on-Verträge verlassen, weil sie das alte Honorarsystem zu 80 % weiterführen und lediglich einen zusätzlichen Bonus für eine Veränderung der Verhaltensweise geben. Das funktioniert aber nicht, wenn das Verhalten durch 80 % im alten System bestimmt wird. Die neuen Verträge sehen daher vor, dass das neue System als Parallele neben das Kollektivsystem gestellt wird, um zu sehen, was wirklich besser ist. Deswegen sind wir froh, dass die Politik der kurzfristigen Versuchung widerstanden hat, den § 73b wieder aus dem SGB V zu nehmen. Der neue Bundesgesundheitsminister ist zwar bekanntermaßen kein Freund dieses Paragraphen, er hat aber zugestimmt, dass wir drei Jahre Zeit haben. Das ist eine Zeitperspektive, mit der man arbeiten kann und innerhalb der wir deutlich machen müssen, dass wir mehr erreicht haben als im bisherigen System. Das heißt: Ein besserer Übergang in die fachärztliche Versorgung bei all den Schwierigkeiten, die es auch da gibt. Hier ist die Diskussionsqualität und auch die Gesprächsatmosphäre außerordentlich positiv, wie ich das auf der körperschaftlichen Ebene selten zuvor erlebt habe. Wir müssen die Übergabepunkte zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgung definieren, in die eine und auch andere Richtung. Wenn wir es dann auch noch schaffen, dass beide auf einer ähnlichen Vertragsstruktur aufsetzen, haben wir viel gewonnen.

Sie haben sicher vom Ministerium die Frage gestellt bekommen, wo sie nach drei Jahren stehen wollen?

Wir wollen in 80 % der Republik Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung haben, dazu in einem Drittel bereits mit Schnittstellen zur Facharztebene nach § 73c und zudem den ein oder anderen weiterführenden Vertrag nach § 140 in Richtung Krankenhaus.

Also eine wirklich sektorenübergreifende Vertragsarchitektur?

Ich bin aufgrund meiner langen persönlichen Erfahrung überzeugt, dass wir immer wieder an Sektorengrenzen stoßen werden. Aber die können wir nur über Vertragskonstruktionen aufbrechen, ansonsten werden nur Strukturen verfestigt, die nicht miteinander kommunizieren.

„Wir brauchen Ergebnisse, die zeigen, dass unser System funktioniert. Sollten die Ergebnisse zeigen, dass alles Quatsch ist, wird das Hausarztmodell abgeschafft."

An den Sektorengrenzen scheitert bisher auch die Versorgungsforschung in Deutschland. Was ist zu tun?

Die Versorgungsforschung in Deutschland ist ja gerade deswegen ein Drama, weil wir keine vernünftige sektorenübergreifende Qualitätssicherung hinbekommen. Das ist sachlich und medizinisch nicht vertretbar. Es ist peinlich im Ausland zu berichten, dass wir unsere epidemiologischen Daten aus England holen müssen, weil wir sie nicht selbst generieren können. Die Versorgungsforschung braucht Longitudinaldaten statt Momentaufnahmen. Aber ich kann derzeit nicht mal pseudonomisierte Schicksale verfolgen um herauszubekommen, welche Intervention medizinisch sinnvoll und ökonomisch vertretbar ist und welche nicht.

Wie kann im Hausarzt-Vertragssystem Versorgungsforschung implementiert werden?

Unabhängig vom politischen Umfeld, in dem wir uns bewegen, ist eine vernünftige Primärversorgungsbasis auch die Grundlage für Versorgungsforschung. Es muss einen Punkt geben, an dem die Daten zusammenlaufen, das kann kein Zentralserver bei irgendeiner ärztlichen Körperschaft sein. Die disziplinierte Datenhaltung der Hausärzte kann man viel stärker nutzen als bisher. Wir müssen ohnehin alle Befunde zehn Jahre aufheben, in dem Einschreibemodell bekommen wir zudem genau die Befunde, die man als Ausgangspunkt für Versorgungsforschung nehmen kann. In Heidelberg laufen zum Beispiel schon alle Daten aus den verschiedenen Sektoren wie stationäre und ambulante Versorgung aber auch Reha zusammen. Wir sind sehr daran interessiert, die Verbindung zur Pflege zu verbessern. Das ist nicht ganz einfach, weil die Anbieterschaft nicht unbedingt homogen ist.

