

Kostenerstattung, Direktabrechnung, Ökonomie

Der 113. Deutsche Ärztetag hat einen umfassenden Antrag des Hartmannbundes auf generelle Einführung eines Kostenerstattungssystems mit deutlicher Mehrheit abgelehnt. Das hat eine spezifische Bedeutung, wenn man berücksichtigt, dass der Bundesgesundheitsminister auf der Eröffnungsveranstaltung eben dieses Ärztetages die Umstellung vom Sachleistungssystem auf die Kostenerstattung (trotz des Wahlergebnisses in NRW) auf seine Agenda gesetzt hatte. Er muss diese Abstimmung als schallende Ohrfeige empfunden haben, einmal unterstellt, dass er diesen Weg wirklich weitergehen will.

Ein nachgeschobener, zur Rettung des Themas „weichgepülter“ und konsequenzloser Antrag mit dem deklamatorischen Inhalt, dass die Kostenerstattung nicht benachteiligt werden dürfe, ging dann im Antragsmarathon des Geschäftsberichtes durch. Diese unverbindliche Erklärung und die damit entstandene politische Situation bedürfen einer genauen Analyse.

Der Vorsitzende der syndikalen Ärzteunion SIGNA, Bernd Wagner verzichtete weitgehend auf eine solche Denkarbeit und hatte den Übeltäter schnell ausgemacht: es war der MEDIVerbund, zusammen mit dem HÄV und einigen Klinikern, so seine Einschätzung. Der MEDIVerbund habe gegen den Antrag gestimmt. Diese nachweislich falsche Behauptung wurde von mir in *facharzt.de* als Lüge bezeichnet und von ihm mit Ausflüchten beantwortet. Zwischen Meinungsbildung und Tatsachenbehauptung besteht nun immer noch ein Unterschied. In seiner Vorstellungswelt kann man nicht gleichzeitig für Kostenerstattung und für 73er Verträge nach SGB V sein, so seine Argumentationskette...

Abgesehen von dieser Falschaussage ist es dennoch wert, einiges Grundsätzliche zum Thema zu sagen. Seit mehr als zwei Jahrzehnten wird das Thema Kostenerstattung periodisch aufgeworfen, insbesondere vom Hartmannbund, aber auch von vielen anderen Gruppierungen. Regelmäßig werden der konkreten Umsetzung erhebliche Widerstände entgegengebracht. Ich selbst habe vor einigen Jahren im Deutschen Ärztetag einen Antrag eingebracht, in dem es um eine alternative Finanzierung der GKV ging, der implizit die Kostenerstattung einschloss. Auch dieser Antrag verschwand via „Vorstandsüberweisung“ im Nirwana des Deutschen Ärztetags. Was bedeutet dieser repetitive Kurzschluss dann aber?

Fakt ist damit:

- dass zumindest der Deutsche Ärztetag, das einzige alle Ärzte repräsentierende Gremium mit einer gewissen Bedeutung, zurzeit keine Kostenerstattung als grundlegenden Zahlungsmechanismus will.
- dass die entscheidende Mehrheit, nämlich die Klinikärzte, vertreten durch den Marburger Bund, mehrheitlich dagegen sind. Hatte Montgomery noch gewisse Zuneigung zu diesem Thema, ist Rudolf Henke, sein Nachfolger – in der Tradition des christlich sozialen Arbeitnehmerflügels innerhalb der CDU stehend – ein definitiver Gegner der Kostenerstattung. Das Abstimmungsergebnis dieses Ärztetags hat also eine gewisse konsequente Abstammungslinie.
- dass außerparlamentarische Gruppierungen, seien sie innerhalb oder außerhalb der Ärzteschaft aufgrund des katastrophalen Auftritts der schwarz-gelben Koalition den

entschiedensten Verfechter des Konzepts, die FDP in einer zunehmenden Reaktionsstarre finden – selbstverschuldete Schwäche.

