

Thomas Gerlinger

Punktlandungsübungen im Hamsterrad

Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform

Angestoßen durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) haben Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) seit 1993 in mehreren Schritten eine Reform des EBM durchgeführt, in deren Folge sich die ökonomischen Leistungsanreize für medizinisches Handeln grundlegend verändern. Erklärtes Ziel dieser Neuordnung ist es, künftig Anreize zu einer medizinisch nicht gerechtfertigten Mengenausweitung, insbesondere bei technisch-apparativen Leistungen, zu vermeiden, die persönlichen, zuwendungsintensiven Leistungen zu fördern, ohne das Maß des medizinisch Notwendigen zu unterschreiten, und das Gesamthonorar gerechter zwischen den Arztgruppen zu verteilen. Dabei soll sie gewährleisten, daß jedem Versicherten die seinem individuellen Bedarf entsprechende Behandlung zuteil wird. Im folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob der reformierte EBM dazu beitragen kann, das medizinische Leistungsgeschehen in die gewünschte Richtung zu lenken.

1. *Inhalt und Ziele der EBM-Reform*

Marksteine auf dem Weg zur Neuordnung des Vergütungssystems sind die zum 1. Januar 1996 in Kraft getretene »große« EBM-Reform und die daran anschließende Einführung von Praxisbudgets im Jahre 1997 (Gerlinger 1997). Die »große« EBM-Reform sieht im Kern eine Kombination aus differenzierter Pauschalvergütung je Behandlungsfall und fortbestehender Einzelleistungsvergütung vor. Sie umfaßt folgende Komponenten:

- Die für eine Arztgruppe typischen Grund- und kleinen Sonderleistungen werden zu einem Leistungskomplex (»Ordinationsgebühr«) zusammengefaßt und pauschal vergütet. Er kann nur einmal je Quartal und Patient abgerechnet werden und wird dann fällig, wenn *eine* der durch sie abgedeckten Leistungen am Patienten erbracht wird. Damit sind alle weiteren Leistungen aus dem betreffenden Topf automatisch abgegolten. Diese Ordinationsgebühr umfaßt etwa die Hälfte des

gesamten kassenärztlichen Leistungsvolumens; allerdings schwankt dieser Anteil zwischen den einzelnen Fachgruppen außerordentlich stark. Die Bewertung des Leistungskomplexes fällt je nach Arztgruppe und Versichertenmerkmal (Mitglied/Rentner) unterschiedlich hoch aus.

- Die Definition eines hausärztlichen Versorgungsbereichs, die Einführung einer hausärztlichen Grundvergütung und die Aufwertung der persönlichen ärztlichen Zuwendung gegenüber den apparatemedizinischen Leistungen sollen die sprechende Medizin stärken.
- Präventive und zuwendungsintensive Leistungen sowie Leistungen mit einem hohen Technikanteil werden weiterhin einzeln vergütet. Technikintensive Diagnostik und Therapie wird allerdings ab einer bestimmten Frequenz abgestaffelt, um den Gewinnanteil an solchen Leistungen zu reduzieren. Sowohl die Neufassung der Bewertungsrelationen als auch die Berechnung der Abstufung erfolgen auf Basis einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation, die insbesondere den Faktor »Zeit« höher bewertet.
- Für typisierbare, zusammengehörige Leistungen (z.B. beim ambulanten Operieren) werden ablaufbezogene Leistungskomplexe gebildet, um die Gebührenordnung zu vereinfachen.

Als Reaktion auf den neuen EBM weiteten die Kassenärzte – ohne eine signifikante Veränderung in der Morbidität – ihre Punktzahlforderungen im 1. Quartal 1996 in nachgerade gewaltigem Umfang aus (Ärzte-Zeitung v. 18.2.1997). Nachdem angesichts dieser Entwicklung die Leistungsgruppen mit einem besonders starken Zuwachs rückwirkend in ein Teilbudget integriert worden waren (Ärzte-Zeitung v. 21./22.6.1996), verständigten sich KVen und Krankenkassen im Herbst 1996 auf die Einführung sogenannter Praxisbudgets (Bewertungsausschuß 1996: B-2618ff.; Bewertungsausschuß 1997: B-695ff.). Sie traten in einigen KVen bereits zum 1. Januar und bundesweit am 1. Juli 1997 in Kraft. Danach setzt sich das Honorar im wesentlichen aus folgenden Komponenten zusammen:

- Das Praxisbudget definiert eine Obergrenze für die Gesamtsumme der abrechnungsfähigen Leistungen je Arzt. Es ergibt sich aus der Multiplikation der individuellen Fallzahlen mit einem arztgruppenspezifischen, »rentnergewichteten« Fallwert. Bis zum Erreichen der Budgetgrenze werden die Leistungen nach Maßgabe der abgerechneten Punktzahlen honoriert, bei einem Überschreiten dieser Grenze entfällt hingegen jede weitere Vergütung. Die Praxis- und Zusatzbudgets erstrecken sich auf einen Großteil der Fachgruppen und erfassen etwa 85% des gesamten ambulanten Leistungsvolumens.¹ Sie

umfassen die von der Mehrheit einer Fachgruppe erbrachten, als Standard geltenden Leistungen sowie solche Gebührenordnungspositionen, die nur sehr selten abgerechnet werden und daher nur einen geringen Anteil am gesamten Leistungsspektrum der Fachgruppe ausmachen. Die Definition einer Punktzahlbergrenze verfolgt den Zweck, die bisher vorhandenen und weidlich genutzten Möglichkeiten zur Flucht in die Einzelleistungen zu beschränken. Dabei bleiben die mit der »großen« EBM-Reform eingeführten Honorarkomponenten und die damit verbundenen Leistungsanreize bestehen. Das Praxisbudget setzt sich also zusammen aus der pauschal vergüteten Ordinationsgebühr und aus einzeln vergüteten Leistungen.

- Das Praxisbudget kann durch ein Zusatzbudget aufgestockt werden. Dieses bezieht sich auf Leistungen, die eine besondere Qualifikation des Arztes erfordern oder die zum Zweck der Sicherstellung der Versorgung gesondert zu vergüten sind. Die Höhe des Zusatzbudgets wird ebenso wie die des Praxisbudgets fallzahlenabhängig und arztgruppenbezogen berechnet; zudem wird sie je nach dem Inhalt des Leistungsspektrums, den es vergüten soll, differenziert.
- Schließlich wird ein Teil der Leistungen nach wie vor einzeln ohne jede Mengenbegrenzung vergütet. Dazu gehören hochspezialisierte, kostenintensive Leistungen, die hausärztliche Grundvergütung, Schutzimpfungen und operative Leistungen.

Für die Funktionsweise des Praxisbudgets ist der Umstand entscheidend, daß mit ihm *keine auf den einzelnen Behandlungsfall* bezogene Begrenzung der abrechnungsfähigen Leistungsmenge, sondern eine *fallzahlenabhängige Obergrenze für die Gesamtsumme abrechnungsfähiger Leistungen* je Praxis definiert wird. Das Leistungsvolumen beim *einzelnen* Behandlungsfall kann also durchaus über der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl liegen, ohne daß der Anspruch auf eine Vergütung der diesen Durchschnitt übersteigenden Leistungen automatisch verfällt. Leistungen werden erst dann nicht mehr vergütet, sobald der Arzt das ihm zugestandene Gesamtvolumen ausgeschöpft hat. Bis zum Erreichen der Budgetgrenze wurden die abgerechneten Gebührenordnungsziffern durch die Addition der jeweiligen EBM-Punktzahlen honoriert. Die Einführung von Praxisbudgets wird flankiert von Maßnahmen zur Mengenbegrenzung, die weitaus restriktiver sind als die bisher eingesetzten Instrumente. Dazu zählt insbesondere die Abstufung der Fallzahlen. Übersteigen diese den arztgruppenspezifischen Durchschnitt (auf Basis des Jahres 1995) um bis zu 50% (oder mehr), so wird die Fallpunktzahl für die betreffenden Patienten um 10 (20)% gekürzt.

2. *Politische Entstehungsbedingungen der EBM-Reform*

Die beiden aufeinander folgenden Reformschritte markieren insofern einen Paradigmenwechsel in der Honorarpolitik, als mit ihnen eine Umkehrung der finanziellen Anreize für erhebliche Teile des medizinischen Leistungsgeschehens einhergeht. Die vorangegangene, jahrzehntelange Stabilität des bisherigen Honorarverteilungsmodus war Ausdruck einer spezifischen Kräfte- und Interessenkonstellation, die sich mit der Durchsetzung der Kostendämpfungspolitik herausgebildet hatte (Gerlinger 1997: 67ff., 195ff.). Die Krankenkassen sahen keinen akuten Handlungsbedarf zur Umkehrung der Leistungsanreize in Richtung auf eine Pauschalvergütung, da die Ausgaben für die ambulante Versorgung nur unterproportional stiegen und die Konsequenzen der vollzogenen Mengenexpansion angesichts der gedeckelten Gesamtvergütung über den Punktwertverfall weitgehend der Kassenärzteschaft auferlegt werden konnten. Zudem bildete die Kassenseite keine einheitliche Front, weil die Angestelltenersatzkassen auf den Erhalt ihres honorarpolitischen Handlungsspielraums bedacht waren, um sich Konkurrenzvorteile gegenüber den Primärkassen verschaffen zu können. Das Bundesarbeits- bzw. das Bundesgesundheitsministerium teilten im Grunde diese Sicht der Kassen und wollten überdies nicht ohne Not mit der Ärzteschaft einen Konflikt in einer für diese essentiellen Angelegenheit riskieren. Die KBV bzw. die KVen verfügten in der Honorarpolitik zwar über eine starke Verteidigungsposition, aber nicht mehr über die Fähigkeit zur Durchsetzung einer dauerhaften, ungedeckelten Einzelleistungsvergütung, weil sie sich in dieser Frage den Kostendämpfungsbemühungen von Staat, Kassen und Arbeitgebern gegenübersehen.

