

Die Parallelität der Vergütungssysteme für den ambulanten Bereich

von Jürgen Wasem¹

ABSTRACT

Eine wissenschaftliche Kommission soll bis Ende 2019 Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem für den ambulanten Bereich schaffen. Die Aufgabe ist alles andere als trivial. Die beiden bisherigen Honorarsysteme – das eine gilt in der gesetzlichen Krankenversicherung, das andere in der privaten Krankenversicherung – unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht und stehen wegen jeweils unterschiedlicher Probleme in der Kritik. Unklar ist, welche Maßstäbe die Kommission anlegen soll. Aus Sicht des Autors muss eine gesamtgesellschaftliche Perspektive gewählt werden. Wichtig sind unter anderem Anreize zur Versorgungsqualität, zur Wirtschaftlichkeit und zur Gleichheit im Patientenzugang.

Schlüsselwörter: ambulante Versorgung, Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Gebührenordnung für Ärzte, Vergütung

A scientific committee is supposed to submit proposals for a modern remuneration system for outpatient care in Germany by the end of 2019. The task is far from trivial. The two remuneration systems which are currently used in the statutory health system and in the private insurance system respectively, differ greatly and have each been criticized for different reasons in the past. It is not at all clear what yardstick the commission should employ. The author advocates a perspective which focusses on society as a whole. In his view incentives for improving service quality, efficiency, and access equality should be implemented.

Keywords: ambulatory care, Uniform Value Scale, Doctors' Fee Schedule, remuneration

1 Vergütung der Ärzte als politischer Sprengstoff

Es hatte das Potenzial zum Scheitern der Verhandlungen über eine Große Koalition: das Thema „Einheitliche Ärztervergütung“. Nachdem es der SPD in den Sondierungsgesprächen mit CDU und CSU nicht gelungen war, hierzu eine Festlegung zu vereinbaren, hatte der Sonderparteitag der SPD im Januar 2018 als Maßgabe für die anschließenden Koalitionsverhandlungen beschlossen: „Wir wollen das Ende der Zwei-Klassen-Medizin einleiten“ (SPD 2018). Anfang Februar sah es einige Tage so aus, als könnte die Frage der unterschiedlichen Honorierung der Ärzte in gesetzlicher (GKV) und privater Krankenversicherung (PKV) in den Koalitionsverhandlungen

zur Sollbruchstelle werden (Vitzthum 2018). Schließlich aber wurde der Konflikt in eine zu bildende Kommission ausgelagert. Sie hat im August ihre Arbeit aufgenommen. Dass deren bis Ende 2019 vorzulegender Bericht in der aktuellen Wahlperiode noch berücksichtigt wird, stellt schon der Koalitionsvertrag selbst infrage (CDU, CSU, SPD 2018, 99) und gilt politisch eher als unwahrscheinlich. Doch nicht nur politisch stehen die Vergütungssysteme in der Debatte. In Ärztekreisen werden sowohl die Vergütung in der GKV als auch die in der PKV vielfach kritisch diskutiert. Im vorliegenden Beitrag wird zunächst die aktuelle Ausgestaltung der Vergütungssysteme dargestellt. Sodann wird vorgeschlagen, eine kriteriengestützte Analyse der aktuellen Situation vorzunehmen. Exemplarisch wird dies an den aktuellen Vergütungssystemen demonstriert.

¹ Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen · Campus Essen · Fakultät für Wirtschaftswissenschaften
Thea-Leymann-Straße 9 · 45127 Essen · Telefon: 0201 1834283 · E-Mail: juergen.wasem@uni-due.de

2 Aktuelle Ausgestaltung der ambulanten Vergütungssysteme

2.1 Vergütungssystem in der GKV

Das Vergütungssystem für ambulant tätige Ärzte in der GKV hat sich im Laufe von mehr als 100 Jahren entwickelt. Ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte in der GKV ist spätestens seit dem Gesetz über Kassenarztrecht von 1955 im Wesentlichen vertragsärztliche Versorgung. Die Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung ist, sowohl was die institutionelle Ausgestaltung als auch den materiellen Inhalt angeht, relativ komplex. Abbildung 1 zeigt das institutionelle Gefüge.

