

Die kassenärztliche Honorierung – ein im GSG 1993 ungelöster Problembereich*

Die bisher gültige Honorierung ambulanter ärztlicher Tätigkeit nach Einzelleistung hat als ökonomischer Hebel zu einer Ausweitung von Medizin weit über das medizinisch Notwendige hinaus geführt.^(1,2,3) Sie medikalisiert damit Patienten, führt zu zahlreichen falsch-positiven Befundungen mit konsekutiver, dabei teilweise eingreifender Folgediagnostik. Sie ist wenig präventiv orientiert und bindet den Patienten an den Arzt oder das medizinische Versorgungssystem generell. Insgesamt ist sie damit sehr kostenträchtig und wenig steuerbar.

Als wesentlichstes Argument für eine Einzelleistungshonorierung kann angesehen werden, daß unter einem solchen System eher mit wenigen übersehenen und unbehandelten Krankheitszuständen zu rechnen ist. Ferner wird die höhere Gerechtigkeit der Einzelleistungshonorierung – jeder soll nach dem bezahlt werden, was er tut – immer wieder angeführt. Bei näherer Betrachtung ist diese höhere Gerechtigkeit jedoch gar nicht gegeben: Denn die Interpretation der Leistungsinhalte liegt – ebenso wie die Indikationsstellung zur Erbringung dieser Leistungsinhalte – zu weiten Bereichen in der Hand des Arztes, der die Leistung erbringt. So kann es ohne weiteres sein, daß die hier unterstellte Gerechtigkeit dadurch mit Füßen getreten wird, daß ein Arzt zwar ausführliche Untersuchungen oder ärztliche Gespräche vornimmt und abrechnet, diese aber schnell und oberflächlich erbringt. Ein anderer Arzt verwendet möglicherweise hierbei sehr viel mehr Sorgfalt und Zeit, bekommt aber nur die gleichen Leistungspositionen bezahlt. Selbst bei technischen Leistungen – zum Beispiel die Durchführung einer Sonographie – ist der Arbeitsaufwand direkt abhängig von der Strenge der Indikationsstellung zu der Untersuchung, so daß bei gleicher Leistungsposition nicht identischer Aufwand im Hintergrund stehen muß.

Auf einem solchen Hintergrund war es nicht verwunderlich, daß schon 1989 im Jahresgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen⁽⁸⁾ ein Abgehen von der

* Eine ähnliche Darstellung erfolgte in *Arbeit und Sozialpolitik*, Heft 11/12, 1992, 46.Jg., S.43-46.

reinen Einzelleistungshonorierung vorgeschlagen wurde. Für weite Bereiche ambulanter Versorgung wurde eine modifizierte Pauschalhonorierung empfohlen. Damit begann die Diskussion bei den angesprochenen Akteuren im ambulanten Gesundheitswesen. Ein Ergebnis dieser Diskussion ist in der Schaffung des sogenannten »Hausärzte-Papieres« der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)⁽⁹⁾ zu sehen, in dem es inhaltlich um die Unterscheidung zwischen hausärztlicher und fachspezialisierter ambulanter Versorgung ging. Im Rahmen dieser konzeptionellen Neuaufteilung ambulanter Versorgung kam von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung der Vorschlag, die Vergütung hausärztlicher Tätigkeit in Form einer Grundvergütung je Behandlungsfall – also einer Fallpauschale – vorzunehmen. Darauf aufgesetzt sollte jedoch weiterhin eine Honorierung nach Einzelleistung zusätzlich bestehen bleiben.

Im GRG 1989 bestand in § 85 Abs. 4 die folgende Regelung: »Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistung des Kassenarztes zugrunde zu legen. Eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach Zahl der Behandlungsfälle ist nicht zulässig.« Das GRG 1989 hat also eine Regelung, wie sie die KBV in die Diskussion gebracht hat, grundsätzlich möglich gemacht.

