

Harmonisierung der Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung

STEFAN GREß,
MELANIE SCHNEE

Prof. Dr. Stefan Greß ist Hochschullehrer für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda

Dr. Melanie Schnee ist Lehrkraft für besondere Aufgaben am Fachbereich Pflege und Gesundheit an der Hochschule Fulda

Durch die Parallelität von zwei Vergütungssystemen in der ambulanten ärztlichen Versorgung entstehen umfassende Anreize zu Über- und Unterversorgung sowie Fehlallokationen bei den Niederlassungsentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten. Die Debatte um eine Harmonisierung der Vergütungssysteme wird bislang nicht von den Anforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung, sondern von den Einkommensinteressen der organisierten Ärzteschaft dominiert. Die im Koalitionsvertrag vereinbarte wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem muss die bestehende Fehlanreize deutlich benennen und die Reformvorschläge am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.

1. Hintergrund

Aus politischer Perspektive ist es am einfachsten die Art der Vergütung zu verändern, um ärztliches Handeln zu steuern. Die Art der Vergütung beeinflusst vor allem die Menge der erbrachten Leistungen, wobei dieser Effekt auch von anderen Charakteristika des Gesundheitssystems – wie etwa Überweisungswegen und dem Ausmaß von Selbstbeteiligungen – abhängig ist. Die Vergütung ist jedoch nur einer von mehreren Faktoren zur Steuerung ärztlichen Handelns. Daneben stehen intrinsische Motivation, professionelle Standards und andere nicht-monetäre Anreize. Diese Faktoren lassen sich aus politischer Perspektive – wenn überhaupt – nur langfristig und graduell verändern (Greß et al. 2006).

Im stationären Sektor ist die grundlegende Vergütungsreform durch die Umstellung auf diagnosebezogene Fallpauschalen weitgehend abgeschlossen. Die zukünftige Orientierung der Vergütung an Qualitätskriterien durch das Krankenhausstrukturgesetz stellt eine Erweiterung und Präzisierung dar, die den Wettbewerb der Krankenhäuser noch verschärfen soll.¹ In diesem Versorgungsbereich ist es im Übrigen völlig selbstverständlich, dass sich die Vergütung für die Fallpauschalen nicht in Abhängigkeit vom Versicherungsstatus unterscheidet. Die Krankenhäuser können zusätzliche Erlöse lediglich über die Abrechnung von Wahlleistungen erzielen, die entweder von den Patientinnen und

1 Die geplante Herauslösung der Pflegepersonealkosten aus den DRGs stellt die Systematik der Fallpauschalen nicht grundsätzlich infrage.

Patienten selbst oder über private Zusatzversicherungen finanziert werden müssen.

Im ambulanten Sektor wurde die Trennung der Vergütung in zwei unterschiedliche Systeme für privat und gesetzlich Krankenversicherte bereits 2004 vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung hinsichtlich der mangelnden Bedarfsgerechtigkeit kritisiert, die zu einer „Fehlallokation von knappen Ressourcen und Qualitätsdefiziten“ führen und „die bei einer einheitlichen Honorierung auf einem einheitlichen Markt in geringerem Maße auftreten würden“ (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung 2004: 515).

Nachdem die SPD in den Verhandlungen zu einer Regierungsbildung mit der CDU/CSU eine vermeintliche „Zwei-Klassen-Medizin“ thematisiert hatte und ein einheitliches Krankenversicherungssystem in der derzeitigen politischen Konstellation weiterhin wenig durchsetzungsfähig erscheint, findet sich lediglich die Reform der Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung als Hebel zur Bekämpfung der öffentlich wahrgenommenen Ungleichbehandlung von gesetzlich und privat Versicherten im Koalitionsvertrag wieder. Erklärtes Ziel ist es, „ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“ (CDU et al. 2018: 99). Zu diesem Zweck wurde die „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem“ (KOMV) eingerichtet, deren Vorschläge für die Regierungskoalition allerdings nicht bindend sind.

In diesem Beitrag gehen wir vor diesem Hintergrund zunächst der Frage nach, warum – wie vom SVR Wirtschaft schon im Jahr 2004 konstatiert – die derzeitige Parallelität der Vergütungssysteme, entgegen der Behauptungen der privaten Krankenversicherungslobby und der organisierten Ärzteschaft, zu einer Fehlallokation knapper Ressourcen und Qualitätsdefiziten führen muss. Die empirische Basis für die seinerzeitige Behauptung des SVR Wirtschaft kann mittlerweile als gesättigt gelten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass nicht alleine die Existenz der privaten Krankenvollversicherung bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu Problemen bei der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung führen. Auch die vom Einheitlichen Be-

wertungsmaßstab (EBM) in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehenden finanziellen Anreize sind alles andere als unproblematisch. Im Anschluss stellen wir vorliegende Ansätze zur Harmonisierung der beiden Vergütungssysteme dar und diskutieren mögliche Auswirkungen.

