

# Ambulante Versorgung: Wartezeiten auf Reformen

KARL-HEINZ SCHÖNBACH

Karl-Heinz Schönbach ist Publizist und Mitherausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“, Berlin

**Nie gab es in Deutschland mehr Ärzte und wurde mehr Geld für die ambulante Versorgung aufgewandt. Dennoch sieht sich die Koalition ungeahnter Sorgen um „Sicherstellung“, „Notfallversorgung“ und „Vergütungssystem“ gegenüber. Das übliche „mehr“ ist verwehrt. Woher sollen mehr Ärzte kommen? Es geht um inhaltliche Justierungen. Im Hinblick auf die verordneten und veranlassten Leistungen sind sie komplex austariert, weil sie Leistungen Dritter mit Folgekosten auslösen. Bei dem, was der Arzt selbst erbringt, ist er mit sich und allenfalls noch mit der Kassenärztlichen Vereinigung allein. Sie muss die Balance zwischen den Praxisinteressen und dem notwendigen Beitrag zum Versorgungssystem herstellen. Daher ist Nachschau zu halten, ob der Koalition eine Grundlage für diese notwendige Arbeit bereitsteht.**

Die politikinhaltlich eher Rot-Schwarze Koalition gibt sich für die ambulante Versorgung reichlich „schwarz-rot“. Von den 20 Vereinbarungen zielen hier 3 auf die weitere Entwicklung von Leistungen für Versicherte, 15 schreiben die Aufgaben der Selbstverwaltung fort und lediglich 2 befassen sich tatsächlich mit strukturellen Reformen. Dabei kann nur die Reform der Notfallversorgung als gesetzt gelten. Der Weg zu einem modernen, den Versorgungsbedarf der Bevölkerung abbildenden Vergütungssystem führt erst über eine wissenschaftliche Kommission. Ob sich überhaupt unabhängige Experten finden lassen und deren Ergebnisse tatsächlich umgesetzt werden, ist mehr als ungewiss: Politischer Reformwille sieht anders aus.

Allerdings sollte nicht gering geschätzt werden, dass die Koalition Wissenschaftler erstmals beauftragen will, sich zielorientiert mit Grundsatzfragen des ambulanten ärztlichen Vergütungssystems zu beschäftigen. Bisher ist dies

ein selbstreferentielles, von den Krankenkassen abgenicktes System, das die Ärzteschaft hütet wie ihren Gral. Sich damit wissenschaftlich zu beschäftigen hätte keine Drittmittel gebracht, sondern mit biographischer Wucht vernichtet. Die Zusammensetzung der Kommission darf also mit Spannung erwartet werden.

## Leistungen

Leistungsverbesserungen, die sich im übrigen Kapitel zu Recht auf die Konsolidierung der Pflege konzentrieren, finden sich auch für die ambulante Versorgung. Da die (1.) Festzuschüsse beim Zahnersatz in den letzten Jahren auch bei den richtlinienkonformen Versorgung in der Realität nicht mehr das Niveau von 50 Prozent Kassenanteil erreicht haben, sollen sie auf 60 Prozent erhöht werden. Abzuwarten bleibt, wie schnell es hier zu Mitnahmeeffekten in der zahnärztlichen Versorgung kommt, bei denen der durchschnittlich ab-

gerechnete Aufwand bei gleichem klassifiziertem Befund angehoben wird. Gleichwohl ist die Anpassung systemkonform und gerechtfertigt. Auch die Einführung weiterer (2.) Disease-Management-Programme für Rückenschmerz und Depression hat zwei Seiten. Zum einen wird die Ärzteschaft versorgungsinhaltlich mit der Diskussion um adäquate Behandlungsleitlinien konfrontiert. Das hat allein schon qualitätsfördernde Effekte. Zum anderen dürfen ergänzende Programme der Krankenkassen angesichts der hier besonders changierenden Indikationsgrenzen nicht ins Ungefähre des Marketings abgleiten. Zumal die Verteilungseffekte des Risikostrukturausgleichs die Debatte nicht mehr überblenden, lassen sich in jedem Fall positive Programmeffekte erwarten. Diese Sicht trifft umso mehr für das Vorhaben zu, die (3.) Koordination von Hospiz- und ambulanten Palliativversorgung (SAPV) durch Netzwerke zu fördern und künftig gesondert zu vergüten. In diesem Kontext soll auch geprüft werden, ob bei der SAPV auf die Ausschreibungserfordernisse aus dem Wettbewerbsgesetz verzichtet werden soll. Dass dies die Kontinuität der Verträge stören soll, klingt nach Erbarmen vor der Verwaltung.

