

## **Bundestagswahl 2017**

**Gesundheitspolitik muss klare Signale setzen:  
Vorfahrt für mehr Versorgungswettbewerb  
- durch echte Alternativen zur Regelversorgung**

Gemeinsame Forderungen von:

AOK Baden-Württemberg, Hausärzteverband Baden-Württemberg  
und MEDI Baden-Württemberg

*20. Juni 2017*

## Stillstand ist Rückschritt

Der Versorgungswettbewerb tritt auf der Stelle. Die Bundesregierung hat sich im Koalitionsvertrag von 2013 ausdrücklich zur Wettbewerbsstärkung durch Selektivverträge bekannt. Dazu sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen für die integrierten und selektiven Versorgungsformen angeglichen und bestehende Hemmnisse bei der Umsetzung beseitigt werden. Als eine der wichtigen Maßnahmen wurde im April 2014 die Abschaffung der Refinanzierungsklausel (§ 73b Abs. 5a SGB V) zur Stärkung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) beschlossen. Doch die Ausweitung der HZV und der Facharztverträge kommt immer noch nur langsam voran. Nach Einschätzung des Deutschen Hausärzteverbandes und von MEDI Geno Deutschland liegt die schleppende Umsetzung außerhalb Baden-Württembergs daran, dass nach wie vor einige Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Anbieter von Arzt-Informationssystemen (AIS-Systemen) bei der Umsetzung bremsen.

## Echte Alternativen gefragt

Auch die Monopolkommission beklagt in ihrem Sondergutachten vom März 2017 wettbewerbliche Defizite, die die Effizienz der Krankenversicherung vermindern und zu unnötigen Kosten für die Beitragszahler führen. Danach hätten sich Selektivverträge bundesweit noch nicht durchsetzen können, weil Voraussetzung für deren Gelingen sei, dass sich die Vertragspartner gegenüber dem Kollektivvertrag besserstellten.

Die Vertragsrealität – mit Ausnahme der HZV – zeigt, dass Selektivverträge fast ausschließlich als punktuelle Ergänzung der Regelversorgung und nicht als Vollversorgungsverträge nach dem Vorbild Baden-Württembergs konzipiert sind. Wenn neue Anreizsysteme wie der Innovationsfonds diese Grundausrichtung tendenziell noch verstärken, besteht die große Gefahr, dass die bestehenden GKV-Monopolstrukturen im Endeffekt nochmals verfestigt werden. Die Entstehung eines echten Versorgungswettbewerbs – wie in anderen Branchen längst geschehen – ist aber nur durch echte Alternativen von außen möglich.

## Bessere Versorgung – bei niedrigeren Kosten

Den diesbezüglich einzigen Vergleich zur Kollektivversorgung erlaubt der 2008 gestartete AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg mit mittlerweile fast 1,5 Millionen teilnehmenden Versicherten: Die HZV verbessert die Versorgung der Patientinnen und Patienten und steigert die Effizienz – auf diese Kurzformel lassen sich die Ergebnisse nach neun Jahren bringen. Die 2016 veröffentlichten wissenschaftlichen Vergleichsdaten zeigen unter anderem, dass den Versicherten durch die in der HZV strukturierten Versorgung in drei Jahren über 1.700 schwerwiegende Komplikationen wie Amputationen, Erblindungen oder Schlaganfälle im Vergleich zur Kontrollgruppe erspart blieben. Die verantwortlichen Versorgungsforscher führen die Vorteile auf die intensivere und besser koordinierte Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten durch die Hausärzte zurück.

Die bessere Versorgung wird dabei auf effizienterem Niveau erreicht: So lagen 2015 die Investitionen der AOK Baden-Württemberg in die HZV und die damit verknüpften Facharztverträge bereits bei 530 Millionen Euro – 35 Millionen Euro weniger als in der Regelversorgung angefallen wären. Nach hohen Anfangsinvestitionen, vor allem in den Aufbau der IT-Strukturen und in die zusätzliche Arzthonorierung, wird der Return on Investment seit 2013, im sechsten Jahr nach Vertragsstart, erreicht.