Mit der Verabschiedung und Umsetzung des GSG zerfielen diese Stabilitätsbedingungen. Dabei waren es gar nicht die unmittelbar honorarpolitischen Bestimmungen des GSG, die einen Paradigmenwechsel herbeiführten. Sie schufen zwar den Anlaß für eine Reform, sind selbst aber recht allgemein gehalten und können die Reichweite des schließlich vollzogenen Wandels kaum erklären. Entscheidend war vielmehr, daß das GSG eine gesundheitspolitische Konstellation schuf, in der sich die Interessen und Handlungsbedingungen der beteiligten Akteure neu akzentuierten (Gerlinger 1997: 114ff., 201ff.). Die mit der freien Kassenwahl und dem Risikostrukturausgleich auf den Weg gebrachte Wettbewerbsordnung verschärfte die Konkurrenz der Kassen und zwang sie zu einer rigiden Ausgabenbegrenzung, weil anderenfalls die Abwanderung von Versicherten drohte. Auch die Ausgaben für ambulante Versorgung gerieten nun in den Sog der Wettbewerbs- und

Rationalisierungsdynamik. Als Instrument einer gezielten Ausgabenbegrenzung war die Einzelleistungsvergütung, selbst bei einer Deckelung des Gesamtvolumens, vollständig ungeeignet, denn sie konnte die Ärzte nicht auf der Basis ihres eigenen finanziellen Interesses zu einer Begrenzung der Leistungsmenge und zu einer Senkung der Behandlungskosten veranlassen. Genau zu diesem Zweck bedurfte es aus Sicht der Kassen des Einsatzes pauschalierter Vergütungsformen (Arbeitsgemeinschaft 1995). Vor diesem Hintergrund vertraten sie diese Forderung gegenüber der KBV mit einer bisher nicht gekannten Entschiedenheit und Geschlossenheit. Darin bestand eine wichtige Voraussetzung für die Durchsetzung weitreichender Pauschalierungselemente gegenüber der KBV. Auch die Angestelltenersatzkassen ordneten sich, durch den Risikostrukturausgleich in ihrem honorarpolitischen Handlungsspielraum erheblich eingeschränkt, in die Reihen der Krankenkassen ein. Paradoxiertweise war es in einer Zeit einschneidend verschärfter Konkurrenz gerade die – wenn auch nur vorübergehende und inhaltlich begrenzte – gemeinsame Interessenlage der Kassen gegenüber den KVen, die eine Durchsetzung der EBM-Reform erleichterte. Inhalt und Funktion der EBM-Reform gingen für die Krankenkassen deutlich über die honorarpolitischen Vorgaben des GSG hinaus und standen aus ihrer Sicht weit stärker unter den Vorzeichen der bereits angekündigten »dritten Stufe« der Gesundheitsreform sowie der damit verknüpften Hoffnungen und Befürchtungen als unter dem Zwang zur Umsetzung von GSG-Vorgaben.

Auch auf seiten der Kassenärzteschaft veränderten sich mit dem GSG die Interessenlagen und die Handlungsbedingungen. Die KBV erlebte das GSG als einen tiefen politischen Schock, der die Verunsicherung darüber steigerte, ob nicht noch weit schärfere staatliche Eingriffe – bis hin zum Verlust des Sicherstellungsauftrags – drohten, wenn sich die Kassenärzteschaft nicht zu wirksamen Mengenbegrenzungsmaßnahmen bereit finden sollte. Seither wähten sich die KVen unter dem Damoklesschwert staatlicher Interventionsdrohungen (Schorre 1996; Allianz 1994). Gleichzeitig ließen die strikte sektorale Budgetierung der kassenärztlichen Gesamtvergütung und die restriktiven ökonomischen Rahmenbedingungen das Kernziel der KBV, die Rückkehr zur ungedeckelten Einzelleistungsvergütung, in weite Ferne rücken. Ein wichtiges Motiv für das zähe Festhalten an der Einzelleistungsvergütung hatte sich nunmehr in den Augen eines beträchtlichen Teils der Kassenärzte erschöpft. Zudem führten Budgetierung, steigende Arztzahlen und ein sinkender Punktwert zu einer Eskalation der seit langem schwelenden Verteilungskonflikte, insbesondere zwischen Hausärzten und Fachärzten,

die die Kassenärzteschaft an den Rand der Spaltung trieb und ihre Handlungsfähigkeit gegenüber Staat und Krankenkassen weitgehend unterminierte (Gerlinger 1997: 114ff.). Vor diesem Hintergrund konnte – unterstützt vor allem von den hausärztlichen Disziplinen – eine Gruppe von Reformern in der KBV einen wachsenden Einfluß erlangen, die sich von Pauschalierungs- und Mengenbegrenzungskomponenten eine indirekte Verbesserung der Einkommenssituation versprachen, weil – so das Kalkül – ein sinkender Leistungsumfang zur Stabilisierung des Punktwertes beitrage und einen Rückgang der Praxiskosten mit sich bringe (KBV 1993: 56ff.). Zudem sei nur bei einer entsprechenden Vorleistung der Kassenärzte damit zu rechnen, daß der Staat die sektorale Budgetierung auslaufen lasse. Das Zusammenwirken der genannten Faktoren trug wesentlich zur Kompromißbereitschaft der KBV bei. Sie stellte ihre honorarpolitischen Grundsatzpositionen zurück, um den Staat nicht zu einer Einschränkung des Sicherstellungsauftrags zu veranlassen, die innere Geschlossenheit der Kassenärzteschaft wiederherzustellen und die Voraussetzungen für ein rasches Ende der sektoralen Budgetierung zu schaffen (KBV 1994: 43). Zu diesem Zweck gingen die Kassenärzte, vor allem die fachärztlichen Disziplinen, aus ihrer Sicht schwerwiegende Zugeständnisse ein, die für die große Mehrheit der Ärzteschaft noch kurze Zeit zuvor undenkbar gewesen wären.

3. *Steuerungswirkungen und Leistungsanreize der EBM-Reform*

Der Einsatz honorarpolitischer Steuerungsinstrumente beruht auf der Vorstellung, daß sich Art und Umfang medizinischer Leistungen durch ökonomische Anreize in eine als wünschenswert erachtete Richtung lenken lassen. Dabei versucht man, sich den Umstand zunutze zu machen, daß ärztliches Handeln nicht nur medizinischen Notwendigkeiten, sondern auch – oder vielleicht: vor allem – ökonomischen Interessen folgt. In der honorarpolitischen Diskussion ist es allgemein anerkannt, daß die Einzelleistungsvergütung eine über das Maß des medizinisch Notwendigen hinausgehende Mengenexpansion nach sich zieht, während pauschalierte Vergütungsformen die Gefahr einer Minimierung des Leistungsumfangs je Patient bei einer gleichzeitigen Ausweitung der Behandlungsfallzahlen in sich bergen (z.B. Reinhardt/Sandier/Schneider 1986; Abholz 1992). Daher wurden auch Steuerungskomponenten in die Vergütungsreform aufgenommen, die den mit der Einführung von Pauschalierungselementen und Budgetierungen drohenden Fehlentwicklungen in der medizinischen Versorgung entgegenwirken sollen:

- Die bei der Bewertung der Ordinationsgebühr wie bei der Berechnung des Praxisbudgets vorgenommene Unterscheidung zwischen Rentnern und anderen Versicherten soll gewährleisten, daß auch Patienten mit höherem Behandlungsaufwand angemessen versorgt werden.
- Dieses Ziel verfolgt auch der Honorierungsmodus des Praxisbudgets. Weil es eine Obergrenze für die *Gesamtsumme* des Leistungsvolumens einer Praxis definiert, kann der Arzt die zugrunde gelegte Fallpunktzahl bei einzelnen Patienten überschreiten und erhält für sie eine Vergütung, solange die Gesamtmenge im Rahmen des Budgets verbleibt. Damit ermöglicht dieses Vergütungsmodell eine Umschichtung der Behandlungsvolumina von Gesunden auf Kranke bzw. von geringfügig auf schwer erkrankte Patienten. In dieser Hinsicht unterscheidet es sich von der Fall- und der Kopfpauschale, die einen finanziellen Anreiz schaffen, das Behandlungsvolumen bei *jedem einzelnen Patienten* zu minimieren. Der Arzt, so die Vorstellung, könne auf diese Weise jedem Patienten die seinem Bedarf entsprechende Behandlung zuteil werden lassen, ohne automatisch den Anspruch auf die Honorierung der betreffenden Leistungen zu verlieren.
- Schließlich soll die abgestaffelte Vergütung von überdurchschnittlichen Fallzahlen den Anreiz zur Ausweitung der Behandlungsfälle nehmen. Zu diesem Zweck gehen die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe der KVen oftmals noch über die bundesweiten Rahmenbestimmungen hinaus (Praxisbudgets 1997, passim).

Die beiden erstgenannten Instrumente zielten auf eine engere Koppelung zwischen der Vergütungshöhe und dem Arbeitsaufwand des Arztes. Dabei trafen sich die Interessen von Krankenkassen und Kassenärzten: Was den Krankenkassen als ökonomischer Anreiz für eine bedarfsadäquate Versorgung auch Schwerkranker erschien, stellte sich aus Sicht der anderen als Chance dar, so weit wie möglich am Grundsatz der leistungsmengenorientierten Honorierung festzuhalten.

