Interview mit Ulrich Weigeldt, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes

„Kollektive Regelversorgung ist eine Blackbox“

Seit 2007 ist Ulrich Weigeldt, der nach seinem Medizinstudium in Kiel und der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin als Hausarzt in Bremen tätig war, Bundesvorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes. Davor war er bis 2001 stellvertretender Vorsitzender der KV Bremen, ab 2000 Vorsitzender des beratenden Fachausschusses für die hausärztliche Versorgung und ab 2005 Vorstand der KBV, zuständig für den hausärztlichen Versorgungsbereich der KBV. Damit kennt er die kollektivvertragliche Regelversorgung aus dem Effeff, die er mit der von ihm propagierten Hausarztzentrierten Versorgung ein Stück weit verändern helfen will. Im Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ benennt der stets diskussionsfreudige ärztliche Standesfunktionär die damit verbundenen Chancen und Problemfelder.

>> Sehr geehrter Herr Weigeldt, welche Vorteile hat die hausarztzentrierte Versorgung?

Die Hausarztzentrierte Versorgung, kurz HZV, hat auf verschiedenen Ebenen ganz entscheidende Vorteile. Zum einen auf der administrativen Ebene. In der Hausarztzentrierten Versorgung sind deutlich schlankere Prozesse als im Kollektivvertragssystem möglich. Dies wird übrigens öffentlich kaum thematisiert. Die andere, am Ende des Tages natürlich entscheidende Dimension sind die qualitativen Vorteile, die durch die Universitäten Heidelberg und Frankfurt am Main für Baden-Württemberg evaluiert und unter anderem auch in „Monitor Versorgungsforschung“ beschrieben worden sind. Es lohnt sich dennoch, einen genaueren Blick auf die vielen Milliarden von Euro zu werfen, die alleine die Administration der KBV- und KV-Landschaft pro Jahr verschlingt. Hier wären noch erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, die bisher seitens der Politik nicht entdeckt worden sind.

Zumindest bislang noch nicht. Wie sieht denn die evaluierte, sowohl qualitative als auch ökonomische Dimension aus?

Hier ist es zunächst einmal wichtig zu wissen, dass es sich dabei um eine Evaluation der ersten zwei Jahre handelt. Versorgungsforschung dauert nun mal ihre Zeit, wenn man sie gründlich machen will. Und sie kostet auch Geld. Doch die Erkenntnisse daraus sind wichtig, einerseits für die HZV als solche, andererseits aber auch für das Gesamtsystem.

Warum?

Weil hier endlich einmal der Patient im Mittelpunkt steht. In Deutschland redet man zwar recht viel von Patientenversorgung, viele nehmen aber nicht allzu ernst, was die Patienten zu ihrer Versorgung sagen.

Sind die Patienten denn mit der HZV zufrieden?

Sie sind sogar sehr zufrieden. Sie fühlen sich intensiver betreut, auch intensiver körperlich untersucht. Sie beschreiben eine höhere Zuwendung und es gibt darüber hinaus einen weiteren, wenn auch indirekten Parameter.

Welches Surrogat sprechen Sie damit an?

Eines, welches es im Kollektivvertragssystem gar nicht gibt. Patienten, die sich für die HZV entschieden haben, können nach einem Jahr diese Versorgungsform wieder verlassen und in die Kollektivversorgung zurückkehren. Doch das findet praktisch nicht statt, abgesehen von einem sehr kleinen einstelligen Prozentbereich, hinter dem sich meist Sterbefälle oder Umzüge verbergen. Das Gleiche gilt übrigens auch für die Ärzte, die sich ebenfalls pro oder kontra HZV entscheiden können, denn es ist für beide ein freiwilliges System. Über 90 Prozent der Ärzte, die das Hausarztzentrierte Versorgungssystem verlassen, verlassen es nur deshalb, weil sie die Praxis aufgeben, meist aus Altersgründen.

„Patienten, die sich für die HZV entschieden haben, können nach einem Jahr diese Versorgungsform wieder verlassen und in die Kollektivversorgung zurückkehren. Doch das findet praktisch nicht statt.“

Das ist ein Zeichen von Stabilität aufgrund von Zufriedenheit?

Durchaus. Die HZV ist eben kein Strohfeuer wie so mancher IV-Vertrag.

