

# **IGeL<sup>1</sup> und WANZ<sup>2</sup>: Wie die Ökonomisierung in der Medizin die ambulante Versorgung verändert – Beispiele aus gynäkologischen Praxen**

Maria J. Beckermann, Anke Kleinemeier, Mechthild Kuhlmann, Angelika Linckh, Claudia Schumann, Eva Waldschütz

## **1 Einleitung**

Wir sind sechs niedergelassene Frauenärztinnen und sind seit vielen Jahren in der Fachgruppe der Gynäkologinnen im Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF) e.V. tätig, um uns über fachliche und berufspolitische Themen auszutauschen. In den letzten Jahren haben wir in unseren Praxen Veränderungen beobachtet, die unsere alltägliche Arbeit unnötig erschweren. Die Bürokratisierung raubt uns Energie und nimmt uns die Freude an der Arbeit. Die Ökonomisierung in der Medizin wirkt sich nachteilig auf die Beziehungen zu unseren Patientinnen und auf die Versorgung der Patientinnen aus.

In dem vorliegenden Beitrag möchten wir unsere Beobachtungen konkret darlegen und in verschiedene Zusammenhänge stellen. Im Kapitel 2 erläutern wir die strukturellen Veränderungen des Gesundheitswesens in den letzten 25 Jahren und ihre Auswirkungen auf die PatientInnenversorgung. Kapitel 3 beschäftigt sich mit den Schwierigkeiten innerhalb der Ärzteschaft, speziell mit den Folgen der Geldverteilung unter den Ärzten. Das 4. Kapitel nimmt einige Praxisbeispiele in den Blick, um zu demonstrieren, wie politische Vorgaben konkret in die Praxis umgesetzt werden, und was das für ÄrztInnen und PatientInnen bedeutet. Im 5. Kapitel beschreiben wir die Auswirkungen der Veränderungen auf die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Schließlich ziehen wir im 6. Kapitel aus unseren Beobachtungen und Reflexionen ein Resümee für die Beteiligten.

## **2 Der Wandel des Gesundheitswesens aus der Perspektive niedergelassener Frauenärztinnen**

Wir möchten auf einige Gesetze und politische Vorgaben der letzten 25 Jahre eingehen, um die aktuelle Situation als Ergebnis des Stückwerks jahrzehntelanger Reformen mit seinen Kaskaden an Regulierungen und Gegenregulierungen, Anpassungs- und Ausweichmechanismen begreifbar zu machen.

Nach der Ära des Kostendämpfungsgesetzes (inkl. Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung) in den 1980er Jahren, dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 mit seinen drei Stufen bis 2007, dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992, den Gesetzlichen Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetzen mit verschiedenen Honorarverteilungsmaßstäben (HMV) und vier aufeinanderfolgenden Gebührenordnungen ist der Druck der Ökonomisierung in unserer alltäglichen Arbeit größer als je zuvor (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2007, sowie Gerlinger in diesem Band). Das System der zunächst unbegrenzten Einzelleistungsvergütungen wandelte sich mehrfach hin zu einer Kombination aus Pauschalvergütung und zusätzlichen Einzelleistungsvergütungen.<sup>3</sup> Unbegrenzte Einzelvergütungen bieten einen Anreiz zur Mengenausweitung, weil es finanziell belohnt wird, möglichst viele Handlungen zu verrichten. Wenn alle ÄrztInnen sich so verhalten, das

---

<sup>1</sup> Individuelle **Gesundheitsleistungen**.

<sup>2</sup> Die Grundsatzkriterien der kassenärztlichen Versorgung: wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig.

<sup>3</sup> Einzelleistungsvergütung bedeutet, dass ein Untersuchungs- oder Behandlungsvorgang in mehrere Teilvorgänge zergliedert wird, die von den ÄrztInnen einzeln aufgeschrieben und abgerechnet werden.

Gesamthonorar für alle Ärzte jedoch festgesetzt ist, gibt es für die einzelne Handlung weniger Geld. Um das zu kompensieren, wurden weitere Mengensteigerungen in Gang gesetzt werden („Hamsterradefekt“).

Ende der 1990er Jahre zog die Budgetierung eine tiefgreifende Strukturveränderung mit dem Ziel der Mengenbegrenzung nach sich. Das individuelle Praxisbudget wurde definiert als eine Obergrenze der insgesamt abrechenbaren Leistungen für eine Praxis. Es wurde berechnet aus der Fallzahl der Praxis und einem arztgruppenspezifischen Faktor. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz wurde aus dem Praxisbudget ein Regelleistungsvolumen (RLV). Das jeweilige praxisspezifische RLV wird berechnet aus einer Multiplikation der Fälle der Praxis pro Quartal mit einem von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) berechneten Fallwert. Die Fallzahl der Praxis pro Quartal ist festgeschrieben durch die Fallzahl im entsprechenden Quartal des Vorjahres. Eine Mengenausweitung war damit zwar grundsätzlich möglich, aber oberhalb der Höchstgrenze wurde die Vergütung deutlich abgestaffelt.

Mit der Budgetierung mussten ÄrztInnen nun lernen, begrenzte Mittel so zu verwalten, dass PatientInnen möglichst nicht zu Schaden kommen („Mangelverwaltung“). De facto gab es kaum Praxen, die mit dem zugewiesenen Budget zufrieden gewesen wären. ÄrztInnen hatten mit Einführung des Budgets die Alternative, nicht mehr zu arbeiten als das Budget hergab – dann mussten sie deutliche Einkommenseinbußen hinnehmen – oder sie konnten andere Strategien entwickeln, um das gewohnte Einkommen zu halten oder zu steigern. Einige KollegInnen versuchten, PatientInnen Leistungen vorzuenthalten, entweder offen mit der Begründung, das Budget lasse keine weiteren Behandlungen zu, oder verschleiert durch Verschiebung der Termine ins nächste Quartal. Manche Einweisung von PatientInnen ins Krankenhaus am Ende eines Quartals wäre sicher nicht erfolgt, wenn ÄrztInnen die Gewissheit gehabt hätten, ihre erbrachten Leistungen wären auch bezahlt worden. Auch eine Patientin mehrfach im Quartal zu sehen, war ökonomisch sinnlos: Mit dem ersten Kontakt war der mögliche Umsatz „aufgebraucht“, jeder Zusatztermin musste nahezu ohne Honorierung geleistet werden. Es kam zu einer weiteren, teilweise ethisch kaum noch vertretbaren Zunahme der Risikoselektion: Junge, gesunde PatientInnen waren lukrativer als kranke PatientInnen mit hohem Betreuungsaufwand. Das konnte zur Folge haben, dass junge „PillenpatientInnen“ jederzeit rasch Termine bekamen und schwer kranke KrebspatientInnen abgewiesen oder vertröstet wurden. Nicht zuletzt war die Budgetierung ein Anreiz, die von der Gesetzlichen Krankenversicherung unabhängigen Einkommen zu erhöhen, sei es durch (terminliche) Bevorzugung der PrivatpatientInnen, sei es durch den Verkauf von Selbstzahlerleistungen (IGeL).

Großen Einfluss auf die Versorgungsrealität hatte auch das Wettbewerbsförderungsgesetz mit der Einführung der freien Kassenwahl: Krankenkassen konnten mit ÄrztInnen auch unabhängig von der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der *Integrierten Versorgung* Einzelverträge abschließen. Es wurden Disease Management Programme (DMP) aufgelegt für eine spezielle Versorgung von PatientInnen mit Diabetes mellitus, koronaren Herzerkrankungen, Osteoporose oder Brustkrebs. Über den Morbiditätsrisikosturkturausgleich (Morbi-RSA) sollten die Kassen, die überwiegend gesunde Mitglieder hatten, die Kassen mit kranker Klientel stützen. Denn Krankenkassen hatten seither kein Bestandsrecht mehr.<sup>4</sup> Die Versicherten konnten die Kassen frei wählen, und die

---

<sup>4</sup> Bestandsrecht bedeutet, dass gesetzliche Krankenkassen relativ homogene Gruppen von Versicherten aufwiesen, die Ersatzkassen beispielsweise nur Angestellte. Viele Kassen durften dabei nur bestimmte Berufsgruppen versichern, die Techniker-Kasse beispielsweise nur Angehörige aus technischen Berufen. Es konnten sich weder die Krankenkassen ihre Mitglieder wählen noch konnten die Versicherten sich frei für eine Kasse entscheiden. Diese Art „Zwangsmitgliedschaft“ führte zu einem spezifischen Versichertenprofil jeder

Kassen mussten um KundInnen werben. Sie gaben nun ihr Geld aus für hochglänzende PatientInneninformationsbroschüren und Informationsveranstaltungen in teuren Hotels. PatientInnen erhielten im Rahmen von Einzelverträgen exklusive Leistungen, z.B. Unterbringung nach Operationen in Privatkliniken. Mit der Pharmazeutischen Industrie wurden Rabattverträge und andere „deals“ ausgehandelt (z. B. eine AOK beteiligte einen Arzneimittelhersteller von Psychopharmaka an einem Integrierten Versorgungsvertrag zur Betreuung psychisch kranker Menschen). Die Kosten für Yoga, Bauchtanz und Aquajogging wurden wieder anteilig übernommen. Kassen sorgten auf diese Weise dafür, ein möglichst junges und gesundes Klientel an sich zu binden.