2. EBM und GOÄ – Keine gute Basis für bedarfsgerechte ambulante ärztliche Versorgung

Die existierenden Vergütungssysteme in der GKV und der PKV haben beide Nachteile – insbesondere aber die Kombination beider Systeme führt zu Verwerfungen in der Versorgungspraxis. Daneben ist beiden Systemen gemeinsam, dass sie bedarfsgerechte und qualitätsorientierte Versorgung nicht belohnen.

Der EBM der gesetzlichen Krankenversicherung nutzt eine Vielzahl von Vergütungsformen, so dass auch die Wirkungen auf das ärztliche Handeln unterschiedlich sind. Es gibt quartalsbezogene Fallpauschalen, die nach Alter der Patientinnen und Patienten sowie Arztgruppen differenzieren, Zusatzauspauschalen und Zuschlagspositionen. Außerdem werden Einzelleistungsvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen gezahlt. Der hausärztliche Versorgungsbereich wird dabei stärker pauschaliert abgerechnet als die fachärztliche Versorgung. Das Honorar eines Arztes bzw. einer Ärztin kann gekürzt werden, wenn der Behandlungsbedarf das vereinbarte Gesamtvolume in der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung überschreitet. Nachträgliche Honorarkürzungen sind daher möglich, aber nicht immer für den einzelnen Arzt bzw. für die einzelne Ärztin vorhersehbar. Als Konsequenz nehmen Ärztinnen und Ärzte trotz der lange geforderten Vergütung der Leistungen mit festen Punktewerten die Vergütungssystematik als komplex und intransparent wahr (Walendzik 2013b).

Die quartalsbezogene Fallpauschale – eine im internationalen Vergleich wahrscheinlich einmalige Vergütungsform – setzt für den behandelnden Arzt bzw. für die behandelnde Ärztin negative finanzielle Anreize, Patientinnen und Patienten im gleichen Quartal wieder einzubestellen. Es ist daher nicht überraschend, dass dieses Vergütungselement zu einem deutlichen Rückgang von Kontrollterminen bei GKV-Versicherten im

gleichen Quartal geführt hat (Schmitz 2013). Darüber hinaus führt das Zusammenspiel einer budgetierten Gesamtvergütung, pauschaler Vergütung pro Quartal und drohender Honorarabstaffelung bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens pro Praxis zu einem Rückgang der Behandlungsintensität für gesetzlich Versicherte am Ende des Quartals und zu einem Anstieg der Behandlungsintensität zu Beginn des Folgequartals (Himmel/Schneider 2017). Das bedeutet, dass die behandelnden Ärzte zum Ende des Quartals weniger Termine an gesetzlich Versicherte vergeben und die Praxis lieber schließen oder Privatversicherte behandeln. Es ist davon auszugehen, dass dieses Verhalten eher den durch das Vergütungssystem gesetzten Anreizen als dem Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten folgt.

Qualitätsaspekte spielen im Rahmen der kollektivvertraglichen Vergütung keine Rolle und können nur unter den selektivvertraglichen Bedingungen der integrierten bzw. besonderen Versorgung implementiert werden. Von den systematischen Fehlanreizen des EBM sind aber nicht nur die Patientinnen und Patienten betroffen. Das mehrstufige Verfahren der Verteilung einer Gesamtvergütung unter Unsicherheit der tatsächlichen Vergütung für den einzelnen Arzt bzw. die einzelne Ärztin bedeutet auch, dass das Vergütungssystem „im Wettstreit um ein möglichst großes Stück vom Kuchen diejenigen Ärzte bestraft, die intrinsisch motiviert sind, kranken Menschen zu helfen, und sich entsprechend mehr Zeit pro Patient nehmen (Amelung et al. 2013: 8).“

Die GOÄ ist eine klassische Einzelleistungsvergütung ohne Mengenobergrenze. Jede einzelne zusätzlich erbrachte Leistung wird auch zusätzlich bezahlt. Dieses Vergütungssystem bietet aus ärztlicher Sicht den Vorteil der leistungsgerechten Vergütung. Die Grundlage für die monetäre Bewertung der ärztlichen Tätigkeit sind der Zeitaufwand und der Schwierigkeitsgrad sowie darüber hinaus auch Umstände und Ausführung der Leistung. Der behandelnde Arzt bzw. Ärztin hat die Möglichkeit, durch den Steigerungsfaktor die zu zahlenden Gebühren bis zu einem Maximalwert zu variieren.

