

Diskussion: Kassenärztliche Honorarpolitik und Vergütungsreform

Redaktionelle Vorbemerkung

Im letzten Jahrbuch für Kritische Medizin veröffentlichte Thomas Gerlinger – seit 1997 Mitherausgeber und Redaktionsmitglied des JKM – einen Aufsatz, in dem er neuere, seines Erachtens durch fundamentale Verschiebungen gesundheitspolitischer Interessen- und Kräftekonstellationen hervorgerufene Reformentwicklungen auf dem Gebiet der kassenärztlichen Vergütung analysierte und die davon ausgehenden Handlungsanreize und Steuerungswirkungen einer kritischen Bewertung unterzog. Die in diesem Zusammenhang getroffenen Aussagen stießen bei Heinz-Harald Abholz – Beiratsmitglied und Mitbegründer des JKM – in mehrfacher Hinsicht auf Widerspruch und veranlaßten ihn zu einer schriftlichen Stellungnahme, auf die Thomas Gerlinger wiederum ausführlich antwortete. Was zunächst nur ein persönlicher Briefwechsel war, hält die Redaktion für so interessant – weil diskussionsanregend und erkenntnisfördernd –, daß sie es hier mit Einverständnis der Autoren und in stilistisch nachbearbeiteter Form öffentlich macht. Es wäre durchaus in unserem Sinne, wenn solche Diskussionen auch in künftigen Jahrbüchern stattfänden.

Heinz-Harald Abholz

Anmerkungen zu Thomas Gerlingers Aufsatz im Jahrbuch für Kritische Medizin 28

Seit 1986 bin ich als beratender Arzt des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen im Arbeitsausschuß des Bewertungsausschusses von KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen vertreten. Der Arbeitsausschuß bereitet inhaltlich vor, was dann (mit geringen Abweichungen) politisch im Bundesausschuß entschieden wird. Ich war also bei allen Schritten der EBM-Reform anwesend. Vor diesem Erfahrungshintergrund möchte ich nun einige Einwände gegen Thomas Gerlingers Geschichtsschreibung der EBM-Reform formulieren.

(1) Gerlinger hat eine absolut andere Einschätzung der Macht der Krankenkassen als ich. Bei ihm sind im Zusammenhang mit den EBM-Reformen die Krankenkassen die Aktiven, die die KBV zu Zugeständnissen zwingen etc. (102ff.). Ich habe dies, zurückhaltend ausgedrückt, anders erlebt: alle Vorschläge zu den Reformen sind von der KBV

gekommen, die Kassen waren die primär Ablehnenden und konnten dann – mühselig, auch durch mich – dazu gebracht werden, den KBV-Weg zu gehen. Die einzelnen Kassenarten waren hierbei unterschiedlich willig. Die von Gerlinger geschilderten Vorteile der neuen Vergütungsstruktur (auch aus Kassensicht) mußten erst herausgearbeitet werden, am Schluß war es – unter massivstem Druck der KBV – dann möglich, gemeinsam dem KBV-Vorschlag zuzustimmen. Dies gilt für beide Reformen. Der im Aufsatz angesprochene verschärfte Wettbewerb der Kassen im Gefolge des GSG trieb diese honorarpolitisch übrigens mehr auseinander als zusammen – wie von Gerlinger (102) nahegelegt.

Für mich stellt sich also vielmehr die Frage: Wie konnte es sein, daß die KBV hier etwas unternahm, was gegen ihre bisherige Politik – nämlich Leistungsausweitung zu ermöglichen – ging? Ein wichtiger Faktor war das Fortbestehen eines limitiertes Gesamtbudgets auf weitere Sicht, d.h. daß Leistungsausweitungen zum Punktwertverfall und damit zum Hamsterrad-Phänomen führten. Der Druck der unzufriedenen Kassenärzte wuchs infolgedessen.

