



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Pressekonferenz am 20. August 2008

**Vorstellung der
2. KBV-Versichertenbefragung**

Statement von Dr. Carl-Heinz Müller

Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

was die KVen und die KBV für die Versicherten leisten, ist viel zu wenig bekannt. Wir sind es, die für die flächendeckende Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zuständig sind. Wir sind es, die für ein hohes Qualitätsniveau sorgen. Wir sind es, die über den Kollektivvertrag eine gute und einheitliche ärztliche und psychotherapeutische ambulante Versorgung aller gesetzlich Versicherten ermöglichen. Wir sind es, die die freie Arztwahl gewährleisten. Das alles ist mit der Gesundheitsreform in Frage gestellt. Wenn nämlich selektive Verträge wie die für die hausarztzentrierte Versorgung kassenspezifisch abgeschlossen und die Gesamtvergütungen bereinigt werden, zersplittert die heute immer noch relativ einheitliche ambulante Versorgung in viele unterschiedliche Versorgungsinself. Versicherte, die an solchen Verträgen teilnehmen, können nicht mehr jeden Arzt aufsuchen. Die Vertragsinhalte sind zwar ähnlich, aber nicht identisch. Vor allem im Bereich der veranlassten Leistungen, insbesondere der Verordnung von Medikamenten, wird es immer deutlichere Unterschiede geben.

Bisher sind deren Auswirkungen in der täglichen Versorgung kaum spürbar. Denn die hausarztzentrierte Versorgung der ersten Generation wurde überwiegend mit den KVen abgeschlossen. Selbst Verträge, die nicht unter Einbeziehung der KVen abgeschlossen wurden, unterlagen nicht der Bereinigung. Diese Verträge waren als sogenannte add-on-Verträge konzipiert: teilnehmende Ärzte bekamen für die Koordination der Behandlung zusätzliche Vergütungen von den Krankenkassen. Die medizinische Behandlung selbst wurde aber nach wie vor nach den Regeln des EBM innerhalb des Kollektivvertrags mit den KVen abgerechnet. Der Kollektivvertrag wurde dadurch nicht beeinträchtigt.

Das alles ändert sich jetzt schlagartig. Der Vertrag der AOK-Baden-Württemberg mit dem dortigen Hausärzteverband und Medi läuft außerhalb der Regelversorgung; fast alle Leistungen werden bereinigt. Ausgenommen sind nur die Leistungen, die in einem selektiven Vertrag nicht funktionieren würden: der Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechstundenzeiten und der Fremdkassenzahlungsausgleich, der die Inanspruchnahme von Behandlungen auf Chipkarte überall in Deutschland ermöglicht. Weitere Verträge nach diesem Muster werden voraussichtlich folgen.

Damit besteht die sehr reale Gefahr, dass der Kollektivvertrag langsam ausgehöhlt wird und dauerhaft nicht mehr funktionsfähig ist. Wir warnen davor. Denn dessen Vorteile für die Versicherten werden verloren gehen oder die Krankenkassen müssten gemeinsam und einheitlich neue Strukturen schaffen, die die unverzichtbaren Aufgaben, die heute die KVen erfüllen, übernehmen. Das wäre aufwändig, teuer und ineffizient!

Ein großes Problem für uns liegt darin, dass die Zusammenhänge nur sehr schwer verständlich sind. Der Versicherte, der sich in einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung mit Bereinigung der Vergütung einschreibt, weiß in der Regel nicht, dass er damit das System der kassenärztlichen Versorgung gefährdet. Es ist unsere Aufgabe, hier für mehr Information zu sorgen. Aber auch die Krankenkassen tragen eine große Verantwortung!

Um genauer herauszufinden, wie wichtig dem Versicherten die Lotsenfunktion des Hausarztes ist, wollten wir in unserer Versichertenbefragung herausfinden, wie bekannt eigentlich Hausarztmodelle sind, welche Informationsquellen genutzt werden, wie viele Versicherte bereits teilnehmen und wie deren Erfahrungen mit der Versorgung bisher sind. Bereits heute beurteilen 94 Prozent das Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt und 94 Prozent dessen Fachkompetenz als sehr gut bzw. gut.

62 Prozent der gesetzlich Versicherten gaben an, von Hausarztmodellen bereits gehört zu haben. 19 Prozent nehmen nach eigenen Angaben bereits teil. Erwartungsgemäß ist die Teilnahmequote bei Älteren höher als bei Jüngeren: 27 Prozent aller über 60-Jährigen haben sich danach eingeschrieben, bei den 50- bis 59-Jährigen sind es 22 Prozent, bei den 40- bis 49-Jährigen 17 Prozent, bei den 30- bis 39-Jährigen 13 Prozent und bei den 19- bis 29-Jährigen elf Prozent.

Die Beweggründe zur Teilnahme differenzieren erheblich danach, ob sich ein Versicherter eingeschrieben hat oder ob er nur hypothetisch angibt, was für ihn ein Grund zur Teilnahme sein könnte. 66 Prozent derjenigen, die nicht teilnehmen, geben als mögliches Motiv die besonderen Serviceleistungen (zum Beispiel: Abendsprechstunde oder verkürzte Wartezeiten) an. Diese spielen für tatsächliche Teilnehmer nur eine untergeordnete Rolle: Nur 23 Prozent geben dies als Grund an. Dagegen spielt für diejenigen, die bereits an einem Hausarztmodell teilnehmen, die Erstattung der Praxisgebühr eine sehr wichtige Rolle. 64 Prozent gaben an, dass dies der wichtigste Grund zur Teilnahme war. 56 Prozent wünschen und erwarten eine bessere Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten. Sie wünschen sich den Hausarzt als Lotsen. Für 77 Prozent der Befragten ist Freundlichkeit und Zuwendung in der Praxis von höchster Priorität.

