



kvt  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Thüringer Gipfel „Ambulante Medizin“ am 6. September 2023 in Weimar

## **Finanzierungsfragen der ambulanten Versorgung**

von Dr. med. Thomas Schröter [1] und Dr. med. dent. Knut Karst [2]

[1] Sehr geehrte Damen und Herren,

bei jedem Dialog über zunehmende Lücken und Engpässe in der ambulanten Versorgung der Thüringer Bürgerinnen und Bürger kommen wir zwangsläufig auf das Problem der Budgetierung von Leistungskapazitäten zu sprechen. Und ich möchte gleich zu Beginn mit der Fehlinterpretation aufräumen, dass es bei Finanzierungsfragen um das Einkommen der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte gehe. Nein, liebe Politiker und liebe Öffentlichkeit!

Die ambulante Versorgung - das sind interprofessionelle Teams in unseren Praxen und Medizinischen Versorgungszentren: Medizinische Fachangestellte, medizinisch-technische Assistent\*innen, Krankenschwestern- und pfleger usw. Existenzgrundlage dieses qualifizierten Fachpersonals - und eben nicht nur der Praxisinhaber! – ist seit über 30 Jahren die Systematik eines immer prekärer werdenden Finanzbudgets.

Da das Gesamtbudget und die Einzelpreise feststehen, bevor die Patienten wegen ihrer Erkrankungen zu uns kommen, steht jeder Praxis in jedem Quartal nur eine festgelegte Menge budgetierter Leistungen zur Verfügung. Und für sehr viele Praxen ist dieses Budget heute, am 6. September, für das Sommerquartal bereits ausgeschöpft. Kennen Sie irgendeine Dienstleistungsbranche, die weiter arbeitet, wenn sie kein weiteres Geld mehr bekommt? Wohl kaum! Aber von den Praxisteams wird erwartet, dass sie auch in den verbleibenden 3<sup>1/2</sup> Wochen bis Quartalsende ihren Job machen, obwohl das Budget verbraucht ist. Auch noch am 29. September werden akut erkrankte Neupatienten bei uns Hilfe suchen - aber ihre Behandlung ist in unserem Quartalsbudget nicht finanziert.

Im Sozialgesetzbuch V ist festgelegt, wie die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung bestimmt wird. Diese MGV, wie wir sie abkürzen, ist das Budget für alle Versicherten mit Wohnort in Thüringen für ein ganzes Jahr. Im Herbst letzten Jahres wurde die MGV für 2023 mit 3.428 Punkten des Leistungskatalogs je Thüringer Versicherten vereinbart, das sind umgerechnet 393,91 €. Wir wussten wie immer schon vorher, dass das nicht reichen wird und die Krankenkassen wussten es auch. Da die gesetzlichen Rahmenbedingungen (SGB V) es den Kassen erlauben, mit dem MGV-Budget Ausgaben einzusparen, fällt ein Teil des tatsächlichen Behandlungsbedarfs der Patienten diesen Budgetverhandlungen alljährlich erneut zum Opfer. Für jeden gesetzlich versicherten Thüringer stehen heute wie an jedem anderen Tag dieses Jahres 1 Euro und 8 Cent für budgetierte Arztleistungen zur Verfügung und kein Cent mehr. Die Politiker aller Parteien beharren aber auf einem unbegrenzten Leistungsversprechen an die Wählerinnen und Wähler, möglichst auch noch ohne lange Wartezeiten - aber niemand von ihnen stellt mal das Budget in Frage! Die Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte sind nicht länger bereit, zu Lasten ihres Personals und ihrer Familien für eine systembedingte Finanzierungslücke immer wieder

selbst aufzukommen. Nur unsere berufsständische Ethik mit einer Tradition der Selbstausschöpfung hat bisher verhindert, dass es zu flächendeckenden Praxisschließungen in den Wochen vor Quartalsende gekommen ist. Liebe Parteipolitiker, Sie sollten die zunehmende Protestbereitschaft der Kolleginnen und Kollegen, die das Vorgehen von Lokführern und Piloten vor Augen haben, ernst nehmen. Ihre Programmkommissionen und Ihre Vertreter im Bundestag, die heute aus Termingründen nicht hier sein konnten, sollten dringend die Entbudgetierung der gesamten ambulanten Versorgung in Angriff nehmen.

