QUALITÄTSSICHERUNG 01.11.2018

Über die Folgen der Budgetierung



Das Gift im Gesundheitswesen

Am 4. Oktober 2017 jährte sich der berühmt-berüchtigte Kompromiss von Lahnstein zum 25. Mal. Der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer schmiedete gemeinsam mit dem SPD-Gesundheitspolitiker Rudolf Dressler diesen unheiligen Kompromiss: Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG), mit dem die Budgetierung sowohl der ärztlichen Leistungen als auch der Arzneimittelausgaben vereinbart wurde. Quasi als siamesischer Zwilling der Budgetierung stellten Seehofer und Dressler die Bedarfsplanung komplett neu auf. Dabei war die Budgetierung sogar ein freiwilliges Angebot des damaligen KBV-Vorsitzenden Siegfried Häußler, um erstmals eine eigene Gebührenordnungsposition zur Ganzkörperuntersuchung einführen zu können: die GOP 19. Der damalige Ehrenvorsitzende der KBV und frühere Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Hans Wolf Muschallik, kommentierte diesen Kompromiss mit den Worten: „Wir stehen vor einem Scherbenhaufen.“ Am 9. Dezember 1992 gab der Bundestag dennoch grünes Licht für das ab 1. Januar 1993 dann geltende GSG.

Und Hans Wolf Muschallik hat mit seinen Worten Recht: Die Budgetierung ist seitdem für viele negative Entwicklungen im Gesundheitswesen verantwortlich.

Budgetierung und Arzttermine

Ärzte sind als Angehörige eines freien Berufes nur ihren Patienten und der Allgemeinheit verpflichtet. Selbstständig niedergelassene Ärzte führen aber auch einen Wirtschaftsbetrieb. Medizinische Fachangestellte haben Tarifverträge, bekommen regelmäßige Gehaltssteigerungen und das ist auch richtig so. Die Begrenzung der Mittel in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) setzt der ärztlichen Arbeit in der niedergelassenen Praxis aber Grenzen. Am deutlichsten ist dies an dem Streit um Wartezeiten und fehlende Termine zu spüren. Dabei ist es ganz einfach: Wenn der Inhaber eines mittelständigen Betriebs keine ausreichende finanzielle Deckung erzielen kann, rationalisiert er seinen Betrieb. Das Personal wird auf das Nötigste zurückgefahren, Investitionen zurückgestellt. Die Ärzte könnten mehr Termine nur dann anbieten, wenn sie in der Lage wären, ihre Praxen hierauf auszurichten. Unter einem Budget ergibt es wirtschaftlich aber keinen Sinn, weitere Patienten aufzunehmen und Termine zu vergeben. Ganz im Gegenteil: Weitere Patienten lösen Kosten aus, die aus eigener Tasche finanziert werden müssten. Dieses wird – zunehmend zu Recht – als unzumutbar empfunden. Facharztterminprobleme sind eine Folge der Budgetierung. Wer dies nicht wahrhaben möchte, lügt sich in die Tasche.

Budgetierung trifft Fachgruppen höchst unterschiedlich

Die Budgetierung betrifft die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV). Daneben gibt es aber einen Bereich, die extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV). Diese Leistungen werden voll und unlimitiert vergütet. Hier finden sich insbesondere Leistungen der präventiven Medizin, wie zum Beispiel Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern und Schwangeren, das ambulante und belegärztliche Operieren, Koordinierungsleistungen, in Hamburg beispielsweise auch Haus- und Heimbesuche sowie anderes mehr. Hiervon sind die Fachgruppen allerdings sehr unterschiedlich betroffen. Es gibt Fachgruppen, wie Kinderärzte und Gynäkologen, die einen großen Teil ihrer

Leistungen in diesem EGV-Bereich haben. Andere Fachgruppen, wie z. B. Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, haben fast keine extrabudgetär vergüteten Leistungen.

Zum Ausgleich wurde eine, allerdings sehr geringe, Leistung eingeführt, die sich Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) nennt. Diese schafft es aber nicht annähernd, die Unterschiede zwischen den Fachgruppen auszugleichen. Bestimmte Lasten in einer Kassenärztlichen Vereinigung, wie zum Beispiel die Laborreform, werden ausschließlich aus der MGV finanziert. Damit tragen immer weniger Ärzte zu diesen allgemeinen Lasten bei. Fachgruppen, die in der MGV verhaftet sind, bluten aus. Die Budgetierung ist daher auch noch höchst ungerecht.

Budgetierung ist sozial ungerecht

Eine niedergelassene Praxis finanziert sich heute im Wesentlichen aus zwei Einnahmequellen: Zum einen ist dies die Vergütung aus der gesetzlichen Krankversicherung (GKV), zum anderen die auf der GOÄ basierende Vergütung von Selbstzahlern. Die meisten aus der Gruppe der Selbstzahler haben sich über eine private Krankenversicherung abgesichert. Der kleinere Teil sind Patientinnen und Patienten, die individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, Einnahmen über Selbstzahler zu erzielen, ist unterschiedlich verteilt. In den neuen Bundesländern gibt es weniger Privatpatienten. In sozialen Brennpunkten der großen Städte gibt es ebenfalls wenig Privatpatienten. Diese Praxen sind auf die Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung angewiesen. Ihre Ertragslage ist deutlich schlechter als die von Praxen, die größere Teile ihrer Einnahmen von Selbstzahlern erzielen.