Sie brauchen die Ergebnisse aus der Versorgungsforschung aber sicher auch als Legitimierung.

Wir brauchen Ergebnisse, die zeigen, dass unser System funktioniert. Sollten die Ergebnisse zeigen, dass alles Quatsch ist, wird das

Hausarztmodell abgeschafft - das ist das Risiko. Aber nach den bisherigen internationalen Erfahrungen wird es nicht so sein. Es wird aber durchaus so sein, dass sich die Ergebnisse vor allem auf die hausärztliche Versorgung als solche und mit Sicherheit auf die Leitlinienentwicklung auswirken werden.

Wer wäre denn für Sie ein möglicher Partner für Versorgungsforschung?

Einen Ansatz sehe ich bei der Barmer-GEK, bei der AOK BW und AOK Bayern oder bei Signal Iduna IKK - Kassen, die sich sehr genau überlegt haben, wie sie einen Schritt nach vorne kommen. Aber man erkennt auch, dass die Kassen sehr unterschiedlich aufgestellt sind. Wenn ich die jetzt vom Gesetzgeber vollzogene Öffnung des Systems betrachte, dann kommt es mir so vor, als wenn alle aus dem Gefängnis heraus dürfen, doch dann sehen sie das viele Sonnenlicht auf dem Hof und halten sich verängstigt am Gitter fest. Die Kassen sind manchmal auch sehr schwerfällige, große bürokratische Apparate. Bei deren Verhalten kann man nicht immer auf den Gedanken kommen, dass alles schon Player sind, die ihre Milliarden von Versichertengeldern vernünftig einsetzen.

Es gibt ja immerhin 1.600 Schiedsverfahren, weil die meisten Kassen nicht zur Jahresmitte 2009 Verträge abgeschlossen haben, wie es das Bundesgesetz vorsieht. Wie stehen Sie dazu?

Das ist eine sehr hohe Zahl, aber man muss davon ausgehen, dass viele en bloc bearbeitet werden. Die 1.600 kommen ja nur dadurch zusammen, dass nominell in jedem KV-Bezirk geregelt werden muss. Die Aufsichtsbehörde BVA hat für vier Bezirke jeweils eine Schiedsperson benannt. Ich denke, dass nach den ersten Schiedsverfahren Bewegung in die Landschaft kommt.

„Ich bekämpfe nicht das KV-System: Aber warum unterstützen wir uns denn nicht gegenseitig, wenn wir schon beide Interessenvertretung für die Ärzteschaft machen?“

In vermutlich welcher Zeitlinie?

Meine optimistische Schätzung ist der 1.7.2010. Das hängt auch von den Schiedspersonen ab, die ja miteinander kommunizieren. Es ist im Sinne des Systems vernünftig, dass nicht jede Region eine andere Vertragsstruktur hat.

Sind 80 % Hausarztverträge in Deutschland nicht ein wenig zu optimistisch?

Wir wollen in 80 % der Regionen Hausarztverträge. Wir werden es nicht schaffen, 80 % des hausärztlichen Honorars in den nächsten drei Jahren zu bekommen. Das hängt natürlich vom Zufriedenheitsgrad der Ärzte und Patienten ab: Je mehr Zuspruch die Verträge bei den Patienten erfahren, umso schneller kommt ein Dominoeffekt in Gang.

Was passiert dann mit den KVen?

Das kann ich nicht sagen. Ich bekämpfe auch nicht das KV-System. Aber warum unterstützen wir uns denn nicht gegenseitig, wenn wir schon beide Interessenvertretung für die Ärzteschaft machen? Wenn wir zu vernünftigen Honorarstrukturen kommen, könnten die KVen doch sagen: „Super, da machen wir mit.“ Stattdessen wird gesagt, das taugt alles nichts, die Verträge sind schlecht, die Hausärzte zerstören die ganze Welt. Obwohl jetzt wahrlich mehr Aufgaben zu erledigen wären als die der Honorarverteilung. Es eröffnen sich doch ganz neue Servicemöglichkeiten und damit auch mögliche Wege der Kooperation.