## Selbstverwaltung

Das Gros der koalitionären Vorhaben zur ambulanten Versorgung zielt auf die Pflege der Selbstverwaltung, an deren Stellschrauben die Skala verfeinert oder gar ein paar Grad weitergedreht wird. Da die Punkte weithin unspektakulär und teils kontraproduktiv (Versandverbot) sind, ist ihr Stellenwert in einer Koalitionsvereinbarung erstaunlich. Da sind zum einen bekenntnishaft und wenig überraschende Punkte, die beinahe aus jeder Koalitionsvereinbarung grüßen wie:

- (4.) die bessere Vergütung der Hausärzte und der sprechenden Medizin,
- (5.) der Drang, die Bedarfsplanung Ärzte kleinräumiger zu gestalten
- (6.) und in unterversorgten Gebieten auf Zulassungssperren zu verzichten,
- (7.) der feste Wille zur Pflege des medizinischen Dienstes der Krankenkassen,
- (8.) und das Bekenntnis zu wohnortnaher Versorgung (Ärzte, Geburtshilfe, Hebammen und Apotheker).

Wie schnell aber mit scheinbaren Selbstläufern wie „wohnortnah“ Politik gemacht werden kann, zeigt das (9.) „Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln“, auf das es die Koalition abgesehen hat. Hatte man in den Vorstellungen der SPD hier noch einen Beitrag erkannt, die Arzneimittelversorgung im ländlich, dünn besiedelten Raum sicherzustellen, soll die Ausnahmegenehmigung für EU-Apotheken im Arzneimittelgesetz nun wegfallen. Ein Kniefall vor der der Apothekerlobby,

**Zeit ist ein knappes Gut:  
Wartezeiten abbauen kann nur,  
wer im (Vergütungs-)System  
bedarfsorientierte Prioritäten  
schafft.**

den der Europäische Gerichtshof (EuGH) hoffentlich zu unterbinden weiß. Auch wenn (10.) die Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Sinne der schnelleren Bearbeitung neuer Behandlungsmethoden gestrafft werden soll, werden nicht nur das Temperament seines Vorsitzenden produktiven Anschub gegeben haben, sondern auch die Lobbyinteressen von Arzneimittel- und Medizinprodukteherstellern. Deren Verwertungsinteresse wird von immer kürzeren Produktzyklen und höheren Renditeerwartungen geprägt. Der leichte Zugang zum deutschen Markt, für den sich rasch ein paar Gesundheitsökonom begeistern lassen, ist begehrt, zeitigt aber zwiespältige Effekte, wenn qualitativ höhere Zugangsbarrieren in anderen Ländern unterschritten werden. So ist der Anteil deutscher Medizinproduktehersteller am Weltmarkt in den letzten Jahren zurückgegangen. Konsequenter und gut begründet scheint dagegen, die (11.) Länder im G-BA stärker zu beteiligen, wenn es um die Bedarfsplanung im ambulanten ärztlichen Bereich geht. Schließlich sollen die Länder auch für eine aktivere Rolle bei der Sicherung der flächendeckenden Versorgung gewonnen werden. Und ihre Einbindung ähnlich den Patientenvertretern im G-BA bei allen Fragen der Qualitätssicherung ist sinnvoll, da sich komplexe Beziehungen zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung und Versorgung auf dem Land ergeben. Eine systematische Beteiligung und Berichterstattung

der Länder ist geeignet, ihre Sachnähe und gesundheitspolitische Kompetenz an dieser Stelle nachhaltig zu fördern.