Die Budgetregelung stammt aus den 1980er Jahren, einer Zeit der Ärzteschwemme in Westdeutschland. Damals ging es darum, das Überangebot an Heilberufspersonal und eine über das Notwendige hinausgehende Luxusmedizin einzudämmen, damit die Krankenkassenbeiträge stabil bleiben. Das Budget wurde also erfunden, um den damaligen inflationären Anstieg medizinischer Leistungen zu begrenzen. Bis heute wirkt es immer noch als Leistungsmengenbremse, zu einer Zeit, wo uns an allen Ecken und Enden die Kapazitäten fehlen. Den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen brauche ich in dieser Runde niemandem zu beweisen und über die nicht besetzbaren freien Sitze und ersten echten Versorgungslücken wird täglich in den Medien geklagt. Auch in den Fachgebieten, in denen wir noch keinen spürbaren Mangel haben, gibt es längst kein ambulantes Überangebot mehr. Die Arzt- und Psychotherapeutenzahlen sind durch eine stringente Bedarfsplanung begrenzt. Vor diesem Hintergrund ist unser Ruf nach einer unbudgetierten Finanzierung der Versorgung überhaupt keine reale Überforderung für die gesetzliche Krankenversicherung. Entgegen der Datenlage lähmt die Angst vor einem vermeintlichen Risiko der Kostenexplosion die Politik bisher, sich von der überholten Budgetierung zu lösen. Und die Damen und Herren von den Krankenkassen schüren diese Angst. Sie wollen für die gesunden Beitragszahler billig bleiben - zu Lasten der kranken Menschen, deren Versorgung mit Hilfe des Budgets sukzessive verknappt wird.

Denn wie läuft es denn im wirklichen Leben? Die KV muss das Gesamtbudget der MGV auf die Praxen der Ärzte und Psychotherapeuten verteilen. Deren individuelle Praxisbudgets sind je nach Fachrichtung mehr oder weniger lange vor dem Quartalsende erschöpft. Verlängerte Sprechzeiten, mehr neue Patienten aufnehmen, öfter Haus- und Heimbesuche machen, um Patienten die Krankenhauseinweisung zu ersparen – solche wünschenswerten Mehrleistungen sind unter betriebswirtschaftlichem Aspekt Unsinn, denn die erzeugen nur zusätzliche Kosten, die sich aber unter Budgetbedingungen nicht refinanzieren lassen. Das, verehrte Damen und Herren, ist der Erklärungsschlüssel, warum noch vorhandene Kapazitätsreserven im System derzeit nicht gehoben werden können. Die Budgetierung ist neben dem demografischen Wandel der Hauptgrund für unsere Versorgungslücken!

Dazu kommt die ordnungspolitische Fehlsteuerung, dass Krankenhäuser für jeden zusätzlichen Behandlungsfall eine zusätzliche Vergütung erlösen, während die ambulante Versorgung einem völlig starren Gesamtbudget unterliegt. Als 2019 durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz wenigstens die Neupatientenbehandlung aus dem MGV-Budget heraus-genommen wurde, stiegen die Versorgungskapazitäten in den Thüringer Praxen für diese Gruppe schlagartig um 18 Prozent. Leider hat die Ampelkoalition diese gesundheitspolitisch vernünftige Maßnahme ab 2023 wieder gestrichen, Neupatientenbehandlung kam zurück ins Budget. Budgetierung bedeutet aber nun mal ökonomische Bestrafung zusätzlicher Leistungen und folgerichtig wurde es für Neupatienten seit Beginn dieses Jahres wieder sehr viel schwerer, vor allem in überlaufenen Fachrichtungen Termine zu bekommen. Minister Lauterbach lügt mit seiner Behauptung, es habe keine Leistungskürzungen für die Versicherten gegeben.

