

# Globalbudget im Gesundheitswesen – ein Problem als Lösung

Udo Schulte

Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin

Teilhabe an den Errungenschaften moderner Medizin ist teuer. In Staaten mit sozialen Sicherungssystemen ist die Einflussnahme auf die Verteilung der requirierten Versichertengelder Teil des politischen Geschäfts. Der Nutzen für Versicherte und Patienten ist oft fragwürdig. Das deutsche Globalbudget zeigt das seit 30 Jahren.

Kosten ernsthafter Erkrankungen übersteigen in modernen Versorgungssystemen individuelle Leistungsfähigkeiten. Sie werden daher von den potentiellen Patienten versichert, was grosse Geldströme erzeugt: Triviale Beschreibung eines komplexen Problems, an dessen Lösung auch hochentwickelte Demokratien wie die USA momentan wieder scheitern.

Für komplexe Probleme produzieren politische Akteure gern einfache Lösungen. In diesem Sinne wurde in Deutschland 1989 ein Globalbudget eingeführt, das die Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlungen auf eine Höhe von aktuell 15,2% der Lohnsumme begrenzt. Während ein positiver Effekt des Globalbudgets auf die Gesamtkostenentwicklung nicht belegt ist, sind vielfältige dadurch verursachte Fehlsteuerungen offensichtlich. Trotz gesetzlicher Reformen des Systems im Zweijahrestakt resultieren ungünstige Auswirkungen auf die Versorgungsstruktur. Diese werden hier beispielhaft an der kleinen und einstmalig homogenen Gruppe der Augenärzte und an der einstmalig grossen und heterogenen Gruppe der Allgemeinärzte aufgezeigt.

## Mangel an konservativen Augenärzten durch Budgetierung

Ein niedergelassener Augenarzt in Baden-Württemberg war 1998 typischerweise konservativ tätig und bekam unter dem Globalbudget für die Betreuung eines Patienten über ein Quartal 33,95 Euro. 2015 bekam er für dieselbe Tätigkeit 33,54 Euro. Bei einer angenommenen Teuerungsrate von 2,5% p.a. entspricht das einem Einkommensverlust von real 36%.

Ursache dieser Entwicklung war die Budgetierung der augenärztlichen Leistungen und das gleichzeitige Aufkommen der ambulanten Operationen, deren erheblich höhere Vergütung aus dem gleichen eingefrore-

nen Budget kommt. Darum erlöst der konservative Augenarzt heute im Durchschnitt 48600 Euro pro Quartal, der operativ tätige 131000 Euro.

Der induzierte Nachwuchsmangel für konservativ arbeitende Augenarztpraxen verursacht heute Wartezeiten auf einen Termin jenseits der Halbjahresfrist. Patienten goutieren das überhaupt nicht, können es aber im maximal intransparenten und komplexen deutschen Gesundheitssystem den politischen Verursachern nicht zuordnen. Zumal Wartezeiten für Linsenimplantationen wenige Wochen betragen.

Wie bei der Euro-Konstruktion verursachte die zwangsweise Integration ökonomisch ungleicher Tatbestände unter gleiche Funktionsbedingungen eine destruktive Desintegration. Ungewollt, aber vorhersagbar.

## Mangel an Allgemeinärzten durch Budgetierung

Bei den Allgemeinärzten in Baden-Württemberg liegt die Vergütung pro Patient für die dreimonatige Rundumversorgung unter den obigen Teuerungsannahmen 2015 real um 32% niedriger als 1996. Ursache war anfänglich eine Mitfinanzierung teurer technischer Leistungen im Facharztbereich aus dem Hausarztbudget. Sie wurde mittlerweile gestoppt, aber die sehr komplexe Budgetsystematik vergrössert den Abstand zwischen Grundversorger- und Spezialisteneinkommen weiterhin systematisch. Statt einer Kompensation der budgetbedingten Einkommensverluste offeriert man den Allgemeinärzten bestenfalls soziale Wertschätzung, wenn nicht nur politische Legitimierungsrhetorik und herzergreifende Landarztlyrik.

Die Versorgungsrealität nähert sich jener der konservativen Augenärzte: Von fünf 65-jährigen Allgemeinärzten kann rechnerisch ein einziger durch einen frisch examinierten ersetzt werden. Real ist es angesichts der

ökonomischen und demografischen Gegebenheiten eher jeder achte bis zehnte, weil von den examinierten neuen Ärztinnen und Ärzten nur ein Teil eine Tätigkeit in der zunehmend unattraktiven Patientenversorgung aufnimmt. Zudem geht der höhere Frauenanteil mit einem reduzierten Arbeitszeitangebot an das Versorgungssystem einher. Zehn Prozent der niedergelassenen Allgemeinärzte arbeiten mangels Nachwuchs bereits als Rentner weiter. Ohne Trendumkehr wird die Gesamtzahl der Hausärzte in zehn Jahren auch im optimistischsten Szenario deutlich unter 50% des heutigen Standes absinken. Eine hausärztliche Versorgungsstruktur verliert bei einer derartigen Ausdünnung die Funktionsfähigkeit und ist real beendet.

