Jörg Simpfendörfer

Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden der Agentur Deutscher Arztnetze.

Dr. med. habil. Thomas Schang im Interview mit der Redaktion von „im dialog“

Dr. med. habil. Thomas Schang

Wir gratulieren Herrn Dr. Schang herzlich zu seiner Wahl zum Vorstandsvorsitzenden der Agentur Deutscher Arztnetze. Herr Dr Schang folgt Herrn Veit Wambach in diesem Amt nach und wir haben selbstverständlich die Gelegenheit genutzt, um mit Herrn Dr. Schang ein kurzes Gespräch über aktuelle Themen zu führen und auch der Frage nachgehen, welche Ziele und Wünsche er mit der Vorstandschaft verbindet.

im dialog: *Sehr geehrter Herr Dr. Schang, welches Tätigkeitsspektrum deckt die Agentur deutscher Arztnetze denn eigentlich ab und was antworten Sie einem Netz das sich, so wie wir bislang, nicht für eine Mitgliedschaft entscheiden konnte?*

Dr. Schang: Die Agentur deutscher Arztnetze (AdA) vertritt die Anliegen der Mitgliedsnetze gegenüber der KBV, der BÄK, den Kostenträgern und der Gesundheitspolitik und sucht das Gespräch mit den Genannten. Sie versteht sich als Arbeitsplattform zum Austausche der Netze untereinander und unterstützt Netze bei der Professionalisierung. Es müsste nicht sein, dass jedes Netz das Rad immer wieder neu erfindet. Ich selbst habe in der Vergangenheit durchaus vom persönlichen Kontakt mit anderen Netzen profitiert und meinerseits gerne anderen Netzen unsere Ideen bis hin zu kompletten Anträgen oder Handbüchern weiter gegeben. Ich wünsche mir, dass das in der AdA selbstverständlich ist. Ich wünsche mir aber auch, dass Netze nicht nur eintreten, um zu profitieren sondern auch eintreten, weil sie den Wunsch haben, andere Netze zu unterstützen und damit die Netzidee zu verbreiten. Netze denken eben hoffentlich anders als profitorientierte Konzerne.

im dialog: *Wie ist Ihre Position zum TSVG insbesondere zur Gründereigenschaft für Ärztenetze?*

Dr. Schang: Nur die wichtigsten Punkte des TSVG:

1) Liposuktion bei Lipödem/ „Entmachtung“ des G-BA
Erst sehr spät im Gesetzgebungsverfahren wird ein systemändernder Antrag vom Minister gestellt: Die Entscheidung zur Aufnahme von Leistungen in den GKV-Leistungskatalog soll beim Ministerium liegen, unabhängig davon, ob der G-BA sich damit bereits befasst hat oder was er empfohlen hat. Ausdrücklich sollen auch Leistungen ohne klaren Wirkungsnachweis vom Ministerium in den Katalog aufgenommen werden können. Das Ministerium soll auch gleich die Art und Höhe der Vergütung festlegen können. Selbst Entscheidungen mit bisheriger Zustimmungspflicht durch den Bundesrat soll der Minister selbst fällen dürfen.
Damit wird der G-BA praktisch bedeutungslos und das BMG wird zum zentralen Steuerungsinstrument. Auch Länderrechte werden beschnitten zugunsten einer Zentralisierung.
Dies ist durchaus ein Baustein auf dem Weg zum Zentralstaat und eine Abkehr von den allgemeinen Prinzipien von Selbstverwaltung und Mitverantwortung aller gesellschaftlichen Player. Es geht also ganz grundsätzlich um ein wichtiges Stück Demokratie.
Festgemacht wird das am konkreten Fall der Liposuktion bei Lipödem. Der Gesetzentwurf schiebt hier einen konkreten Fall vor, bei dessen Annahme gleich ein Eckpunkt der Selbstverwaltung beerdigt werden soll.
Wenn man das Prinzip des Interessenausgleiches für zu langwierig hält muss man sich vergegenwärtigen, welche Nachteile in einer rein politisch gesteuerten Entscheidung zur Gesundheitsversorgung liegen. Auch ein Minister hat eine Reihe von Interessen, die nicht nur fachlich bezogen sind. Dem Minister ist der Wunsch zu rascheren Entscheidungsstrukturen zu Gute zu halten. Dies lässt sich aber auch ohne Gesetzesänderung bewirken, indem Entscheidungsaufträge mit Frist an den G-BA ergehen mit heute schon möglicher Ersatzvornahme des Ministeriums bei Verfehlen der Frist.