## Hausarzt- und Facharztverträge eng verknüpft

Die HZV in Baden-Württemberg orientiert sich am Zukunftskonzept einer umfassenden, populationsorientierten Betrachtungsweise anstelle des traditionellen anbieter- und sektororientierten Systems. Die Umsetzung wurde deshalb von Beginn an erstmals in Deutschland gemäß der im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 sinnvoll verankerten alternativen Versorgungskette (§ 73b und § 73c SGB V) angelegt und seit 2010 systematisch und flächendeckend um Facharztverträge erweitert. Für mittlerweile 4.000 Haus- sowie Kinder- und Jugendärzte und über 1.700 Fachärzte und Psychotherapeuten bieten diese Verträge verlässlich bessere Arbeitsbedingungen mit Planungssicherheit dank fester Preise und schlanker Bürokratie. Und sie eröffnen neue berufliche Perspektiven für die teil-

nehmenden Ärzte, die medizinischen Fachangestellten und den dringend benötigten Ärztenachwuchs. Diese alternative Regelversorgung offenbart noch einen weiteren entscheidenden Vorteil: die Erweiterungsoption einer sektorenübergreifenden Versorgung insbesondere durch die selektivvertragliche Verknüpfung mit ausgewählten Kliniken.

## **Gesundheitspolitik muss neue Zeichen setzen**

Es liegt auf der Hand: Bei den Selektivverträgen besteht nach wie vor erheblicher politischer Handlungsbedarf. Basierend auf ihren Erfahrungen und den wissenschaftlichen Erkenntnissen fordern die Vertragspartner aus Baden-Württemberg von der neuen Bundesregierung einen deutlichen Entwicklungsschub hin zur Vorfahrt für Selektivverträge. Es bedarf des klaren politischen Willens, umfassende alternative Versorgungsstrukturen mit Priorität zu unterstützen sowie einer Erweiterung der Gestaltungsräume für weitere sektorenübergreifende Verträge – insbesondere an der Schnittstelle zum Klinikbereich. Außerdem bedarf es der Unterbindung nach wie vor bestehender Umsetzungsblockaden der Hausarztverträge und Facharztverträge einzelner KVen und AIS-Anbieter in der Bundesrepublik.

## Sechs Forderungen an die neue Bundesregierung:

### 1. Hausarztverträge müssen Krankenkassenpflicht bleiben

Seit vielen Jahren fordert die Politik das Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung für alle Versicherten. Auf Grund der zögerlichen Umsetzung durch viele Krankenkassen war 2008 die Einführung einer Kassenpflicht für die HZV eine richtige, politische Entscheidung und ein klares Signal. Konnte das Bekenntnis auch als „Starthilfe“ zur Ankurbelung des vom Gesetzgeber gewünschten Qualitätswettbewerbs dienen und weitere klare Signale in puncto Stärkung der Rolle des Hausarztes als Rückgrat der medizinischen Versorgung setzen? In Deutschland sind aktuell rund 4,35 Millionen Versicherte in Vollversorgungs-Hausarztverträgen eingeschrieben. Von diesen entfallen knapp 35 Prozent auf den AOK-Hausarztvertrag in Baden-Württemberg. In den letzten vier Jahren sind deutschlandweit ca. 1,1 Millionen hinzugekommen. Ein Grund für diese vergleichsweise schleppende Entwicklung im Bundesgebiet liegt darin, dass viele Versicherte das HZV-Angebot ihrer Krankenkasse immer noch nicht kennen. Dies bestätigt eine aktuelle repräsentative Bevölkerungsumfrage des Institutes für Marktforschung und Politik- und Sozialforschung Kantar TNS (ehemals TNS-Emnid) im Auftrag der Vertragspartner unter 1.000 Bundesbürgern im Alter ab 18 Jahre.

Danach halten zwar 9 von 10 befragten Bürgern über alle Krankenkassen hinweg ein solches Angebot für durchaus sinnvoll. Aber nicht einmal die Hälfte (rund 43 Prozent) kennt das Angebot ihrer Krankenkasse. Diesbezüglich gibt es jedoch je nach Krankenkassenzugehörigkeit deutliche Unterschiede zwischen den Befragten. Das unterstreicht, dass einzelne Krankenkassen ihrer gesetzlichen Pflicht zum Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung nach wie vor allenfalls halbherzig nachkommen.