Insgesamt wurde auf dem Rücken von ÄrztInnen, anderen LeistungserbringerInnen und von PatientInnen der immer schwieriger werdende Spagat zwischen der nach Wachstum strebenden Wirtschaftspolitik und der nach Kostensenkung strebenden Gesundheitsversorgung ausgetragen. Die Ausgaben für die Gesetzliche Krankenversicherung sollten begrenzt werden, damit Deutschland als Wirtschaftsstandort attraktiv blieb, sprich: die „Lohnnebenkosten“ sollten nicht steigen. Aber Gesundheitsleistungen an sich sollten immer mehr verkauft werden, damit die Gesundheitswirtschaft wachsen konnte, denn die stand und steht für Umsätze und Arbeitsplätze, nicht nur im direkten Bereich der PatientInnenversorgung, sondern auch in den damit zusammenhängenden Sektoren Medizintechnik, Biotechnologien, Pharmazeutische Industrie und Dienstleistungen und weitere. Nachdem wir nun die politischen Vorgaben geschildert haben wenden wir uns den Verteilungsproblemen innerhalb der Ärzteschaft zu.

### **3 Die Ärzteschaft und die Kassenärztlichen Vereinigungen**

Im Vergütungssystem der Ärzteschaft gibt es zwei Probleme, die sich gegenseitig ungünstig verstärken. Zum einen honoriert die Gebührenordnung für Kassenärzte, der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab), die ärztlichen Tätigkeiten nicht angemessen, und zwar insbesondere nicht die Basistätigkeiten wie ärztliche Beratungen und klinische Untersuchungen. Zum anderen verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) das Geld, das die Kassen zur Verfügung stellen, nach einem komplexen und völlig intransparenten System unter den Ärzten. Gleiche Leistung wird noch lange nicht gleich honoriert. Da gibt es Unterschiede von Quartal zu Quartal, von KV zu KV und von Reform zu Reform. Die Ärzteschaft und ihre Verbände wurden in Deutschland lange als starke Lobby betrachtet. Besonders die VertragsärztInnen sind mit einem „Monopol“ zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten ausgestattet (vgl. Rosenbrock und Gerlinger 2007, S. 107). Alle VertragsärztInnen sind Zwangsmitglieder der KVen, die als Körperschaften bürgerlichen Rechts vom Staat den Sicherstellungsauftrag erhalten haben. „Die KVen verfügen damit über ein Monopol, für die ambulante Versorgung von Kassenpatienten stellvertretend für ihre Mitglieder, die Vertragsärzte, Kollektivverträge mit den Krankenkassen abzuschließen“ (Rosenbrock und Gerlinger 2007, S. 107).

Die Kassenärztliche Vereinigung ist bei den Ärztinnen und Ärzten selbst wenig beliebt, weil sie vornehmlich in ihrer kontrollierenden und sanktionierenden Funktion wahrgenommen wird. Fast jeder Kassenarzt und jede Kassenärztin haben im Verlaufe langjähriger

---

Krankenkasse. Die Mitglieder der AOK hatten zum Beispiel im Durchschnitt das wenigste Geld und die meisten Krankheiten. Die Ungleichheit wurde pauschal unter den Kassen ausgeglichen. Nachdem freie Wahlmöglichkeiten für die Versicherten eingerichtet wurden, wurde das Versichertenprofil heterogener. Mit dem Morbi-RSA wurde das individuelle Profil der Versicherten anhand der Diagnosen erfasst und dementsprechend ausgeglichen.

Praxistätigkeit Prüfungen mitmachen oder sich bei Regressen verteidigen müssen. Man saß alleine (inzwischen nur noch mit Rechtsanwalt!) einer Runde von etwa acht älteren Herren gegenüber, einer leitete das „Verhör“, die anderen hörten zu und verzogen keine Miene. Die Vorannahme der Herren war immer, dass man versucht hat, sich ungerechtfertigt zu bereichern. Dann musste man sich anhand von Patientinnenkarteien rechtfertigen und war einer gewissen Willkür ausgesetzt, ob die Gründe akzeptiert wurden oder nicht. Selbst wenn man Widerspruch einlegte und bis zum Sozialgericht ging, wurde der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), die Gebührenordnung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in einem Bundesland so und einem anderen anders ausgelegt (zum Beispiel ist die Verhütungsberatung neben Krebsfrüherkennungsuntersuchung in einigen Ländern abrechenbar und in andern nicht). Ein Regress konnte sehr teuer werden, in seltenen Fällen die Praxis ruinieren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen waren sich ihrer Machtposition sehr bewusst und taten sich in der Vergangenheit weder durch unterstützende Beratungen geschweige denn durch Dienstleistungen hervor. Intransparenz und Unklarheiten bei der Honorarverteilung taten ihr Übriges dazu, um die Position der KV bei den ÄrztInnen ernsthaft in Frage zu stellen.

Inzwischen hat sich die Situation in mancher Hinsicht geändert. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen hat die Einsicht, dass auch sie auf ihre Mitglieder angewiesen sind, zu mehr KundInnen- und Service-Orientierung geführt. Die KV Nordrhein hat sich beispielsweise stark gemacht für Qualitätssicherung von ÄrztInnen für ÄrztInnen. Sie hat ModeratorInnenschulungen und Fortbildungen in Evidenzbasierter Medizin angeboten, inklusive Recherchetrainings und kostenlosem Zugang zu internationalen Datenbanken wie der Cochrane Library. Trotz aller Kritik an den Kassenärztlichen Vereinigungen sind doch die Kollektivverträge, die sie mit den Kassen aushandeln, der einzige verbliebene Ruhepol in der ärztlichen Praxis. Nicht auszudenken wäre der Aufwand, die Konkurrenz, das Ausmaß an überflüssiger Arbeit, Zersplitterung und Ungerechtigkeit unter den ÄrztInnen, wenn jede Praxis mit jeder Kasse selbst Verträge aushandeln müsste. Da könnte gleich ein Geschäftsführer den Praxisinhaber ersetzen.

Die Ärzteschaft ist keine homogene Gruppe. Was sie im Allgemeinen eint, ist ihre Liebe zum Beruf und zu ihren PatientInnen. Aber es gibt viele strukturelle Mechanismen, die sie trennen, zu Zersplitterung und zu Misstrauen führen und dem Ansehen des Berufsstandes insgesamt schaden. Einige Beispiele sollen die Mechanismen, die zur Zersplitterung führen, verdeutlichen.

### **3.1 Mehr Transparenz: Rechnung statt Blanko-Scheck**

Die wirtschaftliche Grundausstattung einer Kassenarztpraxis, der „Krankenschein“, bzw. heute die Versicherungskarte, ist bereits eine Zumutung für die ÄrztInnen, weil sie dadurch in permanenten Interessenskonflikten stehen. Da er nicht von den PatientInnen, z.B. in Form einer Rechnungskopie, kontrolliert wird, geht von ihm als eine Art Blanko-Scheck eine ständige Verführung zu Abrechnungsmanipulationen aus. Kontrollen werden an die Kassenärztliche Vereinigung delegiert, anstatt den PatientInnen die nahe liegende und angemessene Form der Kontrolle zu übergeben. Auch wenn das Gesundheitsministerium durchgesetzt hat, dass PatientInnen eine Rechnungskopie fordern können, gilt diese Forderung de facto als Misstrauenserklärung und wird von den PatientInnen nicht abgerufen.