2) 25 Pflichtsprechstunden
Meine Kritik richtet sich weniger an die (überflüssige) Erhöhung der Anzahl der Pflichtsprechstunden als an den verfehlten Ansatz zur Problemlösung.
Versicherte beklagen einen unzureichenden Zugang zu Facharztterminen. Verglichen mit anderen Ländern ist der Zugang zu Facharztterminen in Deutschland wesentlich einfacher. Dennoch gibt es Wartezeiten.
Diese Wartezeiten beruhen nicht auf Arbeitsunlust der Ärzte sondern teilweise auf Budgetierung und teilweise auf relativer Knappheit der Zeitkontingente der Praxen. Relative Knappheit meint: das bestehende Vergütungssystem begünstigt eine regelmäßige Einbestellung möglichst vieler Patienten und Patienten halten das nach jahrzehntelanger Praxis auch für normal. Das ist der entscheidende Grund für die höchste Anzahl an Arztkontakten im internationalen Vergleich. Weiterhin bedingt der ungeregelte, ungesteuerte Zugang zu Leistungen eine ineffiziente Nutzung der Kapazitäten. Bisher wollten wir uns das im Namen der freien Arztwahl aber leisten.
Eine Vergütung, die weniger abhängig von einer Leistungsmenge wäre und stattdessen auf der Übernahme tatsächlich notwendiger Versorgung in definierter Qualität beruhte, könnte erhebliche Ressourcen in den Praxen freisetzen. An dieser Grundproblematik ändert eine erhöhte Pflichtstundenzahl gar nichts.
Eine Diskussion zu besserer Patientensteuerung und grundsätzlich anderen Vergütungssysteme wäre daher besser, wenn es um Problemlösungen ginge.

3) 116117 und Terminservice 24/7
Die Ausweitung der 116117 und des Terminservice (mit konkreter Terminvereinbarung) auf 24/7 beabsichtigt eine bessere Patientensteuerung und erscheint daher grundsätzlich positiv. Die extrabudgetäre Besservergütung für Termine über den Terminservice ist positiv, wenn tatsächlich zusätzliche Termine angeboten werden. Zu befürchten ist aber auch ein Anreiz zur Verschiebung regulärer Termine in den Terminservice. Im Extremfall würden alle in Frage kommenden Termine millionenfach nur noch über den Terminservice erfolgen. Das wäre finanziell und ressourcenmäßig kontraproduktiv für die Versorgung außerhalb des Terminservice. Glücklicherweise richten sich Ärzte viel weniger nach finanziellen Überlegungen im Praxisablauf und machen wahrscheinlich einfach weiter wie bisher. Diese Entwicklung müsste aber gezielt beobachtet werden.

4) Zugang zu Psychotherapie
Eine weitere vorgeschaltete Instanz zur Genehmigung der Psychotherapie ist kontraproduktiv. Die jetzige, erst vor 1 Jahr verabschiedete Psychotherapie-Richtlinie mit „Sprechstunden“, probatorischen Sitzungen und Genehmigungsvorbehalt der Kassen stellt bereits ein weit gehendes Steuerungsinstrument dar. Noch weitere Hemmnisse zur Inanspruchnahme der Versorgung stellen eine unzumutbare Belastung psychisch Kranker dar und führen zu einer Verschlechterung der Versorgung mit erheblichen gesellschaftlichen Konsequenzen.

