

Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung der strukturierten Facharztversorgung in Deutschland

Zusammenfassung, Dezember 2009

Gutachten im Auftrag des Berufsverbandes Niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V. (BNFI)

Prof. Dr. Eberhard Wille, Mannheim, Prof. Dr. Volker Ulrich, Bayreuth

Die fachärztliche Versorgung auf dem Prüfstand

Die historisch gewachsene, abgestufte Facharztversorgung stellt ein wesentliches Strukturmerkmal des deutschen Gesundheitswesens dar. Sie bildet aber kein deutsches Spezifikum, denn niedergelassene Fachärzte gibt es auch in Frankreich, Österreich, der Schweiz und den USA. In den meisten europäischen Ländern befinden sich die Fachärzte allerdings ausschließlich an Krankenhäusern, wo sie überwiegend als Angestellte arbeiten oder auch wie in den Niederlanden als selbständige freiberufliche Ärzte praktizieren können. Bisher liegen noch keine belastbaren internationalen Studien vor, die eine Bewertung erlauben, welche fachärztlichen Strukturen für die angestrebten Versorgungsziele geeigneter erscheinen.

Bei internationalen Vergleichen, die nicht auf die absolute Lebenserwartung und die Gesundheitsquote, sondern auf die relativ valideren Indikatoren Wachstum der Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben pro Kopf abstellen, schneidet das deutsche Gesundheitswesen überdurchschnittlich gut ab. Frankreich, Österreich und die Schweiz, in denen es ebenfalls niedergelassene Fachärzte gibt, nehmen gleichfalls vordere Plätze ein. Da die nationalen Gesundheitsausgaben nur einen begrenzten Einfluss auf die Lebenserwartung ausüben, erlauben diese Ergebnisse zwar noch keine Schlüsse über die relative Effizienz der jeweiligen Gesundheitssysteme, sie weisen jedoch in keiner Weise auf eine vergleichsweise geringe Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen mit niedergelassenen Fachärzten hin. In der gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland wird häufig die Hypothese aufgestellt, dass die so genannte „doppelte Facharztschiene“ ein wichtiger Grund für Ressourcenvergeudung und Unwirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem sei. Empirische Studien und Umfragen dagegen weisen auf die Möglichkeiten und die Bedeutung der internistischen fachärztlichen Versorgung als einen elementaren Baustein einer patientenorientierten wohnortnahen Gesundheitsversorgung hin. Bei ausgewählten

Krankheitsbildern übernimmt der niedergelassene Facharzt schon heute die Rolle eines Primärarztes, zuweilen auch die eines Gatekeepers.

Zukünftige Herausforderungen Demografie und technischer Fortschritt implizieren Verlagerungen in den ambulanten fachärztlichen Bereich

Die absehbare demografische Entwicklung bildet gemeinsam mit den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts die zentrale Ursache von Leistungsverlagerungen zwischen den Sektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. In Verbindung mit dem erfreulichen Befund, dass immer mehr Menschen ein hohes Alter in einem guten gesundheitlichen Zustand erreichen, ermöglicht der medizinische Fortschritt zunehmend die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. Viele medizinische Leistungen, die früher dem stationären Sektor vorbehalten blieben, lassen sich heute dank des medizinisch-technischen Fortschritts ambulant in Facharztpraxen erbringen. Die Problematik, eine wohnortnahe (fach)ärztliche Versorgung auf hohem Niveau nachhaltig sicherzustellen, tritt zukünftig verschärft in strukturschwachen ländlichen Regionen auf. Daher muss eine Tätigkeit in unterversorgten Gebieten in Zukunft besser vergütet werden. Geld allein wird die Verteilungsprobleme jedoch nicht lösen. Die so genannte Feminisierung der Medizin dürfte das Thema Vereinbarkeit von Familie und Beruf in den Vordergrund der Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen rücken. Aus-, Weiter- und Fortbildung werden sich den neuen Gegebenheiten anpassen müssen.

Schnittstelle ambulant-stationär im Mittelpunkt wettbewerblicher Reformmaßnahmen

Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern bisher einen funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich. Dies betrifft u.a. Leistungsdefinitionen, Qualitätssicherungsmaßnahmen, Genehmigungsverfahren sowie Vergütungen einschließlich der Investitionsfinanzierung. Das schließt auch gleiche Wettbewerbsbedingungen für unternehmerisch Selbstständige und Angestellte sowie für niedergelassene Praxen und Krankenhäuser ein. Wesentlich für gleiche Wettbewerbschancen ist die Einheitlichkeit der Finanzierungssysteme. Investitionsmittel der Bundesländer dürfen nicht dazu genutzt werden, Konkurrenzangebote von Krankenhäusern zum Nachteil der niedergelassenen Ärzte zu schaffen, die ihre Investitionen selbst finanzieren müssen.