Ein häufig zu lesender Kritikpunkt ist auch der sogenannte Einschreibe-Bias.

Der Kritikpunkt war derjenige, dass sich vor allem jüngere und gesündere Patienten in die HZV einschreiben würden. Die Evaluationsergebnisse machen jedoch deutlich, dass diese Annahme völlig falsch ist. Es ist vielmehr genau umgekehrt: In der HZV findet eine Morbiditätsverdichtung statt, denn hier werden vor allem die chronisch kranken und älteren Patienten versorgt.

Die diese Versorgung ja auch brauchen ...

... und die sich aktiv dafür entscheiden. Dabei bleibt häufig unberücksichtigt, dass dieser Akt der Einschreibung keine Einbahnstraße ist, sondern letztlich eine Verpflichtung und auch Verantwortung für die teilnehmenden Ärzte beinhaltet.

Versammelt die HZV vielleicht die etwas engagierteren Ärzte?

Sagen wir einmal so: Wenn ich mich als Arzt für nichts interessieren würde, würde ich diese Versorgungsform sicher nicht wählen. Außerdem schreibt die HZV ja schon gewisse Qualifikationskriterien vor, die im abzuschließenden Versorgungsvertrag festgelegt werden.

Welche wären das?

Das sind zum einen natürlich vor allem qualitative, zum anderen aber auch quantitative Kriterien. Das umfasst beispielsweise die Qualifikation einer psychosomatischen Grundversorgung oder auch den Bereich der Fortbildung.

In der HZV kann man also nicht z.B. zwei Jahre lang nur Fußpilzveranstaltungen besuchen, um sich damit 250 Fortbildungspunkte zu sichern?

Genau das geht eben nicht. Aber so etwas von überhaupt nicht. Hausarztspezifische Fortbildungen sind für uns hier ein ganz entscheidender Aspekt, um die hohe Qualität sicherzustellen. Der Begriff

„hausarztspezifisch“ ist dabei eminent wichtig, denn diese Fortbildung bringt jedem teilnehmenden Arzt etwas ganz Konkretes für seine Praxis.

Wobei der Arzt damit auch für seine Patienten aus dem Kollektivvertragssystem weiterbildet.

Der Fortschritt in der Fortbildung kommt allen Patienten zugute. Das ist auch gut so. Der HZV-Arzt hat eben keine Schere im Kopf, und behandelt seine Patienten, die nicht in der HZV eingeschrieben sind bewusst anders als seine HZV-Patienten.

Bestrafen derartige, wenn auch positive Abstrahleffekte nicht den Innovator?

So ist das Leben. Letztlich gewinnt hier aber der Patient. Ich habe auch bei keinem unserer Vertragspartner auf der Kassenseite erlebt, dass es irgendwelche Verelendungswünsche für die Versicherten der Konkurrenz gegeben hätte. Wenn alle Patienten profitieren, dann ist das zunächst einmal eine durchweg positive Sache.

Eine ressourcenschonende Versorgung muss sich auch mit den Themen Delegation und Substitution beschäftigen. Wie stehen Sie dazu?

Das ist eine Gespensterdiskussion, die vor allem von Funktionären, aber gewiss nicht von Praktikern geführt wird. Aus meiner ganz praktischen 25-jährigen Praxiserfahrung kann ich Ihnen versichern, dass es immer Mitarbeiterinnen gibt, die eine hohe Qualifikation haben und die man alleine zum Patienten vor Ort losschicken kann. Mit dem VERAH-Konzept haben wir dies in geregelte Bahnen geführt. Davon profitieren Patienten und Ärzte enorm. Letztlich muss es jedoch immer jemanden geben, der die Gesamtverantwortung trägt. Und es muss ebenso immer jemand die Supervision übernehmen und dafür ausgebildet sein, bestimmte Gefahrenpunkte frühzeitig zu erkennen. Das ist bei uns nun einmal der Arzt.

Es gilt also auch bei Ihnen das Mantra, die Oberverantwortung muss beim Arzt bleiben.

Die letzte Verantwortung hat der Arzt und sie bleibt beim Arzt. Das ist kein Mantra, sondern eine ganz hohe Verantwortung.

Die Versorgungsforschung müsste doch eigentlich vehement für das Primärarztsystem eintreten, weil man nur hier wirklich evaluieren kann, wie die Versorgung tatsächlich läuft.