In dem Gesetzentwurf⁽⁵⁾ zum GSG 1993 gab es primär keinerlei Veränderung in diesem Regelungsbereich. In dem Papier »Eckpunkte für den Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP« (sogenannte Lahnsteiner Beschlüsse) tauchte dann erstmalig in der gesetzesvorbereitenden Diskussion zu der Frage kassenärztlicher Honorierung folgende »Einigung« auf (II,a,2): »Fallpauschalen/Leistungskomplexhonorare: Die Selbstverwaltung hat bis Ende 1995 für Allgemeinärzte Fallpauschalen bzw. Leistungskomplexhonorare einzuführen; soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungshonorierungen vorgesehen werden. Für alle anderen Ärzte sollen alsbald, spätestens ab 1995, solche Vergütungsformen eingeführt werden.«

So sehr unterschiedlich Fallpauschale von Leistungskomplexhonorar auch sind – siehe weiter unten –, so eindeutig war in diesen Beschlüssen jedoch die Abkehr von der Honorierung nach Einzelleistung. Da es sich hier um eine Festlegung in Absprache der großen Parteien handelte, schien aus Sicht der Politik eine Neuorientierung vorbereitet zu sein. Um so erstaunlicher war es dann, im

endgültigen Gesetzestext zur Frage der Honorierung eine ganz andere Regelung vorzufinden⁽⁷⁾: Unter der Neuregelungsnummer 45 heißt es unter b)2a): »Die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen sind zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungen vorgesehen werden. Für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere die Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, ist eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzusehen (hausärztliche Grundvergütung). Darüber hinaus sind weitere nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen.« Es folgen dann noch terminliche Vorgaben zur Umsetzung dieser Regelung.

Übersetzt man diese Regelung, so bedeutet dies für die hausärztliche Versorgung, daß der Hausarzt eine Fallpauschale erhält. Hinzu kommen dann weitere nur vom Hausarzt abrechenbare Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe sowie alle anderen abrechenbaren Einzelleistungen bzw. Leistungskomplexe. Man erkennt in diesem Konzept das der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wieder. Neu hinzugekommen ist die Honorierung nach Leistungskomplexen, die gesetzlich – wenn auch nicht ausschließlich – gefordert wird. Zur hausärztlichen Versorgung zählt die Tätigkeit der Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte, der Kinderärzte sowie der Internisten, die sich als allgemeinärztlich Tätige definieren und dieses der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber anmelden.

Für die fachärztliche Versorgung ist nach dem Gesetzestext die Honorierung nach Leistungskomplexen und – soweit notwendig – Einzelleistungen vorgesehen.

Die endgültig im Gesetzestext vorgesehene Regelung entspricht damit den Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, angereichert durch die Vorgabe der Schaffung von Leistungskomplexen. Was ist Neues geschaffen, wo liegen die absehbaren Probleme? Hierfür sei noch einmal kurz auf die drei angesprochenen Honorierungsformen – Pauschale, Leistungskomplexhonorar und Modifizierte Pauschale – eingegangen. Die Modifizierte Pauschale selbst ist nach dem Gesetzestext nicht mehr vorgesehen. Dennoch soll sie hier kurz skizziert werden, weil damit die gesundheitspolitische Problematik der jetzigen gesetzlichen Regelung deutlicher herauszuarbeiten ist.