Im Fokus der Koalitionsvereinbarung steht somit durchgehend die Teilhabe am Gemeinsamen, wenn es nicht gerade um Ausschreibungserfordernisse oder Versandapotheken geht. Das Gemeinsame ist vielmehr die formierte Gesellschaft der gesetzlich eingerichteten Selbstverwaltung. Von einem Wettbewerbsmodell, bei dem die Krankenkassen mit unterschiedlichen Verträgen um eine versichertenennahe, bedarfsgerechte Versorgung konkurrieren, ist nicht mal mehr am Rande die Rede. Stattdessen sollen die Länder auch ambulant zunehmend in Strukturentscheidungen eingreifen, und sogar das (12.) Bundesgesundheitsministerium (die Aufsicht) gewinnt eine aktive Rolle mit Anträgen zum (13.) Innovationsfonds<sup>1</sup>. Dabei variiert die Eindringtiefe der Vereinbarung oder, wenn man so will, ihre ordnungspolitische Konsistenz bis ins handgreiflich Konkrete:

- (14.) So sollen die Termin-Service-Stellen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) eine bundesweit einheitliche Telefonnummer bekommen.
- (15.) In unterversorgten Räumen werden Ärzte mit Zuschlägen besonders unterstützt.
- (16.) Auch sollen die KV hier leichter Eigeneinrichtungen schaffen und ihre zumindest möglichen Strukturfonds über die 1-Prozent-Grenze der Gesamtvergütungen hinaus erhöhen können.
- (17.) Damit das nicht alles im Als-Ob üblicher Symbolpolitik bleiben muss, sollen die Länder ein Mitberatungs- und Antragsrecht in den Zulassungsausschüssen der KVen erhalten.

Immerhin scheint die Doppelbödigkeit der „Landarzt“-Diskussion bei der Koalition zumindest rudimentär angekommen zu sein, auch wenn sie daraus nur sehr partiell Konsequenzen zieht und zunächst im „Weiter so“ bleibt. Natürlich klagt die Ärzteschaft solange über einen Ärztemangel, wie dies als Tarifargument wirksam ist. Mit einer kleinräumigen Bedarfsplanung aber mehr Sitze zu schaffen, lag ihr stets völlig fern. Der Blickwinkel

<sup>1</sup> Vgl. Beitrag von Patricia Ex und Volker Amelung in dieser Ausgabe.

dabei ist der gleiche. Mit dem Unterversorgungs- und Unterfinanzierungsargument schafft man frisches Geld, verteilt es aber ungern an mehr Teilnehmer als zuvor. Zweifellos wissen die Ärzte, dass die Versorgungsprobleme in strukturschwachen, nicht durch Überversorgung gekennzeichneten Gebieten keineswegs durch „Unterfinanzierung“ entstehen. Ärzte dort haben tendenziell viele Patienten und hohe Einnahmen. Aber sie können sich keine lukrativen Behandlungsnischen aussuchen. Sie brauchen, um mit ihrem hohen Arbeitsaufwand zurecht zu kommen, unterstützende Strukturen (Praxisgröße, Helferstruktur, Kooperation), die über das Einerlei ärztlicher KV-Flächenverträge hinausgehen. Wird bei der Wahl des Ortes der Niederlassung nur auf das Geld abgestellt, reichte auch das Dreifache als „Zuschlag“ nicht. Und schon gar nicht aus politisch fragilen, der Meinungsbildung einer Vertreterversammlung unterworfenen Strukturfonds aus der gemeinsamen ärztlichen Gesamtvergütung. Dass sich die KV mit „Eigeneinrichtungen“ auf den Kopf stellt, wäre ein Faszinosum: So ist es gut, dass die Länder nach der Koalitionsvereinbarung auch in den Zulassungsausschüssen aktiver werden sollen. Damit wird der Anschein einer systemisch funktionierenden vertragsärztlichen Versorgung durchaus hinterfragt werden können, den die Krankenkassen nicht antasten. So überrascht, dass die Selbstverwaltung inzwischen für eine bundesweit einheitliche Rufnummer der Termin-Servicestellen gegenüber der Telecom eine gesetzliche Grundlage braucht. Ebenso darf gewettet werden, dass die Krankenkassen die Beteiligung der Länder im Zulassungsausschuss als „zu teuer“ ablehnen, da diese hier mit fremdem Geld handeln. Beeindrucken lassen sollte sich davon niemand<sup>2</sup>.