Das stimmt. Der Patient tritt im Kollektivvertragssystem nie als Person in Erscheinung. Dort ist er nur ein Fall: Einer beim Orthopäden, einer im Krankenhaus usw. Dass es sich dabei um ein und denselben Patienten handelt, kann das Kollektivvertragssystem bisher nicht sauber zusammenführen.

Die Krankenkassen könnten das sehr wohl lösen, wenn sie es denn dürften. Doch damit sind wir bei den großen Problemen der Sektorengrenzen.

Eines der wesentlichen Probleme des deutschen Gesundheitssystems sind in der Tat die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Doch bisher sind leider alle Versuche, die Mauern dazwischen etwas niedriger zu machen, damit beantwortet worden, dass man auf die Mauer noch eine Rolle Stacheldraht legt oder sie noch höher macht.

Ist die hausarztzentrierte Versorgung nicht so etwas wie eine Brücke über solche Grenzmauern?



Doch, absolut! Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass die HZV ein Einschreibesystem ist. In dem Moment, in dem sich ein Patient bei einem Hausarzt einschreibt und damit ausdrücklich bestätigt, dass dieser seine Gesundheitsinformationen zusammen zu führen und dessen Weg durch die Versorgung zu steuern hat, überträgt er ihm Verantwortung. Da zählt die Ausrede eines schlechten Entlassmanagements oder fehlenden Arztbriefs nicht mehr. Alleine schon deswegen ist das Einschreibesystem sinnvoll.

Führt es auch zu einer Art Kulturänderung?

Das kann durchaus sein. Wir sind derzeit unter anderem mit zwei zentralen Herausforderungen konfrontiert:. Das eine sind die starren Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Das andere ist die Tatsache, dass wir ein relativ amorphes ambulantes Versorgungssystem haben, das nur eine Pseudosteuerung über irgendwelche EBM-Ziffern zulässt. Nun spüren wir immer mehr, dass wir damit an Grenzen stoßen. Wir behaupten zwar immer noch, wir hätten die beste Versorgungsqualität, die Realität zeigt aber zunehmend, dass das immer weiter in Frage gestellt werden muss. Wir behaupten immer, die Leute kämen wegen der hervorragenden Versorgungsqualität wieder nach Hause, wenn sie im Ausland krank werden, doch das ist meist nur darin begründet, dass eben nicht jeder ausländische Arzt deutsch spricht, sondern wohl eher türkisch, spanisch oder italienisch.

Die Sprachbarriere war und ist sicher ein wichtiger Grund, im Krankheitsfall nach Hause zu kommen. Kommen wir aber nicht vor allem auch wegen der guten Versorgungsqualität in Deutschland nach dem Urlaub gern nach Hause?

Das behaupten wir zwar immer, die Frage der Versorgungsqualität wird aber immer drängender. Um eine hohe Qualität sicherzustellen braucht man ein gut ausgebildetes System an Hausärzten in Verbindung mit hervorragenden Spezialisten. Um es mal deutlich auszudrücken: Der Rheumatologe hat sich nicht qualifiziert fortgebildet, um Oma Meiers Kleinzeharthrose zu behandeln. Der Rheumatologe braucht seine Zeit und seine Zuwendung eher für jene Patienten, die rheumatische Erkrankungen haben. Das verbessert die Versorgungsqualität wirklich. Darum haben wir zum Beispiel mit den Rheumatologen sehr schnell einen entsprechenden Vertrag schliessen können.

In dem steht was?

Es geht dabei vor allem um die Steuerung der Behandlungsabläufe gemeinsam mit den Patienten. Die Hausärzte sind im Primärarztsy-

stem diejenigen, die den Überblick haben und bei Bedarf die Patienten an einen Spezialisten überweisen. Was so trivial klingt, beginnt schon bei einer intensiveren und sachgerechteren Kommunikation zwischen den Ärzten.

Wie das?

Denken Sie nur mal an den Überweisungsschein im kassenärztlichen Kollektivvertrag vor, auf dem beidseitig nur etwa fünf bis zehn Prozent Platz für medizinische Informationen vorhanden sind, während der große Rest der Administration samt Gebührenordnung und Codes dient.

Ist dieser Überweisungsschein das einzige Kommunikationsmittel?