Fernerhin und nach meinem Dafürhalten – geschlußfolgert aus vielen Gesprächen mit KBV-Vertretern sowie dem in den Sitzungen zu gewinnenden Eindruck – war aber entscheidend, daß ein Auseinanderbrechen der Ärzteschaft insgesamt bevorsteht. Es war (und ist auch heute unvermindert) spürbar, daß die Unterschiede im Verdienst zwischen den einzelnen Arztgruppen wie auch innerhalb dieser – insbesondere unter einem limitierten Gesamtbudget – zum Zerbersten der Einheitlichkeit und damit auch der professionellen Autonomie der Ärzteschaft führen muß. Die Mehrheit der KBV-Spitze hat damals gespürt: Entweder wir halten jetzt die Ärzteschaft mit den EBM-Reformen noch zusammen, oder es ist eine Frage von zwei bis vier Jahren, bis sie zerschlagen und damit »entmacht« ist – so wie wir es übrigens in den USA sehen. Für mich sind die EBM-Reformen – ganz wesentlich, wenn nicht ausschließlich von der KBV getragen – also hochgradig standespolitische Veranstaltungen, die darauf abzielen, die Einheit der Ärzteschaft zu bewahren – übrigens etwas, das ich inzwischen auch als rettenswert ansehe.

Die Frage ist nun, warum das alles nicht gelungen ist, warum eine Reform nach der anderen scheiterte, wobei die Ergebnisse der ersteren noch nicht einmal auswertbar waren (genauso wie jetzt die dritte Reform schon vor Vorliegen der Ergebnisse der zweiten vorbereitet wird). Jeder Reformier wäre ein Dummkopf, wüßte er nicht, daß Reformen eine Weile in Kraft sein müssen, ehe man sie in ihrem Effekt wirklich beurteilen kann. So stellt z.B. die Umorientierung der Ärzte von der Einzelleistungsvergütung hin zu Pauschalssystemen einen Kulturwandel

dar, der zu seiner Realisierung mehrere Quartale, nicht aber weniger als drei Monate braucht. Es war also – aus planerischer Sicht gesprochen – blanker Unsinn, nach zwei Monaten Protest aus den unterschiedlichsten Teilen der Ärzteschaft schon wieder mit einer Kehrtwendung zu beginnen. Die Dummheit wäre zu groß gewesen, denn nichts anderes als solche Proteste waren aus den jeweiligen Gruppierungen der Ärzteschaft zu erwarten. Diese Dummheit kann man aber der KBV nicht unterstellen (von den Spitzenverbänden der Krankenkassen ist hier überhaupt nicht die Rede, weil sie nur reagiert, nie agiert haben – ganz anders als in Gerlingers Sichtweise).

Die Erklärung des ganzen liegt darin, daß die Länder-KVen und die Vertreterversammlung der KBV, die partikulare Interessen repräsentieren, zusammen mit einer starken Minderheit innerhalb der KBV-Spitze, die die Reformen so nicht wollte, hier jeweils die Oberhand gewonnen haben. Immer wieder wurden von dieser Seite – angetrieben durch Partikularinteressen z.B. der Spezialisten, die in vielen KVen die Mehrheit haben – honorarpolitische Umschwünge erzwungen.

Die Folge davon ist, daß die deutsche Ärzteschaft sich in einem Karussell der Abrechnungsmodalitäten befindet: kaum ist das eine eingeführt, nicht einmal ein Abrechnungsergebnis (kommt etwa sechs bis acht Monate nach Abrechnungsende) liegt vor, wird auch schon wieder eine neue Gebührenordnung in Kraft gesetzt. Das Ergebnis kann nur eine massive Demoralisierung sein. Diese aber – dies ist auch von meiner Seite nur eine Deutung, nicht Erfahrenes – führt zum Sehnen nach Privatliquidation. Hiermit wären wir bei dem, was von Regierungsseite neben einer GKV-finanzierten Grundversorgung eigentlich angestrebt wird und was auch weite Teile der Kassenärzteschaft als Lösung sich erhoffen. Nur werden hiermit – bezogen auf die Standesinteressen – nur kurzfristige Motive befriedigt: man kann noch einmal so richtig Geld verdienen – bevor es dann (über die Zerschlagung der deutschen Ärzteschaft, über deren eigene unmoralische Abzockerei etc.) zur eigentlichen Entmachtung, ähnlich wie in den USA, kommen wird.

(2) In die Mißinterpretation dessen, was stattgefunden hat, fällt auch Gerlingers Deutung des Zustandekommens der Praxisbudgets (118). Die Praxisbudgets wurden eben *nicht* »basierend auf vorgefundenen Versorgungsrealitäten« konstruiert, sondern sie waren (fast) eine Revolution. Und diejenigen, die es verstehen mußten, haben es verstanden. Die Praxisbudgets wurden nicht wie bisher anhand der Bewertung von Leistungen, sondern *explizit* von dem folgenden Ziel her konstruiert: Jeder Arzt – gleich welcher Fachrichtung – soll bei der Versorgung einer für seine Fachgruppe durchschnittlichen Patientenzahl nach Abzug der

Praxiskosten, die zwischen den unterschiedlichen Fachgruppen ja differieren, *das gleiche verdienen*. So wurden auf der Basis von Bundesdurchschnittszahlen und unter Zugrundelegung durchschnittlicher Praxiskosten der einzelnen Fachrichtungen für alle Arztgruppen die Budgets *berechnet*.