- dass die ärztlichen Verbände in einer – ziemlich unüberschaubaren – ambivalenten Haltung zum Thema stehen. Ob der HÄV wirklich nur aufgrund seiner Selektivverträge eindeutig als Gegner der Kostenerstattung festzumachen ist, bezweifle ich ebenso. Es gibt auch in diesem Verband zahlreiche Vertreter, die dem Kostenerstattungsprinzip neutral bis positiv gegenüberstehen und nur im Zuge der Bürokratiereduktion der Hausarztverträge für eine ausreichend gut ausgestattete Pauschale stimmen.
- dass einzig das „Bündnis Direktabrechnung“ in der Methode Kostenerstattung die Lösung der meisten grundlegenden Probleme unseres Gesundheitswesens sieht.
- dass der MEDIVerbund eine „multilaterale“ Strategie verfolgt, die die Kostenerstattung auf der Ebene der individuellen, mikroökonomischen Betrachtungsweise lässt – im Rahmen des jeweiligen Portfolios einer Praxis.
- dass sich viele Ärzte offenbar einigermaßen gemächlich im Sachleistungssystem eingerichtet haben und offenbar die Intransparenz dieses Systems mit seinem „Kuschelnest-Charakter“ und dessen Dunkelheit für sich bestmöglich ausnutzen - und damit dem hellen Licht des Kostenerstattungssystems instinktiv vorziehen. Immerhin schützt sie das Sachleistungssystem vor dem Wettbewerb untereinander, da der Versicherte ja keinerlei Vorstellung vom Preis einer ärztlichen Dienstleistung hat.

Was heißt das konkret?

Im Gegensatz zu den Protagonisten, die die Kostenerstattung wie ein Mantra vor sich hertragen und meinen, damit irgendein Problem des Sachleistungssystems abschließend gelöst zu haben, glauben wir, dass damit die Probleme eigentlich erst anfangen. Dass Kostenerstattung den Riesenvorteil der Transparenz gegenüber dem undurchsichtigen System der Sachleistungserbringung hat, ist völlig klar. Zu glauben, dass „der Markt“ (was immer die Strategen damit verbinden) das nun selbsttätig löst, ist eine schlichte Vermutung, mehr nicht. Kostenerstattung ist eine *Zahlungsweise* des Honorars keine Finanzierungsweise des Systems. Damit wird eine rechtliche Konstruktion verbunden, die die Krankenkassen und die KVen außen vor lässt – die Assekuranzen sind nur noch Zahlmeister, angesichts der schwindstüchtigen Finanzierung des Gesamtsystems ist das aber nicht eine wirkliche Problemlösung. Sowohl die Einnahmen- wie die Ausgabenseite der GKV sind von der Zahlungsmethode unbeeinflusst. Selbst das „Dogma“, durch mehr Transparenz würde mehr Kosteneffizienz entstehen durch den „mündigen“ Bürger, muss erst noch bewiesen werden. Der kranke Versicherte tickt nach anderen Regeln als der gesunde – ob er z. B. ein Experte für Kostencontrolling ist, sei dahingestellt. Und dass in einem nahenden Reformkonzept der GKV die Kostenseite eine überragende Bedeutung spielen wird – und wir Ärzte auch dafür eine Verantwortung übernehmen müssen – ist für mich unstrittig.

Makroökonomisch betrachtet ist es völlig unwichtig, ob der Arzt sein Honorar per Pauschale oder per Einzelleistung erhält, ob über Kostenerstattung oder im Rahmen der Sachleistungsregularien. *Für ihn zählt nur eins: Kann ich damit ein angemessenes Honorar erwirtschaften, das meine Praxis auskömmlich unterhält und damit einen wesentlichen Beitrag zur Stabilität des Gesamtsystems leistet?* Ist das nicht gewährleistet, kommt das System ins Rutschen bzw. fährt allmählich gegen die Wand. Selbst die von den Ideologen der Kostenerstattung so inbrünstig geforderte Einzelleistungsvergütung („wie ein Handwerker“ ist die anheimelnde Beschreibung) ist *nicht* mit Kostenerstattung *naturnotwendig* verknüpft....Es handelt sich um einen Honorarverteilungsmaßstab, der den gewissen Vorteil

hat, gesetzlich garantiert zu sein. Ob dieser betriebswirtschaftlich funktioniert oder die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung angemessen abbildet, steht auf einem anderen Blatt. Und ob diese gesetzliche Gebührenordnung in Konstruktion und Substanz unangreifbar bleibt, ist ebenfalls unklar.