### **3.2 „Mischkalkulation“ als Anpassungsstrategie**

In diesem Abschnitt möchten wir erklären, wieso die ärztlichen Vergütungssysteme ÄrztInnen erpressbar machen. ÄrztInnen passen ihre Abrechnungen immer den jeweiligen Gebührenordnungen und Bedingungen an. Sie konnten sich zu keinem Zeitpunkt an dem tatsächlichen Aufwand orientieren. Bei einem schwierigen Gespräch oder einer aufwendigen Untersuchung können sie nicht entscheiden, welches Honorar angemessen ist. Sie müssen die Ziffern<sup>5</sup> einsetzen, die vorgesehen sind, ohne dass diese die Praxisrealität abbilden würden. Die einzelnen Leistungen werden so gering bewertet, dass NichtmedizinerInnen das meistens kaum glauben können (siehe nächster Abschnitt). In der Folge wird umgekehrt manche Leistung aus ökonomischen Gründen abgerechnet, auch wenn sie medizinisch nicht unbedingt nötig wäre. Wir verstehen unter „Mischkalkulation“ die Anwendung von Abrechnungsstrategien, die nicht primär medizinisch sondern ökonomisch motiviert sind, die aber eine betriebswirtschaftliche Voraussetzung dafür sind, manche schlecht bezahlte medizinisch sinnvolle Leistung zu erbringen.

Die Strategien variieren mit den jeweils gültigen Abrechnungsbedingungen. Früher war der Durchschnitt der Fachgruppe der Maßstab, während in Zeiten der Budgetierung die Leistungen, die extrabudgetär vergütet wurden, besonders attraktiv sind. Wie ÄrztInnen ihre Patientinnen versorgen und wie sie „clever“ abrechnen, sind sehr verschiedene Aspekte, die kaum zur Deckung zu bringen sind. Dabei gibt es eine große Grauzone, innerhalb derer ÄrztInnen die Grenze der Legalität selbst nicht kennen (was bei der Komplexität und unterschiedlichen Auslegbarkeit der Gebührenordnung nicht verwunderlich ist), nicht wahrhaben wollen, weil sie sich ungerecht bewertet fühlen oder auch aus unterschiedlichen Gründen bewusst überschreiten. Wie auch immer ÄrztInnen sich verhalten: Wenn sie ein wirtschaftlich effizientes Unternehmen führen wollen, wird es bei jeder Quartalsabrechnung Ziffern geben, die ihnen Sorgen machen, die sie in eine defensive Position bringen und sie hoffen lassen, bei Kontrollen der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht aufzufallen. Diese grundsätzlich defensive Haltung kauft den ÄrztInnen all ihren Schneid ab. Sie lassen sich alle noch so absurden Abrechnungsbedingungen gefallen und arrangieren sich immer wieder aufs Neue damit, anstatt sich zu wehren und eine Bezahlung zu fordern, die in einem Verhältnis zu ihren Leistungen steht.

### **3.3 Entwertung statt angemessenem Honorar**

Die Höhe der Vergütung laut Gebührenordnung stellt eine Abwertung für den gesamten Berufsstand dar. Wir möchten nicht missverstanden werden: Wir beklagen uns nicht über die Höhe des ärztlichen Einkommens, sondern über die Be- bzw. Entwertung von hochqualifizierten Leistungen. Tatsächlich ist es beschämend, für 15 € eine komplette Früherkennungsuntersuchung durchzuführen (sie beinhaltet eine Beratung, Inspektion des äußeren Genitales, Speculumeinstellung des Muttermundes mit Abstrichentnahme, gegebenenfalls unter koloskopischer Sicht, bimanuelle Untersuchung des Genitales und sorgfältiges Brustabtasten) und es ist eine Zumutung, für 12 € als Grundpauschale eine Patientin ein ganzes Quartal hindurch zu betreuen. Eine Gebührenordnung, die die ärztliche Arbeit grundsätzlich respektabel behandelt und honoriert, ist unverzichtbar. Selbst wenn das Einkommen dadurch nicht insgesamt erhöht wird, behalten ÄrztInnen dann ihre Würde und werden nicht zu gegenregulatorischen Maßnahmen genötigt. Die ineffektivste Gegenregulation ist – langfristig gesehen – die Steigerung der Fallzahl. Wenn ÄrztInnen 10 Patientinnen pro Stunde „durchschleusen“, um auf den nötigen Stundenlohn zu kommen,

---

<sup>5</sup> Das heißt, ärztliche Leistungen sind in der Gebührenordnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit einer Ziffer belegt, der ein bestimmter Euro-Betrag zugeordnet ist.

können ÄrztInnen einem großen Teil der Kranken nicht gerecht werden. Eine Versorgung nach dem Motto „Quantität statt Qualität“ wird für das Medizin- und Sozialsystem mit hohen Folgekosten verbunden sein.

### **3.4 „Verarmungswahn“ durch unkalkulierbares Einkommen**

Die Ergebnisse der kassenärztlichen Abrechnungen werden etwa sechs Monate nach Erbringung der Leistung bekannt. ÄrztInnen können die Höhe ihres Verdienstes nur zu einem Teil durch ihre Leistungen beeinflussen. Jedes Quartal bringt wieder neue Überraschungen in der Verteilung des Geldes und in der Vergütung von Leistungen. Dadurch haben die ÄrztInnen nicht nur keine Planungssicherheit hinsichtlich Investitionen, Personal und Kosten, sie sind fixiert in der ständigen Befürchtung, die kommende Abrechnung könnte einen wirtschaftlichen Einbruch ergeben. Das „Jammern auf hohem Niveau“, das den ÄrztInnen gerne nachgesagt wird, hat seinen Ursprung in der paradoxen Situation, dass KassenärztInnen einerseits als freie UnternehmerInnen gelten, aber andererseits in vollkommener Abhängigkeit von den kassenärztlichen Vereinigungen gehalten werden. Sie können die Geldverteilung nicht beeinflussen, und sie können nicht beeinflussen, wie ihre Leistungen bezahlt werden. In einem Quartal verdienen sie für gleiche Leistungsmengen z.B. 10.000 € weniger, im nächsten 10.000 € mehr. Die Kommunikation mit vielen Landes-KVen ist ohnehin nur über Fachanwälte möglich, aber trotz deren „Übersetzungshilfe“ ist das Verteilungs- und Vergütungssystem für die ÄrztInnen selbst im Einzelnen völlig intransparent und nicht mehr nachvollziehbar. So entwickelt sich aus einem Gefühl grundsätzlicher Verunsicherung ein „Verarmungswahn“, der gemessen am wirtschaftlichen Outcome nicht angemessen erscheint, aber gemessen an den systematisch Ohnmacht erzeugenden Prozessen nachvollziehbar ist. Durch den geringen finanziellen Entscheidungsspielraum, den sie in der kassenärztlichen Versorgung haben, führt jede Einbuße in der Quartalsabrechnung zu Katastrophenerwartungen und nötigt die ÄrztInnen wieder zu Gegenregulationen.

### **3.5 Spaltung der ÄrztInnen untereinander durch antisoziales Vergütungssystem**

Anders als auf dem freien Markt, wo durch Konkurrenz die Nachfrage gesteigert werden kann, stellen die Krankenkassen den ÄrztInnen eine vereinbarte Summe zur Verfügung, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verteilt wird. ÄrztInnen, die untereinander konkurrieren, können nicht gewinnen, ohne dass sie gleichzeitig anderen KollegInnen etwas wegnehmen. Früher war wirtschaftlicher Erfolg ein Tabu für Ärzte, und das Arztbild war ausschließlich altruistisch geprägt. Unternehmerische Maßnahmen wie Werbung waren vollständig verboten. Verstöße wurden von den Ärztekammern streng sanktioniert. Inzwischen gelten für Arztpraxen zunehmend die Gesetze des freien Marktes, aber nur für privat zu zahlende Leistungen lässt sich die Nachfrage steigern. Die Verteilung der Kassenleistungen erfolgt weiterhin nach antisozialen Gesetzmäßigkeiten, nach denen der Gewinn des einen Arztes zwingend mit einer Einbuße für die KollegInnen verbunden ist. Im Verteilungskampf gibt es nur Gegner: FachärztInnen gegen HausärztInnen, Fachgruppen gegeneinander, somatische ÄrztInnen gegen PsychotherapeutInnen, jeder gegen jeden.