3.1 Erhöhung der Fallzahlen

Mit der Einführung des neuen Vergütungsmodus hängt die Höhe des Honorarvolumens direkt von der Anzahl der Behandlungsfälle ab. Daher wird deren Erhöhung in den Händen der Ärzte zu einem zentralen Instrument der Einkommenssteigerung. Bereits auf die Einführung der Ordinationsgebühr hatten die Ärzte mit einer derart häufigen Abrechnung dieses Leistungskomplexes reagiert, daß selbst KBV-Funktionäre beklagten, er sei offenbar als ein bei jedem Behandlungsfall zu erhebendes

»Eintrittsgeld« mißverstanden worden (Maus 1996: B-1247f.; Ärzte-Zeitung v. 18.6.1996). Entsprechend groß waren die Zweifel, ob die betreffenden Leistungen tatsächlich auch erbracht worden waren. Nicht nur die Ordinationsgebühr, auch die Konstruktion der Praxisbudgets fördert die Erhöhung der Fallzahlen, denn mit jedem neuen Behandlungsfall dehnt der Arzt das ihm zustehende Punktzahlvolumen aus. Die degressive Vergütung bei steigenden Fallzahlen kann dem nicht entscheidend entgegenwirken: Sie nimmt nicht den Anreiz zur Ausweitung der Fallzahlen, sondern vermindert lediglich den damit erzielten Punktzahlzuwachs. Über die erwähnten Instrumente hinaus setzten die Krankenkassen gegenüber der KBV eine Vereinbarung durch, die die KVen verpflichtete, bereits bei einem Anstieg der Fallzahlen um fünf Prozent je Arztgruppe mit Maßnahmen zur Mengenbegrenzung zu reagieren. Zahlreiche KVen greifen in ihren Honorarverteilungsmaßstäben daher zu individuellen Kürzungen bei denjenigen Ärzten, die oberhalb dieser Toleranzgrenze liegen. Daß derartige Instrumente den einzelnen Arzt allerdings keineswegs veranlassen müssen, sich bei der Ausweitung der Fallzahlen zurückzuhalten, verdeutlicht der Abrechnungstip in der Zeitschrift »Arzt und Wirtschaft«, in dem es beruhigend heißt: »Bis die gesamte Gruppe fünf Prozent steigert, dauert es sehr lange. Daher ist jedem Arzt zu raten, gegebenfalls selbst die Fallzahl auch höher als fünf Prozent zu steigern. Weil die Einzelfallkürzung erst beginnt, wenn die Gruppe den kritischen Wert überschritten hat.« (Arzt und Wirtschaft 1997: 30) Sollten die Ärzte in ihrer Mehrheit diesem Rat folgen, so würde sich – diesmal allerdings verlagert auf die Fallzahlenentwicklung – erneut ein »Hamsterrad-Effekt«, also eine Ausweitung der Punktzahlen bei sinkenden Punktwerten, einstellen, der ja gerade mit den Praxisbudgets verhindert werden sollte.

3.2 *Unterversorgung, Risikoselektion und Behandlung von Gesunden*

Grundsätzlich liegt bei pauschalierter und zum Teil auch bei budgetierter Vergütung das finanzielle Risiko der Behandlung bei den Ärzten. Bei als fix unterstellten Preisen hängt die Höhe ihres Einkommens davon ab, wie weit sie die Kosten unter die Einnahmen drücken können. So ist es zutreffend, wenn Dr. Dr. Peter Schlüter, Autor der Kolumne »richtig abrechnen« (Ärzte-Zeitung), feststellt: »Ab dem 1. Juli 1997 steht der abrechnungstechnische Praxisalltag nicht mehr unter dem Vorzeichen, möglichst viele medizinisch notwendige Leistungen zu erbringen und abzurechnen, sondern die durch das Praxisbudget vorgegebene Höchst-

punktzahl mit möglichst geringem Aufwand, das bedeutet Zeit und Kosten, zu erreichen.« (Schlüter 1997b)

Innerhalb des Praxisbudgets sind zwei unterschiedliche Handlungslogiken präsent. Die in der Ordinationsgebühr zusammengefaßten Gebührenordnungspositionen werden je Behandlungsfall pauschal – also unabhängig von der Menge der erbrachten Leistungen – vergütet, die übrigen vom Praxisbudget erfaßten Leistungen – bis zur Punktzahl-obergrenze – einzeln. Im Hinblick auf die Ordinationsgebühr wirken damit die klassischen Anreize der Fallpauschale: Es entsteht die Tendenz, die Zahl der Behandlungsfälle zu erhöhen² sowie bei jedem einzelnen von ihnen die Kosten und damit auch die Leistungen möglichst weit zu reduzieren. Dieser Mechanismus läßt es auch als wenig plausibel erscheinen, daß die Höherbewertung des Leistungskomplexes bzw. der Teilpauschale für Rentner eine angemessene Versorgung sicherstellen soll. Zwar entsteht ein Anreiz, diese Gebührensiffer bei möglichst vielen Rentnern auszulösen. Ist dies aber erst einmal geschehen, so wirkt der finanzielle Anreiz in Richtung auf eine Leistungsminimierung. Darüber hinaus ist die Unterscheidung von Rentnern und Nichtrentnern ein recht grober Indikator für die Berechnung von Behandlungsvolumina, können doch die individuellen Versorgungsanforderungen innerhalb und zwischen den Versichertengruppen je nach Morbidität extrem unterschiedlich ausfallen. Da mit steigendem Behandlungsbedarf der Gewinn aus diesem Leistungskomplex sinkt, wird der ökonomisch rational handelnde Arzt darauf bedacht sein, die Versorgung behandlungsaufwendiger Patienten zu vermeiden.

Die Praxisbudgets schaffen für den Arzt den Anreiz, das ihm individuell zugestandene Gesamtleistungsvolumen möglichst punktgenau auszuschöpfen. Eine Unter- wie eine Überschreitung stellt sich ihm aus unterschiedlicher Perspektive als Einkommensverzicht dar: Schöpft er das Budget nicht aus, so nimmt er Möglichkeiten der Einnahmenerhöhung nicht wahr; überschreitet er es, so erbringt er eine Leistung, die nicht vergütet wird – eher noch mit Kosten verbunden ist – und die er günstigstenfalls als einen auf die zuvor geleistete Arbeit gewährten »Mengenrabatt« (Schlüter 1997c) interpretieren kann. Der Anreiz zur »Punktlandung« am Quartalsende wirkt unabhängig vom tatsächlichen Behandlungsbedarf seines spezifischen Patientenguts. Daß dieser mit der Höhe des prospektiv berechneten Praxisbudgets identisch ist, dürfte sich eher als Ausnahme, daß er – bisweilen durchaus erheblich – von ihr abweicht, hingegen als Regel erweisen. Folgt der Arzt nun den mit den Praxisbudgets gesetzten monetären Anreizen, so wird er bei einem vergleichsweise gesunden Patientenstamm, dessen Behandlungsbedarf die

Budgetgrenze nicht erreicht, *überflüssige Leistungen erbringen*, hingegen bei einem Patientenstamm mit erhöhter Morbidität, dessen Behandlungsbedarf die Budgetgrenze überschreitet, *notwendige Leistungen unterlassen*. In dieser Hinsicht kann von einer bedarfsadäquaten Steuerung medizinischer Leistungen keine Rede sein.

Ein Arzt handelt stets in Ungewißheit darüber, wie sich sein Patientengut in einem Abrechnungszeitraum zusammensetzen wird. Das Risiko einer Budgetüberschreitung ist um so geringer, je besser er es versteht, die Behandlung von Patienten mit einem überdurchschnittlichen Krankheitsrisiko zu vermeiden bzw. die Leistungsmenge je Behandlungsfall zu begrenzen. Zwar ist es dem Arzt möglich, beim einzelnen Patienten über das fallbezogene Punktzahlvolumen ohne Einnahmenverlust hinauszugehen. Er kann diese Umschichtung ohne Verzicht auf Einkommen jedoch nur insoweit vornehmen, als er die ihm zugestandene Punktzahlobergrenze nicht überschreitet. Hat er ein Patientengut mit einem überdurchschnittlichen Behandlungsbedarf zu versorgen, so wächst das Risiko einer Budgetüberschreitung. Jeder Arzt, der den ökonomischen Anreizen des Vergütungssystems folgt, wird also darauf bedacht sein, Versicherte mit einem möglichst geringen Morbiditätsrisiko zu behandeln bzw. den Anteil der überdurchschnittlich behandlungsbedürftigen Personen zu begrenzen. Die Anstrengungen der Ärzte richten sich daher vor allem auf die Behandlung von Gesunden bzw. geringfügig Erkrankten oder – wie es im Jargon der ärztlichen Praxisberater heißt – auf »Verdünnern-Scheine« (Wölker 1997b), »damit nicht nur zeit- und besuchsaufwendige, schwerkranke Patienten behandelt werden, sondern auch gesunde Patienten die Praxis aufsuchen, die das Arzneimittel- und Praxisbudget nicht belasten.« (Wölker 1997b) Gesunde Rentner sind wegen der höheren Fallpunktzahl besonders beliebt. So wird der Kolumnist der Ärzte-Zeitung (»Der Arzt als Unternehmer«), von Beruf Allgemeinarzt und Betriebswirt, in einem Bericht über eine Veranstaltungsreihe zu den Praxisbudgets mit den Worten zitiert: »Bedenken Sie bitte, ... ein Rentner der nur einmal im Quartal kommt, und sei es am letzten oder vorletzten Tag des Quartals, ist für sie künftig ein Juwel. Er bringt mehr Punkte als ein Allgemeinversicherter, der nur einmal kommt.« (Zit. n. Ärzte-Zeitung v. 28.5.1997) Sorgen im Hinblick auf die »Budgetverdünnung« bereiten hingegen die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz in Kraft getretenen Zuzahlungen für Arzneimittel, denn: Nun »werden Patienten abwägen, ob allein die Verordnung eines nicht-rezeptpflichtigen Arzneimittels – auch wenn es geringfügig teurer ist als die Zuzahlung – den Gang in die Arztpraxis wert ist. Die nicht von der Zuzahlung befreiten Patienten könnten die Arztpraxis umgehen

und direkt in der Apotheke kaufen. Wichtige Budget-Verdüner können deshalb ausbleiben.« (Alles 1997c)

