

KBV-Thesen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens

Viel Wirbel um ein angebliches „Geheimpapier“

Just einen Tag vor der Sitzung des Länderausschusses der KBV verbreitete der NDR in seiner Rundfunksendung „Echo des Tages“ Inhalte eines angeblichen „Geheimpapiers der Kassenärzte“, das unser derzeitiges Gesundheitssystem aus den Angeln heben soll. Alle Macht den Kassenärzten, lautete der Tenor des mit kräftigen Worten aufbereiteten Berichts. Prompt gab es die ersten Kommentare, so vom Vorsitzenden des Marburger Bundes, Dr. med. Frank Ulrich Montgomery.

Montgomery hieß es in dem Beitrag, sprach von einem Konzept, „das nicht von Ärzten, sondern von Kaufleuten stammt“, und zeigte sich erschrocken, „daß hier, ja man muß es wohl sagen, großwahn sinnige Zwerge Ideen in die Welt gesetzt haben, mit denen sie am Ende zu einer Abschaffung des Kassenarztsystems hinkommen werden“.

Solcherlei Kommentare machten die Runde, als Dr. Winfried Schorre mit einem Teil seiner Vorstandskollegen vor die Bonner Presse trat. Zwischenzeitlich hatte der Länderausschuß getagt und die erste Aufregung sich schon wieder ein wenig gelegt. Zumindest hinter den Kulissen. Von einem Geheimpapier, betonte Schorre, könne überhaupt keine Rede sein. Worüber Rundfunk und Presse in diesem Zusammenhang berichtet hätten, sei nichts weiter als ein Arbeitspapier, eine Materialsammlung für eine Grundsatzdiskussion zum Thema „Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“.

Daß dieser erste Entwurf in einigen Teilen durchaus provokativ sei, räumte der KBV-Vorsitzende ohne Umschweife ein. Doch die Lesart verschiedener Kommentatoren wollte Schorre keineswegs widerspruchs-

Lange Zeit war es eher still um den neuen Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Doch dann schickte der Norddeutsche Rundfunk die Nachricht von einem „Geheimpapier der Kassenärzte“ über den Äther. Wütende Kommentare und wilde Spekulationen waren die Folge. Von einem Moment zum anderen stand der KBV-Vorstand um den Kölner Nervenarzt Dr. med. Winfried Schorre im Brennpunkt der Öffentlichkeit.

los hinnehmen. So präsentierten die KBV-Vorstände die wesentlichen Inhalte des Arbeitspapiers, um die Dinge wieder zurechtzurücken und weiteren Spekulationen einen Riegel vorzuschieben.

Warum ein Arbeitsausschuß des KBV-Vorstandes unter der Leitung



des Berliner KV-Vorsitzenden Dr. med. Roderich Nehls Überlegungen zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens anstellt, erläuterte Schorre folgendermaßen: „Die derzeitige Situation, speziell in der ambulanten medizinischen Versorgung hat insbesondere nach Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes so viele Probleme aufgeworfen, daß nach Ansicht der Ärzteschaft grund-

legende Veränderungen des Versorgungssystems erforderlich sind. Diese Einstellung hat sich unter anderem auch durch die Wahl eines neuen Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im März dieses Jahres ausgedrückt, der die Mitarbeit an notwendig erachteten Reformen des Gesundheitswesens auf seine Fahnen geschrieben hat.“

Es müsse also darum gehen, Perspektiven zu erarbeiten, die schließlich zur Antwort der Ärzteschaft auf die dritte Stufe der Gesundheitsreform werden sollen. Ein Konzept 2000, sozusagen.

Schorre betonte aber wiederholt, daß gegenwärtig noch alles in der Diskussion sei. Die Thesen würden sich erst Schritt für Schritt – in Abstimmung mit den zuständigen Gremien – zu einem fertigen Konzept entwickeln.

Wie der Arbeitsausschuß des KBV-Vorstandes bislang vorgegangen ist, welche Ergebnisse gegenwärtig vorliegen und wie es weitergehen soll, erläutert Dr. Roderich Nehls gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt mit seinem nachfolgenden Beitrag. Nehls führt dabei auch die bisher ausgearbeiteten Positionen auf, die wir im Wortlaut veröffentlichen. JM

Langfristige Perspektiven

Der Vorstand der KBV hat einen Ausschuß „Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ eingesetzt, dessen Aufgabe es sein soll, langfristige Zielvorstellungen zu entwickeln und den Gremien entsprechende Positionen zur Beratung vorzulegen. Der Ausschuß sieht seine Aufgabe

darin, zunächst einmal alles, was denkbar ist, sei es selbst visionär oder utopisch, zur Diskussion zu stellen.