**Das Recht der Versicherten auf eine HZV muss durch den Fortbestand der Kassenpflicht zum Angebot von Hausarztverträgen gesichert bleiben.**

## **2. Blockaden von Hausarztverträgen und Facharztverträgen durch einzelne KVen und AIS-Anbieter müssen unterbunden werden**

Um auch in Zukunft allen Bürgerinnen und Bürgern eine qualitätsgesicherte hausärztliche und fachärztliche Versorgung zugänglich zu machen, müssen die in den letzten Jahren begonnenen Maßnahmen zur Stärkung der Allgemeinmedizin und damit der hausärztlichen Versorgung, aber auch der ambulanten fachärztlichen Versorgung konsequent weiterentwickelt werden. Nur bei attraktiven Arbeitsbedingungen auf der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsebene, einschließlich der Möglichkeit der Teilnahme an der HZV und Facharztverträgen, werden die entsprechenden Maßnahmen in Aus- und Weiterbildung die gewünschten Wirkungen entfalten können. Die Erfahrungen bei der Umsetzung der gesetzlichen Pflicht zum Angebot der HZV und dem freiwilligen Abschluss von Facharztverträgen haben gezeigt, dass einige KVen und einige Anbieter von AIS außerhalb Baden-Württembergs die flächendeckende Umsetzung der Selektivverträge verzögern oder ganz blockieren.

Erstere, indem sie das notwendige Bereinigungsverfahren nicht im Sinne des Gesetzgebers, sondern auf Arztelebene zulasten der HZV-Teilnehmer durchführen. Letztere, indem sie die notwendige Vertragssoftware gar nicht oder nicht diskriminierungsfrei anbieten.

**Der Gesetzgeber muss diese Blockaden zulasten der an den Hausarzt- und Facharztverträgen teilnehmenden Ärzte und der Versicherten konsequent unterbinden.**

## **3. Delegation von Leistungen und Aufbau von Teamstrukturen unter ärztlicher Leitung müssen weiter unterstützt werden**

Mit den Haus- und Facharztverträgen wurde vor allem für chronisch kranke und ältere Patienten eine verbindliche, gut koordinierte Versorgung durch qualifizierte Hausärzte und Fachärzte geschaffen. Zur effizienten Wahrnehmung dieser Aufgaben bedarf es vermehrt patientennaher Teamstrukturen unter Leitung der verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte. Auf

der Basis unserer Selektivverträge sind seit 2008 „Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis“ (VERAH®) und seit 2012 „Entlastungsassistentinnen in der Facharztpraxis“ (EFA®) erfolgreich im Einsatz. Das führt nachweislich zu einer deutlichen Entlastung der Ärzte, beispielsweise durch Delegation von Routineleistungen, die im Rahmen unserer Verträge speziell gefördert werden. Dieses, auch auf die Qualifikation der bestehenden Haus- und Facharztpraxen setzendes, Vorgehen stärkt Koordination und Verantwortlichkeit in der Versorgung und stellt damit auch einen erfolgreichen Gegenentwurf zu weiteren unkoordinierten Subspezialisierungen im ambulanten Bereich dar, wie zum Beispiel aktuell im Bereich Geriatrie diskutiert wird.

**Die Vertragspartner fordern den Gesetzgeber auf, Delegation und Teamstrukturen unter ärztlicher Leitung zu unterstützen, um damit die Koordinationsfunktion des Arztes zu stärken und die Versorgungsqualität zu sichern.**

#### 4. Facharztverträge sollen Pflicht für Krankenkassen werden

Die Sicherstellung einer guten und wohnortnahmen Versorgung durch qualifizierte und motivierte Haus- und Fachärzte ist für alle Bürgerinnen und Bürger äußerst relevant: 96 Prozent der Befragten über 18 Jahre halten dies für wichtig oder sehr wichtig, wie die aktuelle Umfrage von Kantar TNS belegt. Für Versicherte mit zusätzlicher Teilnahme an den Facharztverträgen (§ 73c SGB V a.F.) verstärken sich die gezeigten HZV-Vorteile gegenüber der Regelversorgung nochmals deutlich. So belegt die wissenschaftliche HZV-Evaluation von 2016 bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Herzkrankheiten signifikant weniger unnötige und belastende Krankenhauseinweisungen. Gerade dieses strukturiertere Zusammenspiel im ambulanten Sektor erweist sich im Hinblick auf die Alterung unserer Gesellschaft und der damit einhergehenden Zunahme der Zahl chronisch erkrankter und multimorbider Patientinnen und Patienten als zunehmend wichtig. In der KV-Regelversorgung sind die dafür notwendigen verbindlichen Schnittstellen zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene struktur- und systembedingt nicht realisierbar. Dazu zählen unter

anderem definierte Behandlungspfade mit gegenseitigen Berichtspflichten und ein harmonisiertes Vorgehen bei Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln oder Krankenhaus-einweisungen. Seit 2004 hat die Politik für die Krankenkassen zuerst über § 73c SGB V (a.F.) und dann über § 140a SGB V die Möglichkeit geschaffen, auch Verträge zur besonderen fachärztlichen Versorgung abzuschließen. Bis auf wenige Ausnahmen wird diese Option für nachhaltige Versorgungsverbesserungen aber weiterhin nicht genutzt.