5) eAkten
Netze brauchen gemeinsam nutzbare Patientendaten zu besseren Koordination von Versorgung. Zentrale Dateien mit sämtlichen lebenslangen Patientendaten sind einerseits interessant für akute Behandlungen unbekannter Patienten und auch für die Versorgungsforschung. Sie stellen aber zweifellos auch ein Risiko dar, weil bekanntlich Gesundheitsdaten zunehmend ins Blickfeld Krimineller geraten. Neben der Propagierung solcher Gesamtdateien sollte daher auch verstärkt das Augemerk auf regionale, fallbezogene Akten mit begrenzter Speicherungszeit in abgeschlossenen Intranets der Netze als Arbeitstool für Netze gelegt werden.

6) MVZ –Gründereigenschaft für Netze
Die Möglichkeit, dass anerkannte Praxisnetze in den Kreis möglicher MVZ-Gründer aufgenommen werden, ist positiv. Negativ ist die Beschränkung auf unterversorgte Gebiete.
Netz-MVZ können ein Gegengewicht zu investorengesteuerten MVZ bilden. Sie können ein Instrument in der Hand verantwortlicher regionaler Ärzte zur langfristigen Sicherung der Versorgung in ärztlich freiberuflicher Hand sein.
Netz-MVZ könnten auch die Netzaufgabe einer koordinierten kooperativen Versorgung optimal darstellen und auch eigenes fachübergreifendes Personal wie Wundmanager, Casemanager, NäPAs einstellen.
Investoren werden sich eher für lukrative Regionen interessieren und sind ja keineswegs auf unterversorgte Gebiete beschränkt. Ärztenetze wären dagegen nach dem vorliegenden Gesetzesvorschlag mit ihren MVZ auf Regionen mit hohem unternehmerischem Risiko beschränkt.

im dialog: *Was bedeutet die Gründereigenschaft ganz allgemein und konkret für Netze, Netzärzte, Patienten, KVen und Kassen?*

Dr. Schang: Die Gründung eines Netz-MVZ kann die Netzaufgaben zu Kooperation und Koordination in der regionalen Versorgung sehr erleichtern. Ein Netz-MVZ in der Hand regionaler Ärzte, die sich der regionalen Versorgung verpflichtet fühlen, kann die bessere Alternative zu einem MVZ in der Hand von Kapitalinvestoren sein. Ein Netz-MVZ sollte nicht nur als letzte Option zur Versorgung einer unterversorgten Region gesehen werden. Es sollte im

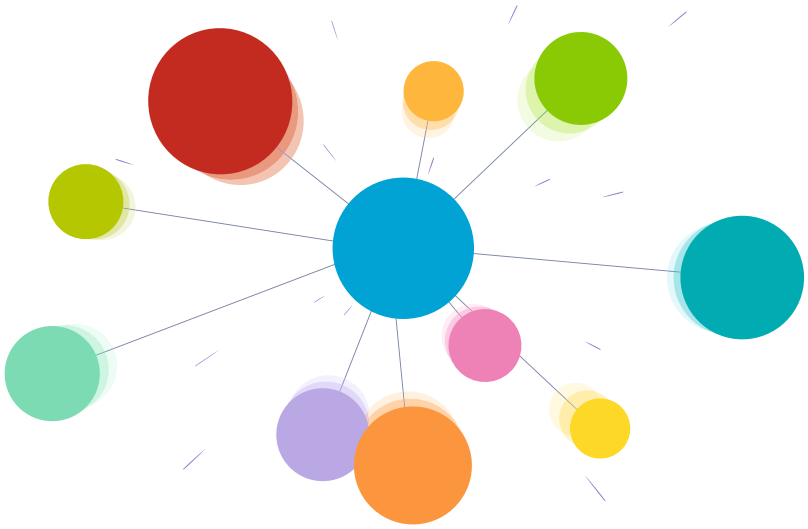
Gegenteil ein Instrument sein, eine faktische Unterversorgung im Vorfeld zu vermeiden.

im dialog: *Wie nehmen Sie die Aktivitäten kapitalgeleiteter Investoren in der ambulanten Versorgung wahr?*