Im Kollektivvertrag so ziemlich. Leider. Alleine das zeigt schon, dass wir, wenn wir unsere Patienten gemeinsam medizinisch besser versorgen wollen, mit den Kassen und mit Fachärzten wieder mehr ins Gespräch kommen müssen und die Kommunikation fundamental verbessern. Auf manchen Ebenen funktioniert das schon sehr gut. So haben wir beispielsweise mit den Diabetologen - und zwar mit stationär wie ambulant tätigen - vereinbart, wie wir auf vernünftige Weise kommunizieren und die Versorgung verbessern können.

„Wir verkennen im Moment, dass es sich bei der Telematikinfrastruktur vor allem um eine nationale Aufgabe handelt."

Spricht das nicht auch für die elektronische Patientenakte?

Absolut! Da muss ich aber leider sagen: Ich war während meiner Zeit bei der KBV zweieinhalb Jahre im Verwaltungsrat der gematik. Seitdem bin ich der festen Überzeugung, dass aus diesem Gremium so schnell nichts herauskommt, was nachher in eine elektronische Patientenakte münden könnte, so sinnvoll dies auch ohne Zweifel wäre.

Warum ist das so?

Wir verkennen im Moment, dass es sich bei der Telematikinfrastruktur vor allem um eine nationale Aufgabe handelt. Darum müssen die Grundregeln dieser IT-Infrastruktur jetzt festgelegt werden. Und dazu gehört zuvorderst eine ganz wichtige Frage: Wer darf direkt mit einander reden?

Wie das?

Natürlich ist es sinnvoll, wenn wir uns Gedanken über Arzneimittelsicherheitstools, Medikationspläne und Arztbriefe machen. Doch die drängendste Frage der IT-Infrastruktur ist eine gemeinsame Kommunikationsbasis. Wir müssen dahin kommen, dass beispielsweise eine VERAH auf einem Hausbesuch über die IT-Infrastruktur direkt mit der Pflegerin kommunizieren kann, die für diesen Patienten zuständig ist – ohne sich lange vor Ort verabreden zu müssen oder zu telefonieren, was nur viel Zeit kostet. Hierzu brauchen wir eine einheitliche Telematikinfrastruktur, damit auch die verschiedenen Versorgungsbereiche miteinander kommunizieren können.

Was auch die Sektorengrenzen etwas niedriger machen würde.

Genau das sehen viele als Gefahr. Das ist einer der Gründe, warum die gematik nicht funktioniert.

Das ist auch eine ganz andere Dimension als jene, die gemeinhin diskutiert wird und die sich damit aufhält, die möglichen Produkte zu definieren, die einmal auf der IT-Infrastruktur laufen werden.

Das reicht mir aber nicht. Ich möchte, dass sozusagen die Schienenweite festgelegt und definiert wird, ob wir nun Rechts- oder Linksverkehr haben. Ansonsten haben wir – bildlich gesprochen – irgendwann Rechtsverkehr für Autos- und Linksverkehr für Lastwagen. So etwas geht nicht gut.

Genauso wenig wie proprietäre Lösungen zukunftsfähig sind.

Exakt. Proprietäre Lösungen sind immer endlich. Falls die KBV mit ihrem KV-Safenet meint, alles in den Griff zu bekommen, irrt sie sich gewaltig. Selbst wenn sie irgendwann den vertragsärztlichen Bereich durchdringt, würden sich die Krankenhäuser mit Sicherheit nicht dem KV-Safenet anschließen.

Warum ist die Selbstverwaltung nicht in der Lage, das ordentlich hinzubekommen? Weil die Egoismen der Sektoren zu groß sind?

Das wäre durchaus eine Bewertung, die man teilen kann. Dabei stoßen hier nicht einmal nur subjektive, sondern ganz objektive Interessen aufeinander. Die DKG möchte die Daten im Krankenhaus haben. Die KBV möchte die Daten in der der KBV behalten, die Apotheker ihre bei der ABDA. Und die Zahnärzte haben wieder ein ganz eigenes Modell. Die Kassen wiederum wollen sowieso alles, aber nichts oder möglichst wenig bezahlen. Insofern war das eben verabschiedete E-Health-Gesetz mehr als notwendig.

Auch in Hinblick auf andere Länder?

