Heinz-Harald Abholz

Steuerung und Kontrolle ärztlichen Handelns auf der Basis des »Gesundheitsreformgesetzes«

In einer Zeit schneller medizinischer und insbesondere aufwendiger medizin-technischer Entwicklung bei gleichzeitig hoher Arztdichte ergibt sich die Aufgabe der politischen Steuerung und Kontrolle ärztlicher Leistungserbringung. Denn es ist derzeit abzusehen, daß — bei Erhaltung bisheriger Rahmenbedingungen und Einkommensstrukturen — eine gesundheitliche Versorgung für *alle* Mitglieder der Gesellschaft zunehmend schwerer finanzierbar wird.

Ärztliche Leistungserbringung nun kann entweder direkt beim einzelnen Arzt kontrolliert und gesteuert werden oder dies geschieht *indirekt* über die Bestimmungen der Rahmenbedingungen ärztlichen Handelns[2]. Bei beiden Formen der Kontrolle und Steuerung ist — bezogen auf das ärztliche Handeln — eine ökonomische von einer inhaltlichen Ebene zu unterscheiden.

Die indirekte Kontrolle betrifft — um eine bekannte Diskussion zu streifen[5] — die *Autonomie der Profession*. Insbesondere gilt dies, wenn es sich um eine Kontrolle handelt, die die Inhalte ärztlichen Handelns beeinflußt. Die direkte Kontrolle — und wiederum insbesondere die inhaltliche — greift in die *Autonomie* des einzelnen Arztes ein.

Bei Betrachtung der verschiedenen westlichen Gesundheitssysteme läßt sich eine gewisse Systematik im Versuch der Steuerung und Kontrolle ärztlicher Leistungserbringung feststellen[4]:

1. Es gibt Systeme, die ganz überwiegend nur die Ausgabenentwicklung, nicht aber den Inhalt ärztlichen Tuns im Zentrum der Steuerung haben. Arzteinkommen, Anreiz für Leistungserbringung sowie Neueinführungen ärztlicher Leistungen werden vorwiegend staatlich geplant und gesteuert bzw. über Mechanismen wie Honorierung mittels Kopfpauschale oder der Bezahlung im Angestellten-Status limitiert und kontrolliert. Die Systeme in Großbritannien, den Niederlanden und Skandinavien sind Muster hierfür. Eine politische »Einmischung« in die Inhalte ärztlichen Handelns wird nicht oder nur randständig vorgenommen. In diesen sogenannten »sozialistischen« Gesundheitssystemen ist die »Freiheit« des ärztlichen Handelns relativ groß, der ökonomische Spielraum jedoch relativ gering. Diese Systeme sind also durch eine *indirekte* und *ökonomisch-zentrierte* Kontrolle charakterisiert[5,6].

2. In anderen Systemen — wie den USA — ist eine zentrale, z.B. staatliche, Kontrolle der Ausgabenentwicklung nicht vorhanden. Über die verschiedenen Versicherungsträger — einschließlich die des Staates — wird dezentral direkt in das ärztliche Handeln eingegriffen. Dies gilt insbesondere dort, wo es unmittelbar einem betriebswirtschaftlichem Management (managed care) oder der Inanspruchnahme-Kontrolle unterliegt. Ärztliche Tätigkeit wird detailliert beobachtet und bewertet[7], bei Überschreitung von Standards, vorgeschriebenen Vorgehensweisen, kommt es zu Sanktionen. Über diesen Weg wird versucht, Einfluß auf die Höhe der Ausgaben im Gesundheitswesen zu nehmen. Eine direkte Intervention in die Ausgabenstruktur (Einflußnahme auf die Honorierung ärztlicher Leistungen) hingegen wird in solchen Systemen jedoch weniger, wenn überhaupt vorgenommen. In den USA mit dem sogenannten »marktwirtschaftlich-freiheitlichen« System wird somit der Inhalt ärztlichen Tuns strenger und bürokratischer kontrolliert als in jedem anderen Versorgungssystem der westlichen Welt(6). Ein solches System weist vorwiegend *direkte* und dabei *inhaltlich zentrierte* Kontrollen auf.