I Die Pauschalhonorierung

Die Bezahlung ärztlicher Tätigkeit nach einer Pauschale – nach sich vorstellenden Patienten oder sich beim Arzt in eine Liste eintragenden Versicherten – führt zu einem Abbremsen der unter der Einzelleistungshonorierung beobachtbaren Medikalisierung und Ausweitung der Medizin über das medizinisch Notwendige hinaus. Zudem ist die Steuerung des Leistungsvolumens sehr viel unproblematischer als im System der Einzelleistungshonorierung. Die reine Pauschalhonorierung ist jedoch mit einem wesentlichen Nachteil behaftet: sie weist einen hohen Grad möglicher Ungerechtigkeit in der Honorierung ärztlicher Tätigkeit auf. So würden zum Beispiel Ärzte, die vorwiegend leichter erkrankte Patienten behandeln und sich der schwerer erkrankten Patienten durch entsprechende, juristisch wenig nachweisbare Maßnahmen entledigen, die gleichen Pauschalen erhalten wie die Kollegen, die diesem Prinzip – ärztlich verantwortlich – nicht folgen. Auch könnte es so sein, daß ein nennenswerter Teil der Ärzte zunehmend häufiger an andere Fachärzte überweist und sich damit der Arbeitsaufwand für sie pro Patient verringert. Dies würde – bekommt der Arzt doch die gleiche Pauschale – zu einer Ungerechtigkeit im Vergleich zu dem Arzt führen, der die wesentlichsten Gesundheitsprobleme seiner Patienten – auch ohne Überweisungen – betreut.

Eine reine Pauschale würde daher zu keiner ausreichenden Verbesserung der Versorgungssituation beitragen. Daher ist immer wieder von der Modifizierten Pauschale die Rede, einer Honorierungsform, die – mit unterschiedlicher inhaltlicher Konkretisierung – in allen Ländern mit sogenannter Pauschalhonorierung auch nur Anwendung findet.^(2,6)

II Die Modifizierte Pauschale

Hierfür gelten alle Vorteile der Pauschalhonorierung, die Nachteile oder möglichen Nachteile einer reinen Pauschalhonorierung werden jedoch durch Modifikationen abzufangen versucht. Derartige Modifikationen können sich auf unterschiedliche Bereiche beziehen:

- a) Die Patientenseite: In Abhängigkeit vom Alter der Patienten, aber auch von bestimmten, in der Regel mit hohem Betreuungsaufwand einhergehenden Krankheitszuständen wird die gezahlte Pauschale modifiziert oder aufgestockt. So kann es zum Beispiel einen Zuschlag für alle Patienten über 65 Lebensjahre oder einen Zuschlag bei allen Karzinom-Patienten bzw. HIV-Patienten geben.

Schließlich ist zum Beispiel auch ein Zuschlag bei psychotherapeutisch mitversorgten Patienten vorstellbar.

- b) Die Patientenzahl: Um der Möglichkeit des sogenannten Patientensammelns, des Sammelns von Pauschalen bei wenig intensiver Versorgung der Patienten, vorzubeugen, kann eine degressive Pauschalhonorierung erfolgen. So ist zum Beispiel vorstellbar, daß für die ersten 600 Patienten eine andere Pauschale als für die folgenden 200 und schließlich die weiteren folgenden 200 erfolgt.
- c) Das Überweisungs- und Einweisungsverhalten: Um allzu aktive Überweisung und Einweisung im Sinne des Abschiebens von Arbeit zu verhindern, könnte man eine Zusatzpauschale bei geringer Überweisungsfrequenz gewähren. Derartige Maßnahmen sind jedoch nicht unproblematisch, weil sie auch zu einer Minderversorgung von Patienten beitragen können. In diesem Zusammenhang muß man sich vor Augen halten, daß die momentan existente Situation von Konkurrenz im ambulanten Feld ausreichend ist, Ärzte von allzu aktiver Überweisungstätigkeit abzuhalten – könnten doch ihre Patienten sich als ewig verwiesen empfinden und somit den Arzt wechseln.
- d) Die Qualifikation des Arztes: Vorstellbar ist, daß auch eine Modifizierung der Pauschale in Abhängigkeit der Qualifikation des Arztes – möglicherweise auch bestimmter Einrichtungen der ärztlichen Praxis – erfolgen kann. So ist in diesem Zusammenhang auch zu überlegen, ob Ärzte, die regelmäßig an qualitätssichernden Maßnahmen teilnehmen, eine höhere Pauschale erhalten als die Ärzte, die dies nicht tun.