Dr. Schang: Kapitalinvestoren haben längst auch die ambulante Medizin als lukrativen Markt entdeckt. In Rahmen der geltenden Gesetze ist das legitim. Wenn wir uns eine andere Versorgung wünschen sind wir gefragt, etwas anderes zu gestalten. Wir können uns nicht für alle Zukunft auf Schutzzäune verlassen, die andere für uns errichten sollen. Aber eben diese Gestaltungsräume hätten wir gerne.

im dialog: *Gibt es aus Ihrer Perspektive auch Gründe gegen einen Leistungserbringerstatus für Ärztenetze?*

Dr. Schang: Die Schaffung eines zusätzlichen „Leistungserbringers Ärztenetz“ könnte grundsätzlich zu einer Leistungsausweitung führen. Es kommt also darauf an, Netzen sinnvolle Leistungen zuzuordnen, die bisher fehlen. Das sind im Wesentlichen Koordinationsaufgaben: Management von Versorgungspfaden, praxisübergreifende Versorgung (Wundmanager/innen, Casemanager/innen, Projektmanager/innen). Netzmanagement ist in unserem Vergütungssystem nicht als Versorgungsleistung anerkannt und wird bisher nicht kostenmäßig abgebildet. Netzförderungen sind ein sehr guter Anfang zur Finanzierung von Netzmanagement, aber eben erst ein Anfang. Koordinationsaufgaben sollten Behandlungsverläufe effizienter machen und überflüssige Versorgungskosten für Kostenträger und Leistungserbringer gleichermaßen vermeiden. So gesehen sehe ich nur Vorteile in einem Leistungserbringerstatus für Netze.



Wichtig ist aber eines: Ein Netz sollte nie den Charakter einer Gemeinschaft von regional verankerten Persönlichkeiten mit Engagement für die Versorgung ihres Umfeldes verlieren. Es geht um nichts weniger als um Bürger-Engagement. Das schließt etwa ein Netz in der Hand von externen Kapitalinvestoren aus. Man kann das für naiv halten. Aber die finale Alternative zu Netzen ist eben eine durchökonomisierte Konzern-Medizin.

im dialog: *Welche Perspektive sehen Sie für die Netze über die gesamte Bundesrepublik hinweg?*

Dr. Schang: Netze sind grundsätzlich eine regionale Angelegenheit. Dennoch können und sollten Grundstrukturen und Erkenntnisse aus regionalen Versorgungsprojekten bundesweit geteilt werden. Netze sind eine Graswurzel-Bewegung und gerade das macht ihren Charme aus. Bundesorganisationen wie die AdA können niemals eine Hierarchie vorgeben, sie können aber Ideen, Interessen und Anliegen bündeln.

im dialog: *Welche Bedeutung werden die Netze in 10 Jahren für die Versorgung haben?*

Dr. Schang: Vorhersagen sind bekanntlich schwierig, wenn sie die Zukunft betreffen. Ich halte es aber für möglich, dass Netze sich noch mehr als bisher mithilfe von zielgerichtetem Management um eine Optimierung der regionalen Versorgung im Sinne der regionalen Bevölkerung kümmern können. Das bedeutet aber viel Arbeit, die sich nicht immer in Euro und Cent auszahlt.

Dazu gehören Management-Tools wie versorgungsorientierte Qualitätsindikatoren und sinnvolle Nutzung der Digitalisierung. Dazu gehören aber auch neue Ideen zu fach- und sektorübergreifenden Vergütungsformen, die kooperative Leistungen nicht benachteiligen. Entscheidend wird aber die Einstellung der dann tätigen Leistungserbringer sein: Begreife ich mich als Einzelkämpfer oder als Teil eines regionalen Teams?
Diese Einstellung wird mitentscheiden, welchen Stellenwert zukünftig die Freiberuflichkeit der Ärztinnen und Ärzte noch haben wird.

Wir danken Ihnen herzlich für das Gespräch und wünschen Ihnen für Ihre noch junge Vorstandsschaft, viel(e) Erfolg(e)!