



Interview mit

Dr. Andreas Gassen

**Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen
Bundesvereinigung (KBV)**



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) - Struktur und Aufgaben insbesondere in der Prävention

Vita: Dr. med. Andreas Gassen studierte von 1982 bis 1988 Humanmedizin in Düsseldorf und wurde dort auch zum Dr. med. promoviert. Seine ärztliche Tätigkeit übte er von 1989 bis 1996 im Marienkrankenhaus in Düsseldorf-Kaiserswerth aus, von 1993 bis 1996 als leitender Oberarzt der Abteilung für Arthroskopische Chirurgie und Rheumatologie. Gassen ist seit 1996 als Facharzt für Orthopädie, Unfallchirurgie und Rheumatologie in einer Gemeinschaftspraxis in Düsseldorf niedergelassen. Berufspolitisch führte ihn sein Weg 2013 über die Präsidentschaft des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) 2014 und 2017 zur Wahl zum Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In dieser Funktion ist er auch einer der beiden Vorsitzenden des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin. Mit Dr. Andreas Gassen (AG) sprach der Vorstandsvorsitzende der Stiftung LebensBlicke Prof. Dr. J. F. Riemann (JFR).

JFR: Was ist die KBV, wie ist sie organisiert und nach welchen Spielregeln agiert sie? Welche Funktion hat z.B. hat die Vertreterversammlung?

AG: Die KBV nimmt als Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen eine Schlüsselstellung im Gesundheitswesen ein. Rund 73 Millionen gesetzlich Krankenversicherte erhalten deutschlandweit die gleiche hochwertige medizinische und psychotherapeutische Betreuung. Das ist das wohl sichtbarste Ergebnis der täglichen Arbeit der KBV. Neben diesem sogenannten Sicherstellungsauftrag ist ihre Aufgabe vor allem die politische Interessenvertretung der rund 175.000 in Praxen ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten: Wenn es um Gesetzgebungsverfahren oder gesundheitspolitische Entscheidungen auf Bundesebene geht, bringt die KBV die Position der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ein. Zudem verhandelt sie mit dem Spitzenverband der

Gesetzlichen Krankenversicherung über die Honorierung der Niedergelassenen und zur Ausgestaltung des Leistungsspektrums in der ambulanten Versorgung. Mehr als Worte sagt dazu ein Film, den Sie unter <https://www.kbv.de/html/426.php> finden.

JFR: Sie sind seit einigen Jahren Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KBV, der obersten Vertretung der Kassenärzte in Deutschland. Was sehen Sie als Ihre wichtigste Aufgabe an?

AG: Die selbständig tätigen Ärztinnen und Ärzte in eigener Praxis sind unverzichtbar für die ambulante Versorgung der Patienten. Sie sehen sich aber seit Jahren zunehmenden Eingriffen der Politik in ihre Praxisabläufe ausgesetzt. Es herrscht offenbar ein Misstrauen vieler Politiker unterschiedlicher Parteilinien gegenüber dem selbständig freiberuflich tätigen Arzt. Dagegen kämpfe ich an. Denn ohne die Kolleginnen und Kollegen in eigener Praxis ließe sich die Versorgung der Patienten längst nicht mehr im gewohnten Umfang gewährleisten. Das ist übrigens nicht als Kritik an den angestellten Kolleginnen und Kollegen zu verstehen! Sie leisten genauso eine hervorragende medizinische Arbeit. Aber sie wollen aus unterschiedlichen Gründen, Stichwort Work-Life-Balance, jedenfalls nicht sofort als Selbständige in eigener Praxis tätig werden. Das ist auch vollkommen in Ordnung! Die Folge dieser ja nicht nur auf ärztlicher Seite festzustellenden Entwicklung in unserer Gesellschaft ist eine abnehmende Arbeitszeit. Das heißt eben auch: Die Arztzeit wird knapper! Wir müssen diese Entwicklungen aufnehmen bei unseren Anstrengungen, die Niederlassung attraktiv zu gestalten. Und dieser Beruf ist schön und macht Spaß. Das sage nicht nur ich, sondern das zeigen alle Ärztebefragungen. Was wir aber brauchen, sind neue Konzepte für Versorgung. Die Vorstellung, dass es in jedem Dorf eine Arztpraxis geben muss, ist obsolet. Dies auch vor dem Hintergrund, dass es in ländlichen Räumen teilweise kaum mehr Infrastrukturen gibt und sich der Staat mit seinen Einrichtungen von dort schon längst zurückgezogen hat. Wir suchen in diesem Zusammenhang verstärkt die Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen der Krankenhäuser. Denn diese stehen vor genau den gleichen Herausforderungen wie wir. Last, but not least: Die schon seit langem herrschende Budgetierung im ambulanten Bereich müssen wir perspektivisch beenden. Immer noch erbringen die Niedergelassenen zu viele notwendige und vom Patienten nachgefragte medizinische Leistungen umsonst, bekommen sie also nicht vergütet. Es ist zwar in den letzten Jahren besser geworden, aber immer noch gibt es eine deutliche Lücke zwischen erbrachten und