Die Neigung, das Budget mit Hilfe gesunder Patienten auszuweiten, wird im übrigen durch die erwähnte Abstufung bei überdurchschnittlichen Fallzahlen weiter verstärkt, weil die nunmehr herabgesetzte Vergütung das finanzielle Risiko der Behandlung Kranker erhöht. Daß der Behandlungsbedarf eines überdurchschnittlich gesunden Patientenstamms möglicherweise unter dem ihm eingeräumten Punktzahlvolumen liegt, ist für den Arzt insofern ein durchaus kalkulierbares Risiko, als die ärztliche Definitionsmacht ihm einen breiten Spielraum zur Definition der medizinisch notwendigen Leistungen und damit zur Ausrichtung seines beruflichen Handelns an den vom Honorarsystem geschaffenen Anreizen verschafft. Ärztliche Sozialisation (»Null-Risiko-Denken«) und die Drohung rechtlicher Sanktionen sind weitere Faktoren, die den Arzt dazu veranlassen, eher bei Gesunden zu viel als bei Kranken zu wenig zu tun.

Ist das Praxisbudget allerdings ausgeschöpft oder droht eine Überschreitung, so laufen die Patienten, besonders gegen Ende des Abrechnungsquartals – wenn die Möglichkeiten des Arztes sinken, sich durch zusätzliche »Verdünerscheine« schadlos zu halten – Gefahr, medizinisch notwendige Leistungen nicht mehr zu erhalten oder an andere Versorgungsinstitutionen weitergeschoben zu werden. Dies zieht gravierende Auswirkungen auf das Arzt-Patient-Verhältnis nach sich. In medizinischen Fragen unkundig, ist der Patient auf den Rat des Arztes angewiesen und muß darauf vertrauen, daß dieser ausschließlich zum Zwecke seines Wohlergehens handelt. Mit den pauschalierten Honorierungsformen aber wird genau dieses Vertrauen erschüttert. Wenn sich das Einkommen des Arztes mit jeder weiteren Leistung verringert, so kann sich der Patient künftig nicht mehr sicher sein, ob der ärztliche Rat sich an seinem Wohlergehen orientiert oder auf den monetären Interessen des Arztes beruht (Kühn 1996: 12ff.). Ist die Gefahr einer Budgetüberschreitung vorhanden, so entscheiden nunmehr personale Eigenschaften darüber, ob der Patient die notwendige Behandlung erfährt: die ethische Verpflichtung des Arztes gegenüber seinem Patienten, seine Bereitschaft, den Patienten angemessen zu versorgen, auch wenn dies nicht zu einer Aufbesserung des Honorars führt, und nicht zuletzt die Artikulations- und Durchsetzungsfähigkeit des Patienten selbst.

3.3 Ausweitung der nicht budgetierten, einzeln vergüteten Leistungen

Die Kassenärzte hatten bereits im Anschluß an die »große« EBM-Reform 1996 mit einer starken Erhöhung der Punktzahlforderungen reagiert. Sie stiegen um fast 33 % gegenüber dem Vorjahr, bei einzelnen Arztgruppen waren es sogar bis zu 50 % (Ärzte-Zeitung v. 18.2.1997). Manche KVen verzeichneten bei einzelnen Leistungspositionen sogar einen Anstieg um bis zu 100 % (Der Kassenarzt, 1996, H. 16: 18). Die Abrechnungshäufigkeit stieg vor allem bei den aufgewerteten und einzeln vergüteten Beratungsleistungen, auf die allein zwei Drittel des gesamten Punktzahlanstiegs entfielen (Ärzte-Zeitung v. 18.2.1997), sprunghaft an. Auf diese Weise versuchten viele Ärzte, sich für die im Bereich der Pauschalvergütung und durch die Abstufungen bei technisch-apparativen Leistungen entgangenen Möglichkeiten der Honorarsteigerung zu entschädigen.

Auch die Einführung von Praxisbudgets ist mit einer Beibehaltung einzeln vergüteter Leistungen verbunden. Allerdings ist angesichts der Erfahrungen mit der »großen« EBM-Reform nun ein erheblicher Teil der zuvor unbegrenzt abrechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen in die Praxisbudgets integriert, so daß sich der Anteil der »freien« Leistungen von etwa 50 % auf knapp 15 % des gesamten Leistungsvolumens reduziert. Neben der hausärztlichen Grundvergütung sind es insbesondere Impfungen, operative Leistungen und aufwendige technisch-apparative Leistungen, die weiterhin einzeln außerhalb des Budgets vergütet werden. Zwar werden mit dieser Umgruppierung die Expansionsmöglichkeiten bei den freien Leistungen verringert; da diese im Rahmen der GKV aber den einzig verbleibenden Bereich jenseits des Budgets darstellen, gilt ihnen die unverminderte Aufmerksamkeit der Kassenärzte. Die systematisierte Erfassung und Wiedereinbestellung von Patienten richtet sich vor allem auf die vermehrte Abrechnung von Leistungen aus diesem Bereich. Insbesondere Impfungen sind in diesem Zusammenhang von großem Interesse (Wölker 1997b).

Es waren insbesondere die zuwendungsintensiven Leistungen, also Beratungen und Besuche, die nach der »großen« EBM-Reform in das Praxisbudget überführt wurden. Damit unterwarfen Krankenkassen und KBV genau diejenigen Leistungen, die zuvor noch mit Hilfe einer Höherbewertung und einer unbegrenzten Abrechnungsfähigkeit besonders gefördert werden sollten, nun derselben Mengenbegrenzungslogik wie die übrigen im Rahmen des Praxisbudgets erbrachten Leistungen auch. Dies gilt um so mehr, als gerade unter Budgetierungsbedingungen die Neigung wächst, die sprechende Medizin wegen der hohen

Personalintensität und des hohen Zeitaufwandes zu vernachlässigen. So ist es bezeichnend, wenn Dr. Dr. Peter Schlüter konstatiert: »Im Rahmen der Hausbesuchstätigkeit wird es wie auch in anderen Leistungsgebieten notwendig sein, die Leistungsmenge im Bezug auf das Praxisbudget genau zu beobachten, um hier keine Leistungen zum Nulltarif erbringen zu müssen.« (Schlüter 1997c) Hausbesuche werden demzufolge »ab dem 1. Juli zur wirtschaftlichen Gratwanderung« – nicht ohne Folgen für die Qualität der erbrachten Leistungen: »Ist gegen Ende eines Quartales das Praxisbudget ausgeschöpft und es werden weitere Hausbesuche notwendig, so wird es hierfür keine Vergütung mehr geben. Eine Änderung in der Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung ist daher unvermeidbar.« (Schlüter 1997c) Die Verlagerung zuwendungsintensiver Leistungen in das Praxisbudget kommt einem weitgehenden Verzicht auf die allerorten beschworene Förderung der »sprechenden Medizin« gleich. Allerdings konnte auch der vorangegangene Mengenzuwachs in diesem Bereich keineswegs Anlaß zur Euphorie geben, weil es aufgrund der Begleitumstände als sehr fragwürdig erscheinen muß, ob er tatsächlich im Sprechzimmer – und nicht nur im Praxis-PC – stattfand und die betreffenden Leistungen auch in der erforderlichen Qualität erbracht wurden.

3.4 Patientenbindung und Praxismarketing

Unter den Bedingungen der Budgetierung wächst der auf der ärztlichen Praxis lastende Rationalisierungsdruck. Dabei geht es nicht mehr allein um die Effizienzsteigerung von Arbeitsabläufen oder eine effiziente Nutzung der Praxisräumlichkeiten, sondern vielmehr um eine systematische Erfassung der spezifischen Leistungs-, Patienten- und Kostenstruktur einer Praxis. Sie verfolgt das Ziel, alle Möglichkeiten zur Umsatzsteigerung bei gleichzeitiger Kostensenkung optimal auszuschöpfen.