In der Bundesrepublik Deutschland sind erst in den letzten Jahren wesentliche Schritte zur Steuerung der Leistungsausweitung im Gesundheitswesen vorgenommen worden. Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit der Bindung der Leistungsausgaben an die Grundlohnsummenentwicklung stellt einen solchen Versuch dar. Dieser war — zumindest für den ambulanten Bereich — relativ erfolgreich. Der genannte Steuerungszugang ist einer, der sich ganz wesentlich auf die Ausgabenstruktur, nicht aber auf die inhaltliche Ausformung ärztlicher Leistungserbringung bezieht.

Mit dem sogenannten Gesundheitsreformgesetz (GRG) nun ist der andere Weg der Steuerung ärztlicher Leistungserbringung gewählt worden, nämlich der der Einflußnahme auf die inhaltliche Ausrichtung der Versorgung. Ärztliches Handeln wird so zum Objekt der gesundheitspolitischen Steuerung und Kontrolle. Im folgenden soll der Bereich ambulanter Versorgung untersucht werden. Dabei werden die zentralen Steuerungsinstrumente ärztlicher ambulanter Tätigkeiten im Blickfeld stehen. Dies sind:

1. der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (§ 91,92),
2. die Qualitätssicherung (§§ 135 u. 136),
3. die Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106).

Dies geschieht unter Zuhilfenahme von:

4. Medizinischem Dienst (§ 275),

5. Versichertenkarte (§ 291),
6. Datenaustausch zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen (§§ 284-286).

Und es geschieht unter Berufung auf:

7. das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12),
8. die ausgeschlossenen Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§ 34),
9. die Vereinbarung von Richtgrößen (§ 84).

1. Der Bundesausschuß

»Die Bundesausschüsse beschließen die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.« (§ 92, Abs. 1) Die Richtlinien beziehen sich auf den gesamten Bereich der ärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich und schließen so wichtige Bereiche ein wie:

a) Einführung neuer Untersuchungen und Behandlungsmethoden,
b) Früherkennung von Krankheiten,
c) ärztliche Betreuung von Schwangerschaft und Mutterschaft,
d) Verordnung von Arznei-, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln sowie der Krankenhausbehandlung und der häuslichen Pflege,
e) Einsatz medizin-technischer Großgeräte.

Der Bundesausschuß ist mit jeweils neun Mitgliedern der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) besetzt. Zusätzlich sind drei neutrale Mitglieder, davon einer als Vorsitzender, im Bundesausschuß. Für die einzelnen Sachgebiete richtet der Bundesausschuß Arbeitsausschüsse ein. Die vom Bundesausschuß beschlossenen Richtlinien gehen an den Minister für Arbeit und Sozialordnung, der den Richtlinien entsprechend Gesetzescharakter gibt.

Da nach § 135 GRG (Qualitätssicherung) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur zugelassen werden können, wenn der Bundesausschuß einen medizinischen Nutzen anerkannt hat, kann der Bundesausschuß mit Hilfe der ihm zugeordneten Arbeitsausschüsse jegliche Neueinführung medizinischer Diagnostik und Therapie zentral steuern. Man kann daher von der Schaffung einer zentralen Steuerungsinstanz im Gesundheitswesen sprechen. Neue Verfahren in Diagnostik und Therapie werden hier für die Kassenärztliche Versorgung — quasi — zugelassen bzw. abgelehnt. Die Ablehnung von Verfahren ist insbesondere für die Krankenkassen von Bedeutung, da sie immer wieder unter dem Druck ihrer Versicherten zur Kostenerstattung geraten, da

diese bislang eine Kostenerstattung bei nicht generell für die kassenärztliche Versorgung zugelassenen Verfahren im »besonderen« Fall erhalten können. Durch die Konkurrenz der einzelnen Krankenkassen untereinander war die Auslegung dieser Möglichkeit — selbst von den Kassen so beklagt — sehr großzügig. Wurde zum Beispiel für bestimmte Leistungserbringungen, die bisher nicht zur Kassenärztlichen Versorgung gehörten, häufig Kostenerstattungen gewährt, so führte dies wiederum zu einem Druck auf die Krankenkassen, eine generelle Zulassung zu erwirken, damit in ihren einzelnen Geschäftsstellen eine »Rechtsunsicherheit« aus dem Wege geräumt war.

