

# Wer gewinnt bei der Einzelleistungsvergütung?

„Ich möchte doch sehen, was ich geschafft habe“ und „Pauschalen sind leistungsfeindlich“. Das sind zwei Argumente für die Einzelleistungsvergütung, teilweise auch vonseiten der Hausärzte.

In den vergangenen Jahren mussten wir immer wieder erleben, wie Reformen und „Reförmchen“ der Vergütung der Vertrags- und Kassenärzte über uns hinwegrollten. Der Deutsche Hausärzteverband setzt seit einigen Jahren die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) um, um die hausärztlichen Kompetenzen zu stärken und diese fair zu vergüten. Als Alternative zum EBM beinhalten die von Hausärzten selbst entwickelten Verträge eine weitgehende Pauschalierung. Doch das Ziehen und Zerren geht weiter und auch in der HZV drängen manche Kollegen auf mehr Einzelleistungen, sie wollen ihre Arbeit abgebildet sehen.

Die freie Arztwahl und die damit einhergehende Bedeutung der Patientengunst verpflichten zu Qualität. Qualität – was ist das? Für Patienten zählen gute Gesprächsführung, zügige Diagnostik und erfolgreiche Therapie. Aber auch kurze Wartezeiten, gute Organisation und das Mitarbeiterteam spielen eine wichtige Rolle hinsichtlich der Patientenzufriedenheit. So weit, so gut und nützlich. Aber inwieweit werden ärztliche Entscheidungen davon abhängig, die Gunst des Patienten zu erhalten?

Bei den grundlegenden Untersuchungen Brauns und seines Kreises zur Fälleverteilung [1] zeigte sich die Regelmäßigkeit der Praxisvorkommnisse. Darunter fielen jedoch auch Kollegen auf, bei denen einzelne „Diagnosen“ aus der üblichen Verteilungskurve herausragten. Diese legten besondere Aufmerksamkeit auf eine Krankheitsgruppe und/oder eine besondere Qualifikation. Sei es



DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND

die Psychosomatik, die Chirotherapie, Allergologie oder die Dermatologie.

Es handelt sich dabei um Fälle, in denen mehr besondere Leistungen erbracht werden, die dann auch eine daran interessierte Klientel anziehen. Positiv betrachtet, könnte man sagen, dass ein realer Versorgungsbedarf besteht, der hierdurch abgedeckt wird. Der Anreiz, diese Leistungen anzubieten, wäre jedoch ohne Einzelleistungsvergütung geringer. Die Einzelleistungsvergütung triggert die Anwendung der Methoden, die gesondert vergütet werden. Zudem scheint es naheliegend, dass die Einzelleistungen den Leistungserbringern mit einem hohen technischen Anteil in der Vergütung nützen. Dies ist aber ein Trugschluss, denn das so erwirtschaftete Geld geht an die Geräteindustrie und damit sowohl dem Einkommen des Arztes verloren als auch der Gesamtvergütung der Arztgruppe.

Um es von der anderen Seite zu betrachten: Pauschalierung hilft den Un auffälligen, aber auch denen, die sich mehr um ihre Fortbildung kümmern wollen, als um die Abrechnung im Kollektivvertrag und deren verwirrende und wechselnde Regeln. Sie hilft auch denen, die sich der hausärztlichen Aufgabe der Ganzheitsmedizin, der biopsychosozialen Einheit widmen, wie sie nicht in der ICD-10 abgebildet wird, wohl aber in der Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Pauschalierung vermindert die Bürokratie von der Abrechnung bis hin zu Nachweispflichten und Rechtfertigungsdruck. Sie schafft also

freie Zeit für patientenorientierte Problemlösung.

Wer fühlt sich schon wohl, wenn er etwas macht, was er eigentlich nicht tun müsste, nur um des Geldes willen? Wenn ich dagegen erfolgreich Leistungen ohne zusätzliche Vergütung erbringe, ernte ich – als Gegengewicht zum Frust der Bürokratie – die Zufriedenheit meiner Arbeit. Grundvoraussetzung dabei ist selbstredend, dass die Pauschalen auch so ausgestaltet sind, dass sie einen vernünftigen Gegenwert der Arbeit darstellen.

Die Pauschalierung in der Hausarztzentrierten Versorgung macht den Weg frei zurück zu einem patientenorientierten Handeln ohne die Zwänge einer gewinnorientierten Leistungserbringung. Und: Die HZV-Pauschalen sind höher als die KV-Vergütung mit allen Einzelleistungen.

Leistungsfeindlich? Stimmt wohl nicht, denn die Patienten steigen nicht wieder aus der HZV aus. Beide Seiten sind zufrieden, Patienten und Hausärzte und sogar die Kassen – zumindest die, die ihre gesellschaftliche Aufgabe ernst nehmen.

*Dr. med. Diethard Sturm*

Patientenbeauftragter des Vorstandes  
des Deutschen Hausärzteverbandes

## Literatur

1. Braun RN, Fink W, Kamenski G. Lehrbuch der Allgemeinmedizin: Theorie, Fachsprache und Praxis. Wien: Verlag Berger Horn, 2007