Aus der Entwicklung langfristiger Perspektiven sollen sich dann die Notwendigkeiten für das Tagesgeschäft, für kurz- und mittelfristige Entscheidungen herleiten lassen. ▽

Deshalb wurde im Ausschuß ein umfangreiches Beratungspapier entwickelt, das einerseits die Perspektiven der Öffentlichkeit, andererseits die der Ärzteschaft spiegelt, das Status quo und mögliche Szenarien aus diesem entwickelt und das zugleich eine Materialsammlung möglicher Reformkonzepte enthält.

Kernpunkt dieser Materialsammlung für die beschlußfassenden Gremien ist ein Thesenpapier mit derzeit etwa 40 Thesen, Antithesen und Positionen, das nach Art eines Baukastensystems für den Meinungsbildungsprozeß gestaltet ist. Hieraus werden Eckwerte sowie kurz- und mittelfristige Aufträge abgeleitet. Das Ganze soll bis zum Dezember 1993 soweit gereift und innerärztlich

abgeglichen sein, daß eine eindeutige Stellungnahme der Vertragsärzte in die politische Diskussion eingebracht werden kann.

Nach einer ersten Erörterung im Länderausschuß wird ein überarbeitetes Eckwertepapier der Vertreterversammlung am 11. September 1993 vorgestellt. War der Leitantrag in Dresden ein globaler Auftrag, so geht es diesmal darum, detailliertere Weichenstellungen vorzunehmen. Die Aufträge der Vertreterversammlung werden dann in die weitere Arbeit einfließen und die endgültige Form mitbestimmen.

Die folgenden Positionen haben in den bisher beteiligten Gremien Konsens gefunden.

Dr. med. Roderich Nehls

Grundsätze für ein Eckwertepapier

1 Die Kassenärzte werden der Verpflichtung, ihre Patienten umfassend zu betreuen, vorbehaltlos nachkommen, gleich unter welchen sozialpolitischen und rechtlichen Bedingungen.

2 Der Patient wählt sich seinen Arzt ohne jegliche Einschränkung. Der gewählte Arzt trägt die volle Verantwortung für die Behandlung seines Patienten. Diese Letztverantwortung kann nur aufgehoben werden durch die freie Entscheidung des Patienten.

3 Die Kassenärzte erkennen den Wertewandel in der Gesellschaft an. Dazu gehört der Wunsch nach mehr Mitsprache und Mitverantwortung des Patienten ebenso wie die zunehmende Nachfrage nach Hilfe bei der Gesundheitserhaltung und -prävention.

4 Die individuellen Bedürfnisse des Patienten und der Wunsch des Arztes nach befriedigenden Arbeitsbedingungen lassen sich nur in einem System erreichen, das den Beteiligten größtmögliche Freiheiten läßt. Vielfalt ist die beste Voraussetzung für Qualität und Humanität. Der Kern einer sozialen Krankenversicherung, also die Garantie einer Solidargemeinschaft, daß Krankheit nicht zu Not und sozialem Abstieg führen darf, bleibt davon unangetastet.

5 Die Kassenärzte konzentrieren ihre Reformvorstellungen auf die Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung. In welches Gesamtsystem diese Versorgung eingebettet ist, liegt in der Entscheidung der Gesellschaft und der Politik.

6 Der Patient soll schnell und leicht die medizinische Hilfe erreichen können, die er für seine Probleme benötigt. Dazu muß es eine erkennbare und nachvollziehbare Aufgabenteilung in der ambulanten Versorgung und eine möglichst breite Durchlässigkeit zur jetzigen stationären Versorgung geben. Die Kassenärzte werden ihre Praxen auf die regionalen Besonderheiten ausrichten und

die Kooperation untereinander verstärken. In Ballungszentren können große Gemeinschaftseinrichtungen entstehen, in denen der Patient auch bei Problemen, die die Zusammenarbeit mehrerer Fachdisziplinen erfordern, rasch Hilfe finden kann. Auf dem Land kann diese Kooperation durch „Vernetzung“ hergestellt werden. Ambulante Einrichtungen wie Apparatezentren, Notfallpraxen, Operationszentren oder Schwerpunktpraxen für die Betreuung beispielsweise von Schmerz- oder Krebspatienten garantieren eine wohnortnahe Versorgung auch in schweren Fällen.

7 Die strikte Trennung in ambulante und stationäre Versorgung wird aufgehoben. Statt der horizontalen Trennung wird eine vertikale Aufgabenteilung eingeführt: die hausärztliche Betreuung, die fachärztliche Betreuung und die krankpflegerische Betreuung — sowohl zu Hause wie in krankpflegerischen Einrichtungen oder Krankenhäusern.