Es ist enttäuschend, dass ein System mit 10.000 Mitarbeitern und 39 Vorständen nichts anderes im Kopf hat als rückwärtsgerichtete Diskussionen. Nehmen Sie die gelben Budgets. Als die Budgetierung von Seehofer 1992 eingeführt wurde, kam die Frage auf, wie denn die Honorarverteilung geregelt werden soll. Damals gab es ein Grundbudget für ärztliche Standardleistungen, das war das grüne Budget. Dann ein rotes Budget für Einzelleistungen wie genehmigungspflichtige Psychotherapie. Dazu gab es eben jene gelben Budgets: Das waren dann 15 Punkte für Sonografie, 15 für psychosomatische Intervention und 10 für kleine Chirurgie, die dann mehr oder weniger schlecht bezahlt wurden, wie so ein Budgetsystem eben ist. Nun wurden die ganzen Budgets aufgelöst und eine Euro-Gebührenordnung eingeführt. Und was ist der neueste Vorschlag? Einzelleistungsvergütung mit gelben Budgets! Vielleicht ist es auch manchmal historisch notwendig, einen Schnitt zu machen, wenn ein System immer komplizierter statt einfacher wird.

Die Professoren Sawicki und Glaeske forderten in den letzten beiden Titelinterviews von „Monitor Versorgungsforschung“ eine Entkommerzialisierung des Ärztestandes, weil auch in ihrem Sinne der Arzt nicht dauernd an seine Punkte denken soll, wenn er einen Patienten vor sich hat?

Unser System sieht ja eine kontaktunabhängige Pauschale als Grundpauschale vor, welche die Stand-by-Funktionen des Hausarztes abdeckt. Der Arzt muss also nicht, um sein Einkommen zu erzielen, seine Patienten dauernd einbestellen. Diese Stand-by-Funktionen umfassen Raum, Gerätschaft, Personal, Aufrechterhaltung der Qualität. Das sind alles Werte, die nicht im Einzelvergütungssystem abgebildet werden, bei uns aber in der P1 abgedeckt sind. Wir haben dadurch eine Steuerung, weil sich auch der Gesunde einschreibt und ein gewisses Grundrauschen in der Praxis auslöst. Dazu kommt dann die erst ab dem zweiten Quartal ausgezahlte Pauschale P2, wenn eine Krankheit länger dauert als ein Quartal oder beratungsintensiver ist, weil dann auch mehr Aufwand gefahren werden muss. Die Chroniker lösen eine weitere Pauschale - Nummer 3 - aus, wobei diese Gruppe, in den verschiedenen Verträgen unterschiedlich definiert ist. Und eine gezielte Zuweisung zur fachärztlichen Versorgung wird auch da die Effizienz erhöhen. Was nützt es denn, wenn ein Patient mit Rückenschmerzen zum Kardiologen läuft, weil der Schmerz in die Brust ausstrahlt? Das verstopft das System. Das verstopft aber auch die spezifische Kapazität der Facharztpraxen als solche, was ja auch Auslöser der dort langen Wartezeiten ist.

Ist die Grundpauschale damit nicht ein - wenn auch erster - Teil der Entkommerzialisierung?

Die Grundpauschale deckt die Realität ab. Sehen Sie sich die Ergebnisse der Bertelsmann-Stiftung an: 80 % der Menschen sagen, sie hätten einen Hausarzt, auch wenn sie zum letzten Mal vor vier Jahren bei einem waren. Die kontaktunabhängige Pauschale ist im Übrigen die Haupteinnahmequelle der niederländischen Hausärzte. Das ist natürlich eine gewisse Entkommerzialisierung, weil sie fast eine Art Gehaltsbestandteil darstellt. Bei einer Gehaltszahlung an Ärzte würden manche sogar mitmachen, aber ich bin mir nicht sicher, ob wir allein dadurch die Morbiditätslast in Deutschland in den Griff bekommen. Der Begriff Entkommerzialisierung ist dehnbar. Richtig ist aber, dass die ärztliche Leistung nicht länger durch kommerzielle Interessen getriggert werden darf. <<

Das Gespräch führten MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski und MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier