

Thomas Gerlinger

Antwort auf Heinz-Harald Abholz

Die wichtigsten der von Abholz formulierten Kritikpunkte sind, daß ich 1) die Rolle der Kassen bei der Vergütungsreform weit über- und die der KBV unterschätzen sowie 2) die Praxisbudgets falsch bewerten würde. Darüber hinaus fügt er noch eine Reihe weiterer Kritikpunkte an.

Zu 1): Zunächst einmal wollte ich mit meinem Beitrag keine Geschichte der EBM-Reform schreiben, sondern mich mit der Frage befassen, welche Handlungsanreize von dem neuen Vergütungssystem auf den ökonomisch rational handelnden Arzt ausgehen. Sozusagen als Vorrede gehe ich dabei auf die politischen Entstehungsbedingungen der Reform ein. Zentral für mich ist dabei die Frage, warum es nach 20 Jahren Kostendämpfungspolitik gerade zur Mitte der neunziger Jahre zu einer partiellen Abkehr von der Einzelleistungsvergütung (ich mache dies vor allem fest an der Einführung der Ordinationsgebühr und an den Praxisbudgets) kommt und weshalb ziemlich weitgehende finanzielle Anreize zur Mengengrenzung eingeführt werden. Als wesentlich erscheint mir, daß unter dem Einfluß des GSG und seinen Folgewirkungen die Bedingungen für die Stabilität des vorangegangenen Honorarverteilungsmechanismus zerfallen, weil sich nun die Handlungsbedingungen und Interessen bei KVen und Kassen ziemlich stark verändern. Ich hatte mit den betreffenden Ausführungen die Absicht, diese Strukturveränderungen als eigentliche Ursache für den ziemlich schnellen Wandel in der Honorarpolitik darzulegen, nicht aber, den Prozeß selbst (und schon gar nicht umfassend) zu analysieren. Das ist schon ein Unterschied.

Abholz schreibt, daß KBV/KVen die Aktiven in der Vergütungsreform gewesen seien und daß die EBM-Reform sich vor allem als Konflikt innerhalb der Ärzteschaft abgespielt habe. Ich habe mir, nachdem ich Abholz' Text bekam, noch einmal die betreffenden Passagen meines Beitrags durchgelesen. Ich gehe dort auch auf die KVen und die innerärztlichen Konflikte ein (also genau auf diejenigen Aspekte, die Abholz in seinen Anmerkungen erwähnt). Zwar behaupte ich nirgendwo, daß die Kassen die Hauptakteure im Reformprozeß gewesen seien, aber dennoch verstehe ich, daß man diesen Eindruck gewinnen und meinen könnte, daß die Kassen im Reformprozeß die KBV gewissermaßen vor sich hergetrieben hätten oder ähnliches. Dies ist ein Mißverständnis, das bei der Lektüre des Textes allerdings entstehen kann und das ich mir deshalb anzulasten habe. Es ist sicherlich richtig, daß der Konflikt

um die EBM-Reform vor allem ein Konflikt innerhalb der Ärzteschaft war.

Ungeachtet dessen halte ich an meiner Einschätzung fest, daß die partielle Abkehr von der Einzelleistungsvergütung und die Einführung von finanziellen Anreizen zur Mengengrenzung Ausdruck einer Neu-gruppierung von Handlungsbedingungen und Interessen im Gefolge des GSG ist. Darüber hinaus teile ich nicht Abholz' Schlußfolgerung, daß die KVen sich (weil sie federführend die Reform ausarbeiten) in einer starken und die Kassen in einer schwachen Position befinden. Daß sich die Reformauseinandersetzung vornehmlich in der Kassenärzteschaft abspielt, halte ich für nicht verwunderlich. Ich denke, das ist darauf zurückzuführen, daß die Interessen der Ärzte/Arztgruppen an der Vergütungspolitik elementarer sind als die der Kassen, weil die Höhe ihres Einkommens unmittelbar davon abhängt. Es hat daher wohl auch etwas mit Arbeitsökonomie zu tun, wenn sich die Kassenärzte unter Vorgabe von Rahmenzielen zunächst untereinander einigen. Außerdem ist ja wohl die Informationsgrundlage und die daran hängende Infrastruktur der KBV besser. Aus diesen Gründen ist es auch nachvollziehbar, daß stets sie es ist, die mit der Ausarbeitung eines konkreten Konzepts beauftragt wird.

Zunächst einmal ist es m.E. unzulässig, von der Häufigkeit, mit der ein Akteur im Politikprozeß in Erscheinung tritt, auf seine Macht oder seinen Einfluß zu schließen. Dies gilt erst recht, wenn man sich das Handeln der KBV in der EBM-Reform ansieht. Die Eckpunkte der honorarpolitischen Agenda werden ihr doch weitestgehend aufgezwungen (sektorale Budgetierung, Zunahme der Arztzahlen und Punktwertverfall, wachsende Einkommensdifferenzen bei im Durchschnitt sinkenden Realeinkommen). Gerade in dem Umstand, daß sich der Reformprozeß und die KBV-Diskussionen so qualvoll lange hinziehen und diverse Kehrtwendungen durchmachen, kommt doch ihre Schwäche zum Ausdruck. Im Verlauf der Entwicklung wird die KBV immer weiter von ihrem honorarpolitischen Kernziel (Rückkehr zur reinen Einzelleistungsvergütung) weggetrieben. Die Aktivitäten der KBV sind aus meiner Sicht weit eher Reaktionen als Aktionen. Immer stärker halten in diesem Prozeß Anreize zur Mengengrenzung Einzug in das Honorarsystem. Aus meiner Sicht sind es folgende Gründe, die diese Entwicklung vorantreiben:

- die Einkommensdifferenzen zwischen Fachärzten und Hausärzten und die drohende Spaltung der Ärzteschaft (letzteres zu verhindern ist auch in meinen Augen ein sehr wichtiges Motiv bei der Honorarreform, aber bei weitem nicht das einzige; aus meiner Sicht beginnt es sich erst in der 2. Jahreshälfte 1994 durchzusetzen);

- die Befürchtung einer weitergehenden Intervention des Gesetzgebers (etwa: Einführung eines Primärarztsystems, Einschränkung des Sicherstellungsauftrags für die KVen im Rahmen der »Dritten Stufe der Gesundheitsreform«), falls die gesetzlichen Vorschriften zur Honorarreform nicht eingehalten und nicht wirkungsvolle Mengengrenzungsmaßnahmen ergriffen werden;
- das Wissen, daß nur bei einer rigiden Mengengrenzung mit einer Öffnung des Honorardeckels nach 1995 zu rechnen sein würde;
- das Wissen, daß eine Einigung mit den Kassen ohne effektive Mengengrenzungsmaßnahmen ohnehin nicht möglich sein wird (und letztlich steht man ja auch unter dem Zwang, sich zu einigen).

Aus diese Gründen ist die KBV dazu gezwungen, von ihren honorarpolitischen Grundsatzpositionen abzurücken (allerdings muß sich dies auch in der KBV erst durchsetzen). Die Vorzeichen stehen immer deutlicher auf Mengengrenzung und Umverteilung. Demgegenüber wählte die KBV sich noch 1990-1992 auf dem besten Weg zur Wiedereinführung der ungedeckelten Einzelleistungsvergütung; noch auf der Kölner KBV-VV vom Dezember 1993 wurde jede Einführung von Pauschalen abgelehnt; 1994 und 1995 gab es gegen die Einführung von Pauschalvergütungen härtesten Widerstand.