Nach dem § 135 im Zusammenhang mit dem § 92 des GRG ist in Zukunft nach Ablehnung derartiger Verfahren durch den Bundesausschuß eine Kostenübernahme durch die Kassen nicht mehr möglich und muß daher von *allen* Krankenkassen, auch den Ersatzkassen abgelehnt werden.

Einem Bundesausschuß gab es auch schon nach dem bisher gültigen Gesetzbuch der RVO (§ 368p), jedoch mit entscheidenden Unterschieden zur jetzigen Regelung:

1. Im Ausschuß waren die Ersatzkassen nicht vertreten. Diese waren daher auch nicht an die Beschlüsse gebunden und konnten in eigenen Arbeitsgemeinschaften mit der KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) getrennt verhandeln. Die Uneinheitlichkeit der Kassen war vorprogrammiert und konnte von der KBV genutzt werden.
2. Der Ausschuß hat ein größeres Arbeitsfeld als bisher bekommen. Insbesondere mit dem Arbeitsausschuß »Neuere Untersuchungen und Behandlungsmethoden« ist ein zentraler Bereich gemeinsamer Arbeit der KBV und der Krankenkassen geschaffen. Bisher gab es den gleichnamigen Ausschuß nur als einen Ausschuß der KBV. Der wesentliche Bereich der »Neuzulassung« diagnostischer und therapeutischer Methoden ist somit zur *gemeinsamen* Aufgabe von Krankenkassen und KBV geworden.

Die veränderten gesetzlichen Bestimmungen zum Bundesausschuß tragen also wesentlich zur Vereinheitlichung des Auftretens der Krankenkassen, also auch zu einem größeren Einfluß dieser auf die Steuerung unseres Gesundheitssystems bei. Insbesondere dann, wenn die Krankenkassen sich des Sachverstandes bedienen, den der neue »Medizinische Dienst« nach § 275 GRG organisieren soll. Im Absatz 4 des Paragraphen ist explizit die Beratung der Krankenkassen in allen fachlichen Fragen — so auch die Beratung im Rahmen des Bundesausschusses — vorgesehen. Dieser neue »Medizinische Dienst« soll nach dem Gesetz eine gemeinsame Einrichtung aller Krankenkassenverbände

— also nicht wie bisher nur nach Kassen getrennt — existieren. Es ist also bei einer fachlichen Beratung durch diesen Dienst, wenn dieser einmal aufgebaut sein wird — mit *einer* gemeinsamen fachlichen Stellungnahme der Kassen zu rechnen[8].

In dieser Konstellation läßt sich grundsätzlich eine gleichberechtigte und fachlich kompetente Beratung zwischen Krankenkassen und der KBV vorstellen. Damit hätten erstmalig die Krankenkassen neben der Profession — vertreten durch die KBV — sowie neutralen Beteiligten die inhaltliche Steuerung der zukünftigen Entwicklung unserer gesundheitlichen Versorgung übernommen. Ob dies in dieser Weise auch geschehen wird, bleibt der künftigen Entwicklung überlassen.

Festzuhalten ist, daß durch den Bundesausschuß eine *indirekte Steuerung* ärztlichen Handelns über die Vorgabe der Rahmenbedingungen möglich geworden ist, die sich auf den *Inhalt ärztlichen Handelns* bezieht.