Ein anderes Beispiel ist die augenärztliche Versorgung im Landkreis Gotha. Hier wurde wegen lokal drohender Unterversorgung die Budgetierung aufgehoben, mit der Folge, dass es trotz fehlender Besetzbarkeit von freien Augenarztsitzen seitdem dort keine Patientenbeschwerden wegen fehlender Termine mehr gibt. Die vorhandenen Augenarztpraxen können dort mit zusätzlichen Kapazitäten überdurchschnittlich viele Patienten versorgen, weil sie auch den letzten Behandlungsfall im Quartal noch voll bezahlt bekommen. Diese Entbudgetierung sollte die Blaupause für alle Versorgungsbereiche sein, dann hätten wir weniger Probleme und mehr Zufriedenheit in der Bevölkerung.

[2]

Was stört uns Zahnärzte eigentlich an Budgetierung – ist es nicht ein probates Mittel zur Kostenkontrolle? Eben diese ewig alte These möchte ich mit Ihnen kurz analysieren.

Kostensteigerungen bei Material, Energie und Mieten und vor allem beim Personal führen im Folgejahr bei den Verhandlungen der Zahnärzte mit den Krankenkassen in der Regel zu einer Anpassung von Vergütungspunktwerten. Ein jahrelang ausbalanciertes System, welches erfolgreich in den letzten Jahren praktiziert wurde.

Durch die Rückspiegelbetrachtung der Kosten zeigt dieses Vorgehen in inflationären Zeiten per se Probleme für die Zahnärzteschaft - da die tatsächlichen Ausgaben den vereinbarten Vergütungen wegrennen – aber mit Aussicht auf eine Korrektur in den Folgejahren auch wieder eingeholt werden können. Jetzt begrenzt der Bundesgesundheitsminister aber die möglichen Steigerungen für die Jahre 2023 und 24 auf Prozentsätze unterhalb der Grundlohnsumme per Gesetz und verstärkt das Delta zwischen Kosten und Vergütung.

Dieser Rückfall in die strikte Budgetierung hat erhebliche Folgen für die zahnärztliche Versorgung und wird zu Lasten der Mundgesundheit der Bevölkerung gehen. Für begrenzte Mittel kann es auf Dauer nur begrenzte Leistungen geben. Vulnerable Gruppen werden die ersten sein, welche die Leidtragenden einer solchen Sozialpolitik sind.

Neue und vorbeugend wirkende Behandlungen wie die Parodontitistherapie werden dadurch massiv ausgebremst.

Jetzt geht es bei der Parodontitis nicht wie so oft missverstanden um eine klassische Prophylaxe Maßnahme. - Vielmehr ist es eine Erkrankung die uns das Zahnbett und damit das Fundament unserer Zähne raubt. Sie gehört behandelt und gemanagt - vergleichbar mit einer Diabeteserkrankung. Diese Betreuung zu mindestens für zwei Jahre abzusichern haben wir 2021 mit den Krankenkassen im GBA vereinbart – ENDLICH - um mehr eigene Zähne und mehr Gesundheit für die Bevölkerung zu realisieren. Dabei haben wir auch auf „sprechende Medizin“ gesetzt – da nur ein Verständnis und Bewusstsein für die eigenen Zähne und die eigene Gesundheit zum langfristigen Therapieerfolg führt – ein Meilenstein für die Versorgung. Auf die vielfältigen Wechselwirkungen zur Allgemeingesundheit werde ich aus Zeitgründen hier nicht weiter eingehen.

Die neuen Leistungen werden nun erbracht – zum Glück – und üblicherweise beobachten wir mit den Krankenkassen die Leistungserbringung und die Inanspruchnahme und preisen dies in die Kosten-Obergrenzen bei den Versicherten ein. Ein System welches sich in den letzten Jahren bei aufsuchender Betreuung in Heimen und Pflegeeinrichtungen, Früherkennungsuntersuchung bei den Kleinsten und der Umstellung von Amalgam auf Kunststofffüllungen bei Kindern und Jugendlichen absolut bewährt hat.