tatsächlich auch bezahlten Leistungen.

JFR: Wie sehen Sie derzeit die Kooperation mit dem Gesundheitsministerium, insbesondere mit Bundesgesundheitsminister Spahn? Gibt es Spannungsfelder?

AG: Ich erlebe den Minister als jemanden, der sich Argumente anhört und auch abwägt. Das heißt natürlich nicht, dass er darauf aufbauend immer so entscheidet wie man sich das selber vielleicht wünscht. Zweifelsohne hat er in kurzer Zeit viel bewegt im Gesundheitswesen. Das zeigt sich ja allein an der hohen Zahl der eingebrachten und verabschiedeten Gesetze.

JFR: Die KBV ist Partner im gemeinsamen Bundesausschuss GBA. Wie funktioniert die Kooperation mit den anderen Parteien, den Kassen, den Patientenvertretern und vor allem mit dem unparteiischen Vorsitzenden Professor Hecken?

AG: Hier handelt es sich natürlich um die Vertreter divergierender Interessen. Vor diesem Hintergrund sind insbesondere Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen alles andere als leicht. Ich erlebe aber auch die Vertreter des GKV-Spitzenverbands als kompromissfähig. Das gilt für die anderen Bänke auch. Ich anerkenne und respektiere die Leistung von Herrn Hecken, im GBA die verschiedenen Interessenslagen der diversen Seiten sinnvoll auszutarieren.

JFR: Die KBV hat als ein wichtiges Thema die Prävention auf ihre Fahnen geschrieben. Wo setzen Sie die Schwerpunkte im Rahmen ihrer Möglichkeiten? Welcher Stellenwert kommt der Darmkrebsprävention zu?

AG: Bei rund 58.000 Neuerkrankungen und 25.000 Todesfällen pro Jahr nimmt die Darmkrebsfrüherkennung natürlich einen enormen Stellenwert im Rahmen der Präventionsinitiativen der KBV ein, zumal durch die bestehenden Früherkennungsmaßnahmen die Entstehung von Darmkrebs verhindert werden kann. Bei den onkologischen Erkrankungen stehen weiterhin natürlich die Erkrankungen mit hoher Inzidenz, Krankheitslast und Sterblichkeit im Fokus präventiver Ansätze, wie z.B. Brustkrebs, Hautkrebs, hier insbesondere das maligne Melanom sowie das Prostata- und das Bronchialkarzinom. Für Brustkrebs und Hautkrebs sind bereits Früherkennungsprogramme etabliert, für die Früherkennung des Prostatakarzinoms haben die Beratungen im GBA begonnen. Das Screening auf Lungenkrebs bei aktiven oder ehemaligen Rauchern wird derzeit durch das Bundesamt für Strahlenschutz auf seine Wirksamkeit geprüft, um bei

positivem Ergebnis eine Bewertung durch den GBA anzustoßen.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt für die KBV im Bereich der Kindergesundheit. Neben der Neugestaltung der bekannten U-Untersuchungen wurde in jüngerer Vergangenheit ein Screening auf Mukoviszidose, auf schwere kombinierte Immundefekte (SCID) und auf Tyrosinämie eingeführt sowie ein Pulsoxymetriescreening zur Identifikation kritischer Herzfehler etabliert. Aktuell laufen im G-BA Beratungen zum Screening auf Sichelzellerkrankung und auf Spinale Muskelatrophie.

