

Der gesundheitspolitische Kommentar

DIPL.-POL. EKKEHARD RUEBSAM-SIMON

Mit Regelleistungsvolumina unregelt in den Versorgungsnotstand: Volldampf voraus Titanic!

Schon lange geistert das Bild durch die Diskussionen von Kolleginnen und Kollegen, die KV entspreche symbolisch dem Dickschiff, das seinerzeit unbeirrt und unbelehrbar gegen den Eisberg fuhr. Während der Tanker schon in die Tiefe rauschte, wurde auf dem Oberdeck noch Quartett gespielt. Das Bild wird durch die Realität der Vergütungsreform 2009 eingeholt und als präzise Voraussage bestätigt. Und es passt in seiner bornierten Noblesse gut zu unserem Stand.

Was ist passiert? Wie vorausgesagt, laufen zum ersten Quartal 2009 zwei verschiedene Prozesse gleichzeitig über die geplagte Ärzteschaft hinweg: Die Implementierung des Gesundheitsfonds (von der Politik aufgezwungen) und die Neugestaltung des EBM 2009 (von der Selbstverwaltung entwickelt und ebenfalls von der Politik aufgezwungen). Beide Prozesse haben unterschiedliche Voraussetzungen und zeitigen unterschiedliche Folgen. Die Philosophie des Gesundheitsfonds unterstellt, dass es in ganz Deutschland für eine gleiche Arzt-Leistung gleiches Geld geben müsse - unabhängig von regionalen Besonderheiten. Der gigantische Umverteilungsprozess, der durch die nun überall gleichen Kopfpauschalen der Krankenkassen an die KVen ausgelöst wird, macht vor allem eine Umverteilung von West nach Ost und von Süden nach Norden. Würde der einheitliche Punktwert ohne Korrektur umgesetzt, hätte Baden-Württemberg einen Verlust von mehreren 100 Millionen € zu erwarten. Hellsichtige Gesundheitspolitiker begrenzten dies klugerweise („Konvergenzphase“) auf ein maximales minus von 100 Millionen pro Jahr, wofür ihnen körperschaftliche Dummbutel einen Extra-Tusch blasen.

Der EBM 2009, im Jahre 2008 mit heißer Nadel gestrickt und von der Panik gesteuert, die eigene Daseinsberechtigung zu verlieren, wenn der unerfüllbar enge Zeitrahmen des Bundesgesundheitsministeriums nicht erfüllt würde, zeigt sein hässliches Gesicht den Erfindern dieses Honorarverteilungsmaßstabes, also KBV und den regionalen KVen. Da angeblich 2,7 Milliarden € mehr in die ambulante Versorgung fließen sollen, wurden bei allen Beteiligten erhebliche Wunschfantasien und vielleicht auch Begehrlichkeiten geweckt. Fassungslos starren die niedergelassenen Ärzte auf ihr unbegreiflich niedriges Regelleistungsvolumen, das die Basis für ihre Subsistenz sein soll. Auch wenn viele RLV und Fallwert verwechseln so bleibt die Grundlage Ihre Kritik dennoch richtig: Es wird viel zu wenig Geld ausgewiesen.

Die mit großem Getöse angekündigte Honorarreform, die endlich transparente betriebswirtschaftlich kalkulierte und perspektivisch entwicklungsfähige Konzepte

darstellen sollte, geht gerade aufgrund handwerklicher Fehler und Geldnot im Chaos unter. Dieser zweite Teil des Umverteilungsprozesses verschiebt die Teilung zwischen Haus- und Fachärzten und innerhalb der einzelnen Fachgruppen in unüberschaubarer Weise. Darüber hinaus wird durch weiterführende Pauschalierung die Einschätzung der Sachgerechtigkeit nahezu unmöglich. Durch zahlreiche Stellschrauben erscheinen bei scheinbar ähnlichen Arztpraxen unterschiedliche Honorarwerte. Weder folgt das Geld der Leistung noch lassen sich sinnvolle strategische Markierungen erkennen. Man könnte genauso gut um das Geld würfeln - da sowieso nur ungefähr dasselbe Geld wie immer verteilt wird (sieht man einmal von den ominösen 2,7 Milliarden Euro plus ab), wäre das mindestens genauso gerecht.

Für den einfachen Arzt, dem eine verständliche Abrechnung versprochen wurde, ist das alles nicht mehr nachvollziehbar. Gerade jetzt schlagen die regionalen Besonderheiten zu: Wie viel Vorwegabzüge, wie viel Rückstellungen, wie viel Präventions- und Einzelleistungen erbracht wurden, wie viel Geld für zu erwartende sozialrechtliche Auseinandersetzungen von der KV zurückgestellt werden (auch das wird von den Ärzten selbst bezahlt!), welche Strukturverträge, Integrationsverträge und Sonderregelungen durch die Kassen gekündigt wurden - alles das summiert sich zu der Honorar-Katastrophe im ersten Quartal 2009 auf. Hinzu kommen spezifische Besonderheiten einzelner KVen: Ist der Anteil von vorher ausbudgetierten gut bezahlten Einzelleistungen hoch, so ist der Absturz durch den bundesweiten Orientierungspunktwert extrem.