Sicher. Nehmen Sie nur mal das Beispiel Estland, das als kleines Land in der schönen Lage ist, auf vernünftigere und bürokratieärmere Strukturen aufbauen zu können. Dort läuft bereits eine IT-Infrastruktur, über die deren gesamtes Gesundheitswesen gesteuert wird. Ebenso in Dänemark, wo jeder Däne mit 15 Jahren eine Codenummer ähnlich unserer Steuernummer bekommt und damit Zugang zu seiner Patientenakte hat. Warum funktioniert es dort, nur bei uns nicht?

Das ist eigentlich das Stichwort der Interoperabilität.

Von wegen. Die gibt's bei uns bisher nicht. Darum müssen für die wichtigsten Bereiche Standards festgelegt werden, egal ob das einigen Praxissoftwareherstellern passt oder nicht. Die leben doch häufig nur von Abschottung, weil das ihre Programme unaustauschbar macht, immer frei nach dem Motto: „Vermeide jedwede Interoperabilität, dann hast du deine Kunden sicher."

So etwas geht doch nur, solange die handelnden Akteure Transparenz gar nicht wollen.

Auch dem kann ich zustimmen. Das gilt im Übrigen für ganz verschiedene Bereiche, auch für die Versorgungsforschung um auf dieses Thema zurückzukommen. Bis auf Modellversuche, die nach § 63 SGB V evaluiert werden müssen, gibt es überhaupt keine Evaluationsverpflichtung. All das, was wir gemeinhin als Regelversorgung im kollektivvertraglichen System bezeichnen, ist eine Blackbox. Nehmen wir mal ein böses Beispiel: Solange die IM-Spritzen vergütet wurden, wurden sie in vielen orthopädischen Praxen eingesetzt. Seitdem die IM-Spritzen nicht mehr bezahlt werden, aber dafür Akupunktur, gibt es genauso viele, die jetzt auf Akupunktur setzen.

Wurde denn IM gegen Akupunktur evaluiert?

Wo denken Sie hin? Es gibt keine einzige ernst zu nehmende Evaluation darüber, ob die Einführung der sehr gut bezahlten Akupunktur besser ist oder ob sich irgendetwas in der Versorgung verändert. Doch dieselben, die sich um solche und viele andere Fragestellungen überhaupt nicht scheren, verlangen von uns nahezu jeden Tag, dass



INNOVATION FÜR DAS LEBEN

HOFFNUNG MOTIVIERT UNSERE FORSCHER, DIE GRENZEN MEDIZINISCHER INNOVATIONEN ZU ÜBERWINDEN. JEDEN TAG.

Um Dengue-Fieber, Hypercholesterinämie, Diabetes und atopische Dermatitis zu bekämpfen, entwickeln unsere Forscher aus Erkenntnissen neue Therapien. Bis zum Jahr 2018 ist eine Vielzahl von Markteinführungen geplant. Damit gibt Sanofi vielen Millionen Patienten und Partnern im Gesundheitswesen Hoffnung.

www.sanofi.com

SANOFI

die Hausarztzentrierte Versorgung evaluiert werden müsste.

Und was machen die Kassen?

Ich denke, dass die Frage der Codierung im Zusammenhang mit der Gestaltung des Morbi-RSA wesentlich mehr Motivation für Kassen ist, irgendetwas zu tun, als zum Beispiel die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten. Hier muss man sich wirklich fragen, ob die geltende Balance der Steuerungsimpulse richtig ist.

Da sprechen Sie ein ganz grundsätzliches Problem an.

Ich bekomme ja auch ständig viele Schläge dafür.

Das sind auch Fragestellungen für die Versorgungsforschung.

Kein Wunder, viele klassische Behandlungen und Medikationen sind nicht evaluiert, doch bei den neuen setzt man die Standards immer höher. Nehmen wir wieder mal ein Beispiel, und zwar das der bildgebenden Verfahren.

Ist es denn wirklich sinnvoll, jemanden mit einem akuten Rückenschmerz sofort einem bildgebenden Verfahren auszusetzen?

Häufig sind bildgebende Verfahren nicht unbedingt der beste Weg. Wenn man beispielsweise bei Rückenschmerzen immer die gesamte Palette der bildgebenden Verfahren anwendet, ist es ganz natürlich, dass man früher oder später auf irgendetwas stößt, beispielsweise auf eine Randzacke am fünften Lendenwirbel. Dass es überhaupt keinen Beleg dafür gibt, dass Randzacken an irgendwelchen Wirbeln irgendwelche Beschwerden auslösen, sei einmal dahingestellt. Doch dann kann man den Patienten wenigstens irgendetwas, angeblich „genaues“ sagen. Und das belohnt unser System auch noch.