Die Modifizierte Pauschale scheint – über die Wirksamkeit einer Pauschale – Ausweitungen der Medizin über das Notwendige hinaus zu verhindern. Die negativen Auswirkungen einer reinen Pauschalhonorierung sind leicht über die genannten Modifikationen zu minimieren. Ein System mit einer Modifizierten Pauschale bleibt relativ gut in seiner Entwicklung steuerbar.

III *Das Leistungskomplexhonorar*

Unter Leistungskomplexen versteht man bestimmte, medizinisch definierte Betreuungsaufgaben, die pauschal honoriert werden, ohne die im einzelnen dabei erbrachten Leistungen zu berücksichtigen. Derartige Leistungskomplexe lassen sich auf verschiedenen Ebenen konstruieren:

- a) Nach Diagnosegruppen: Hier hätte man nach Diagnosen geordnet unterschiedliche Leistungskomplexe zu konstruieren und – was noch schwieriger ist – in ihrer Honorierungshöhe zu berechnen. Zum Beispiel könnte die Betreuung eines Diabetikers über ein ganzes Quartal mit einer Leistungskomplexhonorierung erfolgen. Ähnliches gilt für alle chronischen Erkrankungen. Nur ist bei diesen wiederum der Aufwand recht unterschiedlich, so daß man hierfür auch unterschiedliche Komplexe schaffen müßte. Nun hat ein Arzt jedoch nicht nur Patienten mit festhaltbaren Diagnosen und insbesondere nicht nur mit Diagnosen chronischer Erkrankungen zu versorgen, sondern er wird auch bei Akuterkrankungen und in komplexen diagnostischen und therapeutischen Aufgabenfeldern tätig.
- b) Aufgabenbereiche: Beim Arzt kommen sehr häufig diagnostische Aufgaben vor, die nicht einer Diagnose zuordenbar sind. Dies wären zum Beispiel die Abklärung von Durchfällen, von lang anhaltenden Kopfschmerzen, von Schwindel, oder es ist die Akutbehandlung eines unklaren Erbrechens, die Betreuung in einer Lebenskrise etc. Recht häufig kommt es hier nie zu einer fest umschriebenen Diagnose, die Arbeit hieran kann jedoch aufwendig sein. Auch hier müßten Leistungskomplexe geschaffen werden.

Schon bei der Betrachtung dieser beiden wichtigsten Ebenen von Leistungskomplexen wird deutlich, daß es zu einer großen – ja fast gigantischen – Zahl von Leistungskomplexen kommen wird. Möglicherweise ist die Zahl der Gebührenpositionen im EBM hier nicht viel höher als die Zahl denkbarer Leistungskomplexe. Und da die Schaffung eines Leistungskomplexhonorars im Vergleich zur Modifizierten Pauschale ja eine höhere Gerechtigkeit zu geben verspricht, könnte man sogar erwarten, daß die Leistungskomplexe in sich noch einmal unterteilt werden könnten: So ist zum Beispiel die Betreuung eines chronisch kranken Diabetikers mit vielen Folgeerkrankungen des Diabetes mellitus eine ganz andere Aufgabe als die Versorgung eines gut eingestellten Diabetikers. Es wären also – folgte man dem Anspruch nach Gerechtigkeit – unterschiedliche Leistungskomplexe für unterschiedliche Ausprägungen der gleichen Diagnose zu fordern.