2. *Die Qualitätssicherung*

Der § 135 soll eine Qualitätssicherung auf den verschiedenen Ebenen der Versorgung gewährleisten:

— nach Absatz 1 dürfen — wie oben schon zitiert — neuere Untersuchungen und Behandlungsmethoden nur bei Nutzennachweis eingeführt werden;
— sind die besonderen Kenntnisse zur Durchführung medizinischer Verfahren festzulegen. Hierüber kann Einfluß auf die Fort- und Weiterbildung genommen werden.

Nach Absatz 3 hat die KBV alleine Richtlinien über Verfahren zur Qualitätssicherung ambulanter kassenärztlicher Versorgung zu bestimmen. Der § 136 jedoch räumt den Krankenkassen ein Mitwirkungsrecht ein.

Die »Qualitätssicherung« bekommt damit eine zentrale Steuerungsfunktion für die Zulassung sowie die Fort- und Weiterbildung. In Anlehnung an die Erfahrung aus den USA[7] ist davon auszugehen, daß diese Regelung mit dem Schlüsselbegriff der Qualitätssicherung zu einem zentralen Moment der Kontrolle ärztlicher Tätigkeit wird. In den USA soll dies soweit entwickelt sein, daß ohne die entsprechenden und regelmäßig abzulegenden Qualitätsnachweise die Zulassung zur ambulanten ärztlichen Tätigkeit jederzeit widerrufen werden kann[10].

Qualitätssicherung könnte — so deuten die jetzigen Dokumente zum Thema an[4] — weitgehend identisch mit »Standardisierung« werden. Die KBV und mit ihr die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ein Programm der Qualitätssicherung im Entwurf: dabei konzentriert sich

die Sicherung der Qualität allerdings auf die Bereiche der Medizin, die leicht standardisierbar sind, also auf technische und labortechnische Verfahren. Die Qualität ärztlicher Versorgung in ihrer Komplexität der Anwendung, nämlich das ärztliche Handeln an sich, ist aus der Diskussion völlig herausgehalten. Bei dem jetzigen Ansatz der Beschränkung von Qualitätssicherung auf standardisierbare Bereiche der Medizin läßt sich befürchten, daß ärztliches Handeln ganz wesentlich hierauf konzentriert gesehen und damit reduziert wird. Der normative Charakter derartiger Bestimmungen ist absehbar: nur das, was gemäß des Standards getan wird, wäre dann »Qualität«. Der Anspruch von Ganzheitlichkeit insbesondere der ambulanten Versorgung ist somit wesentlich bedroht[1].

Versteht man unter ganzheitlicher Versorgung die umfassende Berücksichtigung aller Aspekte des Krankseins — medizinische, psychische, soziale und kulturelle — sowie die Berücksichtigung des Wunsches des Patienten, am Behandlungsprozeß aktiv oder passiv teilzunehmen oder sich ihm zu entziehen[1], so verschließt sich ein solches Behandlungskonzept einer Standardisierbarkeit. Sieht man nun in Ganzheitlichkeit an sich schon ein Qualitätsmerkmal für ambulante Versorgung, so droht bei der Kontrolle nach »Standards« dieser Anspruch auf der Strecke zu bleiben. Diese Art der Kontrolle ärztlichen Handelns ist jedoch auf ein bürokratisches Vorgehen — der Gleichbehandlung aller ohne Ansehen der Person und der spezifischen Bedingungen — angewiesen. So wünschenswert eine Qualitätssicherung insbesondere im ambulanten Bereich ist, so bedrohlich wird sie für eine adäquate Versorgung dann, wenn »Standards« die Art der Versorgung diktieren[2,12].