Und in Ihrem HZV-System?

Da haben wir eine Qualitätssicherung in unser Einschreibesystem integriert. Es ist longitudinal nachvollziehbar, was unsere Ärzte tun.

Wie sieht es denn aktuell mit der bundesweiten Verbreitung der Hausarztzentrierten Versorgung aus?

Es geht gut vorwärts auch wenn wir bundesweit noch nicht so ganz zufrieden mit der Verbreitung sind. Es gibt immer noch ein paar Bundesländer ohne HZV-Vollversorgungsverträge, wie Brandenburg, oder Mecklenburg-Vorpommern. Doch insgesamt haben wir derzeit immerhin 16.700 teilnehmende Hausärzte, die 3,8 Millionen Versicherte betreuen. Dabei sprechen wir von 63 Verträgen, 25 davon sind geschiedst. Doch wenn man die 63 Verträge auseinandernimmt, erkennt man, dass es sich hier eigentlich um rund 600 Einzelverträge handelt, weil jeder Vertrag eben nur pro KV gelten darf.

Vor welchen Schwierigkeiten stehen Sie derzeit?

Wir müssen dringend noch mehr Flächendeckung in die Verträge bekommen. Es wird immer dann besonders schwierig, wenn wir auf eine Praxis treffen, in der nur wenige Patienten bei einer bestimmten Krankenkasse versichert sind, mit der wir einen Vertrag abgeschlossen haben. Dann ist dem Arzt der Rüstaufwand einfach zu hoch.

Sonst haben Sie keine Probleme?

Wir haben natürlich nicht nur Freunde, die uns unterstützen, besonders wenn es um die Bereinigung geht, was aber ein endliches Problem ist. Das wird sich mit der Zeit durch die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und regionalen KVen geben. Ein weiteres Problem ist manchmal die Umsetzung der einzelnen Verträge über die Software. Dazu muss unser hausärztliches Prüfmodul in die jeweilige Praxissoftware implementiert werden, damit die Vertragsinhalte nach modernen Kriterien ablaufen können. Dadurch ist, was aber nur ein willkommener Nebeneffekt ist, Baden-Württemberg als Startland der HZV in Deutschland, wenn nicht in ganz Europa der größte zusammenhängende, über eigene Konnektoren sicher vernetzte Arztbereich. Die Abrechnung unserer Verträge funktioniert in der Regel sehr gut, sie ist für die Ärzte deutlich leichter als im Kollektivvertag. Manche Softwareanbieter weigern sich jedoch dies den Ärzten anzubieten. Das führt natürlich zu Verzögerungen.

Was passiert in den nächsten fünf Jahren?

Ich bin als Prophet total ungeeignet. Wir wollen weiterhin kontinuierlich nach vorne kommen, indem wir unsere Teilnehmerzahlen in einer überschaubaren Periode verdoppeln.

Gibt es dafür Anhaltspunkte?

Es gibt, sagen wir, bestimmte Elemente, die dafür sprechen.

Das Element heißt Bayern?

Richtig, das ist eines der Elemente. Dort scheint die Bremse gelockert worden zu sein, weil die AOK Bayern wieder in einen Vertrag einsteigt. Auch gehen wir davon aus, dass Nordrhein-Westfalen als das bevölkerungsreichste Land Deutschlands mit seinen zwei KV-Regionen nach vorne kommt, nachdem hier das Schiedsverfahren erfolgreich abgeschlossen wurde.

Das mit dem Schiedsen ist so eine Sache.

Schiedsverfahren sind ein durchaus sinnvolles Verfahren, wenn es sonst zu keiner Einigung kommt.

Was müsste sich gesetzlich ändern, damit Sie es leichter hätten?

Die Gesetzeslage ist gar nicht so schlecht, wenn denn alle sie auch beachten würden. Ein Beispiel: Im § 73 SGB V wird sehr wohl in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgungsebene unterschieden. Die Bedarfsplanung verwässert diese klare Trennung durch die Aufteilung der Fachärzte in allerlei Untergruppen. Wenn Sie mich fragen, halte ich das für den falschen Weg.