Darüber hinaus ist das Bild des Arztes oder der Ärztin als UnternehmerIn nach wie vor moralisch ambivalent belegt und verstärkt die Spaltung der ÄrztInnen untereinander: Den einen wird vorgeworfen, sie seien nur auf das Geld aus und profitierten zu Lasten der eigenen KollegInnen, den anderen, die die Gewinnmaximierung ablehnen, hält man vor,

dass sie eigene und Standesinteressen verraten. Jede einzelne Ärztin und jeder einzelne Arzt ist in den Verteilungskampf verstrickt zwischen den Polen der Angst, zu kurz zu kommen, und dem schlechten Gewissen, sich möglicherweise auf Kosten der KollegInnen zu bereichern, wie folgende Gedankengänge zeigen: „Wenn du nicht alle Möglichkeiten ausschöpfst, bleibt für dich nicht genug übrig. Wenn du die Ziffern nicht oft genug aufschreibst, wirst du runtergestuft. Wenn du nicht vorsorglich Widerspruch einlegst, verirkst du deine Rechte bei Interpretationsdiskrepanzen des EBM. Wenn du nicht jedes Quartal neu deine Abrechnungsstrategien an den neuen Modalitäten orientierst, verschenkst du Geld.“ Dieser andauernde Verteilungskrieg hat Spuren hinterlassen in den heutigen Ärztegenerationen, die nicht kurzfristig gelöscht werden können. Sie haben sich eingebrannt, und jedes neue Vergütungssystem – sollte es eines geben – hat diese Hypothek im Schlepptau. Die Bedingungen und Erfahrungen sind auch nicht gerade geeignet, die Teamfähigkeit der ÄrztInnen zu fördern, die in der heutigen spezialisierten Medizinwelt unverzichtbar ist.

Wir wenden den Blick von den Problemen der Ärzte untereinander nun auf einige Praxisbeispiele, die zeigen, wie die gesundheitspolitischen Vorgaben, die in Kapitel 3 beschrieben werden, in die Praxis umgesetzt werden.

#### **4 Beispiele aus dem Praxisalltag**

Die folgenden Praxisbeispiele machen deutlich, dass die gesundheitspolitischen Vorgaben der letzten Jahre uns einen Wust an bürokratischen Lasten aufgebürdet haben, ohne dass wir Vorteile erkennen können, die in irgendeinem Verhältnis zum Aufwand stehen. Im Gegenteil, zusätzlich zu den Belastungen stellen die Veränderungen eine Bedrohung für die Basis unseres Berufes dar: die Ärztin-PatientInnen-Beziehung.

##### **4.1 Integrierte Versorgung: Ambulante Operationen**

Integrierte Versorgung sollte primär Modelle fördern, die die Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Sektor voran bringen. Inzwischen wird das Geld, das den Krankenkassen für die Integrierte Versorgung zur Verfügung steht, aber auch für zahlreiche andere Modellprojekte genutzt und stellt somit eine Möglichkeit dar, Versorgungsstrukturen zu erproben, bevor sie – falls sie sich als sinnvoll erweisen – flächendeckend eingeführt werden. Einzelverträge im Rahmen der Integrierten Versorgung sind aber auch eine Spielwiese für Akteure, die Partialinteressen bedienen, und sie konfrontieren mit Widersprüchen und Ungerechtigkeiten der verschiedenen Vergütungssysteme. Kassen schließen Verträge mit OperateurlInnen, und zwar nicht nur mit VertragsärztInnen, sondern auch mit PrivatärztInnen, so dass ihre KundInnen unter Sonderkonditionen zu vereinbarten Preisen behandelt werden. Nicht operierende KassenärztInnen werden eingebunden, indem sie beispielsweise für die Vor- und Nachbehandlung 200 € pro PatientIn bekommen, eine verführerische Summe, wenn man bedenkt, dass Vor- und Nachbehandlung einer Operation inklusive Fäden-ziehen in der Quartalspauschale von 12 € enthalten sind. Man könnte diese Kooperation im Rahmen von Integrierten Versorgungsverträgen als Einweisungspauschale (Einweisungspauschale = Vergütungen oder Gegenleistungen von Seiten des Krankenhauses an niedergelassene ÄrztInnen für die Einweisung von PatientInnen) interpretieren – beide Parteien würden sich strafbar machen, denn es ist verboten, für Zuweisungen Geld oder geldwerte Vorteile zu kassieren. Aber offensichtlich ist gerade diese Form der Wettbewerbsförderung erwünscht, sogar erklärtes Ziel von Einzelverträgen und dann eben nicht strafbar. Diese Form des Anreizes verletzt

basale Wertegefühle, z.B. das Gerechtigkeitsgefühl noch mehr als dies durch die ungleiche Vergütung bei Kassen- und PrivatpatientInnen verletzt wird. Denn PrivatpatientInnen entscheiden sich frei für die Vor- und Nachteile ihrer Versicherungsform. Ob eine Kassenpatientin und ihre behandelnde Ärztin in den Genuss (?) eines Einzelvertrags im Rahmen der Integrierten Versorgung kommen, unterliegt dem Zufall. Die eklatanten Vergütungsunterschiede machen zudem die „Mangelwirtschaft“ der Routineversorgung deutlich.

Andere Integrierte Versorgungsverträge verfehlen das Ziel, die Versorgung der PatientInnen zu verbessern, indem sie zwar finanzielle Anreize setzen, diese aber keine medizinische Sinnhaftigkeit ergeben, wie z.B. Integrierte Versorgungsverträge zur Mutterschaftsvorsorge. Teil dieses Vertrags ist die Selbstmessung des vaginalen pH-Wertes durch die Schwangere mit dem pH-Handschuh. Dadurch sollen vaginale Infektionen früher erkannt und behandelt werden mit dem Ziel, Frühgeburten zu verhindern. Das Problem ist jedoch, dass hier Methoden vergütet werden, deren Effektivität nicht evidenzbasiert ist, und die aus diesem Grunde keinen Eingang in die Mutterschaftsrichtlinien gefunden haben. Diese Verträge stellen eher eine Marketing-Strategie dar als dass sie die medizinische Versorgung verbessern.

#### **4.2 Disease Management Programm (DMP) Brustkrebs**

Disease Management Programme (DMP) wurden vom Gesundheitsministerium aufgelegt mit dem Ziel, die Versorgung von bestimmten, häufigen Krankheitsbildern zu verbessern. Der Nutzen der Programme war weder durch Studien belegt noch in Modellprojekten erprobt worden. Die Krankenkassen bekommen für die eingeschriebenen PatientInnen beträchtliche Summen Geld und versuchen mit viel Aufwand, PatientInnen und ÄrztInnen zu motivieren, möglichst viele PatientInnen in das Programm einzuschreiben. Die bürokratische Arbeit (PatientInnen in die Programme einschreiben und den Verlauf dokumentieren) wird den ÄrztInnen und ihren Praxen gegen eine minimale Vergütung auferlegt. Für PatientInnen selbst resultieren überwiegend Unannehmlichkeiten, z.B. wenn sie sich vor einer Brustkrebsoperation – wo sie mit Sicherheit wichtigere Probleme im Kopf haben – mit dem Ausfüllen von DMP-Fragebögen beschäftigen sollen. Auch nach 10 Jahren haben sich durch das DMP Brustkrebs für die PatientInnen keine Verbesserungen gezeigt, die in einem vernünftigen Verhältnis zu dem betriebenen Aufwand stehen.

#### **4.3 Arzneimittelregress**

Auch für Arzneimittel gibt es ein Budget. Wenn ÄrztInnen zu teure, zu viele oder nicht für die Indikation zugelassene Medikamente verordnet haben, können sie mit Arzneimittelregressen konfrontiert werden. Sie erfahren das aber erst viele Monate bis Jahre, nachdem sie die Rezepte ausgestellt haben. Dann wird ihnen das Geld bei der Quartalsabrechnung vom Einnahmenkonto abgezogen. Gestagenbetonte Anti-Baby-Pillen sind beispielsweise häufig wirksam gegen Menstruationsschmerzen und gegen zu starke Blutungen. Diese Pillen sind aber heute nicht (mehr) zugelassen für diese Indikation, sondern nur zur Verhütung. Es besteht kein Zweifel an der Wirksamkeit der Therapie mit Anti-Baby-Pillen, und dennoch können ÄrztInnen die allermeisten dieser Medikamente heute nicht mehr auf Kassenkosten verordnen. Stattdessen sind neue Gestagenpräparate mit dieser Zulassung auf den Markt gekommen, die aber unverhältnismäßig viel teurer sind.