Der Begriff Direktabrechnung (DA) beschreibt das Rechtsverhältnis zwischen Arzt und Patient, der Begriff Kostenerstattung die Zahlungsmethode, mehr nicht. Die Funktionalität des Gesamtsystems Gesundheitswesen, seine volkswirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Qualität ist von diesen Begriffen nicht direkt tangiert. Es gibt zahlreiche Gesundheitssysteme mit unterschiedlichen Rechtsbegriffen und Zahlungsmodalitäten, Pauschalen, Einzelleistungsvergütungen, Capitationen mit Budgetverantwortung u.v.a. m. Jedes System hat seine jeweils individuelle Bedeutung und Funktionalität.

Was den Arzt interessiert ist die angemessene Bezahlung seiner Arbeit, die betriebswirtschaftliche Solidität seiner Praxis und die Möglichkeit, eine entsprechende Zukunftsplanung zu realisieren. Den Begriff der Freiberuflichkeit mit einer bestimmten Zahlungsmethode in Verbindung zu bringen oder die Einführung von Selektivverträgen mit dem Ende derselben zeigt eine intellektuelle Dürftigkeit, die dem Gegenstand nicht angemessen ist. Die Finanzierungsebene des Gesamtsystems, ob als Privatsystem mit Kapitaldeckung oder als staatliches bzw. teilstaatliches System spielt sich auf einer anderen Ebene ab. Die Grundannahmen der FDP, nämlich das Gesundheitswesen auf gleichen Prämien aufzubauen und den Solidarausgleich in das Steuersystem zu übertragen halte ich für grundlegend richtig. Krankenkassen sollten ihrem Hauptgeschäft, nämlich Versicherungsunternehmen zu sein, nachkommen dürfen - das ginge am besten, wenn sie als private Assekuranzen funktionieren würden. Der Ausgleich zwischen Arm und Reich gehört in das Steuersystem.

Da die Welt aber nicht so ist wie wir das wünschen, entwickelt der MEDIVerbund Konzepte, die für die Ärzte eine angemessene Bezahlung, der primären Voraussetzung für Freiberuflichkeit, garantieren. Pauschalen wie im HzV-System sind dabei eine Möglichkeit, dieses Ziel konkret zu erreichen. Die von uns verhandelten Verträge wie zum Beispiel Hausarztverträge und Facharztverträge (Kardiologen Gastroenterologen zurzeit) erreichten dieses Ziel eindeutig und sind damit ohne Alternative.

In unserem „Fünf-Säulen-Modell“ verfolgen wir eine Diversifikationsstrategie, die dem Arzt eine möglichst flexible und individuelle Planung seiner Mikro-Ökonomie gestattet. Neben dem Selektivvertrag besteht der Kollektivvertrag (ein gewisser Teil der Patienten oder bestimmte Leistungen, wie z.B. Notfalldienst werden wahrscheinlich im kollektivvertraglichen System bleiben), die 3. Säule sind Selbstzahlerleistungen, die 4. Teilkommunitätspraxen (Privatpatienten und Selbstzahler) die 5. Säule Kostenerstattung. Die Etablierung der Kostenerstattung verfolgen wir auf verschiedenen Ebenen - obere politische Ebene BMG zur Änderung des Paragraphen 13 SGB V, untere pragmatische Ebene: Verbesserungen der Möglichkeiten von Patienten, Kostenerstattung zu wählen (Zusammenarbeit mit Versicherungsunternehmen etc.).

Kostenerstattung lässt sich nach unserer Einschätzung bei der gegenwärtigen politischen Gesamtkonstellation nicht mit einem Schlag realisieren sondern schritt- beziehungsweise teilweise. Die Änderung des § 13 SGB V in der Richtung, dass der Arzt die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung hat, wäre ein entscheidender Fortschritt. Dann können die Ärzte die in den Wettbewerb gehen und über Kostenerstattung abrechnen wollen, realiter nachweisen, dass das Konzept tauglich ist und wettbewerbsfähig zum Sachleistungssystem. Denkbar wäre

auch Kostenerstattung für Teilsysteme oder einzelne Arztgruppen oder bestimmte Leistungen. Zum Beispiel sind die Zahnärzte mit circa 50% ihrer Umsätze schon im Bereich der Kostenerstattung, das ließe sich relativ leicht auf 100% steigern.