Die GOÄ ist im internationalen Vergleich ebenfalls unüblich, weil Systeme der Einzelleistungsvergütung wegen der Anreize zur Leistungsausweitung im Re-

gelfall von einer Mengensteuerung begleitet werden. Diese Mengensteuerung ist aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive nicht nur zur Begrenzung der Ausgaben, sondern auch zur Vermeidung von nicht bedarfsgerechter Überversorgung mit all ihren Risiken für die Patientinnen und Patienten zu rechtfertigen. Umgekehrt bedeutet die Abwesenheit von Mengensteuerung, dass von der GOÄ finanzielle Anreize zur Ausgabenausweitung und Überversorgung ausgehen. Daneben sind Defizite in der Koordination der Versorgung mit anderen Behandlungsebenen zu befürchten, denn die Einzelleistungsvergütung „vermindert den Druck, koordiniert und kooperativ zu handeln“ (Peters/Feldmann 2017: 440).

Während der EBM fortlaufend aktualisiert wird – das gilt sowohl für die zu vergütenden Leistungen als auch für den zu vergütenden Punktewert – muss die GOÄ als völlig veraltet gelten. Medizinischer Fortschritt wird in der GOÄ, die seit 1982 nicht mehr grundlegend überarbeitet wurde, durch so genannte Analogleistungen abgebildet. Diese Analogpositionen führen bei Kostenträgern sowie Versicherten immer wieder zu Verunsicherungen. Es gibt zudem keinerlei Qualitätskontrollen für die zu vergütenden Leistungen analog zur entsprechenden Systematik von Gemeinsamen Bundesausschuss und Bewertungsausschuss in der GKV. Der Punktewert in der Originalfassung der GOÄ wird noch immer in Pfennigen angegeben, weil er seit Anfang der 2000er Jahre nicht mehr angepasst wurde. Die seit Langem diskutierte Novellierung der GOÄ scheitert an den konfliktierenden Interessen von Kostenträgern (privaten Krankenversicherungen und Beihilfeträgern) auf der einen und organisierter (Fach-)Ärzteschaft auf der anderen Seite – zuletzt am Ende der vergangenen Legislaturperiode.²

In der gesundheitspolitischen Debatte stehen weniger die oben diskutierten Schwächen von EBM und GOÄ im Vordergrund, sondern die Auswirkungen der Parallelität der beiden Vergütungssystemen – insbesondere im Hinblick auf unterschiedliche Zugänge zur ambulanten ärztlichen Versorgung und auf allokativen Fehlanreize bei der Niederlassungsentscheidung. Diese empirisch gut dokumentierten Fehlentwicklungen und daraus resultierende Forderungen nach einer Vereinheitlichung der Vergütungssysteme

konnten von der privaten Krankenversicherungslobby, der organisierten Ärzteschaft und entsprechend beauftragten Gutachtern (jüngst etwa Hess et al. 2018) bislang vor allem mit dem Verweis auf angeblich notwendige Mehrvergütungen in der privatärztlichen ambulanten Versorgung abgewehrt werden.

Die unterschiedlichen Anreizstrukturen in EBM und GOÄ ergeben sich zunächst daraus, dass für die abrechnenden Ärzte für die gleiche Leistung die Vergütung in der GOÄ im Durchschnitt mehr als doppelt so hoch ist (Walendzik et al. 2008). Dieser Unterschied dürfte inzwischen wegen der jährlich steigenden Orientierungswerte im EBM und des unveränderten Punktwerts in der GOÄ zurückgegangen sein – bis zu einer Angleichung ist es aber noch ein weiter Weg. Zweitens ist die Abrechnung nach GOÄ deutlich attraktiver, weil eine Abstaffelung oder andere Sanktionen bei der Überschreitung einer Mengenobergrenze hier nicht zu befürchten sind.

Die strikte Trennung der Vergütungssystematiken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird zum Hindernis für eine stärkere Integration der Versorgung.

Es ist unstrittig, dass durch diese unterschiedlichen Anreizstrukturen in EBM und GOÄ Unterschiede im Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung resultieren. Es gibt eine gesättigte Empirie, die eine Bevorzugung bei der Terminvergabe insbesondere in der fachärztlichen Versorgung für Privatversicherte belegt (Klein-Schmeink 2017; Lüngen et al. 2008; Sundmacher/Kopetsch 2013). Hausärzte versuchen dagegen eher, zum Ende des Quartals die Zahl ihrer Termine mit GKV-Versicherten möglichst gering zu halten. Damit wird die Gefahr von Honorarkürzungen reduziert (Himmel/Schneider 2017). Diese Strategie ist im hausärztlichen Bereich erfolgversprechender, da die Kompensationsmöglichkeiten durch privatärztliche Leistungen hier weniger ausgeprägt sind. Es ist jedoch unklar, inwieweit durch diese kumulierten Vergütungsanreize eine „Zwei-Klassen-Medizin“ im Sinne einer besseren bzw. schlechteren Versorgung der beiden Ver-

sichertengruppen induziert wird. Hierzu gibt es schlichtweg keine aussagefähigen Daten. Jedoch führen weder die Anreize zur Unterversorgung im EBM noch die Anreize zur Überversorgung in der GOÄ zu einer bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten.