Spätestens, wenn einer Ärztin einmal das Geld für die Medikamente der Patientin vom Konto abgezogen wurde, wird sie in der Folge kein Risiko mehr eingehen, sondern in



vorausgehendem Gehorsam so restriktiv verordnen, als müsste sie ihren eigenen Notgroschen verteidigen. Regresse werden instrumentalisiert, um ÄrztInnen zu Sparmaßnahmen für die Kassen zu nötigen, wenn es sein muss auch gegen die Interessen der PatientInnen.

#### **4.4 Rabattverträge**

Rabattverträge zwischen pharmazeutischen Firmen und Krankenkassen wurden mit dem „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ eingeführt, um Ausgaben für Medikamente zu reduzieren. Es herrscht eine absolute Intransparenz darüber, welche Kassen mit welchen pharmazeutischen Unternehmen welche Verträge zu welchen Bedingungen abgeschlossen haben. *Niemand* hat Einsicht in und einen Überblick über die Rabattverträge. Das kann einem Gesundheitssystem nicht nützlich sein. Zudem haben viele Rabattverträge sehr kurze Laufzeiten, z.B. 2 bis 6 Monate. Dadurch kann es passieren, dass Patientinnen alle paar Monate ihre Dauermedikamente von anderen Herstellern beziehen. Das kann zu großer Verunsicherung und fehlerhafter Einnahme führen. Letztlich sind die Arzneimittel, die über Rabattverträge herausgegeben werden, gar nicht unbedingt die günstigsten. Viele ÄrztInnen suchen in Medikamentendatenbanken die günstigsten Mittel heraus. Aber die Kasse hat möglicherweise einen Rabattvertrag mit einer Firma über ein Originalpräparat zu einem Rabattpreis, der immer noch höher liegt als das Generikum, das die Datenbank ausgewiesen hat. Die Preispolitik mit Rabattverträgen hat auch zum Ziel, dass die pharmazeutische Industrie ihr Preislevel in Deutschland nicht senken muss. Die Arzneimittelpreise in Deutschland zählen weltweit zu den höchsten („Pharmaparadies Deutschland“), und die pharmazeutische Industrie setzt alles daran, das nicht verändern zu müssen, denn diese Preise sind für sie die Verhandlungsbasis auf dem Weltmarkt.

#### **4.5 Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL)**

GynäkologInnen sind laut Untersuchung der AOK die Fachgruppe, die am meisten IGeL-Leistungen abrechnet, am meisten „igeln“ (Zok 2010). Selbstzahlerleistungen gehören durch die Empfängnisverhütungsmaßnahmen, die keine Kassenleistungen sind, schon immer in die Gynäkologie. Als in den 1990er Jahren mit der Einführung der Budgets und begrenzter Honorare der Gedanke an IGeL auftauchte, erschien er den meisten KollegInnen geradezu absurd. Die Mitgliedschaft zur Gesetzlichen Krankenversicherung galt unhinterfragt als Rundum-Versorgung. Es hat Jahre gedauert, bis sich der größte Teil der ÄrztInnen mit IGeL anfreunden konnte, und noch heute gibt es eine ganze Reihe KollegInnen, die es kategorisch ablehnen, KassenpatientInnen privatärztliche Leistungen zu verkaufen. Tatsächlich kollidiert das „Verkaufen“ von Behandlungen mit dem Selbstverständnis vieler ÄrztInnen.

Ende der 1990er Jahre warteten viele KollegInnen auf eine eindeutige Positionierung der Kassenärztlichen Vereinigung und/oder der Ärztekammern *gegen* IGeL. Stattdessen wurde bereits 1997 von der Bundesärztekammer ein Katalog der zu empfehlenden IGeL herausgebracht. Damit bliesen die ÄrztevertreterInnen in dasselbe Horn wie die Kräfte, die die Ökonomisierung der Medizin vorantrieben. Später gründeten die Mandatsträger der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sogar eine eigene Stiftung (Aeskulap 2008), eine eigene GmbH (KVmed GmbH 2009) und eine eigene Aktiengesellschaft (Patiomed AG 2010), durch die sie berechtigt sind, an die Börse zu gehen und Gewinne zu erwirtschaften. Sie wollten vermeiden, dass der ambulante Gesundheitsmarkt, speziell Medizinische Versorgungsgesellschaften, durch andere Kapitalgesellschaften, z.B. Rhön-Kliniken,

aufgekauft wird. Lieber mischen sie selber mit, kaufen Medizinische Versorgungszentren auf und nahmen im Juli 2010 die Asklepios-Kliniken als Gesellschafter bei der Patiomed AG auf (vgl. KBV 2008; KVMED o.J.). Als Körperschaft Öffentlichen Rechts ist es ihnen untersagt, in gewinnorientierten Unternehmen an die Börse zu gehen, als Privatpersonen nutzen sie ihr Insider-Wissen. Aber wer kontrolliert, dass sie die Unternehmen wirklich zum Nutzen der Ärzteschaft führen, so wie sie behaupten? Von den Mandatsträgern der Ärzteschaft ist jedenfalls kein Widerstand gegen die Ökonomisierung zu erwarten, auch wenn sie sich immer gerne auf ärztliches Ethos berufen – sie gehen mit der Entwicklung.

Viele niedergelassene KollegInnen waren schon 1997 darüber enttäuscht und verunsichert. Sie mussten eine eigene Haltung zu IGeL entwickeln. Plötzlich flatterten kostenlose Zeitschriften in die Praxis („Erfolgreich Igel“), es wurden zahlreiche IGeL-Kurse angeboten, angefangen von der Pharma-Industrie, über die Apotheker- und Ärztebank bis hin zu den Ärztekammern selbst. Alle sahen ihre Chance darin, einem neuen medizinischen Wirtschaftszweig, der sich neben der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt, zur Blüte zu verhelfen und mitzuverdienen. Sogar ein dem Bundesministerium für Wirtschaft unterstehendes Bundesamt förderte IGeL-Verkaufsseminare für Ärzte und Ärztinnen, bevor das im September 2012 verboten wurde. Beispiele für häufig angebotene IGeL: TV-Wartezimmer zur Vermarktung von Anti-Aging-Beratung, Babyfernsehen, Knochendichtemessung, Sonographie in 3 D, Vitamin- und Aufbaupräparate. Es geht dabei nicht um eine sinnvolle medizinische Versorgung der Bevölkerung, sondern darum, an das private Geld der Versicherten zu kommen.

Selbstverständlich gab und gibt es sinnvolle Leistungen, die nicht zur Kassenversorgung gehören und daher selbst bezahlt werden müssen, z.B. Reiseimpfungen und Bescheinigungen fürs Sportstudio. Aber ein Großteil der IGeL sind medizinische Angebote, die aus gutem Grund nicht in den GKV-Katalog aufgenommen worden sind, meistens weil der Wirknachweis nicht erbracht ist oder weil auf der Basis der Evidenzbasierten Medizin für die betreffende PatientInnen- (oder treffender KundInnen-)Gruppe die Nachteile gegenüber den Vorteilen überwiegen. Überflüssige Untersuchungen sind für die Gesetzlichen Krankenkassen nicht kostenneutral. Sie gehen mit einem hohen Risiko für falsch positive Befunde einher. Die Folgekosten, z.B. in Form von (Labor-)Kontrollen, müssen dann wieder von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden. Es ist also eine Milchmädchenrechnung, den parallelen privatärztlichen Wirtschaftszweig als Entlastung für die gesetzliche Krankenversicherung zu betrachten. Im Gegenteil werden über die Fehl- und Überdiagnostik so viele gesunde Menschen mit pathologischen Befunden in das Kassensystem eingespeist, dass die Ressourcen für die tatsächlich Kranken noch knapper werden.