Unschwer läßt sich erkennen, daß diese »Gleichmacherei« – durchgepaukt von der KBV – nur eine Erklärung haben kann: den verzweifelten Versuch, die Ärzteschaft zu »vereinen«, und zwar auf der Basis, daß nur etwa die Hälfte der Ärzteschaft – dabei alle großen Arztgruppen wie Allgemeinärzte, Kinderärzte, hausärztliche Internisten – gewinnen konnte. Die andere Hälfte – zersplittert in die restlichen Spezialisten – hatte zu verlieren. Sie aber waren es, denen es gelang, über ideologische Argumente, die auch bei Teilen der potentiellen »Gewinner« verfangen, und unter Ausnutzung der Mehrheitsverhältnisse in den KVn die Reform zu stoppen.

Die im EBM vorgegebene Formel zur regionalen Korrektur bei mehr als 3% Abweichung vom Bundesdurchschnitt (118) ist ein Zugeständnis gewesen; regionale Besonderheiten sollten nicht ruckartig – also mit Existenzbedrohung vieler Ärzte – geändert werden. Wäre z.B. der Bundesdurchschnitt einer allgemeinmedizinischen Praxis mit gut 750 Patienten zugrundegelegt worden, so hätten ohne die regionalisierte Formel die Allgemeinmediziner in Berlin (im Schnitt 480 Patienten) mit einem Mal nur etwa 60% des Verdienstes einer bundesdurchschnittlichen Allgemeinarztpraxis bekommen können. Spiegelbildliche Beispiele lassen sich vorstellen und existieren auch tatsächlich.

Auch hier war also das Ziel, »Gerechtigkeit« zwischen den Ärzten zu erreichen, nicht aufgegeben, sondern nur etwas abgeschwächt zu realisieren, wollte man regionale Gegebenheiten nicht zu Katastrophen beitragen lassen. Die von Gerlinger dargestellten Abweichungen (Tabelle S.119) erscheinen ziemlich geringfügig im Vergleich zu den bisherigen und nach wie vor weiter existierenden massiven Ungerechtigkeiten sowohl zwischen den Arztgruppen als auch zwischen verschiedenen Regionen – auch dies war im Vorhinein schon empirisch untersucht worden.

Da die eigentlich im EBM vorgeschriebene Korrekturformel nicht das brachte, was die potentiellen Verlierer dieser Reform wollten, ist auch in der großen Mehrheit der KVn nicht die Formel, sondern der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) eingesetzt worden, um die Reform zu konterkarieren. Hiergegen könnte geklagt werden, weil EBM-Formel über HVM geht – nur: wer klagt?

Nun noch zu einigen weiteren Kritikpunkten, die allerdings eher Kleinigkeiten darstellen:

(3) Der Unterschied zwischen Fall- bzw. Kopfpauschale einerseits und Budget andererseits besteht darin, daß bei letzterem Leistungen am Patienten dokumentiert und erbracht werden müssen (um das Budget zu »füllen«). Damit soll Anreizen zur Vernachlässigung des Patienten (Einstreichen des Honorars und möglichst wenig dafür tun) entgegen gewirkt werden. Auch bei Fall-/Kopfpauschalen wird – genauso wie beim Praxisbudget – nie auf den einzelnen Patienten, sondern *immer* nur auf die Summe der Patienten berechnet. Der in dem Aufsatz dargestellte Unterschied in dieser Hinsicht existiert nicht – es wäre übrigens auch eine absurde Lösung, wollte man bezogen auf den einzelnen Patienten budgetieren.

(4) Die Ordinationsgebühr (105f.) ist nicht zu erbringen, sie tritt vielmehr immer dann ein, wenn mindestens eine Arzt-Patient-Begegnung stattfindet. Die Ausweitung der Ordinationsgebühr war übrigens nicht so stark, wie im Aufsatz nahegelegt. Vielmehr war die Leistungsausweitung – wie von Gerlinger an anderer Stelle auch gesagt wird – wesentlich durch die Ausweitung der weiterhin bestehenden Einzelleistungen bedingt.

