

# Honorarverteilung im Gesundheitswesen

von Dr. Ludger Wollring

Die Gestaltung der ärztlichen Vergütung spiegelt immer auch die gerade aktuelle gesellschaftliche Entwicklung. Ende der 80-er Jahre führte dies für die gesetzlich Versicherten zur Vereinbarung der Gesamtvergütung, dem sogenannten *"gedeckelten Honorartopf"*. Die Aufteilung dieses Honorars gemäß eines mit den Jahren immer absurder werdenden Punktesystems überließ man zunächst einmal der Ärzteschaft bzw. ihren Selbstverwaltungsgremien. Es kam, was kommen musste: der Fortschritt der Medizin einerseits und die Entwicklung der Morbidität andererseits führten zwangsläufig zu einem Punktwertverfall. Fehlende oder unglücklich gestaltete Reformen, z.B. im Bereich der Labormedizin, aber auch der Wegfall der Großgeräteverordnung und zuletzt die Implementation von Heerscharen psychotherapeutisch tätiger Psychologen in das kassenärztliche Versorgungssystem beschleunigten den Punktwertverfall zusätzlich. Der Anteil der Gesamtvergütung für die Honorierung der niedergelassenen Vertragsärzte, in deren Praxen über 90% aller Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, sank innerhalb einer Dekade von 23% auf unter 15%.

In der zweiten Hälfte der 90-er Jahre setzten drei Entwicklungen ein, die langfristige Folgen für die Honorarverteilung haben sollten:

- 1) die Etablierung von IGe-Leistungen,
  - 2) die Aktion „Phoenix“ und
  - 3) der Paradigmenwechsel in der Politik.
- 1) Die de jure schon lange bestehenden, in der ärztlichen Versorgung aber bis dato für niemanden spürbaren, Grenzen des „Wirtschaftlichen, Ausreichenden, Notwendigen und Zweckmäßigen“ („WANZ“) wurden erkannt und erstmals eingehalten. Mühsame und langwierige Diskussion mit den Kostenträgern etablierten - in Abgrenzung zur den gesetzlichen - die individuellen Gesundheitsleistung („IGeL“). Es fiel und fällt den Kassen noch heute schwer sich vom *„Image der Vollkaskoversorgung“* verabschieden zu müssen.
  - 2) Die Entwicklung der operativen Versorgung im niedergelassenen Bereich zeigte

– zumindest in einigen Fachbereichen – welche enormen wirtschaftlichen Einsparpotentiale durch die regen Verbesserungen im ambulanten Sektor realisiert werden konnten. Da im stationären Sektor aber kein Belegungsrückgang zu beobachten war, folgten erbitterte Diskussionen um Morbiditätsentwicklung, Indikationsstellung und Qualitätssicherung. Im Rahmen der Aktion „Phoenix“ wurden beispielgebende Vertragskonzepte entwickelt, die – erstmalig – Honorare ‚on-Top‘ der Gesamtvergütung beinhalteten.

- 3) Die auf die Wiedervereinigung folgende Entwicklung im Gesundheitswesen mag man unter anderem als dadurch gekennzeichnet sehen, dass einige Parteien auch die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihr Programm schrieben. Diese Körperschaften öffentlichen Rechts hatten damals in den Augen der Niedergelassenen vorrangig die Aufgabe, die Interessen der Ärzteschaft zu vertreten. Die rechtlich vorgegebene Aufsicht durch das Ministerium war vielen bis dato nicht so aufgefallen. Verwaltungsreformen bei den KVen, umgesetzt in z.T. schon vorweggenommener Implementierung nachfolgend in Kraft tretender Gesundheitsreformen, korrigierten die politische Wahrnehmung vieler Vertragsärzte nachhaltig. Ärzte wurden aus den Prüfungsausschüssen verabschiedet, Juristen hielten dort Einzug. Die Honorarverteilung erfolgt seit einigen Jahren nicht mehr *„im Benehmen“* mit den Krankenkassen, sondern wird allenfalls mit deren vollem Einverständnis modifiziert. Hinzu kommt, dass die letzte Reform, insbesondere das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, Direktverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern protegirt und allmählich die Sicherstellung auf die Kassen übergeht. Manche meinen, die Sicherstellung ist schon lange auf die Kassen übergegangen.

Die angesprochene Entwicklung der letzten 20 Jahre zeigt also, dass die Honorarverteilung im Unterschied zu früher heute weniger von den Ärzten als vielmehr von den Gesundheitsökonomien gestaltet wird. Wobei zu beachten ist, dass diejenigen, die – in der Politik wie bei den Kassen – mit der Entscheidungskompetenz mandatiert worden sind, nicht unwesentlich in der intellektuellen Abhängigkeit ihrer Berater stehen. Letztere sind meist Ökonomen, selten Mediziner und noch

seltener Ärzte. Bisweilen geben auch große Stiftungen, die andererseits wieder mit Klinikkonzernen verbandelt sind, strategische Unterstützung.

