Der neue BVMG rüttelt am alten System

Kassen und KVen im Visier

Der neu gegründete BVMG ist eine Art Strukturinnovation in der Geschichte der ärztlichen Selbstverwaltung und macht als solcher dem althergebrachten System der Kassenärztlichen Vereinigungen Konkurrenz. Der Verband, vorerst getragen von den drei größten fachübergreifenden Verbänden für niedergelassene Ärzte, MEDI Deutschland, dem Bundesverband der Ärztegenossenschaften Deutschlands sowie dem NAV-Virchow-Bund, will sich ganz speziell als unternehmerisch handelnder Partner für frei verhandelte Selektivverträge positionieren – auch um mehr Qualität im Versorgungsprozess zu erzeugen. Dr. Klaus Bittmann, sowohl Vorsitzender des Vorstandes der Ärztegenossenschaft Schleswig-Holstein als auch Bundesvorsitzender des NAV-Virchow-Bundes, ist sich im Klaren darüber, dass ein solch qualitätsgetriebener Ansatz nur mit einem Mehr an Versorgungsforschung möglich ist, um dem mächtigen Verhandlungspartner Krankenkasse mit Argumenten begegnen zu können.

>> In diesem Zusammenhang fordert der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, der NAV-Virchow-Bund, nun die Kassen auf, sich neuen Anforderungen und Realitäten zu stellen, anstatt das bestehende Schubladen-Denken der letzten 20 Jahre fortzuführen. „Die bloße Verweigerung längst unstrittiger Honorarforderungen der Ärzteschaft führt nicht zum Ziel einer besseren Versorgung, sondern verschlechtert sie weiter“, erklärt der Bundesvorsitzende Dr. Klaus Bittmann. Der rasant fortschreitende Ärztemangel sei eine direkte Folge der Honorarpolitik der Krankenkassen in den vergangenen Jahren.

Der blinde Druck auf die Kostenbremse und das Bemühen alter Klischees von mutmaßlich „üppigen Ärzteverdiensten“ sei dabei ebenso falsch wie nicht Ziel führend, betont Dr. Bittmann. Auch die Fortschreibung alter Fehler, beispielsweise das gigantische flächendeckende Sponsoring von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) mit zweifelhaftem medizinischem Nutzen spreche nicht dafür, dass die Krankenkassen gesundheitspolitisch in der Gegenwart angekommen seien. „Stattdessen haben die Kassen bislang eine differenziertere Versorgung nach den bestehenden Möglichkeiten verhindert und wenig Mut zu einzelvertraglichen Lösungen gefunden“, stellt der Bundesvorsitzende fest.

„Die Krankenkassen betreiben mit ihrer starren Haltung ein gefährliches Spiel mit der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten.“ Es sei inzwischen nachgewiesen, dass ein Drittel der Leistungen im ambulanten Sektor nicht vergütet werden. Wenn nun ein teilweiser Ausgleich in Höhe von rund 4,5 Milliarden Euro hierfür verweigert werde, trügen die Kassen eine direkte Mitschuld an der Verschärfung des Ärztemangels. Selbst die Politik habe bereits mehr Einsicht gezeigt. <<

„Es geht nicht mehr ohne“

Der neu ausgeschriebene Hausarzt-Vertrag der Barmer Ersatzkasse wird der erste Meilenstein sein, an dem sich der neue BVMG messen lassen muss. Dazu will die Kasse – so deren Vorstandsvorsitzender Dr. Johannes Vöcking in einem Interview mit „Monitor Versorgungsforschung“ (siehe MVF 02/08) – ein ganzes Bündel an Qualitätsindikatoren festlegen – kassenseitig, versteht sich. Derlei Indikatoren befürwortet BVMG-Gründer Dr. Klaus Bittmann, hält indes wenig davon, dass diese nur von der Kassenseite definiert werden sollen.

Die zentrale Frage des künftigen Barmer Hausarztvertrags wird sein, wer die Qualitätsindikatoren wie festlegt. Dr. Vöcking sieht dies als Kassenaufgabe.

Wir würden den Anspruch erheben, an Qualitätsfragen partnerschaftlich mit den Kassen arbeiten zu können, wie wir das schon in Form von Qualitätsausschüssen regional getan haben. Im Moment fühlen sich die Kassen zwar noch so stark, dass sie Qualitätsindikatoren selbst festzulegen versuchen, doch es kann dem ganzen System nicht förderlich sein, wenn die Kassen alleine entscheiden, wie sie Versorgung verstehen möchten.

Dazu wäre wohl mehr Versorgungsforschung der Ärzte nötig, um bei qualitativen Versorgungskonzepten besser argumentieren zu können.



Es wird ohne versorgungsbegleitende Forschung nicht mehr gehen. Wenn beispielsweise nach der Kündigung von Sonderverträgen seitens der Kassen in Schleswig-Holstein eine Fortführung der onkologischen Versorgung nicht nur garantiert, sondern auch verbessert werden soll, müssen wir beweisen können, dass unser Versorgungsansatz funktioniert. Das geht ohne Versorgungsforschung nicht. Wir beteiligen uns übrigens auch an einem Forschungsprojekt der FH Flensburg, bei dem in ländlichen Gebieten der Status der Versorgung erhoben und untersucht wird, wie diese sich entwickeln wird. Wir reden immer nur von der demografischen Veränderung, doch wie sie sich auswirkt, wissen wir nicht. Es gibt viel zu tun. <<