Die aus der Vergütungssystematik resultierenden allokativen Fehlanreize ergeben sich daraus, dass der Anteil der Privatversicherten an der Wohnbevölkerung ein relevanter Faktor für die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten ist. Empirisch steigt die Niederlassungswahrscheinlichkeit mit dem Anteil von Privatversicherten deutlich an (Sundmacher/Ozegowski 2016). Dieser Zusammenhang ist wenig überraschend – entsprechende Niederlassungsentscheidungen sind betriebswirtschaftlich gesehen völlig rational. Diese Fehlanreize sind jedoch für eine drohende Unterversorgung nicht nur in ländlichen Regionen, sondern auch in städtischen Gebieten mit geringerem Anteil an Privatpatienten mitverantwortlich. Damit führen diese allokativen Fehlanreize zu Niederlassungsentscheidungen, die am Versorgungsbedarf der Bevölkerung vorbeigehen. Als Konsequenz wird die Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung der GKV weitgehend ausgehebelt (Greß/Stegmüller 2017). Da Personen aus unteren sozialen Schichten gehäuft von Krankheit und Behinderung getroffen werden und diese zudem seltener Privatversicherte sind, wird diese Personengruppe zudem in doppelter Hinsicht benachteiligt – einerseits durch drohende Unterversorgung aufgrund der pauschalierten Vergütung im EBM und andererseits durch größere Entfernung zum versorgenden Arzt bzw. zur versorgenden Ärztin und damit einem schlechteren Zugang zur Versorgung.

Abschließend ist festzustellen, dass weder EBM noch GOÄ hinreichend mit der Vergütungsordnung in der stationären Versorgung verknüpft sind (Walendzik 2013a). Die strikte Trennung der Vergütungssystematiken zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird damit zum Hindernis für eine stärkere Integration der Versorgung (Greß/Schnee 2017). Die sektorenspezifisch unterschiedliche Vergütung für Behandlungen bei gleicher Indikation ist ein weiteres Problemfeld,

² Vgl. etwa Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 27. Mai 2017, S. 22: „Ärzte warten auf höhere Privathonorare“.

das bei der Diskussion um eine Harmonisierung der Vergütungsformen bedacht werden muss (Albrecht/Al-Abadi 2018; Bock et al. 2017).

3. Modelle zur Harmonisierung der Vergütungssysteme

Von den beiden Vergütungssystemen gehen sowohl einzeln als auch in der Kombination erhebliche Fehlanreize aus. Eine Harmonisierung der Vergütungssysteme hatte demzufolge – wie oben dargestellt – schon der Sachverständigenrat Wirtschaft im Jahr 2004 in die Diskussion gebracht. Geschehen ist jedoch seitdem nichts – mit Ausnahme der Einsetzung der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem im Koalitionsvertrag 2018. Diese Kommission kann auf vergleichsweise wenige Vorarbeiten zurückgreifen.

Der Sachverständigenrat Gesundheit beschäftigt sich zwar in seinem aktuellen Gutachten mit dem Titel „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ in einem eigenen Kapitel mit der Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Eine Harmonisierung der Vergütungssysteme wird jedoch ebenso wenig systematisch thematisiert wie die Defizite von EBM und GOÄ. Im Rahmen einer eher technischen Analyse des EBM beschränkt sich der Rat auf die durchaus sinnvolle Empfehlung, in der hausärztlichen Versorgung den Quartalsbezug zu Gunsten einer morbiditätsorientierten Jahresfallpauschale aufzugeben. Die Gebührenordnung für Ärzte kommt im gesamten – knapp 800 Seiten starken – Gutachten überhaupt nicht vor. Die Harmonisierung der Vergütungssysteme wird immerhin im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Wartezeiten der beiden Versichertengruppen thematisiert. Dazu heißt es allerdings lediglich, „dass angesichts des geringen Anteils der PKV-Versicherten die Frage offen [bleibt], ob Wartezeiten für GKV-Versicherte durch eine einheitliche Honorierung signifikant gesenkt werden können (Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018: 126).“ Mit diesem in der politischen Auseinandersetzung nicht unüblichen Argument ignoriert der Sachverständigenrat zumindest in seinem aktuellen Gutachten die oben diskutierten Fehlanreize. Dies ist insofern auffällig, weil vier Ratsmitglieder auch Mitglieder der wissenschaftlichen Kommission sind.