#### **4.6 „2-Klassen-Medizin“**

In den 1980er Jahren, vor den Steuerungsmaßnahmen zur Mengenbegrenzung, gab es eine Zeit der Gleichbehandlung von PatientInnen unabhängig von ihrem Versicherten-Status. Je mehr die Einnahmen aus der GKV beschnitten wurden, umso mehr mussten die privatärztlichen Einnahmen ausgeweitet werden. Dabei stellten viele ÄrztInnen erst fest, wie schnell das Geld mit PrivatpatientInnen zu verdienen ist. Auch hier mussten moralische Hürden überwunden werden, denn es entspricht dem Berufsethos, alle PatientInnen gleich zu behandeln. Die Interessensgruppen für Wirtschaftswachstum im Gesundheitswesen – dazu gehören auch die Vertreter von Standesorganisationen (z.B. der Berufsverband der Frauenärzte e. V. [BVF], die Kassenärztliche Bundesvereinigung [KVB], berufspolitische Gruppen) – boten zur Legitimation Lösungen an: Gegen Bevorzugung der PrivatpatientInnen

in puncto Service sei nichts einzuwenden, denn medizinisch würden doch alle gleich behandelt. Aber wo hört der Service auf und fängt das medizinisch Notwendige an? Ist es einfach schlechter Service, wenn ich als behandelnde Frauenärztin für eine kassenversicherte Krebspatientin mit anhaltendem Kopfschmerz eine halbe Stunde lang telefonieren muss, um einen Termin beim Neurologen zu bekommen und sie schließlich in die Klinik überweisen muss? Wenn RadiologInnen mit Kassenzulassung nur 10% ihrer MRT-Termine an KassenpatientInnen vergeben? Wenn PsychotherapeutInnen die Budgets der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausschöpfen, weil Privatzahlende bevorzugt werden, obwohl es vielerorts für KassenpatientInnen Wartezeiten bis zu 12 Monate auf einen Therapieplatz gibt?

Durch das Nebeneinander von privatärztlichen Leistungen – sei es bei PrivatpatientInnen oder als IGeL bei KassenpatientInnen – wird das System der Gesetzlichen Krankenversicherungen unterhöhlt und entwertet. Und zwar nicht nur, weil es als „Billig-Medizin“ gilt, sondern auch weil es als „Minimal-Medizin“ völlig zu Unrecht als mangelhaft angesehen wird. De facto leben PrivatpatientInnen heute bei uns „gefährlicher“ als KassenpatientInnen, denn ihnen drohen zahlreiche Gefahren durch Über- und Fehlversorgung. Die getrennten Privaten und Gesetzlichen Versicherungssysteme führen zur Entsolidarisierung in der Gesundheitsversorgung. Gesunde werden motiviert, in die Privatkasse einzutreten und tragen damit nicht mehr die allgemeine Versorgung mit. Mit den geringeren Einnahmen müssen mehr kranke Menschen von der Gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden.

Auch durch die Zuzahlungen, die KassenpatientInnen zunehmend abverlangt werden – Zuzahlungen zu Medikamenten, zu Heil- und Hilfsmitteln, zur stationären Versorgung, Reha-Maßnahmen, Zahnersatz – wird in verschleierte Form das Solidarsystem unterlaufen. Denn die Zuzahlungen finanzieren die PatientInnen allein aus ihrem Geldbeutel, wohingegen die Kassenbeiträge gemeinsam von ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen finanziert werden. Wiederum ein Zugeständnis an den „Wirtschaftsstandort Deutschland“.

Die Gesetzliche Krankenversicherung könnte es sich leisten, ihre Versicherten mit dem medizinisch Notwendigen zu versorgen und ihre Leistungserbringer dafür gut zu bezahlen, wenn alle sich einig wären, gegen eine Über-, Unter- und Fehlversorgung einzutreten, die allen Beteiligten schadet. Den gesetzlichen Kassen schaden die derzeitigen Versorgungsstrukturen, weil das Geld an der falschen Stelle ausgegeben wird und weil sie sich zu Unrecht als zweitklassig degradieren lassen. Den privaten Versicherungen schadet die Über- und Fehlversorgung, weil auch sie an der Kostenspirale des „medizinischen Fortschritts“ scheitern werden, denn den Beitragserhöhungen sind auch bei den privat Versicherten Grenzen gesetzt, speziell bei den RentenempfängerInnen, die einen großen Teil der Aufwendungen benötigen. Der Fortschritt wird sich nicht aufhalten lassen, und der Bedarf wird schon aufgrund der Demographie exponentiell wachsen. PatientInnen kommen durch Über- und Fehlversorgung zu Schaden, während der parallel existierenden Unterversorgung nicht angemessen begegnet werden kann. Die ÄrztInnen schließlich werden unter den Bedingungen der Über-, Unter- und Fehlversorgung keine Zufriedenheit in ihrem Beruf erreichen, und sie werden unter den Bedingungen der Verteilungskämpfe keine Solidarität untereinander entwickeln können.

#### **4.7 Früherkennung und Prävention**

In der Frauenheilkunde gibt es die Früherkennungsuntersuchung von Gebärmutterhalskrebs einmal jährlich für Frauen ab dem 20. Lebensjahr, das Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 70 alle zwei Jahre sowie das Screening auf Chlamydien (sexuell

übertragbare Bakterien, die zu Unterleibsentzündungen führen können) für alle jungen Frauen bis zum 25. Lebensjahr einmal jährlich. Kein einziges Screening-Programm in der Frauenheilkunde hatte eine eindeutige wissenschaftliche Grundlage, d.h. es war in keinem Falle vorher bekannt, was der Nutzen und was der Schaden sein würde. Aber alle Programme wurden als „Vorsorge“ verkauft. Den Frauen wurde die Botschaft vermittelt, dass sie durch „Vorsorge“-Untersuchungen Krankheiten vermeiden können.

Ohne hier auf den Sinn oder Unsinn der drei Programme einzugehen, fallen doch zwei Aspekte auf: Zum einen laufen die Programme weiterhin und wider besseres Wissen unter der Überschrift „Prävention“ und werden als solches unterschieden von kurativen Leistungen. Durch diesen Etikettenschwindel soll wohl verschleiert werden, dass „echte Prävention“ im Sinne einer Primärprävention (d.h. *Vermeidung* von Erkrankungen statt Früherkennung) in unserem System keine Rolle spielt (vgl. Rosenbrock 2008). So fehlt es beispielsweise an Forschung darüber, wie Brustkrebs vermeidbar wäre – z.B. welche Umweltfaktoren eine Rolle spielen und wie sie veränderbar wären –, stattdessen wird der Blick immer nur auf Diagnostik und Therapie gerichtet. Gibt es im ökonomisierten Medizinsystem so wenig Interessensgruppen, denen daran gelegen ist, Brustkrebs zu vermeiden? Zum anderen wurden die niedergelassenen Frauenärztinnen in die letzten zwei Programme in ihrer Beratungsfunktion intensiv eingebunden, bekommen aber keinerlei Vergütung dafür, anders als im Koloskopie-Screening-Programm auf Dickdarmkrebs, wo es eine Abrechnungsziffer für die Beratung von Personen über 55 Jahren zum Koloskopie-Screening gibt.

#### **4.8 Morbiditätsrisikostrukturausgleich (Morbi-RSA): „Labelling“ statt Diagnostizieren**

Seit jeher gehört exaktes Diagnostizieren zu den Basisaufgaben der Medizin. Es ist auch sinnvoll, dass ein innerärztlicher und Institutionen übergreifender Konsens darüber hergestellt wird, was unter welcher Diagnose zu verstehen ist. Insofern sind Diagnose-Systeme wie der ICD10 oder DSM IV eine Grundlage ärztlicher Tätigkeit. Die Bedeutung des Diagnostizierens für PatientInnen und ihr psychosoziales Umfeld, einschließlich Arbeitsplatz und Versicherungsträger, scheint jedoch in den Hintergrund geraten zu sein. Wiederum waren es Vergütungssysteme und Legitimationszwänge, die zu einer Zunahme von Diagnosebenennungen in großem Ausmaß geführt haben. Zunächst verlangten die Kassen lediglich eine Diagnose pro Krankenschein zur Legitimation, um ärztlich tätig werden zu dürfen. Inzwischen haben sich, speziell nach Einrichtung des Morbi-RSA (s.o.), eine Akribie und ein „Upgraden“ von Diagnosen etabliert, die den Eindruck erwecken könnten, es gäbe in unserer Gesellschaft kaum noch gesunde Menschen.