Weil es der Wirklichkeit widerspricht?

Wir haben nun einmal in Deutschland einen hausärztlichen Bereich, der primärärztlich flächendeckend und vor allem über lange Zeit die Menschen versorgt. Wenn ich noch in der eigenen Praxis arbeiten würde, würde ich jeden Patienten, der wirklich eine Spezialversorgung benötigt, zu den bestmöglichen und bestverfügbaren Spezialisten schicken, die es gibt. Mir wäre es dabei aber völlig egal, ob dieser Facharzt im Krankenhaus, in einer Gemeinschaftspraxis oder in einem MVZ ist. Hauptsache erreichbar und ausreichend spezifiziert für das betreffende Patientenproblem.

Das scheint auf dem Land eher nicht so zu sein.

Das stimmt sicher. Die viel beschworene freie Arztwahl ist ein Recht, das Bewohnern von Großstädten zu Kernarbeitszeiten zusteht; aber gewiss nicht jenen, die auf dem Land wohnen: Dort gibt’s nur noch einen einzigen Arzt, wenn überhaupt.

Bundesgesundheitsminister Gröhe sagte einmal, dass durch die Not in den dünn besetzten Gebieten in manchen Regionen kreative Ideen entstehen würden, so dass nachher Leute in der Stadt fragen

würden, ob sie so etwas nicht auch haben dürften.

Möglich wäre es zumindest. Es gibt ja auch durchaus Fortschritte. Durch die aktuellen gesetzlichen Regelungen ist es uns beispielsweise zugestanden, hausärztliche Versorgungszentren zu gründen, Damit können sich mehrere Hausärzte in einem Versorgungszentrum zusammentun und beispielsweise eine dünn besiedelte Region aus diesem Versorgungszentrum heraus gemeinschaftlich versorgen. Solche Versorgungszentren geben Ärzten die Möglichkeit, in Angestelltenverhältnissen teilzeitig, flexibel und vielleicht auch in einer dünner besiedelten Region zu arbeiten.

Wenn es ihnen da nicht gefällt, gehen sie halt irgendwann wieder.

Genau das ist das Problem. Im hausärztlichen Bereich ist zu berücksichtigen, dass es sogenannte Klebeeffekte gibt: Hausärzte sind nun einmal Beziehungsmediziner. Ärzte werden fast überall gut angenommen, werden wertgeschätzt und bleiben dann auch länger in einer Gegend. Man muss darum immer versuchen, die Vorteile beider Systeme miteinander zu kombinieren.

Für HZV-Patienten soll die Wartezeit grundsätzlich nur 30 Minuten betragen. Warum schaffen das Ihre Ärzte, während es anscheinend bei allen anderen schon ein großer Fortschritt ist, wenn ein Termin online vergeben werden kann.

Ich weiß es nicht. Das ist auch sehr unterschiedlich. Manche Landärzte zum Beispiel vergeben gar keine Termine, das haben sie noch nie gemacht und werden das sicher auch nie tun. Hausärzte sind eben Primärversorger. Wenn ein Patient mit einem akuten Problem kommt, können wir nicht sagen: „Kommen Sie in acht Wochen wieder." Dann muss halt eben etwas mehr und länger gearbeitet werden. Das ist ja auch ein Spezifikum der Selbstständigkeit. Ärzte haben nun mal keinen nine-to-five-Job.

„Ein Generikum wird in der Regel nie das Indikationsspektrum des Originals haben."

Wie verändert Online das Arzt sein?

Online ist natürlich die Zukunft, in den meisten anderen gesellschaftlichen Bereichen längst die Gegenwart. Ich würde mir wünschen, dass wir das zukünftig etwas schneller hinbekommen als sonstige Innovationen im Gesundheitssystem, die ja gerne einmal viele Jahre in Anspruch nehmen. Denn damit könnten wir gerade auch jüngeren Menschen besser helfen. Die wollen sich nicht mehr zum Hausarzt ins Wartezimmer setzen und eine Illustrierte durchblättern, sondern vielleicht nur wissen: Ist das, was ich habe, ernsthaft oder nicht. Und warum sollte ein Arzt seinen Terminkalender nicht online stellen, wenn das heute fast jede Sportstätte und jedes Restaurant kann?