8 Hausärzte, Fachärzte und Pflegekräfte können sowohl in der ambulanten als auch der stationären Versorgung tätig sein. Dies gibt Patienten wie Arzt die Möglichkeit, sich aus der Vielfalt der ärztlichen Arbeitsformen diejenige herauszusuchen, von der sie glauben, daß sie das Patienten-Problem am besten lösen kann. Die durchgehende ärztliche Betreuung durch ein und denselben Haus- oder Facharzt erlaubt es dem Patienten, soweit wie möglich zu Hause oder in wohnortnahen Einrichtungen der Krankenpflege zu genesen. Er kann sich durchgängig vom Arzt seines Vertrauens behandeln lassen.

9 Unabdingbare Voraussetzung für ein solches System sind gleichartige Versorgungs- und Vergütungsstrukturen sowohl für freiberuflich wie für angestellt tätige Ärzte. Die Kassenärzte bieten den im Krankenhaus tätigen Kollegen an, weit mehr als heute ambulant zu arbeiten, wenn im Gegenzug die Durchlässigkeit des sta-

tionären Systems und der entsprechenden Budgets garantiert ist.

10 Einrichtungen der Krankenpflege unterscheiden sich von den heutigen Kliniken durch die Konzentration auf die Betreuung des immobilen Patienten. Dies kann sich in der Wohnung des Patienten oder in speziellen Einrichtungen abspielen. Der ärztliche Einsatz ist dabei flexibel und hängt vom jeweiligen Fall ab. Fach- und Hausärzte arbeiten also sowohl ambulant wie stationär. Krankenhäuser der herkömmlichen Organisation erledigen nur noch Aufgaben der Intensiv- und Hochleistungsmedizin. Eine solche Struktur ist in der Lage, die Arbeit der heutigen Kliniken der Grundversorgung komplett zu übernehmen, die der Kliniken der Regelversorgung teilweise. Die Schwerpunkt- und Universitätskliniken bleiben von einer Umstrukturierung unberührt.

11 Die Kassenärzte bekennen sich zu Wettbewerb auch untereinander. Vielfalt muß sich auch darin zeigen, daß den Patienten verschiedenartige Lösungsmöglichkeiten geboten werden, nicht nur die der Schulmedizin inklusive der psychosozialen Betreuung, sondern auch „alternativer“ Heilmethoden. Hierfür müssen die Versicherungen entsprechende Voraussetzungen schaffen.

12 Neue Versicherungsformen sollen alternativ erprobt werden. Gemäß der „Managed care“ können die Kassenärzte anbieten, die komplette Versorgung von Versicherten zu garantieren. Dies geht von der ambulanten Betreuung über stationäre Leistungen bis hin zur Verantwortung für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Die Honorierung würde als „Individualbudget“ gezahlt, das heißt als Zahlung eines festen Honorars pro Versicherten, zu dem für eine bestimmte Zeit ein bestimmtes, möglichst umfassendes Leistungspaket mit garantierter Qualität angeboten wird. Diese „Betreuung aus einer Hand“ bietet die Chance, die meisten der heutigen Reibungsverluste im Gesundheitswesen zu vermeiden oder zu mildern. Ein anderes Erprobungsmodell stellen die „Health Maintenance Organizations“ (HMO) dar, die auch eine Versicherungskomponente enthalten. Ziel der Kassenärzte ist es auch in diesem Punkt, eine möglichst große Vielfalt der Systeme zuzulassen.

13 Die Entscheidung zur Einführung eines Systems von „Vertragsleistungen“ der gesetzlichen Krankenkassen und „Mehroleistungen“, für die der Versicherte eigenverantwortlich Vorsorge zu treffen hätte, obliegt allein der Politik. Die Kassenärzte bieten an, entsprechende Vorschläge gutachterlich darauf zu überprüfen, daß die „Vertragsleistungen“ weiterhin eine bedarfsgerechte Betreuung kranker Menschen zulassen. Sie gehen davon aus, daß dieses System nur in die Zukunft entwickelt werden kann, das heißt, daß der überwiegende Teil der jetzigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung „Vertragsleistungen“ bleibt.

14 Innerhalb der Kassenärzteschaft soll der genossenschaftliche Gedanke gestärkt werden. Verstärkte Kooperation, Hilfe in organisatorischen und wirtschaftlichen Belangen und vieles mehr sollen die Gewähr dafür bieten, auch in Zukunft eine effiziente Betreuung der Patienten im ambulanten Bereich sicherstellen und dieses System ausbauen zu können. □