Weil die dem Arzt je Behandlungsfall zustehende Punktzahl von vornherein festgelegt und die Mengenexpansion außerhalb des Budgets recht eng begrenzt ist, wird die Erhöhung der Fallzahlen und damit die dauerhafte Bindung von Patienten zum bedeutendsten Instrument zur Ausweitung des Leistungsvolumens. »Patientenbindung, Marketingstrategien sind ... Begriffe, die der niedergelassene Arzt berücksichtigen und mit denen er sich intensiv befassen muß.« (Schlüter 1997a) Zu diesem Zweck empfehlen die ärztlichen Praxisberater, zum einen den Patientenstamm systematisch auf Merkmale wie Altersstruktur, Morbiditätsverteilung, Inanspruchnahmeverhalten hin zu durchleuchten, zum anderen die Leistungs- und Kostenstruktur einer Praxis im Detail

zu erfassen. Dr. Dr. Peter Schlüter stellt klar, worauf es dabei ankommt: »Die zentrale Frage, die sich dem Arzt stellt: Was lohnt sich, was lohnt sich nicht?« (Schlüter 1997a) Die gewonnenen Daten fungieren als Grundlage für eine zielgerichtete Ausweitung und Ausdifferenzierung des Leistungsangebots. Auf diese Weise soll der Arzt in die Lage versetzt werden, Marktnischen zu besetzen, das Image seiner Praxis zu verbessern und ihre Anziehungskraft für Patienten zu erhöhen. Die elektronische Datenerfassung ermöglicht es, die Wachstumspotentiale einer Praxis systematisch zu erfassen. »Da dürfen auch Organisationsformen wie die Bestellpraxis oder die Terminpraxis und ein ausgefeiltes Recall-System zur Erinnerung an fällige Impfungen oder Untersuchungstermine kein Tabu sein.« (Schlüter 1997a). Schon mit einem Mausklick können potentielle Abwanderer (welcher Patient hat länger als ein Jahr die Praxis nicht mehr aufgesucht?) oder »Patienten mit Präventivlücken« (Alles 1997a) herausgefiltert werden. Mit den spezifischen Anreizen des Praxisbudgets gewinnt auch die kontinuierliche Kontrolle des eigenen Leistungsgeschehens (»Ertrags- und Kostencontrolling«) an Bedeutung (Alles 1997a), weil sie dem Arzt die hohe Kunst der Punktlandung am Quartalsende abverlangt. Auch hier ist die PC-Software eine unentbehrliche Hilfe: Sie kann das erreichte Abrechnungsniveau auf ein Quartalsergebnis hochrechnen, sie informiert den Arzt über Abrechnungsreserven in den einzelnen Budgetbereichen ebenso wie über eine drohende – möglicherweise regreßrelevante – Überschreitung des Budgets, und sie listet auf Wunsch diejenigen Patienten auf, bei denen – das kommt schon mal vor – eine Leistungsziffer vergessen wurde oder noch eine Kombinationsleistung hinzugefügt werden kann.

Das Praxismarketing umfaßt alle Aktivitäten, die die Umsatzsteigerung fördern. Oberstes Gebot ist dabei die unbedingte Orientierung an den Wünschen und an der Zufriedenheit der Patienten als »Kunden«. Zu diesem Zweck muß der Arzt die Bedürfnisse seiner Kunden in Erfahrung bringen: »Die präzise Kenntnis der Patientenwünsche in Verbindung mit dem Angebot neuer Dienstleistungen im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten wird unentbehrlich. Gezielte Fragebogen-Aktionen können Sie ohne großen Aufwand auch in Ihrer Praxis durchführen. Sie sind die Basis für einen Aktionsplan, wie und womit die Praxis künftig ihren Umsatz machen kann und will.« (Wölker 1997a) In der gleichen Absicht empfiehlt Alles (1997a) den Ärzten, eine »Hit-Liste gerne akzeptierter Praxisleistungen« zu ermitteln. Ob derartige Wünsche auch mit dem medizinisch Sinnvollen identisch sind, steht freilich auf einem anderen Blatt.

3.5 Ausweitung der Privatliquidation

Angesichts der begrenzten Einnahmemöglichkeiten aus den Mitteln der GKV verstärken viele Ärzte ihre Bestrebungen, das Leistungsvolumen aus privater ärztlicher Tätigkeit zu erhöhen. »Da die vertragsärztlichen Leistungen budgetiert sind, werden die nicht budgetierten Einnahmen aus Privatliquidationen und die sonstigen Praxiseinnahmen zunehmend den wirtschaftlichen Erfolg der Praxis bestimmen... Wenn ein Teil der Bevölkerung bereit und in der Lage ist, mehr Geld für die Gesundheit auszugeben, als von ihren Versicherungen übernommen wird, sollten die niedergelassenen Ärzte diese Gruppe aktiv ansprechen und entsprechend bedienen.« (Nissen 1997) Dabei werden unterschiedliche Wege beschritten. Zum einen zielen die Begehrlichkeiten darauf, bei Kassenpatienten medizinische Leistungen privat zu liquidieren, obwohl diese Bestandteil des GKV-Katalogs sind. Kurz nach dem Inkrafttreten der »großen« EBM-Reform entzündete sich darüber in der Standespresse eine heftige Kontroverse. Ärzte hatten sich – anonym – dazu bekannt, auch Kassenleistungen an Patienten privat abzurechnen (»Sono gibt's bei mir nur privat«) und wurden darin von zahlreichen Kollegen unterstützt (z.B. *Ärztliche Praxis* v. 19.3.1996; *Medical Tribune* v. 14.6.1996). Als Begründung wurde u.a. eine Unterscheidung zwischen einer lediglich auf das Ausreichende beschränkten Kassenversorgung und einer demgegenüber optimalen Privatversorgung angeführt (dazu: Beck 1996: 22ff.). Derartige Äußerungen sind immer häufiger anzutreffen. So wird in der *Ärzte-Zeitung* der Eindruck erweckt, als würde eine höhere Qualität von Leistungen oder auch nur eine als unzureichend empfundene Honorierung durch die Krankenkassen die Ärzte zur Privatliquidation von Kassenleistungen berechtigen, wenn es in der dortigen Serie »Kostenmanagement« heißt: »Nach § 12 SGB V dürfen die vertragsärztlichen Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Vertragsärzte, die aufgrund ihrer Ausbildung und Praxisausstattung höherwertigere Leistungen erbringen, als die Krankenkassen bezahlen wollen (!) oder dürfen, müssen diese privat liquidieren.« (Nissen 1997) Schließlich hat auch die KV Hessen in einem Rundschreiben an ihre Mitglieder angekündigt: »Die von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütungen reichen nicht mehr aus, die Behandlung auf dem derzeitigen Stand fortzuführen. Wir müssen uns aus diesem Grund auf den schwierigen Weg begeben, Leistungen, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, und Leistungen, die auf Wunsch der Patienten erfolgen, nur noch im Rahmen der Privatliquidation anzubieten.« (zit. n. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* v. 25.7.1996) Ganz abgesehen

davon, daß derartige Äußerungen die Selbstbechtigung beinhalten, man habe in der Vergangenheit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches verstoßen, ist bezeichnend für die erwähnten Initiativen, daß sie stets im Unklaren lassen, worin jeweils der Unterschied zwischen einer optimal und einer nach Kassenstandard erbrachten Leistung besteht bzw. in welcher Hinsicht Ärzte in der Vergangenheit Leistungen erbracht haben, die über das Maß des Notwendigen hinausgegangen seien. Was bleibt, ist die Botschaft, daß es dem Arzt nicht mehr zugemutet werden könne, unter den gegebenen ökonomischen Rahmenbedingungen das bisherige Leistungsniveau aufrechtzuerhalten, und der Patient in die eigene Tasche greifen müsse, wenn er die gewohnten Leistungen erhalten möchte. Derartige Initiativen und Stellungnahmen tragen zur Schaffung eines Klimas bei, in dem die Privatliquidation von Kassenleistungen als legitim gilt.

In Kenntnis dieser Tendenzen setzten die Kassen in den Verhandlungen über die Praxisbudgets die Aufnahme einer Bestimmung durch, wonach die Privatliquidation von Kassenleistungen auch bei einer Budgetüberschreitung nicht gestattet sei; jedoch sind angesichts der restriktiven ökonomischen Rahmenbedingungen erhebliche Zweifel angebracht, ob sich dieser Passus im Alltag der Arzt-Patient-Beziehung als eine ausreichende Vorkehrung gegen eine schleichende Ausweitung der Privatliquidation bei gesetzlich Krankenversicherten erweist. Diese wird obendrein auch dadurch erleichtert, daß eine Reihe von Leistungen – etwa die Infusionstherapie – existieren, die zwar grundsätzlich sowohl in der GKV als auch privat abgerechnet werden können, im Rahmen der GKV aber bei bestimmten Indikationen unzulässig sind. In solchen Fällen bietet sich gerade bei multimorbiden Patienten dem Arzt die Möglichkeit, durch eine entsprechende Indikationsstellung Leistungen aus dem gesetzlichen Katalog herauszudefinieren.

Mit der Verabschiedung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes eröffnen sich den Ärzten allerdings neue Spielräume zur Privatliquidation von Kassenleistungen. Denn nun ist es allen GKV-Versicherten gestattet, sich für die Kostenerstattung zu entscheiden (§ 13 Abs. 2 SGB V). In diesem Fall werden die betreffenden Leistungen außerhalb des Budgets erstattet. »Unter Budgetbedingungen ... kann mit einem verstärkten Ausweichen auf diese Regelung gerechnet werden – und zwar bei besonders aufwendig zu betreuenden Patienten.« (Alles 1997b)

Zum anderen sind Ärzte in zunehmenden Maße daran interessiert, solche Leistungen zu erbringen, die von den Krankenkassen nicht erstattet werden. Der stellvertretende Hauptgeschäftsführer der KBV, Lothar Krimmel, sieht auf diesem Gebiet gute Expansionsmöglichkeiten:

»Ich bin überzeugt, daß die Kassenärzte einem erheblichen Praxissterben nur dann werden entgehen können, wenn es ihnen gelingt, ihre Einkünfte aus privatärztlicher Tätigkeit in den nächsten zehn Jahren zu verdoppeln. Damit meine ich nicht etwa ein Mehr an Leistungen in der privaten Krankenversicherung, sondern vielmehr privatärztliche Leistungs- und Serviceangebote gerade auch für gesetzlich Krankenversicherte.« (Krimmel 1997: 86) In diesem Sinne weist Dr. Dr. Peter Schlüter darauf hin, daß »auch Überlegungen wichtig (sind), wie und in welchem Umfang Leistungen außerhalb der Erstattungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten werden. Diese wären dann privat zu liquidieren.« (Schlüter 1997a) Mit Leistungen wie Eigenbluttherapie, Ozon-Sauerstoff-Therapie und anderen Verfahren werden den Ärzten nunmehr solche Behandlungsmethoden empfohlen, die schulmedizinisch zumindest umstritten sind und vor nicht allzu langer Zeit unter der Ärzteschaft noch verpönt waren.