Im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung, die derzeit insbesondere auf die Prävention von kardiovaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen abzielt, beraten wir im GBA aktuell über die Einführung einer Screeninguntersuchung auf Hepatitis-B- und Hepatitis-C-Infektionen

JFR: Für die Darmkrebsfrüherkennung ist das endlich in Kraft getretene Krebsfrüherkennungsregistergesetz KFRG, an dessen Entstehung die Stiftung LebensBlicke maßgeblich mitbeteiligt war, ein wichtiger Meilenstein. Wo sehen Sie Verbesserungen, wo müsste nachjustiert werden?

AG: Mit der im Jahr 2002 eingeführten Früherkennungskoloskopie - und als Alternative mit dem immunologischen FOBT, der vor ca. 3 Jahren den seit den 70er Jahren verwendeten und weniger sensitiven guajakbasierten Test ersetzte - stehen der Bevölkerung ja bereits seit vielen Jahren hochwirksame Früherkennungsmaßnahmen zur Verfügung. Hermann Brenner vom DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum) schätzte 2015, dass in den ersten zehn Jahren nach Einführung der Früherkennungskoloskopie rund 180.000 Darmkrebserkrankungen durch diese Vorsorgemaßnahme verhindert wurden.

Andererseits wurden immer wieder die zu niedrigen Teilnahmeraten an der Früherkennung kritisiert. So liegt die Teilnahmerate an der Früherkennungskoloskopie bei höchstens drei Prozent pro Jahr, also nur bei 20-30% über das Screeningintervall von zehn Jahren betrachtet. Hier ist die Erwartung, dass es durch das seit Juli 2019 etablierte Einladungssystem zu einer deutlichen Steigerung kommt. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob hierdurch wirklich ein größerer Effekt resultiert.

Positiv ist in meinen Augen die gesetzliche Verpflichtung und nun auch die Möglichkeit, das Gesamtprogramm noch wesentlich umfangreicher zu evaluieren. Prinzipiell sind durch den Einbezug von Krebsregisterdaten und Einladungsdaten der Krankenkassen und der pseudonymisierten Zusammenführung mit den Daten der ärztlichen Dokumentation die Auswirkungen des Früherkennungsprogramms auf Erkrankungshäufigkeit und Darmkrebsmortalität nun darstellbar.

Leider ist es bisher auch noch nicht gelungen, im GBA spezifische Regelungen für familiär vorbelastete Personen in der organisierten Darmkrebsfrüherkennung zu verankern.

JFR: Sind Sie mit der Regelung, dass die Einladung der Versicherten bisher ausschließlich per Brief erfolgt, zufrieden? Könnte hier die Digitalisierung nicht auch hilfreich sein?

AG: Eine elektronische Einladung stellt sicherlich eine sinnvolle Zusatzoption dar. Allerdings empfiehlt es sich, beispielsweise bei älteren Menschen zusätzlich auch per Brief einzuladen.

JFR: Wie steht die KBV zur vorübergehenden Aussetzung der Dokumentation, die über mehr als ein Jahrzehnt verantwortungsbewusst in den Händen des Zentralinstituts gelegen ist? Wie ist sichergestellt, dass die Daten zur Evaluation nicht verloren gehen?