Bislang konzentrierten sich Modelle einer Harmonisierung der Vergütungssysteme vor allem auf die resultierenden Einkommenseffekte für die Ärzteschaft und mögliche Kompensationszahlungen. Dieser Ansatz folgt der gesundheitspolitischen Debatte, die von den Einkommensinteressen der organisierten Ärzteschaft dominiert wird (Reiners 2018). Eine Vergütungsangleichung wird vor diesem Hintergrund primär im Hinblick auf die Einkommenseffekte der Ärzteschaft – ggf. noch differenziert nach Haus- und Fachärzten – und sekundär im Hinblick auf die Ausgabeneffekte vor allem für die gesetzliche Krankenversicherung analysiert (Wasem et al. 2013). Die Auswirkungen auf die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung spielen allenfalls eine untergeordnete Rolle.

Wenig diskutiert wird zudem die Frage, auf welcher Basis ein einheitliches Vergütungssystem entstehen sollte. Es wird allenfalls am Rande gefragt, ob ein einheitliches Vergütungssystem eher auf Basis eines bereits bestehenden Vergütungssystems (EBM oder GOÄ) oder völlig neu entwickelt werden sollte. Insoweit greift die Analyse der Konsequenzen einer Harmonisierung der Vergütungssysteme ausschließlich im Hinblick auf Einkommens- und Ausgabeneffekte zu kurz. Im Mittelpunkt der Analyse sollte dagegen primär die Frage stehen, inwieweit die bestehenden Fehlanreize der bestehenden Vergütungssysteme durch eine Harmonisierung der Vergütungssysteme beseitigt werden können. Die Abschätzung von Einkommens- und Ausgabenwirkungen sollte dann nachgelagert erfolgen – und nicht im ersten Schritt.

Unserer Kenntnis nach gibt es bislang nur ein Modell, das nach dieser Logik entwickelt wurde. Dieses wurde sowohl innerhalb eines von einer Arbeitsgruppe verfassten Positionspapiers der Friedrich-Ebert-Stiftung als auch in zwei Aufsätzen eines Mitglieds der Arbeitsgruppe veröffentlicht (Bormann et al. 2013; Walendzik 2013a; Walendzik 2013b). Die seinerzeit veröffentlichten Überlegungen sind aus unserer Sicht ein sinnvoller Anknüpfungspunkt für die Entwicklung eines einheitlichen Vergütungssystems und werden daher an dieser Stelle noch einmal aufgegriffen.

Positiv herauszustellen ist, dass die Autorinnen und Autoren des Positionspapiers zunächst die Ziele eines einheitlichen Vergütungssystems definiert haben. Dazu zählen vor allem Ausrichtung der

Vergütung am Behandlungsbedarf, die Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung unabhängig von Einkommen und Sozialstatus sowie Offenheit des Vergütungssystems für Innovationen mit nachgewiesenen Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Das legitime Interesse der Leistungserbringer an einer leistungsge-rechten, transparenten und kalkulierten Vergütung wird ebenfalls thematisiert (Bormann et al. 2013: 20). Es ist offensichtlich, dass diese Ziele sich mit den heute existierenden Vergütungssystemen in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht erreichen lassen.

Der Reformvorschlag der Autorengruppe setzt auf eine stärkere Ausdifferenzierung der Vergütungssystematik in den einzelnen Versorgungsbereichen. Im Wesentlichen sieht der Reformvorschlag eine Weiterentwicklung des EBM vor, die im hausärztlichen Bereich eine stärkere morbiditätsorientierte pauschale Vergütung vorsieht. Im Vergleich ist im fachärztlichen Bereich eine sträktere Differenzierung vorgesehen – bis hin zur einer Harmonisierung mit dem DRG-Vergütungssystem in der spezialfachärztlichen Versorgung. Diese Vergütungselemente sollen durch qualitätsorientierte Vergütungsanteile – etwa für eine leitlinienorientierte Behandlung – ergänzt werden (Bormann et al. 2013).