Grundsätzlich dürfen keine medizinischen Leistungen ohne Diagnosen erbracht werden. Das gilt auch für gesunde PatientInnen. Für Beratungen und Gespräche gibt es häufig keine Abrechnungsziffern, sie sind mit der Quartalspauschale abgegolten. Seitdem Krankheitslast nicht mehr pauschal unter den Kassen ausgeglichen wird sondern individuell nach Anzahl bestimmter schwerer Diagnosen berechnet wird (Morbiditätsrisikostrukturausgleich), versuchen nicht nur die Kassen, möglichst viele schwer kranke PatientInnen auszuweisen, sondern auch wir ÄrztInnen wurden angehalten, lieber zu viel als zu wenig Diagnosen zu vergeben, denn auch wir ÄrztInnen hätten anhand der Diagnosen unsere Tätigkeiten und unsere Forderungen zu legitimieren. Wie anders könnten wir unter Beweis stellen, dass die Menschen unserer Gesellschaft nicht nur immer älter sondern auch immer kränker würden und damit immer mehr ärztliche Behandlungen erforderlich würden.

Besonders stigmatisierend wirken sich in unserer Gesellschaft psychische Diagnosen aus (z.B. bei der Übernahme in den Beamtenstatus). ÄrztInnen mit der Zusatzbezeichnung

*Psychosomatische Grundversorgung* können Ziffern für psychosomatische Diagnostik und Interventionen abrechnen. Zur Legitimation muss aber eine psychopathologische Diagnose vergeben werden. Somit wird aus jeder Frau, die eine Beratung braucht, eine psychopathologische Patientin. Beratungsbedarf mit einer psychopathologischen Diagnose gleichzusetzen ist aber häufig nicht angemessen oder sogar stigmatisierend.

## **5 Ärztin-Patientinnen-Beziehung**

Die traurigsten Auswirkungen hat die Ökonomisierung auf die ÄrztIn-Patientinnen-Beziehung, denn sie zerstört sowohl das Vertrauen der Patientinnen als auch die berufliche Zufriedenheit der ÄrztInnen.

Bei dem Anbieten von IGeL beispielsweise schleicht sich bei der Patientin Zweifel ein: ‚Empfiehlst du das jetzt, weil es für meine Gesundheit gut ist oder für ihren Geldbeutel?‘ Die Selbsteinschätzung der Patientinnen wird gestört: ‚Bekomme ich den akuten Röntgentermin direkt heute Nachmittag, weil die Symptome so bedrohlich sind oder weil ich Privatpatientin bin?‘ Patientinnen fühlen sich schuldig, wenn sie teure Medikamente nehmen müssen: ‚Haben Sie auch wirklich keine Nachteile, wenn Sie mir dieses teure Medikament aufschreiben?‘ Viele Patientinnen fühlen sich genötigt, ihrer Ärztin zu versichern, dass sie persönlich alle Kosten übernehmen, die die Kasse nicht zahlt, aus der Angst heraus, es könnte ihnen sonst eine notwendige Therapie vorenthalten werden. Schwer kranke Patientinnen empfinden sich als Zumutung: ‚Ich stehle Ihnen Ihre kostbare Zeit.‘ Und jenseits von allen Sorgen und Ängsten, die zum Kranksein immer auch dazu gehören, würden Patientinnen das, was ihnen am wichtigsten ist, niemals fragen: ‚Interessiert die Frau Doktor sich wirklich für mich, kann sie mir wirklich helfen?‘ Denn Vertrauen kann nicht eingefordert werden. Vertrauen entsteht nur in der direkten Verbindung zwischen zwei Menschen. Auch dem Selbstverständnis vieler ÄrztInnen tut der Verkauf von IGeL nicht gut. Es geht um das Geschäft mit der Angst, um die Verbiegungen, die notwendig sind, wenn ÄrztInnen sich selbst und ihre PatientInnen in Verkaufsgesprächen von fiktiven Vorteilen überzeugen wollen, von denen sie nicht wirklich überzeugt sein könnten, wenn sie ihren Sachverstand anwenden würden. Das Auslösen von Ängsten vor möglichen Krankheiten oder auch die Erfindung neuer Krankheitsbilder für häufig vorkommende Beschwerden wird wie eine Mode dazu benutzt, PatientInnen IGeL zu verkaufen. Nicht wenigen KollegInnen fällt es unter diesen Bedingungen schwer, sich im Spiegel offen in die Augen zu sehen. Andere haben weniger Skrupel, jedwede medizinische Leistung schlicht als Geschäft zu betrachten. Darüber hinaus errichtet die Ökonomisierung – im Verbund mit der Bürokratisierung – hohe Kommunikationsbarrieren. Ein fiktives Praxisbeispiel veranschaulicht, wie gute Kommunikation durch überbordende Bürokratie verhindert wird:

Das Wartezimmer ist voll, die Patientin hat bereits 40 Minuten gewartet und ist genervt. Die Ärztin muss sie erst beruhigen, bevor das Gespräch aufgenommen wird. Während die Patientin spricht, rattert bei der Ärztin die Liste der möglichen Diagnosen durch den Kopf und der Ordner „Schnelle Lösungen“ im ärztlichen Gehirn wird geöffnet. Nach 18 Sekunden wird die Patientin unterbrochen und zur Untersuchung gebeten. Während der Untersuchung rattert bei der Ärztin die Leistungskette durch den Kopf. Die durchgeführten Untersuchungen sind ein Kompromiss zwischen medizinisch und wirtschaftlich Sinnvollem. Während die Ergebnisse besprochen werden, beginnt bereits die Dokumentation: Die Befunde müssen so geordnet werden, dass alles rekonstruierbar ist, gegebenenfalls auch vor Gericht; ebenso die Ziffern, damit das Geld fließt, dabei muss in der Gebührenordnung nach seltenen Ziffern oder Ziffernausschlüssen nachgeschlagen werden. Es folgen die Diagnosen, damit die Ziffern regresssicher begründet sind. Dann kommt eine Verordnung und deren Überprüfung in der Medikamenten-Datenbank,

ob es auch das günstigste Medikament ist, und ob es auch rezeptpflichtig ist, in der Medikamentenstatistik, ob das Budget es noch hergibt und in der Leistungskette, ob auch die Ausnahmeziffer eingetragen ist, die die Kosten im Falle einer Budgetüberschreitung absichert. Falls eine Leistung der Integrierten Versorgung zur Abrechnung kommt, wird die Patientin in die Integrierte Versorgungs-Liste eingetragen, damit wir nachhalten können, ob das Geld von der Kasse direkt eingeht.

In diesem fiktiven Beispiel wird deutlich, dass die bürokratischen Anforderungen die ÄrztInnen derart mit Beschlag belegen, dass sie sich kaum frei machen und für gute Kommunikation öffnen können. Die Patientin war 15 Minuten im Sprechzimmer, sie hatte – wenn überhaupt – 18 Sekunden die volle Aufmerksamkeit der Ärztin. Die restlichen 14 Minuten und 42 Sekunden war die Ärztin immer mindestens doppel- bis dreigleisig damit beschäftigt, sich abzusichern – gegen Fehldiagnosen, gegen Regresse, gegen Gerichtsprozesse, gegen finanzielle Nachteile.

Hartnäckig und anscheinend unveränderbar hält sich auch die schlechte Honorierung von Gesprächsleistungen. Frauen kommen z.B. häufig in die Frauenarztpraxis mit Fragen zur Verhütung oder zur Kontrolle unter Pilleneinnahme. Wenn sie sich im Kontakt mit der Ärztin wohl fühlen, packen sie ihre Probleme aus, ob es um Sexualstörungen geht, um unbewältigte Probleme aus der Vergangenheit, um Essstörungen oder um Kinderwunsch. Aus ökonomischer Sicht müssten ÄrztInnen die Gespräche genau an diesem Punkt, wo die Frauen Vertrauen und Mut gefasst haben, unterbrechen und sie auffordern, sich einen neuen Termin, am besten im nächsten Quartal, für das Gespräch geben zu lassen, denn die Gesprächsziffer (Psychosomatisches Gespräch) ist neben der Verhütungsberatung in einigen KV-Bereichen nicht abrechenbar.