## Strukturreformen

Auch wenn nur die letzten beiden Punkte (19.) und (20.) den Charakter von „Strukturreform“ in sich tragen, gehören doch die verbleibenden drei Punkte der Koalitionsvereinbarung zur ambulanten Versorgung auf besondere Weise zusammen. Gefordert wird:

- (18.) Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzte von 20 auf 25 Stunden zu erhöhen.

- (19.) Ein Vergütungssystem, das Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den medizinischen Fortschritt abbildet.
- (20.) Eine ambulante Notfallversorgung, die im Notfall tatsächlich sichergestellt ist.

Politisch sollte im Rahmen der Verhandlungen eine „Bürgerversicherung“ auf die Agenda gebracht werden, für die naturgemäß nicht unterschiedliche Gebührenordnungen fortbestehen könnten. Als die Bürgerversicherung<sup>3</sup> an der Union scheiterte, blieb die Forderung nach einer Vereinheitlichung der Gebührenordnungen von GKV und PKV im Raum, populär ausgedrückt: Die „Angleichung der Honorare“, damit die GKV-Patienten bei der Terminvergabe der Praxen nicht länger benachteiligt würden. Gegen eine solche überaus teure Luftbuchung wurde dann als Selbstverwaltungslösung der besonderen Art das „Mindestsprechstundenangebot“ in Stellung gebracht. Der Gesetzgeber soll der Selbstverwaltung sozusagen helfen, ihre Verträge weiterzuentwickeln. Deshalb ist dieser an sich rustikale Punkt hier zu erwähnen. Es bleibt abzuwarten, ob die zu erhöhende, bisher vertragliche Präsenzplicht danach gesetzlich auch wie bisher unabhängig vom jeweiligen Umfang des Versorgungsauftrages gelten wird.<sup>4</sup>

### – Mindestsprechstundenzahl

Die Mindestsprechstundenzahl bezeichnet eine technokratische Grenzziehung in § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä), der zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Spitzenverband Bund der Krankenkassen geschlossen wird. Ab dieser Grenze wird „vertraglich“ davon ausgegangen, dass ein Vertragsarzt seinem Sicherstellungsbeitrag für die ambulante ärztliche Versorgung in einem Mindestumfang nachkommt (Präsenzplicht). „Vertragliche“ Grenzen sind mithin äußerst strapazierfähig. Gibt es etwa an einem Ort 10 volltätige Ärzte, wird bisher hingenommen, dass sie jeweils nur mindestens 20 Sprechstunden in der Woche zur Verfügung stellen. Im Extremum werden so aus 10 im Rahmen der Bedarfsplanung für die gesetzlich Versicherte zugelassenen Ärzten 5. Dabei wird keineswegs geprüft, ob der Arzt tatsächlich auch 20 Stunden zur Verfügung steht oder in den 20 Stunden tatsächlich auch gesetzlich Versicherte sieht. Auffällig wird

ein Zurückhalten von Arztzeit den gesetzlich Versicherten gegenüber nur seiner Mitglieds-KV bei groben Missverhältnissen seiner Abrechnung. Da das zeitliche Abbild ärztlicher Abrechnungsziffern höchst variabel ist<sup>5</sup>, bewegen sich durch die eigene Organisation KV tatsächlich erkannte Auffälligkeiten an der Peripherie des Skandals – und nichts scheut die Selbstverwaltung mehr. Dagegen weisen Fachärzte nach Strukturdaten des StBA<sup>6</sup> schon durchschnittlich weit über den Versichertenanteil der PKV hinaus private Einnahmenanteile auf. Nach diesen Daten wird auch bei gesetzlich Versicherten inzwischen in erheblichem Umfang „individuell“ abgerechnet. Zudem weist das Vergütungssystem der GKV „förderwürdigen Leistungen“, so etwa operativen und technisch aufwändigen Leistungen sowie zumindest auch der Prävention, besondere Vergütungen zu. Um bei allen diesen Sikkereffekten ausreichend Arztzeit für gesetzlich versicherte Kranke sicherzustellen, ist die Anhebung der Grenze im Bundesmantelvertrag von 20 auf 25 Stunden sicherlich eine pragmatische Handreichung. Die eine wie die andere Ziffer ist jedoch nur rustikal herzuleiten, und betrachtet man den analytischen und argumentativen Aufwand, mit der das Volumen der ärztlichen Gesamtvergütung jährlich morbiditätsorientiert erhöht wird, ergibt sich ein auffallendes Missverhältnis. Wie eingangs erwähnt, hat dies Wissenschaftler bisher in keiner Weise zu erkennbarem Eifer motiviert.