Noch ein anderes Problem ist schon jetzt ablesbar: Das Einkommen eines Arztes läßt sich von diesem durch das Sammeln von möglichst vielen Leistungskomplexen – also Diagnosen oder Arbeitsaufgaben – erhöhen. Aus der Erfahrung der Zeit der Einzelleistungshonorierung ist hieraus ableitbar, daß es in Zukunft anstelle des

»Sammelns« von Einzelleistungen zu einem von Leistungskomplexen kommen wird. Die bessere Steuerbarkeit der Leistungsentwicklung im ambulanten Gesundheitswesen wäre somit im Ansatz schon aufgegeben. Hiervor könnte man sich nur dadurch teilweise schützen, daß man für einen Patienten und einen Abrechnungszeitraum immer nur den höchstwertigsten Leistungskomplex zur Abrechnung zuläßt. Würde man einen solchen Schritt machen, dann wäre aber der Vorteil des Leistungskomplexhonorars, nämlich eine höhere Gerechtigkeit im Vergleich zur Modifizierten Pauschale, damit aufgegeben. Es ließe sich die Frage stellen, warum man dann nicht von vornherein mit dem System der Modifizierten Pauschale arbeitet.

Einen Vorteil haben allerdings Leistungskomplexe gegenüber der Einzelleistungshonorierung: Hier werden nur Leistungskomplexe, nicht aber Einzelleistung gesammelt. Der Patient selbst wird somit nicht den Gefahren einer Leistungsausweitung ausgesetzt,^(1,2,3) sondern allein auf seinem Krankenschein spielt sich diese ab.

Ein Leistungskomplexhonorar scheint somit nur mit einem sehr hohen Aufwand realisierbar und bietet im Vergleich zur Honorierung nach Einzelleistung wenig Vorteile. Ja, man kann sich sogar fragen, ob die Einzelleistungshonorierung dann nicht den von Ärzten erbrachten Leistungsbereich transparenter als gerade das Leistungskomplexhonorar werden läßt.

Wurden bis hier »reine« Honorierungsformen mit ihrer Problematik dargestellt, so ist im Gesetzestext eine Kombination dieser Honorierungsformen im Sinne der Pauschale plus der Einzelleistung bzw. plus des Leistungskomplexes vorgesehen.

IV *Pauschale plus Leistungskomplex/Einzelleistung*

Diese Regelung beinhaltet, daß Ärzte eine Grundhonorierung (hausärztliche Grundvergütung) in Abhängigkeit von der Zahl der von ihnen versorgten Patienten über Pauschalen erhalten und darüber hinaus eine Honorierung nach Einzelleistung/Leistungskomplexen erfolgt. Man hat also die Probleme der Leistungsausweitung in unveränderter Form weiter bestehen, gibt aber an bestimmte Arztgruppen von vornherein eine »Basis-Einnahmengarantie«. Diese Form der Honorierung bringt im Vergleich zum jetzigen System keinerlei Vorteile – ausgenommen für die betroffenen Ärzte.

Und dennoch ist auch an diesem Vorschlag ein ernster Kern: Bei allen Pauschalssystemen besteht immer das Problem, das zu definieren, was pauschal honoriert wird. So kann befürchtet werden, daß

Ärzte zwar identische Pauschalen erhalten, aber ein sehr unterschiedliches Leistungsspektrum anbieten. Der Vorschlag einer Pauschale plus Einzelleistung/Leistungskomplex stammt wahrscheinlich inhaltlich aus diesen Überlegungen. Da dieser Vorschlag jedoch ein Versorgungssystem im Auge hat, das nur die alten bekannten Nachteile der Einzelleistungshonorierung beinhaltet, muß bei der Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben in der Verhandlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Krankenkassen darauf geachtet werden, diese Nachteile möglichst gering zu halten. Dies könnte dadurch geschehen, daß der Leistungsbereich, der über die Pauschale zu honorieren ist, möglichst weit definiert wird.