3. *Die Wirtschaftlichkeitsprüfung*

Wirtschaftlichkeitsprüfung gab es auch bisher nach den entsprechenden Rechtsvorschriften. Das GRG erweitert sie jedoch: eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit erfolgt jetzt nicht nur — wie bisher — nach Abweichung von Durchschnittswerten der Fachgruppen, sondern es gibt zwei zusätzliche Prüfungsarten:

a) die arztbezogene Prüfung bei Überschreitung von Richtgrößen nach § 84 GRG sowie
b) die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen auf der Grundlagen von arztbezogener und versichertenbeziehbarer Stichproben, die 2 % der Ärzte je Quartal umfaßt. Dabei ist zu erwähnen, daß die Wirtschaftlichkeitsprüfung insgesamt

deutlich effektiver als bisher sein kann, weil die Prüfungen mehr als bisher alle Daten ärztlicher Tätigkeit und ärztlich veranlaßter Leistungen einbeziehen muß. Dies schließt zum Beispiel die Zahl der Überweisungen, der Krankenhauseinweisungen als auch der Arbeitsunfähigkeitsdauer und -häufigkeit mit ein. Mit Hilfe der Versichertenkarte (§ 291) und auf der Basis eines Datenaustausches zwischen KV und Krankenkassen (§ 284-86) ist eine solche Prüfung nun weitaus differenzierter als bisher möglich.

Wenn auch die nach dem Gesetz neu vorgeschriebenen beiden Prüfungsarten — nach Richtgröße[11] und nach Stichprobe — nicht näher konkretisiert sind, so stellt sich jetzt die entscheidende Frage: Bleibt es bei der formalisierten Einführung dieser beiden Prüfverfahren oder werden nähere inhaltliche Detaillierungen vorgenommen? Im letzteren Falle würde dies zu einer sehr detaillierten Prüfung ärztlicher Tätigkeit anhand aufgestellter Standards führen müssen. Denn bei den neu eingeführten Prüfungen der Wirtschaftlichkeit ist die Abweichung in der Leistungserbringung vom Fachgruppendurchschnitt nicht mehr Orientierungsmaßstab. Will man die Wirtschaftlichkeit ohne diesen Maßstab prüfen, so muß man den medizinischen Standard als »Meßlatte« einführen. Vorstellbar ist zum Beispiel, daß — ähnlich wie in den USA(7,9) — zukünftig für verschiedene Diagnosen und Fragestellungen Standards des Vorgehens geschaffen werden, an denen der Arzt geprüft wird. Da aber die Variabilität der Krankheitsbilder als auch der Behandlungsanlässe insbesondere im ambulanten Bereich sehr groß ist, wären Standards bestenfalls als »Zugänge« für eine derartige Prüfung vorstellbar. Will man bei einer derartigen Prüfung dem Arzt im einzelnen gerecht werden, so ist dies nur über eine detaillierte Prüfung zahlreicher und damit statistisch repräsentativer Behandlungsabläufe möglich. Der damit verbundene Aufwand wäre gigantisch und in seiner Detailliertheit der Prüfung ärztlicher Tätigkeit an jeweils einzelnen Patienten-Unterlagen bezüglich des Arztgeheimnisses irritierend indiskret.

Würde also diese Art der Prüfung ärztlichen Handelns realisiert, so hätten wir es mit einer direkten, inhaltlichen und beim einzelnen Arzt eingreifenden Kontrolle zu tun.

4. *Eine Bewertung*

Die gesetzliche Krankenversicherung wird in Zukunft nicht ohne Steuerung und Kontrolle der ärztlichen Leistungen auskommen, will sie nicht die Finanzierbarkeit der Leistung insgesamt gefährden. Das GRG gibt hier viel mehr als die bisher gültige RVO eine rechtliche Grundlage. Es

stärkt insbesondere die Krankenkassen in ihrer Einheitlichkeit der KBV gegenüber und es läßt die Krankenkassen mehr als bisher auf den Inhalt ärztlichen Handelns Einfluß nehmen. Die Steuerungs- und Kontrollmöglichkeiten sind ganz wesentlich inhaltlich, weniger primär ökonomisch orientiert. Dabei stehen indirekte neben ganz direkten Einflußnahmen auf das ärztliche Handeln.