Schließlich gewinnen bei der Kassenärzteschaft in dem Maße, wie sich die von der GKV zur Verfügung gestellten Finanzmittel als begrenzt erweisen, Bestrebungen an Gewicht, mit Hilfe einer durchgreifenden Privatisierung der Behandlungskosten die Höhe der Gesamtvergütung jenseits des von der GKV zur Verfügung gestellten Honorarvolumens auszuweiten. Nun rückt in den Diskussionen und Positionsbestimmungen der Kassenärzteschaft immer deutlicher die Forderung in den Vordergrund, daß auf die Rationierung der Finanzmittel mit einer Rationierung der Leistungen reagiert werden müsse (Dauth 1996: B-1243ff.; Maus 1996: B-1247ff.). Das »Rheinische Ärzteblatt« brachte dieses Ansinnen auf die griffige Formel: »Begrenztes Honorar verlangt begrenzten Leistungskatalog« (Rheinisches Ärzteblatt 1993: 642), und der Vorsitzende des Berufsverbandes der Allgemeinärzte, Kossow, stellte fest: »Auf die Dauer kann es keine Globalbudgetierung bei sozialrechtlich garantiertem unbegrenzten Leistungsanspruch geben.« (Kossow 1996: 41) So hat die KBV in der Diskussion um die »dritte Stufe« der Gesundheitsreform denn auch Vorschläge zur umfangreichen Ausgliederung von Leistungen aus der Erstattungspflicht der Krankenkassen unterbreitet (Ärzte-Zeitung v. 5.11.1996). Es läßt sich also unter dem Druck restriktiver finanzieller Rahmenbedingungen eine wachsende Bereitschaft der Kassenärzte und ihrer Standesorganisationen feststellen, die Patienten für erbrachte Leistungen privat zur Kasse zu bitten, um die eigenen Honorarwünsche zu befriedigen.

3.6 *Standardisierung und bürokratische Kontrolle ärztlicher Tätigkeit*

Bereits in der Konzipierungsphase der »großen« EBM-Reform hatten die KBV-Experten von einer Standardisierung des Zeitaufwandes für ärztliche Tätigkeit Gebrauch gemacht. Um zu einer annähernd verlässlichen Berechnungsgrundlage für die innerärztliche Einkommensverteilung zu gelangen, wurden die einzelnen Leistungen betriebswirtschaftlich kalkuliert und dabei der Faktor »Arbeitszeit« aufgewertet. Allerdings blieb es nicht beim informellen Charakter dieser Berechnungsgrundlage. Mit der Neuordnung des Gebührenverzeichnisses wurden erstmals Zeitvorgaben für eine Reihe von Gesprächs- und Besuchsleistungen auch in den EBM aufgenommen. Zuvor war dies nur bei einigen wenigen psychotherapeutischen Leistungen der Fall. Diese Zeitvorgaben sollten zum einen ein Mindestmaß an Zuwendung sicherstellen, zum anderen die Abrechnungshäufigkeit der betreffenden Leistungen begrenzen. Sie waren in dieser Hinsicht eher ein Instrument zur Qualitätssicherung, zur Mengenbegrenzung und zur Begrenzung der innerärztlichen Honorarumverteilung als ein direktes Instrument zur Kostensenkung. Jedoch wiesen die hohen Abrechnungsfrequenzen bei den zuwendungsintensiven Leistungen darauf hin, daß die Zeitvorgaben offenkundig unwirksam waren und vielfach schlicht mißachtet wurden. Darüber hinaus – so lautete ein auch in der Ärzteschaft immer wieder erhobener Vorwurf – hatte eine Vielzahl von Ärzten versucht, die Mengenbegrenzungsregelungen durch die Etablierung von Überweisungsketten oder durch unkorrekte Abrechnungen zu unterlaufen.

Die erwähnten Ausweichreaktionen zogen ihrerseits einen weiteren Bürokratisierungsschub nach sich. Die KVen sahen sich nun gezwungen, die Kontrolle ärztlichen Handelns durch eine Verschärfung der Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen auszuweiten. Sie waren dabei dem Druck der Krankenkassen ausgesetzt, aber auch selbst an einer wirksamen Mengenbegrenzung interessiert, denn zum einen galt es, die Verwerfungen innerhalb der Ärzteschaft in Grenzen zu halten, zum anderen hatte das Bundesgesundheitsministerium der KBV bedeutet, daß eine Lockerung des Budgetdeckels und eine partielle Rückkehr zu festen Punktwerten eine durchgreifende Begrenzung der Leistungsmenge voraussetze (Ärzte-Zeitung v. 27.5.1995). Die KVen entwickelten detaillierte Zeitvorgaben, um die abgerechneten Leistungen auf ihre Plausibilität hin zu überprüfen. Im Zuge der Kontrollen kam es zu einer Vielzahl von Beanstandungen. Zahlreiche KVen leiteten Disziplinarverfahren gegen Ärzte ein, manche schalteten auch die Staatsanwaltschaft

ein, wenn der Verdacht betrügerischer Abrechnung vorlag. Die Überprüfungen förderten in zahlreichen Fällen Implausibilitäten zutage. Den Vogel schoß ein Berliner Allgemeinmediziner ab, der sich 25,2 Stunden am Tag um seine Patienten gesorgt hatte. Damit übertraf er noch einen niedergelassenen Orthopäden, der sich eine Verschnaufpause von täglich immerhin 1,8 Stunden gegönnt hatte, aber bei der Leistungsmenge mit 7,7 Millionen Punkten im 2. Quartal 1996 (Ärzte-Zeitung v. 28.2./1.3.1997) die Konkurrenten auf die Plätze verweisen konnte. Bei diesen Berechnungen ist überdies zu berücksichtigen, daß die von der KV Berlin zugrunde gelegten Zeitvorgaben noch ungemein großzügig gehalten waren. »Durch eine Verschärfung der KV-eigenen Zeitvorgaben könnten mehrere hundert Ärzte, die nach KV-Berechnungen zehn und mehr Stunden ärztlich tätig waren, in den implausiblen oder hoch-implausiblen Bereich rutschen.« (Ärzte-Zeitung v. 28.2./1.3.1997) Neben den Plausibilitätsprüfungen und den bisher üblichen horizontalen – also auf den zwischenärztlichen Vergleich gerichteten – Wirtschaftlichkeitsprüfungen treten unter den Bedingungen des neuen EBM mehr und mehr auch Vertikalvergleiche in den Vordergrund, also solche Instrumente, die ein übermäßiges Mengen- oder Fallzahlenwachstum beim einzelnen Arzt innerhalb eines bestimmten Zeitraums sanktionieren (Praxisbudgets 1997, passim). Mit der Verschärfung ihrer Kontrollfunktion zogen die KVen den Unmut eines großen Teils ihrer Mitglieder auf sich. Es häuften sich Vorwürfe, die KVen betrieben das Geschäft der Kassen, und teilweise kam es sogar zu organisierten Protesten gegen Mitglieder der KBV- bzw. KV-Führungen (z.B. Der Kassenarzt 1996, H. 33/34: 18ff.; Süddeutsche Zeitung v. 22.7.1996). Das vor dem Hintergrund der Kostendämpfungspolitik ohnehin schon gesunkene Ansehen der KVen bei ihren Mitgliedern (Behagel 1994: 214ff.) wurde nun weiter erschüttert (Bossmann 1997).

Schließlich nahmen im Zuge der EBM-Reform auch Konflikte zwischen den Mitgliedern in den KVen an Bedeutung zu. Dies betraf sowohl die Interessendivergenzen zwischen den ärztlichen Fachgruppen als auch innerhalb dieser. Vor allem die ehrlich abrechnenden Ärzte sahen sich durch das Abrechnungsverhalten zahlreicher Kollegen um ihr Honorar betrogen, weil ihr Einkommen sowohl durch den Verzicht auf Punktzahlsteigerungen als auch durch den niedrigen Punktwert sank. Darüber hinaus hätte der Punktwertverfall auch diejenigen Ärzte getroffen, die (fast) ausschließlich auf Überweisungen hin tätig werden und sich daher an der Mengenausweitung nicht beteiligen konnten. Auch für Arztgruppen mit einem hohen Fixkostenanteil hätte der Punktwertrückgang finanzielle Einbußen nach sich gezogen. In zahlreichen KVen

bildeten sich »Interessengemeinschaften ehrlich abrechnender Ärzte«, die gegen Kollegen vorgingen, die sie des Abrechnungsbetrugs verdächtigten.

3.7 *Festschreibung von Versorgungs-schieflagen*

Es ist gezeigt worden, daß das neue Vergütungssystem eine Vielzahl von Fehlsteuerungen mit sich bringt. Aber selbst wenn man der Logik einer ökonomischen Steuerung von Gesundheitsleistungen folgen wollte, so würde die Vergütungsreform dem skizzierten Anspruch nicht gerecht werden. Jedwedes tragfähige Steuerungskonzept, das sich an einem medizinischen Behandlungsoptimum orientierte, hätte schon methodisch die Ermittlung eines Behandlungsbedarfs und eines erforderlichen Versorgungsangebots zur Voraussetzung. Nicht einmal dieser Anforderung wird das neue Honorarmodell gerecht.