Geht das auch in einem Kollektivsystem?

Eher nicht. Bei eingeschriebenen Patienten in einem Hausarztprogramm aber schon. Dann ist es nämlich keine Fremdbehandlung, sondern die eines eingeschriebenen Patienten, den sein Arzt jederzeit beraten kann. Und wenn der Arzt obendrein eine Pauschalvergütung wie in den HZV-Verträgen bekommt und nicht jedem Patienten jedes Quartal persönlich die Hand geben muss, geht das umso besser. Die Krankenkassen versuchen auch, solche Termin-Portale anzubieten. Das stößt häufig nur auf überschaubares Interesse, weil die Patienten in der Regel die Termine direkt bei ihrem Arzt, den sie kennen und vertrauen, machen wollen.

Damit die Kassen weiterhin innovative Arzneimittel bezahlen können, wurde unter anderem das AMNOG erfunden.

Wobei wir teilweise das Problem haben, dass sich im AMNOG moderne Präparate gegen oft völlig obsolete, aber dafür super billige Altpräparate vergleichen müssen – als wenn beim Diabetes irgendjemand noch Sulfonylharnstoff verschreiben würde. Sorry, das Thema ist verfehlt. Über die AMNOG-Bewertung erfahren Ärzte in den Praxen zudem nur wenig.

Wie sieht die Translation des AMNOG in die ärztliche Praxis aus?

Aus Kassensicht mag es durchaus verständlich sein, möglichst alle Verschreibungen im rabattierten Bereich zu halten, und nur keine teuren Präparate zu verschreiben. Das kann aber nicht die ärztliche und damit die medizinische Sichtweise sein. Ärzte brauchen für eine moderne Therapie einen ausreichenden Korridor, damit Arzneimittel ausgetauscht werden können, wenn Unverträglichkeiten, unerwünschte Nebenwirkungen oder einfach ein Therapieversagen feststellbar sind.

Das leidige Thema Substitution.

Generika sind eben nicht gleich. Es muss nicht einmal sein, dass ein Generikum mit derselben Substanz dasselbe Indikationsspektrum hat. Auch wird ein Generikum in der Regel nie das Indikationsspektrum des Originals haben. Da besteht rechtlich die Gefahr, in die Situation des Off-Label-Uses zu geraten.

Was für den einen passt, muss nicht für den nächsten passen.

Menschen sind unglücklicherweise unterschiedlich. Auch sitzen in den Praxen ganz selten Statistiken, dafür umso häufiger wirkliche Menschen. Und unter denen mag es auch welche geben, die keine grünen Tabletten nehmen, schon aus Prinzip nicht. Auch für diese Menschen muss es die Möglichkeit einer Alternative geben. Dazu brauchen wir einen Verhandlungsspielraum, um einen Therapiekorridor bilden zu können.

Wird der Innovationsfonds denn etwas bewegen können?

Wenn ich mir ansehe, wer im Innovationsbeirat sitzt, würde ich stark annehmen, dass wieder die üblichen Kandidaten am meisten profitieren werden. Auch klingen 1,2 Milliarden Euro über drei Jahre zwar recht viel, aber im Vergleich zum Gesamtbudget des deutschen Gesundheitswesens ist das dann eben doch nicht mehr so viel. Nur mal zum Vergleich: Dänemark hat mit seinen fünf Millionen Einwohnern einen Innovationsfonds von fünf Milliarden Euro. Die scheinen auch etwas richtig gemacht zu haben, indem sie die Krankenhäuser stark reduziert und echte strukturelle Entscheidungen vorgenommen haben.

Ihre Hoffnungen halten sich also eher in Grenzen.

Mit dem Terminus Hoffnung arbeite ich gar nicht, doch meine Erwartungen halten sich zugegebenermaßen in Grenzen. Alleine, weil es sich bei diesem sogenannten Innovationsfonds um ein Verfahren handelt, das über die Selbstverwaltungsorgane abgewickelt wird, die an Schwerfälligkeit kaum zu überbieten sind. Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow, der Ehrenvorsitzende des Deutschen Hausärzteverbandes, würde dazu vielleicht sagen: „Das ist so, als wenn man durch Sauerteig schwimmen will."

Herr Weigeldt, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Herausgeber Prof. Dr. Reinhold Roski, Bearbeitung durch MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.