Was passiert in Baden-Württemberg? Die Honorarpolitik dieses Vorstandes hat dazu geführt, dass Baden-Württemberg, die Lokomotive ärztlicher Honorarpolitik, inzwischen auf den letzten Platz zurückgefallen ist. Natürlich ist der Spielraum des Vorstands bei den gegebenen bundesweiten Vorgaben relativ klein, aber bei Erkenntnis der Folgen im Jahre 2008 hätte eine massive Verweigerung durch Baden-Württemberg geschehen müssen. Während der erste Vorsitzende in Nibelungentreue zur KBV verharrte, zeigte der 2. Vorsitzende immerhin in den letzten Monaten Flagge und ahnte das Desaster, das auf die baden-württembergischen Ärzte zukommen würde. Erst die Präsentation der Zahlen durch das Rechenzentrum der KV scheinen einen kathartischen Effekt auf den Vorstand ausgelöst zu haben. Eine von MEDI und Hausärzterverband beantragte Sondervertreterversammlung am 31. Januar 2009 wird die Hintergründe und Details klären.

Die Situation jetzt ist neu: Bisher verstanden nur die Ärzte ihre eigene Abrechnung nicht, jetzt verstehen auch offensichtlich die Führungsetagen der KVen nicht mehr was sie angerichtet haben. Nachdem die Bundesgesundheitsministerin, wie die Ärzteschaft auch, danach fragt, wo das Geld geblieben ist - von ihr populistisch als „gefühlter Honorarverlust“ bezeichnet - wird die KBV hektisch betriebsam und erreicht im Bewertungsausschuss (noch) eine Konvergenzphase bis Ende 2010. Hier sollen regionale Besonderheiten abgebildet werden. Die KV-Baden-Württemberg

ergriff diese Chance sogleich und versprach den Ärzten, dass Verluste und Gewinne (!) auf 5% begrenzt würden. Rechtlich und systematisch ist dieses Versprechen genauso windig, wie die Garantie der Bundesregierung für die Banken. Es hat eher einen Goodwill-Charakter, anstatt einer substantiellen Festlegung. Ob diese Aussage einklagbar ist, müsste erst geprüft werden.

Fasst man dieses unsägliche Gezerre zusammen, kann man eigentlich nur sagen: Das ganze Machwerk EBM gehört in die Abfalltonne, der KBV-Vorstand hat seinen Kredit endgültig verspielt und sollte zurücktreten. Da diese professionalisierten Herrschaften aber im wesentlichen nur noch für ihre eigene Apanage kämpfen, ist eine solche Forderung völlig zwecklos. Sie treten erst zurück, wenn das vorgesetzte Ministerium sie des Amtes wegen Unfähigkeit enthebt...oder wenn sie durch die Delegierten der Vertreterversammlung abgewählt werden. Das KV-System ist endgültig gegen den Eisberg erfahren, die Titanic nimmt Fahrt in die Tiefe auf.

Weder die Systematik des Gesundheitsfonds mit seiner betriebswirtschaftlich unsinnigen Nivellierung der regionalen Kosten- und „Produktions“strukturen bundesweit, noch die Systematik der regionalen Honorarverteilungsverträge bildet das Abrechnungsgeschehen angemessen ab. Von einer fairen Vergütung für geleistete Arbeit kann weniger als bisher schon gesprochen werden, die 2,7-Milliarden-Eurolüge, die medial verbreitet wird, wird publizistisch nur vom BMG und seinen Posaunen (Lauterbach & Co.) effektiv genützt. Die Forderung nach 5,11 €-Cent für den Punktwert hat inzwischen antiquarischen Wert, da sie auf die betriebswirtschaftliche Situation der Neunzigerjahre abhebt. Ein Punktwert von 6 und mehr Euro-Cent ist angemessen.

MEDI lebt im Hier und Jetzt und nicht im Wolken-Kuckucksheim der Fantasie, insofern werden wir einen konkreten Forderungskatalog an die Politik als gesetzlichen Rahmengerber formulieren und auch einen Maßnahmenkatalog entwickeln, was passiert, wenn unsere Forderungen nicht erfüllt werden. Die Großveranstaltung am 11.3. in Stuttgart wird das klären. Hier wird die Politik Stellung beziehen müssen. Das wird Auswirkungen auf die Bundestagswahl haben. Unabhängig davon bleibt unser Weg, nämlich großflächige Einzelverträge außerhalb des KV Systems zu schließen und parallel dazu den Systemausstieg der Ärzteschaft vorzubereiten, richtig und wird von uns weiter vorangetrieben. Es gibt schlicht keine Alternative dazu, da ein Projekt, wie zum Beispiel Durchsetzung des Kostenerstattungsprinzips durch Verweigerung der Sachleistung, viel zu kurz greift und nicht zu substantiellen Veränderungen im System führt. Die letzte Ärztin und der letzte Arzt müssen verstehen, dass ihre Zeit als Freiberufler abläuft. Das ist eine emotionale Erkenntnis, die eine erhebliche Umprogrammierung im Hirn bedeutet und keine kleine Anstrengung ist. Erst wenn wir die Herzen der Ärzte erreichen, werden Sie verstehen, dass die Titanic abwärts fährt. Im Moment glauben Sie wohl noch, wir würden um das Blaue Band fahren. Die politische Psychologie des niedergelassenen Arztes ist noch nicht geschrieben worden – aber sie ist überfällig,

da sie uns bei der alltäglichen Bewältigung des Wahnsinns permanent behindert.
Aber nichts bleibt wie es ist, das lernen wir gerade von den Handwerkern in KVen
und Sozialministerien...insofern hat die Zukunft schon begonnen!