Die Berechnungen zur »großen« EBM-Reform wie zu den Praxisbudgets basieren auf den vorgefundenen Versorgungsrealitäten, also den gegebenen Strukturen der Leistungserbringung. Damit findet die Vielzahl der Schieflagen, Defizite und Verzerrungen in der medizinischen Versorgung Eingang in die neue Vergütungsstruktur. Dieses Problem wird durch die Regionalisierung der Budgetberechnung noch potenziert. Mit der Berechnung der Praxisbudgets erfahren die KVen eine erhebliche Aufwertung. Sobald auf regionaler Ebene die Fallzahlen oder die Fallpunktzahlen in einer Arztgruppe um mehr als drei Prozent von der bundesweiten KBV-Vorgabe abweichen, kann die betreffende KV nach einem vorgegebenen Verfahren eine eigenständige Berechnung der Praxisbudgets durchführen. Dies ist ein Ergebnis des Drucks derjenigen Arztgruppen in den KVen, die zu den Verlierern einer bundesweit einheitlichen Regelung gezählt hätten. In den einzelnen Regionen weichen – selbst innerhalb einzelner Arztgruppen – die Fallzahlen und die Fallpunktzahlen zum Teil erheblich voneinander ab. Sie sind nicht in erster Linie auf Unterschiede in Morbidität und Behandlungsbedarf zurückzuführen, sondern vor allem Ausdruck historisch gewachsener Versorgungsstrukturen in den einzelnen Regionen (KBV 1997: B-693): In Regionen mit einer hohen Arztdichte kompensierten Ärzte ihre niedrige Fallzahlen üblicherweise mit hohen Fallpunktzahlen je Arzt; in Regionen mit einer geringen Arztdichte gingen hohe Fallzahlen häufig mit niedrigen Punktzahlen je Fall einher (Ballast 1996; auch: Praxisbudgets 1997, passim). Auch die Praxisstrukturen unterscheiden sich regional; darüber hinaus wurden auch die Wirtschaftlichkeitsprüfungen regional unterschiedlich rigide gehandhabt. Da nun diese regionalen

Versorgungsstrukturen zur Grundlage der Budgetberechnung gemacht wurden, unterscheiden sich auch die den Angehörigen einer Arztgruppe regional zugestanden Fallpunktzahlen voneinander. Diese Abstände sind zum Teil erheblich, wie die in Tabelle 1 zusammengestellten Extremwerte zeigen.

Tabelle 1:
Punktzahlen je Behandlungsfall für das Praxisbudget (Mitglied/Familienangehörige) bei ausgewählten Arztgruppen

Arztgruppe	niedrigste KV-Punktzahl	bundesweite KBV-Punktzahl	höchste KV-Punktzahl	Index Spalte 4 (Spalte 2=100)
1	2	3	4	5
Allgemeinärzte	481 (KV Sachsen-Anhalt)	610	658 (KV Bremen)	137
Frauenärzte	408 (KV Rheinhessen)	520	553 (KV Saarland)	136
Hautärzte	355 (KV Hamburg)	415	500 (KV Trier)	141
HNO-Ärzte	649 (KV Koblenz)	745	896 (KV Bayern)	138
Orthopäden	490 (KV Hessen)	685	933 (KV Bremen)	190

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach: Praxisbudgets 1997, passim; eigene Berechnungen.

Die Berechnung der Fallpunktzahlen basiert also nicht auf einem – wie auch immer ermittelten – medizinischen Bedarfsoptimum, sondern auf dem politischen Interesse der KVen, keine wesentlichen Veränderungen am bisherigen Honorarverteilungsschlüssel zuzulassen. Die regionalisierten Praxisbudgets spiegeln zwar die jeweilige Versorgungssituation wider, sind damit aber auch Ausdruck von Unwirtschaftlichkeiten und Fehlallokationen und schreiben diese zugleich fort. Im Ergebnis stehen für im wesentlichen gleichartige Patientenprobleme regional zum Teil sehr unterschiedliche Praxisbudgets zur Verfügung.

4. Statt einer Zusammenfassung

Auf das üblicherweise an dieser Stelle erwartete Resümee soll hier verzichtet werden. Stattdessen sei ein Auszug aus der Kolumne »Tips für die Arzhelferin« (Ärzte-Zeitung) wiedergegeben, der am Beispiel des Gesundheits-Checkups auf die Auswirkungen der Honorarreform eingeht.

Diese Schilderung ist nicht nur weit anschaulicher, als es eine Zusammenfassung des Gesagten wäre, sondern auch – obwohl man über den medizinischen Nutzen der hier als Beispiel gewählten Leistung durchaus geteilter Meinung sein kann – überaus lehrreich, weil in ihr die vom Standpunkt der medizinischen Versorgung widersinnigen Anreize sichtbar werden, die die Honorarreform beim ökonomisch rational handelnden Arzt setzt. In der Kolumne heißt es:

»Mit Beifallstürmen, ungeheurem Werbeaufwand und zahllosen begleitenden Informationsveranstaltungen wurde er einst aus der Taufe gehoben: der Gesundheits-Checkup. (...) Für den engagierten Doktor auch wirtschaftlich bedeutsam, wurde die Gesundheitsuntersuchung (...) fortan ein wichtiges Zugpferd. So wichtig, daß für die akquirierende Arzthelferin in der Anmeldung in vielen Praxen pro Checkup eine Prämie von 2,50 bis 5 DM gezahlt wurde. Gut angelegtes Geld, denn der Check wurde zu einem relativ stabilen Punktwert und ohne Honorardeckel vergütet, was dem Praxiskonto – bei entsprechendem Einsatz – außerordentlich gut tat. (...) Und nun das! Mit einem Federstrich werden ungerührt Checkup und Krebsvorsorge zu budgetierten Leistungen erklärt. (...) Somit verbleibt ein magersüchtiger ›Katalog der freien Leistungen‹, der für rührige Praxisteams eine glatte Verhöhnung bedeutet, die bislang die Fahne der Prävention (...) hochgehalten haben. (...) Soll sich die Vorsorge-Aktion rechnen, braucht die Praxis Scheine zum ›Verdünnen‹. Konsequenz müßte der den Check begehrende Patient seine Familienangehörigen im Schlepptau haben, damit die Sache auch finanziell aufgeht. (...) Welche gradlinige Arzthelferin wird sich schon dafür hergeben wollen, jetzt plötzlich den Patienten zu überzeugen, daß Vorsorge und Checkups nur unnötige Zeitverschwendung sind und nichts mehr bringen? Also bleibt nur Resignation? Nein. Vergessen wir nicht: Die Impfungen sind und bleiben freie Leistungen, so daß auch Memoryaktionen wie Recall weiterhin sinnvoll und notwendig bleiben. Wichtig ist auch das weitere, wenn auch gezielte Angebot von Gesundheitsuntersuchungen, damit nicht nur zeit- und besuchsaufwendige, schwerkranke Patienten behandelt werden, sondern auch gesunde Patienten die Praxis aufsuchen, die das Arzneimittel- und Praxisbudget nicht belasten. Vergessen wir auch nicht den privaten Checkup nach der GOÄ-Nr. 29 8 (...)« (Wölker 1997b)

Ob das gegenwärtige Honorarsystem von Dauer sein wird, ist durchaus ungewiß. Die KBV hat sich auf ihrer Eisenacher Vertreterversammlung im Mai 1997 mit knapper Mehrheit dafür ausgesprochen, in den Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf ein baldiges Auslaufen der Praxisbudgets hinzuwirken. Auch die mit der

»dritten Stufe« der Gesundheitsreform veränderten Bestimmungen zur kassenärztlichen Honorierung halten an den mit der EBM-Reform implementierten Leistungsanreizen fest. Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz schreibt die Definition eines Regelleistungsvolumens vor, das mit einem festen Punktwert zu vergüten ist. Der Zuschnitt und die vorgeschriebenen Berechnungsmodi des Regelleistungsvolumens sind mit der Konstruktion der Praxisbudgets durchaus kompatibel, unterscheiden sich von den bisherigen Bestimmungen allerdings dadurch, daß sie für die über die Punktzahlbergrenze hinausgehenden Leistungen eine Vergütung mit einem floatenden Punktwert vorsehen und damit die Deckelung der Ausgaben für ambulante Behandlung aufheben. Es ist jedoch kaum davon auszugehen, daß in der nahen Zukunft an der Anreizstruktur des Honorarsystems grundlegende Veränderungen vorgenommen werden. Allerdings wird die Einführung von Praxisbudgets und Regelleistungsvolumina auch nicht die letzte Reform der kassenärztlichen Vergütung gewesen sein.

Die bisherige Einzelleistungsvergütung hat maßgeblich zu den Fehlsteuerungen in der medizinischen Versorgung beigetragen, die eingangs erwähnt worden sind. Ihre absurden Konsequenzen sind hinlänglich bekannt (z.B. Abholz 1992). Der mit der »großen« EBM-Reform und den Praxisbudgets eingeführte Vergütungsmodus setzt dem einen veränderten ökonomischen Anreiz entgegen. Dabei sah die »große« EBM-Reform immerhin noch gestaltende Komponenten vor, auch wenn sich die eingesetzten Instrumente als untauglich erwiesen. Die Praxisbudgets hingegen sind im wesentlichen ein Instrument zur Mengenbegrenzung und zur Punktwertstabilisierung. Hier ist überhaupt kaum noch der Versuch erkennbar, das medizinische Leistungsgeschehen zu steuern. Insofern spiegelt sich im Übergang zu den Praxisbudgets auch die fortschreitende Ökonomisierung der Gesundheitspolitik wider.