Insgesamt hat dieser Reformvorschlag eher einen evolutionären Charakter. Im Mittelpunkt dieses Ansatzes stehen eine Ergänzung und Differenzierung des bereits existierenden Einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Die innovativen Elemente bestehen vor allem in der stärkeren Morbiditätsorientierung in der hausärztlichen Versorgung, der vorgesehenen Harmonisierung der spezialfachärztlichen Versorgung mit dem DRG-System und die vorsichtige Einführung von qualitätsorientierten Vergütungsanteilen. Schon alleine die Harmonisierung dieser drei Elemente wäre außerordentlich voraussetzungsvoll – insofern ist die konservative Weiterentwicklung auf der Basis des EBM durchaus nachvollziehbar.

Eine weitere zentrale Frage wird in dem Reformsatz ebenfalls diskutiert – aber nicht abschließend beantwortet. Die derzeit aus dem EBM resultierenden Fehlanreize entstehen nicht zuletzt durch die Mengenbegrenzung etwa in Form von Regelleistungsvolumina. Eine Aufgabe der Budgetierung hätte nach Ansicht der Autorengruppe durchaus Vorteile in Form einer stärkeren

Transparenz der Vergütung (Bormann et al. 2013). In der Tat würden durch eine Aufgabe der Mengenbegrenzung die Anreize zur Unterversorgung in erheblichem Ausmaß entfallen. Dies gälte vor allem dann, wenn diese finanziellen Anreize im Rahmen eines einheitlichen Vergütungssystems für alle Patientinnen und Patienten gelten würden. Die entstehenden Zielkonflikte – insbesondere im Hinblick auf die durch eine Leistungsausweitung entstehenden Mehrausgaben und die resultierenden Anreize zur Überversorgung – leiten zum nächsten Abschnitt über.

4. Auswirkungen einer Harmonisierung der Vergütungssysteme

Ansätze einer Vergütungsangleichung müssen sich vor allem daran messen lassen, inwieweit sie die bestehenden Fehlanreize in der Vergütungssystematik in der ambulanten ärztlichen Versorgung beseitigen bzw. mindestens reduzieren können. Demzufolge müsste ein einheitliches Vergütungssystem die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung verbessern, indem Anreize zur Unter- und Überversorgung minimiert werden. Zudem wird die Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung weitgehend wirkungslos bleiben, solange der Anteil der Privatversicherten eine wesentliche Determinante für die Niederlassungsentscheidung von Ärztinnen und Ärzten ist. Weitere Faktoren für die Bewertung eines einheitlichen Vergütungssystems sind die Transparenz und Kalkulierbarkeit der Vergütung für die Leistungserbringer sowie Einkommenseffekte für die Ärzteschaft und Ausgabeneffekte für die Kostenträger. Nicht alle Ziele werden sich gleichzeitig erreichen lassen – insofern ist bei der Entwicklung eines einheitlichen Vergütungssystems aus wissenschaftlicher Sicht die Analyse von Zielkonflikten notwendig. Dieser Analyse muss dann aus politischer Sicht eine Setzung von Prioritäten folgen.

Diese Zusammenhänge lassen sich vor dem Hintergrund der vorliegenden Ansätze zu einer Harmonisierung der Vergütungssysteme exemplarisch darstellen. Das Positionspapier der Friedrich-Ebert-Stiftung setzt auf eine stärkere Morbiditätsorientierung in der hausärztlichen Versorgung. Damit wird die Höhe der gezahlten Pauschalen stärker nach dem Gesundheitszustand der Versicherten differenziert. Das ist grundsätzlich ein sinn-

voller Ansatz, um Anreize zur Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung zu minimieren. Idealerweise könnte diese Idee mit dem Vorschlag des Sachverständigenrats zur Aufgabe des Quartalsbezugs und einem Übergang zu Jahresfallpauschalen kombiniert werden. Die Anreize zur Mengenausweitung könnten dadurch begrenzt werden, dass von vorneherein die Anzahl der zu behandelnden Patientinnen und Patienten begrenzt wird. Diese Anzahl könnten regional durchaus unterschiedlich sein, um die Niederlassungsanreize in überversorgten Regionen zu verringern bzw. in unversorgten Regionen zu erhöhen. Das Einkommen wäre für den Arzt bzw. die Ärztin vergleichsweise gut zu kalkulieren. Wegen des ohnehin schon hohen Anteils von pauschalen Elementen in der hausärztlichen Vergütung im EBM und der geringen Möglichkeiten zur Mehrabrechnung von Hausärzten in der GOÄ dürfte sich die Einkommenseffekte einer solchen Vergütungsreform ebenso in Grenzen halten wie die Ausgabeneffekte für die Kostenträger. Die Herausforderung bei der Umsetzung liegt eher in der leistungsgerechten und manipulationsresistenten Kalkulation der entsprechenden Jahresfallpauschalen.