Weder lässt sich mit der Kostenerstattung und der Direktabrechnung eine Strukturverbesserung eo ipso erzielen noch die chronische Unterfinanzierung des Systems ausgleichen. Der generelle Widerstand vieler Gruppen gegen das Kostenerstattungssystem kann durch den Nachweis der Tauglichkeit in den Teilbereichen, wie wir es anstreben, u. E. besser überwunden werden als durch repetitive Wiederholung von ideologischen Proklamationen. Die Einführung von Direktabrechnung und Kostenerstattung kann nur im Zusammenhang mit einer grundlegenden Revision des gesamten Systems und damit meine ich sämtliche Aspekte der Versorgungssituation kranker Menschen breitbasig gelingen. Wettbewerb als solcher löst nicht alle Probleme wie sie komplexe Gesundheitssysteme aufwerfen. Unter- und Überversorgung, Geldverschwendung, falsche Honoraranreize, die zur Fehlversorgung führen, sind nicht plötzlich verschwunden, wenn dem Patienten eine Rechnung in die Hand gedrückt wird. Die Vorstellung des Hartmannbundes, durch eine simple Abstimmung im Deutschen Ärztetag das Gesamtsystem der Gesundheitsversorgung umzukrempeln zeigt eine sehr schlichte politische Kräfteeinschätzung. Wir haben diesen Antrag dennoch mitunterstützt, um ein Signal zu setzen - wobei uns klar war, dass selbst bei erfolgreichem Antrag erst einmal nur ein Zeichen an der Wand etabliert worden wäre. Inhaltlich war dieser Antrag als Aufschlag nicht schlecht, weil das Bemühen, die Barrieren zum Erreichen der Kostenerstattung zu senken, genau der richtige Weg ist.

Auch in einem System größtmöglicher Freiheit und der individuellen Gestaltung seines Honorar-Portfolios, wie wir es anstreben, bedarf es der professionellen Steuerung von Prozessen und der Gestaltung der medizinischen Versorgung. Wenn dies nicht ganz den Kassen und den Gesundheitsökonomien überlassen bleiben soll, müssen Ärzte an verantwortlicher Stelle mitarbeiten. Zu glauben, dass mit einem Zauberwort Bürokratie, Versorgungsspezialisten und Finanzfachleute plötzlich überflüssig sind und das System sich automatisch selbst reguliert, ist naiv. Politik und Krankenkassen brauchen ernsthafte Kontrahenten, damit Kräftegleichgewicht hergestellt werden kann. Wenn alle Strukturen der Selbstverwaltung der Ärzte weggedacht werden, würden die Ärzte den mächtigen Assekuranzen und der Politik gegenüber ziemlich machtlos sein. Hier bedarf es der Zusammenarbeit aller Kräfte der Ärzteschaft, die an diesem großen Projekt arbeiten. Was wir nicht brauchen, sind Propheten die mit ihren Visionen alle diffamieren, die nicht gleich getaktet sind wie sie selbst. Wenn man den Thread in *facharzt.de* zum Thema Kostenerstattung auf dem Deutschen Ärztetag verfolgt, den blanken Hass gegenüber denen, die nicht gleich denken, auf sich wirken lässt, so ist ziemlich klar, dass mit solchen Visionären nichts zu erreichen ist. Sie sollten besser zum Arzt gehen. Unter dem Vorwand der Demokratie will man alle die, die gegen Kostenerstattung gestimmt haben, abstrafen - ein Widerspruch in sich selbst. Ich halte es lieber mit Rosa Luxemburg, die sinngemäß sagte, Freiheit sei auch immer die Freiheit des Anders-Denkenden.

Langfristig ist es sicherlich ein Thema, über die Konstruktion der Bundesärztekammer, die Mehrheitsverhältnisse in den Kammern und die reale Macht, die einer solchen Institution zukommt, nachzudenken und dann diese Strukturen zu verändern. In typisch deutscher Manier werden die verbalen Ausflüsse und durchgepeitschten Anträge mit der Wirklichkeit verwechselt. Ein Abstimmungssieg auf dem Deutschen Ärztetag bedeutet bei der faktischen Machtlosigkeit dieses Parlaments der Ärzte zunächst einmal – nicht viel. Etwas Besseres haben wir im Moment allerdings nicht!