(5) Praxisbudgets führen nicht regelhaft – wie auf Seite 107 behauptet – zur Unterversorgung, d.h. zum Streben nach Leistungsminimierung, ist der Kranke erst einmal Patient in der Praxis geworden. Dies wäre vielleicht bei Fall-/Kopf-Pauschalen so. Vielmehr muß das Budget ja mit Leistungen gefüllt werden – wie es später auch richtig beschrieben ist. Hier das »richtige Maß« zu finden, hilft der PC, den heute 70% der Ärzte in ihrer Praxis haben.

Grundsätzlich ist nicht zu bezweifeln, daß auch unter den Bedingungen von Praxisbudgets ein gewisses Risiko der Unterversorgung des einzelnen Patienten besteht. Da aber die Budgets einen großen Spielraum lassen, sehe ich hier nicht das große Problem. Daß dieses Argument immer von den Reformgegnern ins Feld geführt wird, weil es den über Jahre auf das »Raffen« von Einzelleistungen trainierten Arzt leicht anspricht, ist etwas anderes.

Bermerkenswert finde ich, daß in all den Ländern, die modifizierte Pauschalsysteme haben – wobei die Ärzte in der Regel weitaus mehr als ihre deutschen Kollegen die Versorgungsstruktur und deren Qualität professionell reflektieren – Probleme der Unterversorgung infolge pauschaler Vergütung überhaupt kein Thema sind. Ich sage mir hier: offensichtlich scheint das zu klappen – zumindest, wenn man die Ärzte an das »Leben mit der Pauschale« gewöhnt hat (Kulturwandel). Nebenbei: angesichts des hohen Sockels *überflüssiger* (weil medizinisch sinnloser) Diagnostik und Therapie mit all ihren fatalen Folgen

(Medikalisierung, unerwünschte Nebenwirkungen etc.) können wir eine Leistungs»rationierung« durchaus gut gebrauchen.

(6) Man hätte – der letzte Abschnitt des Artikels – darüber nachzudenken, wo ein erreichbares Optimum von Steuerungseinflüssen liegt. Alle Vergütungssysteme – ob Einzelleistungsvergütung, Pauschalhonorierung oder Entlohnung im Angestelltenstatus – enthalten typische Fehlsteuerungsanreize, denen reaktiv oder antizipativ entgegengewirkt werden muß. Die Beschäftigung angestellter Ärzte im ambulanten Bereich beispielsweise würde einiges an Unterversorgung verhindern; schauen wir aufs Krankenhaus, so wäre tendenziell medizinische Überversorgung bei gleichzeitiger menschlicher Vernachlässigung der Patienten zu befürchten. Dies aber im Detail darzustellen ist ein anderes, ein langes Thema.

Noch einmal zurück zu den Punkten (1) und (2), nämlich zur völlig anderen Einschätzung der Rolle der Krankenkassen. Geht man vom Konstrukt unseres Systems der Selbstverwaltung aus, in dem sich Verkäufer von Leistungen (KBV) und Zahler von Leistungen (Kassen) gleichberechtigt gegenüberstehen, beide Seiten finanziell entgegengesetzte Interessen haben und der Interessenausgleich dann nur über inhaltliche Argumentation erfolgen kann, dann ist Gerlingers Sicht der Kassen stimmig. Es war auch meine Sicht, bevor ich vor elf Jahren für die Kassen zu arbeiten begann. Meine Erfahrung, die mich übrigens über lange Zeit tief beeindruckt hat, war dann aber eine ganz andere: Die Ärzteschaft gibt den Ton an, führt und agiert, während die Kassen – insbesondere, wenn es um inhaltliche Fragen geht – zu weiten Teilen nur reagieren. Durch die Bestückung mit beratenden Ärzten – alle Kassenarten haben diese jetzt – ist über die Jahre ein gewisser Wandel eingetreten, der aber – siehe das Beispiel EBM-Reformen – bei weitem nicht so weit gediehen ist, wie man es »eigentlich« erwarten würde. Diese »Schwäche« der Kassen zu erklären, ist wiederum ein sehr komplexes Thema, das auch ich – nach elf Jahren Erfahrung – nur sehr unzureichend bewältigen könnte.