Der Gesetzgeber hat mit den jüngsten Gesundheitsreformen vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren geschaffen, die aber bisher eher einen Flickenteppich an vertraglichen Möglichkeiten darstellen, der mangels vorliegender Evaluationen noch keine Basis für weitere Lerneffekte bilden kann. Neue Konzepte und Ideen können nicht umgesetzt werden, wenn den Krankenkassen private Verbände als Monopolisten gegenüberstünden, die auf diese Weise ihre Honorarforderungen realisieren wollten. Mit Blick auf die besonderen Versorgungsformen sollten alle Varianten gleiche Chancen besitzen, d.h. es darf keinen gesetzlichen Zwang zum Angebot einer speziellen Variante geben (insb. § 73 b SGB V). So widerspricht die Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, sowohl einem ergebnisoffenen Wettbewerb der verschiedenen Organisationsformen als auch der Integrationsidee einer sektorübergreifenden Versorgung. Diese Monopolstellung der Hausarztverbände sollte wieder suspendiert werden.

Ambulante Arztpraxen kein Kostentreiber - wirtschaftliches Risiko von Praxen häufig nicht hinreichend abgebildet

In Deutschland stiegen seit Beginn der 90er Jahre die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für ambulante Behandlung bzw. Arztpraxen unter den Behandlungsarten bzw. Einrichtungen am schwächsten an. Dieser Befund sowie ein Vergleich mit der Ausgabenentwicklung in der privaten Krankenversicherung (PKV) legen den Schluss nahe, dass sich das Ausgabenwachstum im vertragsärztlichen Bereich mit Hilfe der korporativen Koordination wirksamer begrenzen ließ als in den übrigen Leistungssektoren des Gesundheitswesens.

Bei der aktuellen Diskussion über das Einkommen freiberuflich selbständig tätiger Ärzte wird häufig vernachlässigt, dass sich das ärztliche Einkommen nur sehr approximativ aus vorliegenden Strukturhebungen ermitteln lässt. Ein zentraler Nachteil besteht darin, dass nicht alle relevanten Kostenarten erfasst werden, etwa die Aufwendungen des Arztes selbst, seine Arbeitszeit und andere kalkulatorische Kosten, beispielsweise für die Risikovorsorge. Viele Praxen haben beispielsweise in der Vergangenheit wegen der wirtschaftlich unsicheren Lage kaum investiert. Ein solcher schleichender Substanzverlust bleibt bei dieser Art der Einkunftsermittlung unberücksichtigt, obwohl dies langfristig ein erhebliches wirtschaftliches Risiko für die Praxis birgt.

Honorarreform

Im Januar 2009 erfolgte die Einführung des neuen Honorarsystems. Die Leistungen der Vertragsärzte werden innerhalb der so genannten Regelleistungsvolumen in Euro-Preisen bezahlt, die in großen Teilen für das gesamte Bundesgebiet einheitlich sind. Zudem geht das Morbiditätsrisiko stärker auf die Krankenkassen über. Das politische Ziel, die Honorare der Ärzte in den östlichen Bundesländern an das West-Niveau anzugleichen, wurde zwar erreicht, Qualitätsunterschiede und auch Unterschiede in der Personalintensität bestehen jedoch nach wie vor, ohne dass dies angemessen berücksichtigt wird. Die Einnahmesituation und wirtschaftliche Betroffenheit sind selbst in den ärztlichen Fachgruppen äußerst inhomogen. Die neue Honorarordnung betrifft tendenziell aufgrund der Abstufung der Fallzahlen die großen Landarztpraxen und aufgrund des niedrigen Punktwertes auch die hoch spezialisierten niedergelassenen Fachärzte negativ. Die neuen Regelleistungsvolumina lassen in vielen Fällen keinen Spielraum mehr für ausdifferenzierte individuelle Versorgungsschwerpunkte einzelner Praxen zu. Zukünftig sollte es wieder zu einer stärkeren Flexibilisierung beim Ausgleich regionaler Versorgungsunterschiede kommen.

Zukünftige Organisationsformen

Die Organisationsform der ambulanten Versorgung wird zukünftig von der Einzelpraxis über Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften und Medizinischen Versorgungszentren bis hin zur ambulanten Versorgung am Krankenhaus reichen. Die Rahmenbedingungen müssen so justiert werden, dass eine flächendeckende Versorgung gesichert bleibt und keine Organisationsform übervorteilt oder benachteiligt wird. Letztlich sollten die Patienten Wahlmöglichkeiten besitzen und darüber entscheiden, welche Versorgungsformen sie präferieren.