Ich messe die Stärke der KBV an ihrer Fähigkeit, ihre honorarpolitischen Kernforderungen durchzusetzen, und die ist in meinen Augen denkbar gering. Dies bedeutet nicht, daß sie bei einem einmal gegebenen Handlungsrahmen nicht geschickt und initiativreich agieren würde. Und oft gelingt es ihr auch, selbst bei schlechten Ausgangsbedingungen noch Akzeptables herauszuholen. Aber das kann ja wohl nicht darüber hinwegtäuschen, daß sie weiter denn je von der Verwirklichung ihrer eigentlichen Forderungen entfernt ist. Wenn die KBV in der Honorarpolitik Erfolge erzielen kann (840 Mio. DM außerhalb des Budgets, Regelleistungsvolumina, Kostenerstattung), so ist dies im übrigen nicht Ausdruck einer ausgeprägten Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Kassen, sondern in erster Linie Ausdruck einer klientelpolitisch motivierten Rückendeckung und einer politisch entliehenen Stärke.

Zu den Kassen: Die Frage nach Stärke und Schwäche der Kassen ist in der Tat ein sehr komplexes Thema. Ich sehe die Kassen grundsätzlich nicht in einer starken Position gegenüber der KBV, weil ihnen doch nach wie vor sehr viele Steuerungskompetenzen vorenthalten werden. Mit dem GSG ist ihre Ausgangsposition insofern weiter geschwächt worden, als ihre Konkurrenz nun viel ausgeprägter ist, während das Vertragsmonopol der KBV/KVen weiter gilt. Außerdem werden ihre formalen institutionellen Kompetenzen kaum ausgebaut. Dennoch bin ich nicht

der Meinung, daß die Kassen sich in der Honorarpolitik in einer schwachen Position befinden. Der wichtigste Grund liegt darin, daß der Staat ein System von Funktionsmechanismen und Sanktionen in der GKV errichtet hat, das die Kassen dazu zwingt, den Druck zur Ausgabenbegrenzung an die KVen weiterzugeben (GSG: Wahlfreiheit, sektorale Budgetierung; NOGs: Zuzahlungserhöhung bei Beitragssatzerhöhung, Kostenerstattung; etc.). Das GSG ist hierbei von herausragender Bedeutung:

- die Wahlfreiheit für alle Versicherten erhöht für alle Kassen den Druck zur Ausgabenbegrenzung (und damit zur Suche auch nach neuen Vergütungsformen, mit denen sie im Wettbewerb für eine gezielte Ausgabenbegrenzung sorgen können, was auf der Basis der Einzelleistungsvergütung nicht möglich ist);
- der Risikostrukturausgleich schränkt den honorarpolitischen Handlungsspielraum der Ersatzkassen ein;
- damit wird es der KBV erschwert, die Kassen gegeneinander auszuspielen (obwohl – oder vielleicht gerade weil – sich ihre Konkurrenz erhöht).

Es ergeben sich also neue Handlungs- und Interessenkonstellationen, die sich m.E. auch in der Honorarpolitik widerspiegeln (erst recht in den Vergütungsverhandlungen). Dieser Wandel ist aus meiner Sicht nicht nur ein theoretisches Konstrukt, sondern auch empirisch im Reformprozeß wiederzufinden. Dies mache ich in erster Linie an der Entstehung der großen EBM-Reform fest, die ich für sehr wichtig halte, weil sie mit der Einführung einer Ordinationsgebühr bereits einen Paradigmenwechsel in der Honorierung vorsieht (über den Charakter eines Basiskomplexes bzw. einer Ordinationsgebühr entwickelte sich innerhalb der KBV über zwei Jahre hinweg die wohl heftigste Kontroverse). Dies zeigt sich in folgenden Punkten:

a) Die Kassen erheben in der Auseinandersetzung um die »große« EBM-Reform die Forderung nach einer Teilpauschalierung im EBM (Ordinationsgebühr). Nach meiner Meinung liegt darin ein wichtiger Unterschied zur Vor-GSG-Politik. Zum einen setzen die Kassen eine derartige Forderung überhaupt erst einmal auf die honorarpolitische Tagesordnung. Bis dahin war das nicht geschehen, im Gegenteil: noch 1986 Jahre hatten sich die Kassen bereit erklärt, nach der seinerzeit bevorstehenden EBM-Reform sogar die Berechnung des *Gesamthonorars* nach Einzelleistungen vorzunehmen.