### – Vergütungssystem

Will die Koalition (19.) ein „modernes Vergütungssystem“, sind „Leistung und

2 Der wirksamere Engpass dürfte ohnehin beim Personal liegen.

3 Vgl. den Beitrag von Stefan Greß in dieser Ausgabe.

4 Der GKV-SV hatte die Mindestpräsenz in Panik vor einer Angleichung des Honorarniveaus zur PKV ausgespielt. Die KBV wird dies wohl als unfreundlichen Akt zur Provokation eines gesetzlichen Eingriffs in die Selbstverwaltung interpretieren. Wird nun eine gesetzliche Präsenzplicht eingeführt und entsprechend der Koalitionsvereinbarung bestimmt, könnte die KBV sie bei häufigem Versorgungsauftrag ggf. anders als bisher entsprechend reduzieren wollen. Entscheiden müsste wohl das Bundesschiedsamt. Der Gewinn der Koalition hielte sich dann in Grenzen.

5 Der erfahrene Arzt arbeitet im Zweifel überaus geschwind.

6 Vgl. StBA, Kostenstrukturerhebungen ärztlicher und zahnärztlicher Praxen, verschiedene Jahrgänge.



Vergütung“ systematisch in ihrem funktionalen Zusammenhang für eine dem Behandlungsbedarf der Bevölkerung entsprechende, indikationsgerechte, patientenorientierte, produktive, effiziente und innovative Versorgung zu hinterfragen. Dabei weisen GKV wie PKV Reformbedarf auf:

- Für die GKV besteht zwar über den G-BA ein Prozess, innovative Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab ärztlicher Leistungen (EBM) aufzunehmen. Die Kalkulation der Leistungen ist allerdings nicht wirklich unabhängig wie für das DRG-System der Krankenhäuser, unterliegt starken Gruppeneinflüssen und ist in der Anwendung arzt- und nicht patientenorientiert. Vergütet wird nämlich, was der Arzt notfalls an einzelnen Leistungen und Handgriffen macht, nicht die komplexe Leistung aufgrund der Indikation des Patienten. Die Honorarverteilung an den einzelnen Arzt ist autonomes Recht der KV und unterliegt naturgemäß verteilungspolitischen Einflüssen.
- Für die PKV besteht mit der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) eine vormoderne, nur äußerst schwerfällig zu aktualisierende Gebührenordnung, die für zahlreiche ärztliche Verrichtungen nur bezugnehmende Leistungen und Gebühren kannte. Eine Nutzenbewertung für Erbringung neuer Leistungen gibt es nicht.

In der Anwendung der Systeme ergeben sich Besonderheiten, die maßgebliche Zweifel rechtfertigen, ob Qualität und Patientenbezug hinreichend gesichert werden können.

- In der Anwendung des EBM bestehen Regelleistungsvolumen, die für den überwiegenden Teil der Leistungen eine Pauschalierung je Patient und Quartal vorsehen. Sie wird auf die Arztgruppen quotiert. Dies bedingt für die (Fach-) Ärzte Anreize, die Patientenzahl im Quartal zu erhöhen, um ihren Anteil an den Volumina zu erhöhen, die Arztzeit je Kontakt aber zu verringern, um Zeit für einzeln vergütete Leistungen zu gewinnen (GKV, PKV, IGeL)<sup>7</sup>. Demgegenüber werden verrichtungsbezogen überdurchschnittlich vergütete Leistungen vermehrt (Operationen, technische Leistungen). Dass eine

solche Vergütung und Verteilung mit dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Versicherten zur Deckung kommt, käme einem Wunder gleich. Vielmehr sind die Praxen häufig „leistungsarm“ verstopft, während betriebswirtschaftlich attraktiv vergütete Leistungen „bedarfsarm“ zunehmen. Es kommt trotz Terminnot zu übervollen Praxen, bei denen man den Arzt selten sieht.