In Anbetracht der europäischen Entwicklung, die auch beinhaltet, dass der gesellschaftliche Konsens im Unterschied zu früher soziale Anspruchsrechte in Verfassungs- bzw. Grundgesetzrang implementiert haben möchte (natürlich letztlich zu Lasten der Freiheitsrechte), wird uns der Abschied vom pauschalierenden Sachleistungssystem recht schwer fallen. Andererseits zeigt die demographische Entwicklung, dass dieses eigentlich schon heute nicht mehr solide finanzierbar ist. Man wird – und die Augenheilkunde ist hierfür vielleicht ebenso wie die Zahnheilkunde überdurchschnittlich prädestiniert – auf Dauer an Modellen wie der Kostenerstattung, an einem direkten Arzt-Patienten-Verhältnis, nicht vorbei kommen. Speziell für die Augenheilkunde wäre durchaus denkbar, diese künftig für die über 18-Jährigen aus dem Bereich der gesetzlichen Versorgung nach und nach herauszunehmen und in die Verantwortung der persönlichen Daseinsvorsorge zu überführen.

Aktuell aber bevorzugt die Politik noch die Bekämpfung der Besserstellung der Privatversicherten und möchte dieses üble Zeugnis leitliniengerechter Versorgung am liebsten der öffentlichen Wahrnehmung vollständig entziehen. Zugleich wäre es der Politik wohl das Liebste, eine legale Lösung zu finden, die Rückstellungen der Privatversicherungen „zugunsten der Allgemeinheit“ zu plündern. Parole: *„Niemand soll sich der Solidargemeinschaft entziehen!“* Aber dieses Ansinnen – *„Junkerland in Bauernhand“* – bedarf zu seiner Umsetzung noch einiger grundsätzlicher Rechtsänderungen. Noch.

Wahrscheinlich, und dies wäre deutlich besser als die in angelsächsischen Ländern zu beobachtende Entwicklung, laufen wir auf ein Gesundheitsmodell zu, das dem der Niederlande stark ähnelt.

Aber dort wie hier finden sich erhebliche Defizite: Es gibt im Rahmen der gesetzlichen Versorgung im Bereich der Augenheilkunde keinerlei Vorsorgeuntersuchung.

Dies überrascht insbesondere, wenn man bedenkt, dass wir in einem hoch entwickelten Industriestaat und einer Informationsgesellschaft leben und trotz aller wissenschaftlichen

Erkenntnisse darauf verzichten, zu einem Preis, der bei weniger als 50 Cent je Einwohner per anno liegt, die einseitige Schwach-sichtigkeit durch geeignete Frühuntersuchungen herauszufiltern bzw. zu verhindern. Es bedarf keiner überragenden Gesamtschau um zu erkennen, dass eine solche Investition sich auch bezüglich des Leistungsvermögens der künftigen Arbeitnehmer um ein Vielfaches rentieren würde. Hinzu käme der Gewinn an Lebensqualität – leider blieb dies unbeachtet.

Die zu dieser Problematik gefällten Entscheidungen sind symptomatisch für die nicht von Ärzten gefällten Entscheidungen im Gesundheitswesen. Bei den europäischen Nachbarn ist es ähnlich. In fast allen Ländern gilt, dass die Kosten der Sehhilfen bzw. Brillen für über 18-Jährige aus dem Versorgungsbereich der GKV ausgeklammert bleiben, ebenso wie die Tränenfilmstabilisatoren und sonstige nicht-verschreibungspflichtige Präparate.

Schwieriger noch wird es zu verstehen, warum Vorsorgeuntersuchungen z.B. im Bereich der diabetischen Retinopathie oder des Glaukoms nicht von der Kasse getragen werden. Es bleibt zu hoffen, dass hier nicht allein ökonomische Überlegungen der Kostenträger durchsetzungsfähig sind, denn ansonsten wird es bald um die Versorgung vieler Krankheiten, die erst oder hauptsächlich im Rentenalter zu Leistungseinbußen führen, schlecht bestellt sein.

Es wäre nicht das erste Mal, dass dem Bürger unter dem Deckmäntelchen sog. „sozialer“ Gerechtigkeit eine Poliklinik-Einklassenversorgung angedient würde. Das gab es schon in der DDR, allerdings in Verbindung mit einer deutlich kürzeren Lebenserwartung.

Ob die gesellschaftlichen Ansprüche auf Gesundheitsversorgung künftig durch die Einrichtung von noch mehr Call-Centern oder aber durch eine wirkliche Verbesserung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung gedeckt werden, und ob hierbei das Morbiditätsrisiko wirklich von den Kostenträgern übernommen wird, ist Bestandteil eines gesellschaftlichen Entwicklungsprozesses, den die Ärzteschaft auch weiterhin aktiv mitgestalten sollte. Wer erreichen will, dass hervorragende Leistungen als solche erkannt und anerkannt werden, darf sein Licht nicht unter den Scheffel stellen. Auch als Arzt nicht. Die Aufrechterhaltung unserer Freiberuflichkeit bedarf mehr als früher unseres nachhaltigen Einsatzes. – Juli 2008