b) Aus meiner Sicht haben die Krankenkassen vor allem an zwei Punkten in den Reformprozeß eingegriffen und Einfluß auf Inhalt und Verlauf der EBM-Reform genommen:

Zum einen machten sie die Bereitschaft der KBV, eine »große« EBM-Reform zügig durchzuführen, zur Bedingung für ihre Zustimmung zur »kleinen« EBM-Reform. Damit erhöhten sie den Druck auf die KBV, die »große« EBM-Reform (überhaupt und) zügig in Angriff zu nehmen; außerdem wurde in bezug auf den Inhalt der künftigen Reform ein Konzept verabschiedet, in dem sich ebenfalls die Interessen der Kassen widerspiegeln. Zum anderen beharrten sie in den Verhandlungen zur großen EBM-Reform darauf, daß diese wirksame finanzielle Anreize zur Mengenbegrenzung enthalten müsse (insbesondere in der Frage des Umfangs der Ordinationsgebühr und ihrer Aufgliederung in Module).

c) Außerdem treten die Kassen mit ihren Forderungen einheitlicher auf, als dies in der Vor-GSG-Ära der Fall gewesen war. Insbesondere die Forderung nach einer Teilpauschalierung wäre vorher ja wohl kaum denkbar gewesen. Auch dies unterscheidet sich vom vielfach praktizierten Aufschaukelungsmechanismus vergangener Jahre. Noch 1990 bis 1992 hatte dieser Mechanismus zu umfangreichen Zugeständnissen an die KBV/KVen geführt.

d) Aus meiner Sicht hat das von den Kassen zur Bedingung gemachte Junktum den Reformprozeß zumindest beschleunigt. Ihr Beharren auf finanziellen Anreizen zur Mengenbegrenzung hat dazu beigetragen, daß die Ordinationsgebühr bei der großen Mehrzahl der Arztgruppen den Charakter einer wirklichen Pauschale annahm und aus ihr nicht eine bloße Addition von Modulen wurde (wie die KBV es gerne wollte). Daher bin ich der Meinung, daß die Kassen eine wichtige Rolle in der EBM-Reform spielen und als eigenständige Akteure mit eigenständigen Interessen tätig sind.

Die Kassen greifen also sehr wohl in den Reformprozeß ein. Dies geschieht nicht so spektakulär wie das Handeln der KVen, und es mag auch (wie Abholz schreibt) ein sehr mühsamer Diskussionsprozeß mit ihnen gewesen sein. Aber dennoch markiert ihr Verhalten für mich einen deutlichen Unterschied zur Vor-GSG-Ära. Und darin, daß sich diese Veränderungen vollziehen, sehe ich genau den Ausdruck gewandelter Handlungsbedingungen und Interessenkonstellationen. Mit der Reform fanden wichtige Interessen der Kassen Eingang in den EBM (v.a. Teilpauschale, sprechende Medizin, Abstaffelungen), und zwar insbesondere Interessen an einer Mengenbegrenzung und auch an einer Umverteilung. Und sie selbst haben die EBM-Reform ja wohl auch so eingeschätzt.

Allerdings wäre es falsch, diesen Umstand als Ausdruck der Durchsetzungsfähigkeit der Kassenseite zu deuten. Natürlich weist die Handlungslogik von KBV und KVen ebenfalls in Richtung auf Umverteilung und Mengenbegrenzung (weil sie anders ihren Laden kaum noch