Und schauen wir in die Vergangenheit - so hat sich die Gruppen- und Individualprophylaxe ausgezahlt. Die letzten fünf Mundgesundheitsstudien aber auch ein Barmer-Report bestätigen immer mehr kariesfreie Zähne bei den Jugendlichen – wenn wir diese erreichen – und immer mehr eigene Zähne bei den Senioren. Der Wechsel von kurativer zu präventiver Zahnmedizin ist in Deutschland angekommen und trägt Früchte – es war ein langer anstrengender Weg.

Wenn jetzt die Ausgaben gedeckelt sind, werden die Räder wieder zurückgedreht. Man braucht kein Gesundheitsökonom zu sein um auszurechnen das neue zusätzliche Leistungen nicht zum Gesamtpreis des letzten Jahres zu haben sind. Hier sind aus meiner Sicht ungedeckte Schecks ausgestellt. Wer mehr Leistungen verspricht - und Leistungskürzungen soll es nach Aussage des Herrn Lauterbach nicht geben - muss sie auch vollumfänglich finanzieren.

Die Zahnärzte sind definitiv nicht der Kostentreiber im deutschen Gesundheitssystem, sondern Leistungsträger und lokaler Jobmotor. Unser Anteil an den GKV-Gesamtausgaben ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich von über 10 auf aktuell 6,25 Prozent zurückgegangen -

Karl Lauterbach muss die Budgetierung streichen. Sie ist ein Frontalangriff auf das Versorgungsniveau in Deutschland und dies müssen Sie verstehen – auch wenn es nicht in Landeshand liegt und wir uns über das einstimmige ablehnende Votum des Bundesrates gefreut haben – hat der Bundestag dieses Gesetz verabschiedet. Hier fordern wir sie auf - bei ihren und unseren Bundestagsabgeordneten Gespräche zu führen um dieses niederlassungsfeindliche und die flächendeckende Versorgung gefährdende Gesetz zu beenden.

[1]

Das vertragsärztliche Gesamtbudget, die sogenannte MGV, wäre weniger problematisch, wenn sie dem medizinischen Versorgungsbedarf entsprechend gesteigert würde. Aber die Krankenkassen haben gesetzliche Möglichkeiten, sich um die zeitnahe Berücksichtigung von medizinischem Fortschritt, steigender Krankheitslast der älter werdenden Bevölkerung in Thüringen und der Inflation bei den Praxiskosten herumzumogeln. Obwohl jedermann erkennen kann, dass immer mehr Leistungen ambulant erbracht werden, die früher nur im Krankenhaus möglich waren, verweigern die Kassen seit Jahren eine Budgeterhöhung für diesen Effekt mit dem Argument, die Verlagerung lasse sich nicht genau messen. Die steigende Inanspruchnahme der Notaufnahmen in den Krankenhäusern wird von der MGV abgezogen, also aus dem Budget der Vertragsärzte und -psychotherapeuten bezahlt. So geht die Schere zwischen Budgeterhöhungen in Tappelschritten und steil ansteigendem Behandlungsbedarf der Versicherten immer weiter auseinander. Das treibt die Ärzte- und Psychotherapeuten auf die Barrikaden.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im politischen Raum zwar verstanden wird, dass ambulante Behandlung – wo sie möglich ist – wirtschaftlicher ist als stationäre. Aber es wurden und werden (und sollen nach den gesetzgeberischen Plänen auch zukünftig) unglaubliche Geldsummen in die Krankenhäuser gesteckt werden, auch in Häuser, die nach internationalen Standards gar nicht versorgungsnotwendig wären. Der wesentlich sparsamer arbeitende ambulante Sektor wird parallel durch inadäquate Budgetregelungen ausgetrocknet. Wir fordern die demokratischen Parteien in diesem Land auf: steuern sie um! Nehmen Sie die Entbudgetierung der ambulanten Medizin in Ihre politischen Programme auf! Und falls Sie dies weiterhin nicht tun, sagen Sie den Bürgerinnen und

Bürgern wenigstens die Wahrheit, warum es immer schwieriger wird, die notwendige ambulante Behandlung zu bekommen. Wir sind gespannt auf Ihre Statements.