### Weitere Folgeschäden des Globalbudgets

Die hier aufgezeigten Folgeschäden des deutschen Globalbudgets gelten für alle Fächer, deren Wertschöpfung vor allem auf der Arbeitskraft des Arztes beruht. Sie gilt wegen der *economies of scale* nicht für Fächer mit grossem delegierbarem Anteil, wie die Labormedizin. Sehr technik- oder pharmazieaffine Fächer reklamieren politisch akzeptiert eine Refinanzierungsnotwendigkeit ihrer Investitionen und gehören im Windschatten der Budgetierung zu den Profiteuren des Systems. Politische Steuerung erzeugte in Deutschland auch langfristig keine Gleichbehandlung der Fachdisziplinen sondern zementierte eine Ungleichbehandlung der Regionen: Die Vergütungen aller Fachgruppen in den 17 Versorgungsregionen der Bundesrepublik differieren erheblich: Ein Thüringer Allgemeinarzt bekommt 64,34 Euro pro Quartal pro Patient für eine Rundumversorgung, ein Hamburger erhält für die gleiche Leistung ein Drittel weniger. Auch das ist die Folge politischer Einflussnahmen auf die Verteilung eines nur theoretisch klar definierten Budgets.

### Attraktiven Sparversprechen folgen Fehlallokationen und Bürokratie

Die Einführung einer Budgetierung ist politisch in der Regel extrem einfach. Die Akteure haben die geballte politisch-mediale Legitimierungsmaschinerie auf ihrer Seite, denn dem Wähler Geld zu sparen ist ein suggestives Wahlversprechen. Eine anonyme und damit als folgenlos imaginierte Ausgabengrenze festzulegen, die andere einhalten müssen, ist für den Wähler ein Angebot, das er nicht ausschlagen kann – weil er in der Regel nicht durchschaut, dass seine Gesundheitsversorgung dadurch spürbar beschnitten wird.

Die Durchführung dieser deutschen Budgetierungs-Modifikation ist dagegen auch nach 30 Jahren Herumdoktern ein ungelöstes Problem – auch und vor allem wegen der Einflussnahme ökonomischer und umverteilungspolitischer, medizinfremder Interessen. Diese interferieren mit den demografischen, medizinischen und industriellen Entwicklungen und schaffen so immer neue Verwerfungen und Fehlallokationen, die das scheinbar gutgemeinte System korrumpieren und einen Regulierungsaufwand verursachen, der für Aussehenstehende völlig unvorstellbar ist. Die Kosten dieser Bürokratie werden an keiner Stelle transparent ausgewiesen.

### Hidden Agenda des Globalbudgets: Politischer Zugriff auf Versichertengelder zur Durchsetzung sachfremder Interessen

Daseinsgrund ist kein überzeugender Problemlösungsbeitrag des Verfahrens, sondern der politische, intransparente Zugriff auf ein Geldvolumen von über 200 Mrd. Euro Zwangsbeiträgen der Krankenversicherung – ein Betrag, der  $\frac{2}{3}$  des gesamten steuerfinanzierten Bundeshaushaltes entspricht. Im Gegensatz zu den Steuern haben die Krankenkassenbeiträge jedoch eine hohe «Gerechtigkeits-Reputation» und den geschickten genährten Nimbus, transparent für «einen guten Zweck» eingezogen zu werden. Die Verteilungsmacht über derartige Summen eröffnet ungeahnte politische Einflussmöglichkeiten für Interessenvertreter jeglicher Couleur. Familienpolitiker finanzieren damit die Beitragsfreiheit nicht berufstätiger Familienangehöriger, Sozialpolitiker subventionieren mit Riesensummen der regulären Beitragszahler Beiträge von Rentnern, Sozialhilfeempfängern und Migranten; Industriepolitiker beglücken ihre Klientel mit dysfunktionalen aber teuren IT-Zwangslösungen für die Arztpraxis. Der politisch-pharmazeutische Komplex wäre eine eigene Betrachtung wert.

Massiver Gewinner der deutschen Budgetierungskonstruktion ist jene verfilzte Industrie aus Justiz, Verwaltung und Vertretern anderer Akteure, die ihrer Mandatschaft verspricht, sie gegen gute Bezahlung mit überschaubaren Blessuren durch das politisch-administrative Gefecht um die Budget-Anteile zu führen. Verlierer sind die Patienten und die produktiven Kräfte des Gesundheitswesens: die Ärzte und eine vielfache Anzahl bei Ihnen Beschäftigter.

Korrespondenz:  
Dr. med. Udo Schulte  
Facharzt für Allgemein-  
medizin  
D-79589 Binzen  
[dr.udo.schulte\[at\]t-online.de](mailto:dr.udo.schulte[at]t-online.de)