zusammenhalten können). Andere Aspekte wiederum sind durch das GSG vorgegeben. Aber aus meiner Sicht formulieren die Kassen dennoch Forderungen in diesem Prozeß, die sich von ihren vorangegangenen unterscheiden, und sie nehmen durchaus Einfluß auf den Gang der Dinge. Die jeweilige Durchsetzungsfähigkeit von Kassen und KVen auf dem Terrain der EBM-Reform zu vermessen ist vielleicht gerade deshalb so schwierig, weil unter den obwaltenden Rahmenbedingungen das Interesse *auch* der KVen in Richtung auf Umverteilung und Mengenbegrenzung deutet. Dies wird übrigens schön deutlich bei der Haltung zu den Praxisbudgets. Hier ist es in der Tat so, daß das Zutun der Kassen denkbar gering und das Interesse der KBV/KVen die Dinge weitgehend lenkt. Die Kassen hätten ja wohl mehrheitlich eher lieber noch abgewartet, ob sich die Mengenentwicklung wieder beruhigt. Aber natürlich kommt auch bei den Praxisbudgets etwas heraus, das den Kassen durchaus nicht unrecht ist. Es ist in diesem Zusammenhang auch bezeichnend, daß die KBV sie noch vor deren Einführung wieder ablehnte und mittlerweile die Kassen die einzigen sind, die an ihnen festhalten.

Zu 2) Ich denke nicht, daß ich einer Fehleinschätzung der Praxisbudgets unterliege. Über die Berechnungsmodalitäten bin ich mir im klaren, auch darüber, daß sie darauf hinauslaufen, daß die Ärzte in bezug auf die Praxisbudgets dann ein gleiches Einkommen erzielen, wenn sie den Durchschnitt der Fallzahlen ihrer Arztgruppe erreichen. Daß die Praxisbudgets vornehmlich auf das Interesse der KBV zurückgehen, sehe ich auch so, und dies geht m.E. auch deutlich aus meinem Beitrag hervor. Ihre Unterordnung unter Honorarverteilungsinteressen ist ja gerade ein Kernpunkt meiner Kritik. Allerdings würde ich das damit verbundene Ziel der Mengenbegrenzung weit höher veranschlagen als Abholz. Nur so kann die KBV für Kalkulationssicherheit sorgen, einen weiteren Punktwertverfall vermeiden (beide Ziele hängen wechselseitig voneinander ab) und eine Öffnung des Honorardeckels durch Seehofer erreichen. Abholz begeht allerdings den Fehler, daß er die Praxisbudgets nur unter Verteilungs-, nicht aber unter steuerpolitischen Aspekten betrachtet.

In der von Abholz monierten Formulierung: »Praxisbudgets werden auf der Grundlage der bisherigen Versorgungsstrukturen berechnet« beziehe ich mich nicht auf die bei den Praxisbudgets als Ausgangspunkt genommene *Einkommenshöhe*, sondern auf die den Ärzten eingeräumten *Fallpunktzahlen* (die für die Höhe des individuellen Praxisbudgets maßgeblich sind). In die entsprechenden Berechnungen gehen natürlich die bisherigen Versorgungsrealitäten ein, also etwa der Kostenanteil, die Betriebsausgaben, die Fallzahlen u.a.m. Ich sehe aber auch, daß ich dies deutlicher hätte ausdrücken können.

Zu den weiteren von Abholz angeführten Punkten:

Zu 3) Es ist mir klar, daß eine Fallpauschale nicht die Menge der je Fall zu erbringenden Leistungen begrenzt. Der monierte Satz (104, letzter Absatz) ist sachlich zwar richtig, aber auch nur, weil er sich nicht explizit auf die Fallpauschale bezieht. Genau dies wollte ich aber natürlich tun. Insofern hat Abholz vollkommen Recht. Richtig muß es also heißen: »Von entscheidender Bedeutung für die Funktionsweise des Praxisbudgets ist der Umstand, daß sie keine mengenunabhängige Vergütung je Behandlungsfall vorsieht, sondern...« Damit entsteht bei den Praxisbudgets nicht der Anreiz, die Leistungsmenge bei jedem einzelnen Patienten zu begrenzen.