Das Vergütungssystem, das sich im Ergebnis der beiden großen Reformschritte herausgebildet hat, begünstigt eine Tendenz zur Unterversorgung und zur Selektion von Risiken, eine Tendenz zur Fallzahlerhöhung und zur Ausweitung der Privatliquidation, und nicht zuletzt eine Tendenz zur erneuten Vernachlässigung der zwendungsintensiven Medizin. Von einer bedarfsadäquaten Steuerung des medizinischen Leistungsgeschehens durch das neue Honorarmodell kann also keine Rede sein. Zudem verfügen die Kassenärzte über eine Vielzahl von Ausweichreaktionen, mit denen sie sich die vom Vergütungssystem gesetzten Anreize zunutze machen können. Daher zieht die Ökonomisierung der Leistungserbringung auch stets eine Bürokratisierung nach sich. Der Patient sieht sich nun, zumal die Kassen den Zwängen

einer Wettbewerbsordnung und restriktiver ökonomischer Rahmenbedingungen unterworfen sind, nur noch Akteuren gegenüber, die ein monetäres Interesse an der Begrenzung von Leistungen haben.³ Gerade unter diesen Bedingungen werden Budgetierungen und Pauschalierungen zu einem Instrument zur Leistungsrationierung. Dies wird in den engagierten Plädoyers für ein Pauschalssystem (Abholz 1995: 47ff.) – so scheint mir – bisweilen unterschätzt.

Bisher ist stets versucht worden, mit neuen finanziellen Anreizen Art und Umfang des medizinischen Leistungsgeschehens zu steuern. Die bisherigen Erfahrungen werfen die Frage auf, ob darin nicht die Lösung, sondern vielmehr der Kern des Problems steckt. Es wäre demzufolge darüber nachzudenken, wie das medizinische Leistungsgeschehen sowohl dem Zwang zur Amortisierung umfangreicher privater Investitionen als auch der Verlockung hoher Gewinne entzogen werden kann. Dies wäre im übrigen auch im Sinne einer – wohlverstandenen – Autonomie ärztlichen Handelns.

Korrespondenzadresse:

Dr. Thomas Gerlinger

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität

Institut für Medizinische Soziologie

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt a.M.

Anmerkungen

- 1 Nur einige wenige Arztgruppen – wie z.B. Radiologen und Laborärzte – wurden von den Praxisbudgets ausgenommen. Dabei handelt es sich vor allem um solche Disziplinen, die fast ausschließlich auf der Grundlage von Überweisungen tätig werden und deren Einzelleistungen in der Regel außerordentlich hohe Kosten mit sich bringen.
- 2 Indem die Ordinationsgebühr nun in die Praxisbudgets integriert ist, unterliegt sie allerdings den dortigen Mengengrenzungsstendenzen.
- 3 Vor diesem Hintergrund wäre es im übrigen von großem Interesse, der Frage nachzugehen, wie sich die Beteiligten im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zur Aufnahme neuer Leistungen in den GKV-Katalog verhalten.

Literatur

- Abholz, H.-H. (1992): Wie soll man das bezahlen? Ein Vergleich ärztlicher Honorierungssysteme. In: Arbeit und Sozialpolitik, Jg. 46, Heft 5-6, S.18-25
- Abholz, H.-H. (1995): Plädoyer für ein Pauschalssystem. Die Honorierung ärztlicher Leistungen ist reformbedürftig. In: Soziale Sicherheit, Jg. 44, Heft 2, S.47-52
- Ärzte-Zeitung, versch. Ausgaben

Ärztliche Praxis vom 19.3.1996

Alles, B. (1997a): Der Arzt als Unternehmer: Informationsbeschaffung zur Krisenbewältigung ist Chefsache. In: *Ärzte-Zeitung* vom 20.3.1997

Alles, B. (1997b): Das 2. NOG kommt – und der Arzt als Unternehmer grübelt. In: *Ärzte-Zeitung* vom 19.6.1997

Allianz (1994): Positionspapier der »Allianz der Kassenärztlichen Vereinigungen für Evolution und Fortschritt«. In: *Ärzte-Zeitung* vom 31.1.1994

Arzt und Wirtschaft, 1997, Jg. 31, Heft 4

Ballast, T. (1996): Mengenbegrenzung im EBM: Praxisbudgets. In: *Die Ersatzkasse*, Jg. 76, Heft 12, S.440-446

Beck, W. (1996): Einfallsreichtum bei KassenärztInnen oder: Wundersame Leistungsvermehrung und private Zuzahlung. In: *Dr. med. Mabuse*, Jg. 21, Nr. 102, S.22-25

Behagel, K. (1994): Kostendämpfung und ärztliche Interessenvertretung. Ein Verbandssystem unter Streß. Frankfurt a.M., New York

Bewertungsausschuß (1996): Beschluß des Bewertungsausschusses gemäß §87 Abs. 3 SGB V (49. Sitzung) vom 19. November 1996. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 93, Heft 50, S.B-2618-B-2623

Bewertungsausschuß (1997): Beschluß des Bewertungsausschusses gemäß §87 Abs. 3 SGB V (50. Sitzung) vom 11. März 1997 in Köln. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 94, Heft 13, S.B-695-B-703

Bossmann, A. (1997): Wie tief geht der Riß? In: *Der Kassenarzt*, Jg. 37, Heft 11, S.16-21

Dauth, S. (1996): Nach langem Ringen: Mehrheit für Praxisbudgets und Integrationsmodell. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 93, Heft 24, S.B-1243-B-1247

Frankfurter Allgemeine Zeitung (Rhein-Main-Zeitung) v. 25.7.1996

Gerlinger, Th. (1997): Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die kassenärztlichen Leistungen 1993-1996. Diss. Frankfurt a.M.

Der Kassenarzt, versch. Ausgaben

KBV (1993): Tätigkeitsbericht 1993. Köln

KBV (1994): Tätigkeitsbericht 1994. Köln

KBV (1996): Vernetzte Praxen und flexible Vertragsformen – Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung (= KBV Kontext, Nr. 3). Köln

KBV (1997): Die Einführung von Praxisbudgets zum 1. Juli 1997. Gründe und Inhalte. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 94, Heft 13, S.B-691-B-694

Kossow, K.-D. (1996): Anforderungen an die zukünftige ambulant-ärztliche Honorargestaltung. In: *Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): Reform ambulant-ärztlicher Honorierung. Finanzielle Auswirkungen im Gesundheitswesen (= Gesprächskreis Arbeit und Soziales, Nr. 63)*. Bonn, S.41-43

Krimmel, L. (1997): »In Zukunft kann die Patientenversorgung wieder im Mittelpunkt stehen.« Interview mit Lothar Krimmel. In: *Forum für Gesellschaftspolitik*, Jg. 3, Heft 4, S.81-89

Kühn, H. (1996): Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin (= WZB-Paper 96-207). Berlin

Maus, J. (1996): Schorre: Umverteilung ist die eigentliche Revolution. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 93, Heft 24, S.B-1247-B-1250

Medical Tribune vom 14.6.1996

Nissen, A. (1996): Bessere Patientenbindung sichert wirtschaftlichen Praxiserfolg. In: *Ärzte-Zeitung* vom 10.9.1996

- Nissen, A. (1997): Kostenmanagement: Nicht budgetierte Leistungen und Privatliquidation bestimmen Erfolg. In: *Ärzte-Zeitung* vom 15.4.1997
- Praxisbudgets (1997): Praxisbudgets und die regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe, 3 Teile (Sonderdruck der *Ärzte-Zeitung*). Neu-Isenburg
- Reinhardt, U.; Sandier, S.; Schneider, M. (1986): Die Wirkungen von Vergütungssystemen auf die Einkommen der Ärzte, die Preise und auf die Struktur ärztlicher Leistungen im internationalen Vergleich (= Gesundheitsforschung, Forschungsbericht 148, hrsg. v. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung). Augsburg, Paris
- Rheinisches Ärzteblatt, 1993, Jg. 47, Heft 14
- Schlüter, P. (1997a): Richtig abrechnen: Eine grundsätzlich neue Einstellung wird erwartet. In: *Ärzte-Zeitung* vom 30.4.1997
- Schlüter, P. (1997b): Richtig abrechnen: Die Zeit ist nun reif für einen tiefgreifenden Paradigmenwechsel. In: *Ärzte-Zeitung* vom 12.5.1997
- Schlüter, P. (1997c): Hausbesuche werden ab dem 1. Juli zur wirtschaftlichen Gratwanderung. In: *Ärzte-Zeitung* vom 26.6.1997
- Schorre, W. (1996): Wir stehen am Wendepunkt. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 93, Heft 31/32, S.B-1565
- Arbeitsgemeinschaft (1995): Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Eckpunkte zur Gestaltung der Vertragsbeziehungen im Gesundheitswesen: o.O.
- Süddeutsche Zeitung vom 22.7.1996
- Wölker, T. (1997a): Tips für die Arzthelferin: Lernen Sie die Wünsche Ihrer Patienten kennen! In: *Ärzte-Zeitung* vom 25.3.1997
- Wölker, T. (1997b): Tips für die Arzthelferin: Aus für den Gesundheits-Checkup: Der Grabgesang für die Prävention? In: *Ärzte-Zeitung* vom 20.5.1997