Die durch das Nebeneinander der Vergütungssysteme entstehenden Fehlanreize sind in der fachärztlichen Versorgung besonders hoch. Insofern könnte eine Harmonisierung der Vergütungssystematik die Anreize zur Über- und Unterversorgung in diesem Bereich besonders stark reduzieren. Dabei ist aus unserer Sicht nicht die Beantwortung der vom Sachverständigenrat Gesundheit gestellten Frage zentral, ob die Wartezeiten für gesetzlich Versicherte durch eine einheitliche Honorierung signifikant gesenkt werden können. Entscheidend ist vielmehr, ob sich die Vergütung am Behandlungsbedarf orientiert und die Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung unabhängig von Einkommen und Sozialstatus gewährleistet wird. Dazu bietet der EBM mit seinem Mix aus Grundpauschalen, Leistungskomplexen und Einzelleistungen eine deutlich bessere Grundlage als die veraltete und ausschließlich an Einzelleistungen orientierte GOÄ. Eine Harmonisierung der fachärztlichen Vergütung würde zudem allokativen Fehlanreize bei der Niederlassungsentscheidung deutlich reduzieren. Diese wäre eine notwendige – aber nicht hinreichende Bedingung – um die mangelnde Effektivität der Mechanismen zur Bedarfsplanung zu verbessern. Eine Harmonisierung hochkom-

plexer fachärztliche Leistungen mit dem DRG-System in der stationären Versorgung könnte außerdem die Schnittstellenprobleme zwischen der ambulanten und stationären Versorgung reduzieren.

Bei einer Harmonisierung der fachärztlichen Vergütung ergeben sich zwei zentrale Zielkonflikte. Erstens ist aus politischer Sicht die Frage zu beantworten, ob und inwieweit die Mechanismen zur Mengenbegrenzung aus dem EBM auf das harmonisierte Vergütungssystem übertragen werden. Eine Aufgabe bzw. Lockerung der Mengenbegrenzung hat den Vorteil, dass Anreize zur Unterversorgung weitgehend beseitigt werden und aus Sicht des Leistungserbringens die Vergütung als transparent und leistungsgegerecht empfunden wird. Der entscheidende Nachteil besteht darin, dass die Anreizumkehr zu einer Leistungsausweitung mit der Gefahr von Überversorgung und Ausgabenwachstum führt. Es ist schwer vorstellbar, dass eine solche Entwicklung politisch akzeptabel wäre. Konsequenzen wären daher wahrscheinlich eine indirekte Mengensteuerung etwa über floatende Punktwerte oder verschiedene Formen der Wirtschaftlichkeitsprüfungen.

Zweitens muss dann ebenfalls aus politischer Sicht entschieden werden, auf welchem Niveau die Harmonisierung der Vergütungen erfolgt. Je stärker sich dieses Niveau an der GOÄ orientiert, desto geringer fallen die Einkommensverluste auf Seiten der Fachärzteschaft aus. Im Umkehrschluss steigt damit die Belastung der Beitragszahler in der GKV und sinkt das von den Versicherten und öffentlichen Haushalten in der PKV zu finanzierende Honoraraufkommen. In diesem Zusammenhang wird häufig gefordert, die Vergütung für die Ärzteschaft insgesamt konstant zu halten (Bormann et al. 2013). Eine entsprechende Kompensation würde die GKV um etwa 4-5 Mrd. Euro belasten und die PKV um den gleichen Betrag entlasten (Wasem et al. 2013). Eine solche Kompensationszahlung würde den Konflikt um eine Harmonisierung der Vergütungssysteme zwar entschärfen – aber nicht beseitigen. Fachärzte mit einem sehr hohen Anteil an Privatversicherten müssten weiterhin Verluste an Honoraren befürchten. Dieser Umverteilungseffekt innerhalb der (Fach-)Ärzteschaft könnte aber durchaus ein politisch gewünschter Effekt sein, um die Niederlassung in Regionen mit einem geringen Anteil von Privatversicherten zu fördern.

5. Ausblick

Die „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen“ steht vor einer anspruchsvollen Aufgabe. Gemäß der vom Bundesgesundheitsminister im Erlass zur Einsetzung der Kommission formulierten Leitfragen soll die Kommission

- Probleme der unterschiedlichen Honorarordnungen aufarbeiten,
- Ansätze für ein moderndes Vergütungssystem bewerten,
- Rechtliche Grundlagen sowie Kosten-, Finanzierungs- und Honorarverteilungsaspekte für die Umsetzung eines modernen Vergütungssystems berücksichtigen sowie
- Folgen für die Versorgungsqualität abschätzen.³