- In der Anwendung der GOÄ bestehen für den Arzt bis auf den Steigerungsfaktor bis zum 3,5fachen kaum Regulierungen. So sind die (Eigen-) Labor-Kosten je Fall x-fach höher als in der GKV. Gegenüber den Patienten besteht der Anreiz, die offenen Anrechnungsmöglichkeiten nach Art, Zahl und Honorar möglichst auszuschöpfen. Auch eine nachgehende Wirtschaftlichkeitsprüfung ist der GOÄ fremd. Das für den Patienten größte Risiko ist das der gesundheitsgefährdenden Überbehandlung.

Diese Hinweise lassen erahnen, wie die Koalition den Reformbedarf einschätzen könnte. Dass die Union an dieser Stelle Aufarbeitungsbedarf gesehen hat, ist durchaus verdienstvoll. Denn eine bloße „Angleichung“ der Honorare hätte bei dieser Ausgangslage nichts zum Besseren gewendet. Ebenso fatal wäre es gewesen, den Komplex der gemeinsamen Selbstverwaltung als Erweiterter Beerdigungstreuhand zuzuweisen. Ob es Wissenschaftler gibt, die künftige Meriten der Kommission höher einschätzen als ihr Drittmittelrisiko, bleibt wie in diesem Beitrag gern betont abzuwarten<sup>8</sup>.

Angesichts der bisher soweit skizzierten Ausgangslage knüpften Überlegungen<sup>9</sup> und Empfehlungen<sup>10</sup> für eine Reform der ambulanten Vergütung im Kern an den Behandlungsbedarf der Bevölkerung. So kann es doch – zurückhaltend formuliert – nicht zielführend sein, die milliardenschweren Gesamtvergütungen der KV wie bisher unter größtem administrativem Aufwand nach der Veränderung der Morbidität der Versicherten zu erhöhen, um das Volumen hernach – dessen ungeachtet – unter Bezugnahme auf ärztliche Verrichtungen und größte Pauschalen je Kopf/Fall auszukehren. Nicht die „Gesamtvergütung“ verdient den Morbiditätsbezug, sondern die Vergütung des Arztes in Anbetracht des morbiditätsbezogenen Behandlungsbedarfes seiner jeweiligen Patienten<sup>11</sup>. „Nicht einzelne ärzt-

liche Verrichtungen und Diagnose- bzw. Therapieschritte sind hier maßgeblich, sondern die indikations- und patientenbezogenen Behandlungsanlässe, klassifiziert nach Diagnosen, Schweregraden und individuellem Versorgungsbedarf. Diesen Behandlungsanlässen wird der für sie regelmäßig anfallende Behandlungsbedarf zugeordnet, der mit Hilfe von unabhängigen Kalkulationspraxen betriebswirtschaftlich ermittelt wird.<sup>12</sup>“ Diese auch im Ebert-Papier gewählten Formulierungen verweisen auf die Konstruktion der stationären Entgelte. Damit war aber in keine Weise gemeint, das DRG-System auf die ambulante Versorgung zu übertragen. Es geht vielmehr darum,

- die Behandlungsanlässe hinreichend komplex nach dem morbiditätsorientierten Behandlungsbedarf patientenbezogenen zu ordnen und für sie
- den erwarteten Behandlungsaufwand so zu kalkulieren, dass der Arzt für seine Therapiefreiheit eine unverzerrte ökonomische Grundlage findet.