Zu 4) Die Ordinationsgebühr setzt einen Arzt-Patient-Kontakt voraus, wird aber nicht automatisch bei jedem Arzt-Patient-Kontakt fällig. Letzteres mag zwar Praxis beim ärztlichen Abrechnungsverhalten sein, entspricht aber nicht der Idee der Ordinationsgebühr. Ich denke, daß Du Dich hier irrst. Zudem spreche ich auch nicht davon, daß man eine Ordinationsgebühr »erbringt«.

Zu 5) Ich spreche nicht davon, daß Praxisbudgets regelhaft zur Unterversorgung führen (106ff.) Die Überschrift (106) legt das zwar ein wenig nahe, aber die Tendenzen werden m.E. korrekt wiedergegeben.

Zu 6) Die Angaben über den Anteil der Ordinationsgebühr habe ich von der KBV. Dort habe ich noch einmal angerufen, und man gab mir die Auskunft, daß es im Laufe der Zeit verschiedene Berechnungen gab und man mir über den aktuellen Stand nichts Genaueres sagen könne. Mittlerweile habe ich aufgrund neuerer Zahlen noch einmal nachgerechnet und komme auf einen Anteil der Ordinationsgebühr am Gesamtleistungsvolumen von etwa 35 % und von 45 % am Praxisbudget. Demzufolge hat Abholz also recht, wenn er sagt, meine Angabe sei zu hoch.

Was Abholz' Sicht zu den Steuerungswirkungen der Praxisbudgets angeht, so möchte ich mich abschließend auf kurze Anmerkungen beschränken: Ich stimme zu, daß Budgets oder Pauschalen einen kulturellen Wandel in der medizinischen Versorgung herbeiführen und dazu beitragen können, daß viele überflüssige Leistungen vermieden werden. Das wäre sicherlich zu begrüßen. Das Problem dieser Steuerungsformen besteht aus meiner Sicht aber darin, daß sie immer mit Hilfe des finanziellen Eigeninteresses von Ärzten versuchen, medizinische Leistungen zu steuern, und damit bei ihnen individuelle Verhaltensweisen stabilisieren, die eben erst einmal nicht auf eine angemessene Versorgung hinauslaufen, sondern eben darauf, möglichst viel Geld zu verdienen bzw. ein günstiges Verhältnis von Aufwand und Ertrag anzustreben.

Eine Folge davon sind immer neue Ausweichreaktionen, die mit immer neuen Kontrollmechanismen unterbunden werden usw. usf. Wie diese ärztlichen Reaktionen aussehen und in welcher Weise sie den Steuerungszielen zuwiderlaufen, wollte ich mit meinem Artikel zeigen. Darüber hinaus ist natürlich mit Budgets und Pauschalen keineswegs garantiert, daß nur die überflüssigen Leistungen verringert werden, und es ist nichts darüber ausgesagt, bei welchen Patienten dies geschieht. Der gegenwärtige Wandel im Gesundheitswesen führt dazu, daß bei allen Institutionen das Interesse wächst, Leistungen (im GKV-Bereich) zu begrenzen. Das wirft die Frage auf, wer eigentlich die Patienten und nicht zuletzt diejenigen Personen schützt, die besonders behandlungsbedürftig sind und sich in den Institutionen nicht durchsetzen können. Hier laufen Budgets und Pauschalen aus meiner Sicht Gefahr (ich weiß, daß das niemand will), sich von einem Instrument der (vernünftigen) Leistungsbegrenzung zu einem Instrument der Unterversorgung zu verwandeln, besonders dann, wenn man es mit einer nicht eben verschwindend kleinen Minderheit von Ärzten zu tun hat, die offenkundig bereit ist, ethische Maßstäbe ihren finanziellen Interessen unterzuordnen. Diese Gefahr wird durch die parallele Ausweitung der Privatisierung von Behandlungskosten noch verschärft.

Korrespondenzadressen

Univ.-Prof. Dr. Heinz-Harald Abholz
Abt. Allgemeinmedizin
Heinrich-Heine-Universität
Postfach 10 10 07
40001 Düsseldorf

Dr. rer. med Thomas Gerlinger
Schloßstraße 110
60486 Frankfurt a.M.