Kontrolle und Steuerung ärztlichen Handelns stellen an sich keine negativen Aspekte dar — ließe sich doch eine »Autonomie« der Ärzteschaft in einer Gesellschaft kaum rechtfertigen. Je mehr inhaltlich ausgerichtet jedoch Steuerung und Kontrolle sind, um so mehr handelt es sich nicht nur um eine Steuerung und Kontrolle der Profession, sondern um eine der einzelnen Ärzte. Auch dies wäre an sich noch keine beklagenswerte Situation, würde damit nicht *auch* in die bisher »geschützte« Arzt-Patienten- Beziehung zunehmend eingegriffen. Der Anspruch der Patienten auf Ganzheitlichkeit in der Versorgung sowie das Arztgeheimnis sind die Stichworte, die den gefährdeten Bereich skizzieren.

So steht man vor zwei verteidigenswerten, sich aber scheinbar gegenseitig behindernden Zielen: Einerseits dem auch gesellschaftlich begründbarem Interesse nach Steuerung und Kontrolle ärztlicher Leistungserbringung sowie deren Qualitätssicherung und andererseits dem Interesse des einzelnen Patienten nach einer seiner Individualität Rechnung tragenden Versorgung unter ganzheitlichem Anspruch und unter Wahrung des Arztgeheimnisses. Eine gesundheitspolitische Antwort bei dieser Konstellation ist in der Bejahung der ökonomischen Steuerung und Kontrolle der Leistungserbringung sowie der Bejahung der indirekt wirkenden inhaltlichen Steuerung über Rahmenbedingungen zu sehen.

Die direkte und inhaltlich zentrierte Steuerung und Kontrolle beim einzelnen Arzt hingegen ist — mit Ausnahme von Kunstfehler-Verfahren, Vergleichen zur Fachgruppe und Plausibilitätsprüfungen — abzulehnen. Eine einfache Lösung läge hier in der Einführung einer Pauschalhonorierung[2].

Literatur

(1) Abholz, H.-H.: Problematische Auswirkungen von Ganzheitlichkeit in der Allgemeinmedizin. Argument Sonderbd. 162: Der ganze Mensch und die Medizin, Hamburg 1989, S. 129-147

(2) Abholz, H.-H.: Modell für ein rationales System ambulanter Versorgung, Argument Sonderbd. 186: Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie, Hamburg 1989, S. 24-33

(3) Björkman, J.W.: Politicizing Medicine and medicalizing Politics: Physician Power in the U.S. in: Freddi, G., J.W. Björkman, S. 28-73
(4) Flatten, G.: Qualitätssicherung in der kassenärztlichen Versorgung — Strategien zur Verbesserung. Dtsch.Ärztebl. 1990, 87: 185-87
(5) Freddi, G., J.W. Björkman: Controlling Medical Professionals — The comparative politics of health governance, London 1989
(6) Harrison, St., R.W. Schulz: Clinical autonomy in the U.K. and the U.S.: Contrasts and Convergence. in: Freddi, G., J.W. Björkman, S. 198-209
(7) Kühn, H.: Ökonomisierung der Gesundheit — Am Beispiel des U.S.-amerikanischen Gesundheitswesens. WSI-Mitteil. 1990, 43:62-75
(8) Rebscher, H.: Ansätze zu einem Begründungs-, Ziel- und Organisationskonzept für den MDK. Die Betriebskrankenkasse 1990, 122-131
(9) Reichelt, A.: Der ICD-Schlüssel als ökonomischer Hebel für die Krankenhäuser. Argument Sonderbd. 141: Technologie und Medizin, Berlin 1986, S. 86-95
(10) Renschler, H.E.: Qualität der ärztlichen Berufsausübung und Kompetenz in der Wiederholungsprüfung. Dtsch.Ärztebl. 1990, 87:1607-13
(11) Schauenburg, B., J. Waldeck: Richtgrößen für Arzneimittel ein Steuerungsinstrument zur Qualitätsverbesserung. Die Betriebskrankenkasse 1990, 30815
(12) Kühn, H.: Glanzvolle Ohnmacht — zum politischen Gehalt des Ganzheitlichkeitsanspruches in der Medizin. Argument Sonderbd. 162, Der ganze Mensch und die Medizin, Hamburg 1989, S. 111-28