Soll ein Vergütungssystem vom selbstverwalteten ambulanten Sektor, der ungleich politischer agiert als die professionell organisierten Unternehmen im stationären Sektor, akzeptiert werden, muss es schrittweise wachsen können und Vertrauen<sup>13</sup> finden. Deshalb sollte

7 Dieses Potential ist bei Hausärzten vergleichsweise geringer.

8 Und es können ja nicht alle in die Politik gehen.

9 Vgl. Schönbach, K.H.: Reform der ambulanten Vergütung? In IMPLICONplus, Gesundheitspolitische Analysen, 3/2013, S. 1 – 11.

10 Vgl. Friedrich-Ebert-Stiftung, Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, April 2013.

11 Zum geflügelten Wort hat es der Rat US-amerikanischer Experten in den Anhörungen der Selbstverwaltung von KBV und Spitzenverbänden vor Einführung der Regelleistungsvolumen gebracht: „Slice The Pie, Don’t Size The Pie“. Für den Umfang der Gesamtvergütung sind die „Erwarteten Ausgaben“ der angemessene Prädiktor.

12 Ebenda, S. 20.

13 Dabei ist das Vertrauen zweifellos am größten, wenn trotz aller möglichen Honorarreformen beim Arzt etwa das gleiche Geld ankommt. Dies wird bei einem morbiditätsorientierten Vergütungssystem nicht mittels Maßnahmen der Honorarverteilung herbeigeführt werden dürfen, sondern nur im Rahmen einer zeitlich begrenzten Konvergenz.

das System „morbidityorientierter Pauschalen“ von der gesetzlich verunglückten „Spezialfachärztlichen Versorgung“, bei der niedergelassene und Krankenhausärzte kooperieren, ausgehen und schrittweise das ambulante Operieren, stationärer ersetzende Eingriffe, stationäre Kurzzeitfälle, Hochschulambulanzen, psychiatrische Institutsambulanzen und sozialpädiatrische Zentren einbeziehen. So würde für herausgehobene fachärztliche Leistungen ambulant – unabhängig vom Ort der Erbringung – eine durchgehende Gebührenordnung geschaffen. Demgegenüber läge der Schwerpunkt der Vergütung für die Hausärzte und hausärztlich tätigen Fachärzte bei altersjustierten Fallpauschalen, morbiditätsorientierten Zusatzpauschalen und herausgehobenen Einzelleistungen sowie Payment-For-Performance (P4P).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat sich an dieser Diskussion nicht beteiligt. Unter dem dort geläufigen Maßstab „gleich langer Spieße“ dürften morbiditäts- und behandlungsfallorientierte Pauschalen inzwischen

entwickeln, könnte die Dringlichkeit gesundheitspolitischer Veränderungsprozesse früher erkannt und weniger geleugnet werden. Die Patienten brauchen nicht zuletzt auch infolge des Vergütungssystems

- wochenlang auf einen Facharzttermin zu warten,
- bei viel zu hohen Wiederbestellraten in überfüllten Praxen zu sitzen
- auf Medizin und Sprechzeiten im Minutentakt verwiesen zu werden,
- trotz hoher Beiträge mickerige Regelleistungsvolumen aufzuweisen,
- Zweifel haben müssen, ob das tatsächlich Notwendige getan wird
- und sich stereotyp unwirksamer IGeL-Leistungen zu erwehren haben.

Aber das ist in beiderlei Hinsicht Science-Fiction. Die Patienten reflektieren eher rudimentäre Signale und die Gesundheitspolitik stellt sich weithin taub. Nicht zu verkennen ist jedoch die Abstimmung mit den Füßen. Verlangt die individuelle Situation nach einer