Warum werden Gespräche in der Medizin seit jeher nicht angemessen honoriert, obwohl alle wissen, wie wichtig sie sind und welche – auch ökonomischen – Auswirkungen sie haben können? In erster Linie wohl, weil sie nicht zu Investitionen und Gewinnsteigerungen in der Gesundheitswirtschaft führen. Wir vermuten außerdem, dass die Entscheidungsträger wissen und einkalkulieren, dass ÄrztInnen immer eine Beziehung zu den PatientInnen, die ihnen gegenüber sitzen, herstellen möchten, dass sie versuchen, ihr Vertrauen zu gewinnen und sie zufrieden zu stellen. Gespräche führen, Vertrauen herstellen, Bindungen eingehen sind sozusagen im Gesamtpaket *Ärztliche Konsultation* inbegriffen. Das Konstrukt „Arzt/Ärztin = Beziehungsangebot“ hat sogar einen gewissen Charme. Wenn nicht aus der Schlussfolgerung: Beziehung ist nicht bezahlbar und muss nicht bezahlt werden, ein folgenschwerer Irrtum resultieren würde: Die Fächer, in denen Beziehung keine oder wenigstens keine Hauptrolle spielen (Labormedizin, Radiologie) und die Fachbereiche, in denen viel Technik eingesetzt und wenig geredet (Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik) oder Reden delegiert wird (an Psychosoziale BeraterInnen), werden am besten bezahlt. Das heißt im Umkehrschluss: Reden muss nicht bezahlt werden, weil es selbstverständlich ist. Aber Nicht-Reden wird bezahlt, weil es hochprofessionell ist? Unsere Hypothese ist, dass die Unzufriedenheit und Entmutigung vieler KollegInnen damit zusammenhängt, dass Ökonomisierung und Bürokratisierung eine befriedigende Kommunikation maximal erschwert haben. Wenn Kommunikation trotzdem gelingt, sind die PatientInnen zufrieden und wir ÄrztInnen erinnern uns daran, was für einen schönen Beruf wir gewählt haben!

## 6 Fazit

Aus den Praxisbeispielen ziehen wir Schlüsse, wie PatientInnen und ÄrztInnen sich unter diesen Bedingungen fühlen mögen. Wir formulieren Wünsche an die Politik, um die Zufriedenheit von PatientInnen und ÄrztInnen zu verbessern. Wir sehen allerdings keine Veranlassung, uns dem Wachstumsdiktat zu beugen. Das Gesundheitswesen hat die Aufgabe, die bestmögliche Versorgung aller PatientInnen zu gewährleisten. Es soll sich weder den Lifestyle-Ansprüchen gesunder Menschen verpflichtet fühlen noch der Volkswirtschaft die erwünschten Wachstumsraten beschere.

### **6.1 Fazit für die Patientinnen**

Patientinnen der Gesetzlichen Krankenversicherung werden durch Intransparenz unmündig gehalten. Sie haben keine Vorstellung davon, welche Kosten sie verursachen. Sie müssen über ihre Kassenbeiträge hinaus immer mehr Zuzahlungen leisten. Dadurch kann eine Anspruchshaltung und unnötige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens gefördert werden.

Das Vertrauen der Patientinnen in ihre ÄrztInnen wird durch die Ökonomisierungstendenzen, z.B. IGeL, untergraben. Es wird für sie zunehmend schwieriger, sich der Person des Arztes/der Ärztin anzuvertrauen und unabhängige Informationen zu bekommen.

Patientinnen sorgen sich und sind tatsächlich gefährdet, aus strukturellen Gründen unangemessen diagnostiziert und behandelt zu werden. Gefühle von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein können verstärkt werden.

Viele Patientinnen der Gesetzlichen Krankenversicherung fühlen sich im Vergleich zu Privatpatientinnen abgewertet, weil diese bevorzugt behandelt werden. Die Vorteile der Gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich zu Privatkassen werden zu wenig kommuniziert.

### **6.2 Fazit für die Ärztinnen**

ÄrztInnen werden durch die Ökonomisierung des Gesundheitswesens massiv in ihrer Berufsausübung beeinträchtigt. Sie sind permanenten Interessenskonflikten ausgesetzt, indem sie abwägen müssen, ob sie den Interessen der PatientInnen, der „Solidargemeinschaft“ oder den eigenen finanziellen Interessen den Vorrang geben.

Eine persönliche PatientInnenbindung und ärztliche Basiskompetenzen sind die Grundlage der beruflichen Identität und des ärztlichen Handelns. Die Werte werden systematisch ausgehöhlt, indem sie vorausgesetzt, aber nicht honoriert werden.

ÄrztInnen werden durch die Vergütungsmodalitäten ständig gegeneinander ausgespielt. Dadurch wird kollegiale Unterstützung und Anerkennung erschwert.

Die Regularien werden häufig verändert und sind immer weniger durchschaubar. Außerdem werden ÄrztInnen in steter Planungsunsicherheit gehalten, die sie nicht selbst beeinflussen können. Die Folgen sind Angst, Gefühle von Ausgeliefertsein und Resignation.

### **6.3 Forderungen an die Politik**

Vorgaben, die zu einer hohen Bürokratisierung in den Praxen führten, ohne dass sie angemessene Vorteile nachweisen können, sollten zurück genommen werden. DMP-Programme sollten ausgewertet und beendet werden. Integrierte Versorgungsverträge für einzelne Kassen sollten auslaufen, wenn sie überwiegend dem Wettbewerb der Kassen dienen. Stattdessen sollten neue Verträge für Modellprojekte einschließlich deren Evaluierung auch in finanzieller Eigenverantwortung von den Kassen abgeschlossen

werden. Die ICD-Kodierpflicht sollte gelockert statt ausgeweitet werden. Beratungsbedarf sollte keiner Legitimation durch eine Diagnose bedürfen.

Die Arzneimittelverordnung muss einfacher und sicherer werden, z.B. weniger Medikamente, Wirkstoffnamen statt Firmennamen, Positivliste mit wenigen hochwertigen preisgünstigen Präparaten pro Wirkstoff.

Zukunftsprojekte mit hohem Implementierungsaufwand (z.B. elektronische Versicherungskarte) sollten nicht ohne umfassende Modellversuche mit eindeutigen Erfolgswachweis eingeführt werden. Dem Datenschutz muss im Zeitalter der Digitalisierung kompromisslos dieselbe hohe Bedeutung gegeben werden wie der traditionellen ärztlichen Schweigepflicht.

## Schlusswort

Die Autorinnen haben ihre Praxiserfahrungen und die Quellen täglicher Ärgernisse zusammengetragen. Sie sind sich aber sehr wohl der Stärken und Ressourcen sowie der teilweise hoch qualifizierten PatientInnenversorgung in Deutschland bewusst und tragen selbst engagiert dazu bei. Die strukturellen Veränderungen der letzten 25 Jahre im Gesundheitswesen führen aus Sicht der Autorinnen zu einer fortschreitenden Ablösung des Solidargedankens durch marktwirtschaftliche Perspektiven – eine schmerzliche Feststellung. Möglich, dass das Sprichwort: „Man kann nicht gegen den Fluss schwimmen, sondern nur mit ihm“ für die ökonomischen Entwicklungen im Gesundheitssystem zutrifft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung tatsächlich im Sinne der Ärzteschaft handelt, indem sie auf dem Geldmarkt mitmischt. Das wird aber kaum im Interesse der PatientInnen sein. Die Autorinnen sind der Meinung, dass noch nicht alle Optionen geprüft wurden. Oft sind es nüchtern betrachtet die ganz einfachen, naheliegenden Lösungen, die zu einem Stückchen mehr Verteilungsgerechtigkeit führen würden. Dieser Beitrag möchte dazu Anregungen geben.

## Literatur

- Beckermann, M.J. (2008). Risikokommunikation und Ergebnistransfer in der Praxis. In: Robert-Koch-Institut (Hrsg.), *Hormontherapie bei (post-)menopausalen Frauen in Deutschland 2007. Studienergebnisse zu Nutzen, Risiken und Versorgungsqualität* (S. 49-56). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2008). Klartext. Mehr Marktmacht für Mediziner. Online-Artikel. <http://www.kbv.de/publikationen/12472.html>
- KVMED (o.J.). Mitteilung auf der Homepage der KVMED GmbH. <http://www.kvmed.de/>
- Rosenbrock, R., Gerlinger Th. (2007). *Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung*. Bern: Huber.
- Rosenbrock, R. (2008). *Primärprävention – Was ist das und was soll das?* Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Berlin: WZB.
- Zok, K. (2010). Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage. *WidOmonitor* 7 (2), 1-8.

Die Autorinnen sind Mitglied im AKF e.V. (Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft)  
Sigmaringer Str. 1,



10713 Berlin  
www.akf-info.de  
buero@akf-info.de

Anschrift für die Verfasserinnen:  
Dr. med. Maria J. Beckermann  
Frauenärztin, Psychotherapie  
Erste Vorsitzende des AKF e.V.  
Buchenweg 9  
50765 Köln  
beckermann@akf-info.de