In den letzten 20 Jahren hat sich eine deutliche Gewichtsverschiebung ergeben. Durch die Budgetierung ist die durchschnittliche Einnahme pro Patient (GKV) deutlich gesunken. Die Einnahmen aus Privatpatienten sind nur leicht gestiegen. Es ist also die Ertragsschwäche aus GKV-Patienten, die zu dieser Lage führt, nicht eine Einnahmezunahme durch Privatpatienten. Diese Einnahmeschwäche aus der GKV ist eine Hauptursache für die ungleiche Verteilung von Arztpraxen in Großstädten, aber auch eine Ursache für die Unattraktivität von Landpraxen in Bundesländern mit wenig Privatpatienten. In den Städten trifft also Ärztemangel und Ertragsschwäche gerade die Praxen, die sich um die Versorgung von Kassenpatienten in sozialen Brennpunkten kümmern. Das ist für die Patientinnen und Patienten dieses Stadtteils sozial ungerecht.

Budgetierung führt zu Ärztemangel

Die Ertragsschwäche von Praxen, die auf die Einnahmen von GKV-Patienten angewiesen sind, macht sie wirtschaftlich unattraktiv. In den sozialen Brennpunkten der Großstädte, sind solche Praxen nicht mehr zu veräußern. Nachfolger finden sich nicht. Damit verschärft sich der Ärztemangel in diesen Bereichen. Gleiches gilt für die ländlichen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern. Es ist die Budgetierung, die zu regionalem Ärztemangel führt. Es ist der einzige Unterschied, der in einer Großstadt, wie Hamburg, Berlin, München oder Köln die Stadtteile einnahmeseitig unterscheidet. Vor 20 Jahren war es aber kein Problem, alle Stadtteile mit Ärzten zu versorgen. Auch damals verdiente man in den sozial-schwächeren Stadtteilen etwas weniger als in den anderen. Heute beträgt der Unterschied aber bis zu 50 %. Damit ist offensichtlich die Grenze überschritten, die junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, zu akzeptieren.

Budgetierung und Bedarfsplanung

Neben der Budgetierung bestand der Lahnstein-Kompromiss gleichzeitig darin, die Schrauben bei der Bedarfsplanung anzuziehen. Aus der Angst der Politiker vor einer „Ärzteschwemme“, die die Krankenhäuser ausbluten könnte, wurde die Bedarfsplanung zum siamesischen Zwilling der Budgetierung. Als Nebeneffekt wirkte sie zunächst ausgleichend zu den neuen Praxisbudgets, also im Sinne der Ärzte mit bestehender Niederlassung. Seit einigen Jahren wird das Instrument von der Politik freilich anders eingesetzt. Heute wird versucht, durch einseitige Änderung an der Bedarfsplanung, Versorgungslücken zu schließen.

Eine immer kleinräumigere und mit vielen Bedingungen versehene Bedarfsplanung versucht eine bessere Verteilung von Ärzten zu erreichen. In seiner Verzweiflung greift der Gesetzgeber jetzt sogar zu einer weiteren Einschränkung der Selbstverwaltung und will selbst in die Zulassungsausschüsse hinein. Doch eine noch so verschärfte Bedarfsplanung kann nicht kaschieren, dass Praxen mit einer durch die Budgetierung bedingten Einnahmenschwäche keine Nachfolger finden. Der Versuch, durch eine kleinräumige Bedarfsplanung Ärzte in diese Gegenden quasi zu zwingen, widerspricht dem Lahnstein-Kompromiss, der die Bedarfsplanung als Ausgleich für die Budgetierung sieht. Sie war als schützender Ausgleich für die Ärzteschaft gedacht und nicht als Instrument zu weiterem Zwang.

Ohne ein Ende der Budgetierung gibt es keine echten Lösungen

Ungleiche Verteilung von Ärzten in den Städten, Ärztemangel auf dem Land, Ertragsschwäche von Praxen in sozialen Brennpunkten und Terminprobleme bei Haus-, Kinder- und Fachärzten sind eine direkte Folge einer über 25 Jahre bestehenden Budgetierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Wer sich dieser Erkenntnis verweigert, wird zu keiner positiven Lösung der genannten Probleme kommen. Natürlich lässt sich noch eine Weile an vielen Rädchen drehen, aber es wird nicht zu einer wirklichen Verbesserung kommen.

Autor:in des Artikels

Quelle: Gesellschaftspolitische Kommentare – gpk, Nr. 8-9/2018 August – September 2018