Man hätte damit die Aufgabe, anzugeben, was zum Beispiel ein Allgemeinarzt alles an Leistung anbieten muß, um überhaupt in dem System tätig zu werden. Dieser Bereich insgesamt sollte dann mit einer relativ hohen Pauschale (hausärztliche Grundvergütung) honoriert werden. Bei verbleibenden, darüber hinausgehenden Leistungen – sollte er sie erbringen dürfen – hätte er in der Tat nach Einzelleistung/Leistungskomplex abzurechnen. An einem konkreten Beispiel hieße dies: Zumindest zum jetzigen Zeitpunkt wäre es wahrscheinlich unsinnig, von allen Allgemeinärzten die Bereitstellung der Sonographie im Rahmen einer pauschalisierten Leistungshonorierung zu fordern. Zudem ist es gesundheitspolitisch sicherlich auch eine abwegige Vorstellung, die weitere Durchdringung des Versorgungsbereiches mit diesen Geräten zu fördern. Für diejenigen, die heute jedoch die Sonographie zu erbringen berechtigt sind, wäre weiterhin die Honorierung dieser Leistung nach Einzelleistung möglich. Für die zukünftige Generation von Allgemeinärzten hätte man zu überlegen, ob diese Leistung nicht längerfristig nur als delegierbare Leistung weitere Existenzberechtigung haben sollte oder nicht. Ähnliche Überlegungen lassen sich für andere Leistungsbereiche anstellen.

Die Höhe der vorgestellten hausärztlichen Grundvergütung (Pauschale) ist nicht nur vom umschriebenen Volumen hausärztlicher Tätigkeit, sondern auch von den politischen Gegebenheiten innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und bei den Krankenkassen abhängig. Stellt man sich in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine relativ schwache Position der Allgemeinärzte vor – und hierfür spricht momentan politisch sehr viel –, dann wird es von dieser Seite kaum ein Interesse geben, die hausärztliche Pauschale möglichst hoch anzusetzen. Denn bei einer Deckelung des Gesamthonorars der Kassenärzte würde es darüber zu einer Umverteilung

der Einnahmen zugunsten der Hausärzte kommen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung würde in einer solchen politischen Konstellation also mit einem relativ niedrig angesetzten Vorschlag für die hausärztliche Pauschale in die Verhandlungen mit den Krankenkassen treten. Diese wiederum werden – unter dem Aspekt der Kosteneindämmung – einer niedrigen Pauschale gern zustimmen. Über diese Mechanismen zukünftiger Honorarpolitik könnte das allseits angeführte Prinzip der Förderung hausärztlicher Versorgung ausgehöhlt werden. Und die gesundheitspolitische Wirklichkeit läßt dies erwarten. Alles – einschließlich der Möglichkeit zur weiteren Leistungsausweitung über Leistungskomplexe – wäre auf der Basis eines neuen Gesetzes beim alten geblieben.

Korrespondenzadresse:
Heinz-Harald Abholz
Ceciliengärten 1
W-1000 Berlin 41

Literaturverzeichnis

- (1) Abholz, H.-H.: Die Qualität ärztlicher Versorgung unter dem Einfluß unterschiedlicher Honorierungssysteme. Berliner Ärztekammer, 1987, 24: 283-92
- (2) Abholz, H.-H.: Fallpauschale: pro-Argumente gegen eine Honorierung nach Einzelleistung. Zeitschr. f. Allgemeinmed. 1989, 65: 407-11
- (3) Abholz, H.-H.: Wie soll man das bezahlen? – Ein Vergleich ärztlicher Honorierungssysteme. Arbeit und Sozialpolitik 1992, 46 (5/6): 18-25
- (4) Eckpunkte für den Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP (Lahnsteiner Beschlüsse); internes Papier, Lahnstein 1992
- (5) Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV; internes Papier 1992
- (6) Fischer, G.C.: Die Honorierung des Hausarztes – Überlegungen aus allgemeinärztlicher Sicht. Arbeit und Sozialpolitik 1993, 47 (1/2); im Druck
- (7) Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der GKV. Bonn 1992
- (8) Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahrestgutachten 1989, Baden-Baden 1989
- (9) KBV: Konzept zur Hausärztlichen Versorgung. Interne Papiere. Köln 3/1992