AG: Da die für Anfang 2020 vorgesehenen neuen Dokumentationsverpflichtungen aufgrund bislang unzureichend verfügbarer Softwareprodukte nicht umsetzbar gewesen wären, musste die Dokumentation Ende letzten Jahres durch den GBA kurzfristig ausgesetzt werden. Alle Beteiligten im GBA gehen jedoch davon aus, dass diese Probleme bis spätestens Ende des Jahres gelöst sein werden. Die KBV hat das ZI mit der Auswertung der bisherigen Koloskopiedokumentationen beauftragt, so dass die Evaluation der Datenjahrgänge bis Ende 2019 gesichert ist.

JFR: Ein Problem für die Dokumentation ist die Unterscheidung zwischen Vorsorge- und Abklärungskoloskopie in der Gebührenordnung mit praktischen Folgen für die Dokumentation. Eigentlich sollte die Abklärungskoloskopie als Folge eines positiven FOBT Teil der Früherkennung sein. Sehen sie Möglichkeiten, diese gerade für den Laien nicht ganz verständliche Unterscheidung im Sinne einer Vereinheitlichung zu ändern?

AG: Der entsprechende Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wurde gegen den Widerstand der KBV getroffen und sieht die Dokumentation der Abklärungskoloskopie bei der entsprechenden kurativen EBM-Position 13421 im Gegensatz zur Früherkennungskoloskopie nur als fakultativen und nicht als obligaten Leistungsbestandteil vor. Dies hat zur Folge, dass nach Auskunft des ZI in den Jahren 2018 und 2019 tatsächlich nur ein geringer Prozentsatz der Abklärungskoloskopien nach positivem Früherkennungs-iFOBT dokumentiert wurde. Aus unserer Sicht wäre dieser Beschluss dringend zu revidieren und die Abklärungskoloskopie als präventive Leistung mit entsprechenden Dokumentationsverpflichtungen in das entsprechende EBM-Kapitel aufzunehmen. Anderenfalls gehen die Ergebnisse der i-FOBT-Untersuchungen, also die Häufigkeit mit der nach positivem i-FOBT relevante Befunde, wie Adenome entdeckt werden, der Evaluation verloren.

JFR: Derzeit schlägt die Diskussion über die an sich vernünftige Abwertung technischer Leistungen zugunsten der „sprechenden Medizin“ hohe Wellen. Wie sehen Sie das Dilemma, dass einerseits durch das KFRG mehr informierte Personen zur Vorsorge gewonnen werden sollen, die Vorsorgekoloskopie, die Ihre Effizienz in vielen wissenschaftliche Studien längst bewiesen hat, aber deutlich abgewertet wird. Ist das nicht ein Widerspruch?

AG: Wir haben einen gesetzgeberischen Auftrag – nämlich die Stärkung der sprechenden Medizin - fristgerecht erfüllt – und das leider vor dem Hintergrund, dass das Ganze ausgabenneutral geschehen sollte. Es ist uns gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband gelungen, eine Reform ohne größere Verwerfungen durchzuführen. Das Ergebnis ist kein Grund zum Jubeln! Und nach der Reform ist bekanntlich vor der Reform!

JFR: Die Stiftung LebensBlicke hat mit einigem Erfolg ein Projekt angestoßen, dass Qualifizierung von medizinischem Fachpersonal zur Information über die Darmkrebsvorsorge vorsieht (MFA-Projekt). Erste Erfahrungen sind inzwischen ausgesprochen positiv. Wie steht die KBV zu diesem Projekt?

AG: Eine niedrighschwellige und gleichzeitig kompetente Ansprache von Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis ist essentiell wichtig, um sie über das Angebot der Darmkrebsvorsorge zu informieren. Wir finden deshalb die Initiative der Stiftung LebensBlicke sehr gut, eine Fortbildung für MFA zu entwickeln. Erste positive Praxiserfahrungen sind sehr ermutigend. Wir freuen uns deshalb auf die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation.

JFR: Können Sie sich vorstellen, Befürworter der Stiftung LebensBlicke zu werden und sich damit in die Reihe vieler prominenter Persönlichkeiten aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens einzureihen?

AG: Die Stärkung des Präventionsgedankens ist eine sinnvolle Sache, die ich gerne unterstütze.

Herzlichen Dank für das sehr informative Gespräch!