„schnellen medizinischen Hilfe“, gehen Patienten meist ohne Umwege dorthin, wo ihnen geholfen wird. Und das ist immer häufiger das Krankenhaus. Es kann aber nicht angehen, dass in einem Land, das die höchste Zahl niedergelassener Fachärzte aufweist,

die (20.) ambulante Notfallversorgung überwiegend in überlasteten und dafür organisatorisch kaum hinreichend gerüsteten Krankenhausambulanzen stattfindet. Die Hausärzte werden nur (auf dem Lande) noch ausnahmsweise in Anspruch genommen. Der von den „sicherstellenden“ Kassenärztlichen Vereinigungen organisierte Bereitschaftsdienst gerät bei den Versicherten zunehmend in Vergessenheit. Krankenhäuser schwanken dann zwischen Überforderung des Personals und dem Anreiz des Managements, über die Ambulanzen stationäre Fälle zu akquirieren. Daher scheint die Koalition entschlossen, eine „gemeinsame Sicherstellung der Notfallversorgung von Landeskrankenhäusergesellschaften und KV in gemeinsamer Finanzierungsverantwortung“ zu schaffen und dabei „Notfallleitstellen und integrierte Notfallzentren aufzubauen“. Eine „gemeinsame Sicherstellung“ sollte sich allerdings nicht auf die

Trägerschaft beschränken, sondern den Betrieb einschließen, damit die Notfallstellen in Kooperation mit ihren konkreten Standort-Krankenhäusern eine hinreichende Leistungsfähigkeit erreichen können, den zusätzlichen Personal steht in nennenswertem Umfang gar nicht zur Verfügung.

Grundsätzlich wäre es fatal, bei der anstehenden Reform der Notfallversorgung von einem vermeintlichen Korrekturbedarf individueller Fehlanspruchnahme auszugehen. Angesichts der versorgungsinhaltlichen und organisatorischen Beliebigkeit der vertragsärztlichen Versorgung vertrauen die Menschen eher der Krankenhausambulanz. Von daher bedarf es gesetzlicher Ausschreibungskriterien für ein flächendeckendes System von Notfallzentren, das sich auf Standorte und Kooperationen mit kompetenten Kliniken stützen kann und die KV in die Mitverantwortung nimmt. Symbolpolitik mit Portal- oder Satellitenpraxen der KV an beliebigen Standorten hilft nicht.

## Fazit

Ohne ein modernes Vergütungssystem, das den Behandlungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet, darf Politik nicht erneut vor irgendeinen Wähler treten. Die in unzähligen Schichten hilfswise aufgetragene Salbe aus Richtlinien und Vorschriften, für die der Arzt in seiner Praxis schnell eine „andere Lösung“ findet, vermag die Fehlanreize nicht zu korrigieren, die ein historisch richtungsbezogen gewachsenes, weithin verteilungsorientiert geflickschustertes Vergütungssystem anzurichten vermag. In den Kern der Reform gehören eine morbiditätsorientierte hausärztliche Vergütung (altersjustierte Versichertenpauschalen, Morbiditätszuschläge, Einzelleistungen und P4P-Zuschläge) und morbiditätsbezogene Fallpauschalen für spezialärztliche Leistungen unabhängig vom Ort der Erbringung. Das „Rollout“ sollte von den Bereichen ausgehen, deren indikationsbezogene Leistungsentwicklung unter Qualitätsbezug gesichert werden kann (Stabilitätsbedingung). Die öffentlich kolportierte „Angleichung der Honorare“, die niemand politisch gefordert haben kann, wäre demgegenüber eine spektakuläre Luftbuchung. ■

## Ohne ein patientenorientiertes Vergütungssystem darf Politik nicht erneut vor die Wähler treten.

für die Bereiche Akzeptanz finden, bei denen Vertragsärzte „ungeschützt“ die mit den Krankenhäusern konkurrieren. Aber ohne zwingenden politischen Druck wird sich – Sicherstellung hin, Sicherstellung her – kein Gedanke rühren. Das ist auch nicht verwunderlich, denn die Selbstverwaltung kann sich zu Reformen nicht selbst mandatieren. So reicht ihre Mandat regelmäßig nur dazu, die vorletzte, lange bekämpfte Reform im Rahmen des Möglichen umsetzen zu wollen. Das Mandat für ein modernes, zukunftsfähiges Vergütungssystem muss gesetzlich formuliert und im Kern an ein unabhängiges Institut zur Umsetzung vergeben werden. Seine Anwendung obläge dann den Beteiligten.

### – Notfallversorgung

Würden Patienten fantastischer Weise aus Selbstschutz signalgebende Sensoren bei „Über-, Unter- und Fehlbehandlung“