Bedauerlich ist in diesem Zusammenhang, dass der Auftrag der Kommission nicht auch die Harmonisierung der spezialfachärztlichen Leistung mit dem DRG-System in der stationären Versorgung umfasst. Der bis Ende des Jahres 2019 vorzulegende Kommissionsbericht muss sich erstens daran messen lassen, inwieweit die Anreizprobleme der gegenwärtigen Vergütungssysteme sowohl einzeln als auch in der Kombination umfassend benannt werden. Dazu zählen insbesondere Anreize zu Über- und Unterversorgung und die allokativen Fehlanreize bei den Niederrlassungsentscheidungen von Ärztinnen und Ärzten. Zweitens muss die Kommission Ansätze entwickeln, um diese Fehlanreize zu überwinden. Aus unserer Sicht bedarf es dazu eines weitgehend

harmonisierten Vergütungssystems. Es ist kaum vorstellbar, dass eine separate Weiterentwicklung von EBM und GOÄ, ohne wirkliche Angleichung, dieser Anforderung gerecht werden würde. Drittens besteht die zentrale Aufgabe der Kommission darin, die auch in diesem Beitrag thematisierten Zielkonflikte bei der Umsetzung eines harmonisierten Vergütungssystems zu benennen. Es ist dann Aufgabe des Gesetzgebers, vor dem Hintergrund der vorgelegten Vorschläge und der dokumentierten Zielkonflikte politische Prioritäten zu setzen. ■

³ vgl. Deutsches Ärzteblatt vom 29. Juni 2018, S. A 1245: „Bundesgesundheitsminister beruft 13 Professoren in die Honorarkommission.“

Literatur

Albrecht, M./T. Al-Abadi (2018). Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen. Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen. Studie für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Berlin, IGES Institut.

Amelung, V./S. Jensen/C. Krauth/S. Wolf (2013). „Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 13(2): 7-15.

Bock, J.-O./K. Focke/R. Busse (2017). „Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung.“ G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 71(6): 9-15.

Bormann, R. et al. (2013). Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Bonn, Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung.

CDU/CSU/SPD (2018). Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin, 7. Februar 2018.

Greß, S./D. Delnoij/P. Groenewegen (2006). Managing primary care behaviour through payment systems and financial incentives. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. W. Boerma, A. Rico, R. Saltman. London, Open University Press: 184-200.

Greß, S./M. Schnee (2017). „Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung.“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 17(3): 7-15.

Greß, S./K. Stegmüller (2017). Rahmenbedingungen für eine effektive

Vergangssteuerung auf kommunaler Ebene. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. A. Brandhorst, H. Hildebrandt, E.-W. Luthe. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 375-85.

Hess, R. et al. (2018). Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO). Berlin, Bundesärztekammer/Verband der Privaten Krankenversicherung.

Himmel, K./U. Schneider (2017). Ambulatory Care at the End of a Billing Period. Hamburg, hche Research Paper 2017-14.

Klein-Schmeink, M. (2017). Warten Kassenpatienten in NRW länger auf einen Facharzttermin als privat Versicherte? Münster, Download unter https://www.klein-schmeink.de/data/user/PDF.../2017/Wartezeiten_NRW_2017.pdf am 21. August 2018.

Lüngen, M. et al. (2008). „Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany.“ International Journal for Equity in Health 7(1): doi:10.1186/475-9276-7-1.

Peters, C./S. Feldmann (2017). Ausgestaltung von Vergütungssystemen zur Anreizung von Integration und Kooperation. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. A. Brandhorst, H. Hildebrandt, E.-W. Luthe. Wiesbaden, Springer Fachmedien Wiesbaden: 433-48.

Reiners, H. (2018). „Bürgerversicherung: Mythen und Fakten.“ Soziale Sicherheit(6): 231-35.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin, SVR Gesundheit.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2004). Jahresgutachten 2004/05. Erfolge im Ausland – Herausforderungen im Inland. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt.

Schmitz, H. (2013). „Practice budgets and the patient mix of physicians – The effect of a remuneration system reform on health care utilisation.“ Journal of Health Economics 32(6): 1240-49.

Sundmacher, L./T. Kopetsch (2013). „Waiting times in the ambulatory sector – the case of chronically ill patients.“ International Journal for Equity in Health 12(1): 77.

Sundmacher, L./S. Ozegowski (2016). „Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany.“ The European Journal of Health Economics 17(4): 443-51.

Walendzik, A. (2013a). „Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem.“ Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft 13(2): 16-24.

--- (2013b). „Neuordnung der ambulanten ärztlichen Vergütung.“ Gesundheits- und Sozialpolitik 67(2-3): 36-41.

Walendzik, A./S. Greß/M. Manouguian/J. Wasem (2008). Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag Nr. 165, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Wasem, J. et al. (2013). Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls. Essen, Universität Duisburg-Essen.