

# Vorsicht Nachbesserungen!

Dass „Nachbesserungen“ in einer Form inflationär diskutiert wurden, die sich geradezu stilprägend für den politischen Diskurs einer Legislaturperiode erwiesen hätte, traf bisher nur auf die Startphase der Rot-Grünen Koalition zu. Nach all den Kohl-Jahren lief das Regierungshandwerk zunächst wenig reibungslos. Dafür steht leider auch Andrea Fischer als glücklose Gesundheitsministerin, der bald erfahrene Beamte fehlten. Es gibt aber auch eine politisch heilsame Reibung. Die hat bei den aktuellen GroKo-Sondierungen offenbar gefehlt. Allzu routiniert stand das Ergebnis in 3 Tagen fest und hat die SPD an die Peripherie ihrer Zustimmungsfähigkeit geführt. Von daher ist nun die politische Ökonomie der geforderten „Nachbesserungen“ durchaus heikel. Das gilt insbesondere für die geforderte Angleichung der ärztlichen Honorarsysteme. Nachdem eine „Bürgerversicherung“ erneut nicht durchsetzbar war, soll zumindest die ambulante ärztliche Versorgung der gesetzlich Versicherten verbessert werden.

Die Defizite in der ärztlichen Versorgung beruhen neben der drohenden Unterversorgung strukturschwacher Regionen im Kern darauf, dass der Anteil der hausärztlichen Versorgung zurück geht und damit die Grundversorgung leidet, die Fachärzte sich zunehmend auf Privateinnahmen stützen, Termine strecken und für die ambulante Notfallversorgung auf die Krankenhäuser verweisen. Keines dieser Probleme resultiert aus der bloßen Existenz einer privaten Krankenversicherung oder ließe sich allein durch eine Bürgerversicherung lösen. Ebenso kann keines dieser Probleme politisch „unterkomplex“ oder allein mit „mehr Geld“ aus der Welt geschafft werden. Da sie aber in der politischen Diskussion plakativ an den Stichworten „Landarztmangel“ und „Wartezeiten auf Facharzttermine“ festgemacht werden, braucht die SPD offenbar entsprechend plakative Lösungen. Und es ist irreal zu hoffen, die Union würde ihrerseits politische Verantwortung übernehmen und ihrer Klientel Strukturänderungen zumuten. Konservative haben nun mal nichts vor.

Zudem kennt die politische Ökonomie keine Abseitsregel. Wird von der SPD wegen des anstehenden Mitgliederentscheids gefordert, die ärztlichen Honorare in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) um einige Milliarden Euro zu erhöhen, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern, könnte die Union das Spiel einfach weiter laufen lassen. Bis-her wird die private Krankenversicherung (PKV) von den Fachärzten hemmungslos „abgerechnet“. Sollte die GKV nun ohne komplexe Strukturänderungen des Gesundheitssystems, zu denen die Union nicht bereit war, weitere Milliarden nachschießen, würde sie lediglich temporär den Honorardruck der PKV mindern. Wie die zusätzlichen Honorar-Milliarden der GKV seit 2010 würde dieses Geld der Versicherten aber

schlicht versickern. Daher kann es nicht verwundern, dass sich allen voran der GKV-Spitzenverband gegen ein solches Koalitionsopfer verwahrt.

Das zusätzliche Geld versickerte in der GKV, weil hier die Gesamtvergütungen aller Ärzte zwar mit der Diagnoselast der Versicherten „patientenbezogen“ erhöht werden, die Honoriierung des einzelnen Arztes demgegenüber nach seiner Tätigkeit „verrichtungsbezogen“ erfolgt. Ärztliche Verrichtungen sind jedoch nach Anlass, Art und Zahl in weiten Grenzen variabel, um nicht zu sagen beliebig vermehrbar. Zumindest werden in der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die medizinische Begründung und der therapeutischer Nutzen nicht mit dem Bedarf des Patienten konfrontiert, sondern lediglich mit schlichten statistischen Auffälligkeiten innerärztlich. Und die ebnet bekanntlich der Praxiscomputer im Gleischritt ein. Teilweise Pauschalierungen sind da notgedrungen die Kehrseite der ärztlichen Kunst.

Arztfunktionäre geben aktuell in der lockenden Diskussion um „mehr Geld“ ungewollt Einblicke in dieses Spiel, wenn sie die Terminknappheit am Quartalsende mit dem hohen Anteil pauschalierter Vergütungen begründen, die den Arzt zwängen, die Patientenlast durch Wiedereinbestellungen hoch zu halten: Hier wird inflationäre Zahl von Arzt-Patienten-Kontakten in jedem Quartal (Fälle) zu einer Fehlfunktion des Honorarsystems. Viele Fälle ohne ärztlichen Zeitaufwand bringen der Praxis Pauschalen zur Grundfinanzierung ein. Ärztliche Zeit aber wird verwandt für privat zu liquidierende Leistungen in Cash. Als Therapie gegen diese leistungsleere Inflation fordern die Arztfunktionäre den Verzicht auf Pauschalierungen ärztlicher Verrichtungen. Damit würde der laufende Ruin der PKV in der GKV fortgesetzt.

Solche Kollateralschäden wird niemand sehenden Auges in Kauf nehmen wollen. Gleich weiterführend ein einheitliches „patientenbezogenes Honorarsystem“ von GKV und PKV zu fordern, wäre allerdings politisch mehr als naiv. Ein solches System wird bisher nicht diskutiert, geschweige denn erprobt oder gar von der Ärzteschaft akzeptiert. Kurzum: Für Nachbesserungen der Sondierungsergebnisse in Koalitionsverhandlungen, die einen polarisierten Mitgliederentscheid der SPD auf Zustimmungskurs bringen sollen, taugt eine Honorarangleichung zwischen GKV und PKV nicht.

Karl-Heinz Schönbach