Die meisten der Teilnehmer am Hausarztmodell stellen im Vergleich zur früheren Versorgung keine Veränderung fest: 75 Prozent geben an, die Versorgung sei gleich geblieben. Zwei Prozent sagen, die Versorgung habe sich stark verbessert, elf Prozent, sie habe sich eher verbessert. Sechs Prozent fühlen allerdings eher eine Verschlechterung, zwei Prozent sogar eine starke Verschlechterung der Versorgung. Die Aussage, dass sich durch Hausarztmodelle die Qualität der Versorgung verbessern würde, lässt sich damit also nicht belegen. Mit einer Ausnahme: die Befragten in den neuen Bundesländern stellen deutlich öfter (20 Prozent) eine Verbesserung fest als die in den alten Bundesländern (elf Prozent). Allerdings sind auch im Osten 69 Prozent der Meinung, es habe sich nichts verändert und acht Prozent, es sei schlechter geworden.

Die Treue zum Hausarzt spielt ebenfalls eine große Rolle: Nur 14 Prozent aller Befragten wären bereit, für eine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung ihren Arzt zu wechseln, die überwiegende Mehrheit von 72 Prozent zieht das nicht in Erwägung. Zehn Prozent sagen, dass dies von den Konditionen abhängig wäre. Tatsächlich mussten nur drei Prozent der Teilnehmer ihren Hausarzt wechseln, um sich einschreiben zu können.

Die Ergebnisse der Versichertenbefragung zu den Hausarztmodellen zeigt vor allem, dass eine grundsätzliche Bereitschaft dazu besteht, sich von dem Hausarzt seines Vertrauens durch das Gesundheitssystem lotsen zu lassen. Sie zeigen aber auch, dass es bisher kaum einen messbaren Effekt auf die Versorgung gibt: Diese bleibt

bei 75 Prozent der Befragten gleich, 13 Prozent empfinden sie als besser und neun Prozent als schlechter.

Spannend wird aber die nächste Versichertenbefragung werden. Denn wir gehen davon aus, dass sich dann deutlicher als heute zeigt, ob die Versicherten diese Versorgungsform positiv oder negativ bewerten.

Sehr geehrte Damen und Herren,

neben den selektiven Verträgen hat uns auch interessiert, wie die Gesundheitsreform und andere Gesetze auf die Versorgung mit Medikamenten gewirkt haben. Haben Versicherte ein Problem, wenn ihnen anstelle des gewohnten ein anderes Medikament gegeben wird? Leidet die Compliance darunter?

Fast die Hälfte der gesetzlich Versicherten, die regelmäßig oder ab und zu Medikamente einnehmen, hat Erfahrungen mit der Substitution. Davon haben immerhin 37 Prozent schon häufiger erlebt, dass das gewohnte Medikament durch ein anderes ausgetauscht worden ist, 62 Prozent haben dies eher selten erlebt. 94 Prozent haben das ungewohnte Präparat wie vorgesehen eingenommen. Davon haben 74 Prozent keinen Unterschied in der Wirkung festgestellt, 15 Prozent sagen, das neue Medikament habe schlechter gewirkt und ein Prozent geht von einer besseren Wirkung aus. Zehn Prozent konnten diese Frage nicht beantworten.

Dieses Ergebnis zeigt, dass die weit überwiegende Mehrheit kein Problem mit der Aut-idem-Regelung hat. Aber: Es gibt auch fünf Prozent der Versicherten, die aufgrund des Austausches ihr Medikament nicht wie vorgesehen eingenommen haben. Die Hälfte der allerdings kleinen Gruppen (N = 85) sagt, sie traue dem neuen Präparat nicht. 16 Prozent haben es ausprobiert und nicht vertragen. 14 Prozent meinten, die Wirkung sei schlechter und haben es deswegen abgesetzt; sieben Prozent haben doch wieder das gewohnte Medikament bekommen. Weitere sieben Prozent haben bei der Einnahme Schwierigkeiten gehabt. 13 Prozent gaben für die Nicht-Einnahme überhaupt keine Gründe an. Obwohl es nur fünf Prozent der Versicherten sind, die durch die neuen Substitutionsregelungen ein neues ihnen unbekanntes Medikament bekommen aber nicht eingenommen haben, zeigt sich, dass es für einige Versicherte Versorgungsschwierigkeiten gibt. Das sollte den Verantwortlichen zu denken geben! Hier sind innovative Lösungen zur Verbesserung der Compliance zu entwickeln.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Versichertenbefragung der KBV gibt uns auch in diesem Jahr wieder wertvolle Hinweise zum Stand und zur Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Noch sind die Veränderungen gegenüber der Befragung aus dem Jahr 2006 relativ gering. Ob das auch bei der nächsten noch so sein wird, wenn die Gesundheitsreform für jeden spürbare Veränderungen gebracht hat, bleibt abzuwarten. Wir jedenfalls sind gespannt auf die nächste Befragung.
Vielen Dank.

(Es gilt das gesprochene Wort.)