**Der Gesetzgeber muss Facharztverträge nach § 140a SGB V für Krankenkassen verpflichtend machen oder zumindest eine Bonifizierung für diejenigen Krankenkassen vorsehen, die Verträge freiwillig abschließen.**

## 5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag

Mit den zwingend vorgeschriebenen ambulanten Kollektivverträgen zwischen Kassenverbänden und ärztlichen Vertretern wird einer zentralistischen Einheitsversorgung zunehmend Vorschub geleistet. Denn die zwangsweise gemeinsame und einheitliche Vertragsgestaltung in der KV-Regelversorgung erschwert die Berücksichtigung spezifischer Versorgungsanliegen einzelner Krankenkassen, zum Beispiel aufgrund ihrer besonderen Versichertenstruktur. Sie wirkt außerdem kontraproduktiv zu den Hausarzt- und Facharztverträgen, insbesondere dann, wenn einzelne Leistungen im KV-System bewusst attraktiver vergütet werden. Um auch in der Kollektivversorgung gewisse wettbewerbliche Handlungsspielräume für Krankenkassen zu ermöglichen, haben sich kassenspezifische und dezentrale Regelungen seit jeher als die bessere Option erwiesen – so zum Beispiel im vertragszahnärztlichen Bereich.

**Die ärztlichen Vergütungsverträge müssen daher wieder auf Ebene der Krankenkassen bzw. deren Verbände einzeln mit den KVen vereinbart werden können.**

## 6. Mehr Freiräume für Selektivverträge – insbesondere im Klinikbereich

Mit den zwanghaften Kollektivverträgen insbesondere zwischen Krankenkassenverbänden und Kliniken und in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung kann es einen echten Versorgungswettbewerb nicht geben. Der derzeitige ordnungspolitische Rahmen ist nicht darauf ausgelegt, eine sektorenübergreifende und wettbewerbliche Qualitätsversorgung auf Basis von Selektivverträgen zu ermöglichen. Damit zukünftig keine Einheitslösungen mehr auf kleinem gemeinsamen Nenner entstehen, ist dieser Ordnungsrahmen auch im Klinikbereich konsequent auf einen funktionalen Versorgungswettbewerb auszurichten, der die selektivvertraglichen Spielräume für Krankenkassen und Krankenhäuser deutlich erweitert. Die aktuelle Marktforschungsuntersuchung unterstreicht die Bedeutung dieser Forderung: Danach wären 50 Prozent der Befragten bereit, die Krankenkasse zu wechseln, wenn diese mit besonders qualitätsorientierten Ärzten und Krankenhäusern zusammenarbeitet. In der Folge können Versorgungsketten für Patientinnen und Patienten entstehen, die die Zusammenarbeit aller Beteiligten auf einer neuen qualitätsgetriebenen Ebene ermöglichen.

**Es bedarf erweiterter Optionen für Selektivverträge: zum einen durch die Lockerung des Kontrahierungszwangs mit Krankenhäusern und zum anderen durch die Schaffung spezifischer selektivvertraglicher Zulassungsmöglichkeiten.**

### **Die sechs Forderungen im Überblick:**

- 1. Hausarztverträge müssen Krankenkassenpflicht bleiben**
- 2. Blockaden von Hausarztverträgen und Facharztverträgen durch einzelne KVen und AIS-Anbieter müssen unterbunden werden**
- 3. Delegation von Leistungen und Aufbau von Teamstrukturen unter ärztlicher Leitung müssen weiter unterstützt werden**
- 4. Facharztverträge sollen Pflicht für Krankenkassen werden**
- 5. Keine gemeinsamen und einheitlichen Vergütungsverträge im Kollektivvertrag**
- 6. Mehr Freiräume für Selektivverträge – insbesondere im Klinikbereich**

### **Kontakt (Pressestellen):**

AOK Baden-Württemberg – Telefon: 0711 2593-229

MEDI Baden-Württemberg – Telefon: 0711 806079-223

Hausärzteverband Baden-Württemberg – Telefon: 0172 201 0390