Grundlegendes Merkmal des institutionellen Settings der Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung ist zunächst der kollektivvertragliche Charakter der Vereinbarungen: Auf der Landesebene sind die Verbände der Krankenkassen und

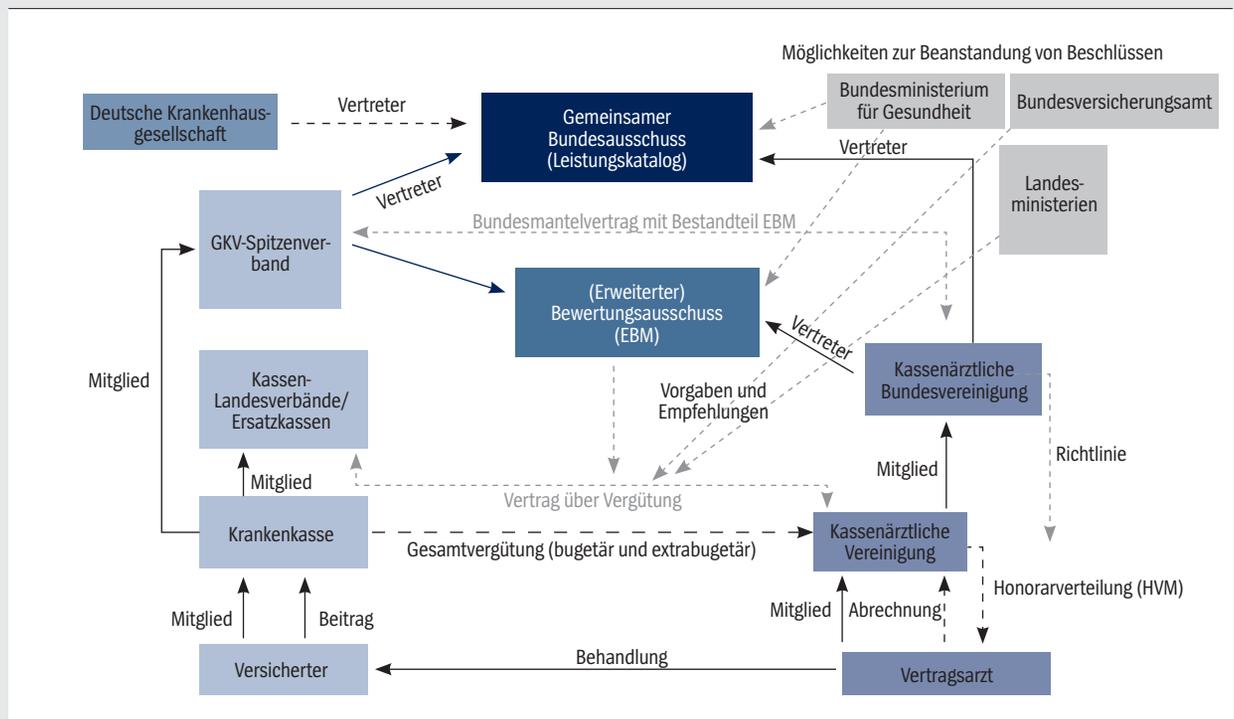
die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung (KV) Vertragspartner, auf der Bundesebene GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Die Kollektivverträge in der ärztlichen Versorgung sind – auch historisch – das Kernstück des Vertragssystems in der GKV, die institutionellen Ausgestaltungen in anderen Versorgungsbereichen sind ihnen oftmals vom Gesetzgeber nachgebildet worden.

Materiell fällt zunächst die zweistufige Ausgestaltung des Vergütungssystems ins Auge: Während in allen anderen Bereichen (Krankenhaus, Rehaklinik, Apotheke etc.) die Krankenkassen die Leistungserbringer direkt vergüten, zahlt die Krankenkasse hier eine Gesamtvergütung für alle ärztlichen Leistungen an die jeweilige KV für die Versicherten mit entsprechendem Wohnort (erste Stufe). Die KV vergütet im Rahmen der Honorarverteilung dann die einzelnen Ärzte (zweite Stufe) (siehe zum Beispiel *Walendzik et al. 2013, 321 ff.*).

Die Zahlungen der Krankenkassen im Rahmen der ersten Stufe richten sich nach einer Vergütungsvereinbarung, die

ABBILDUNG 1

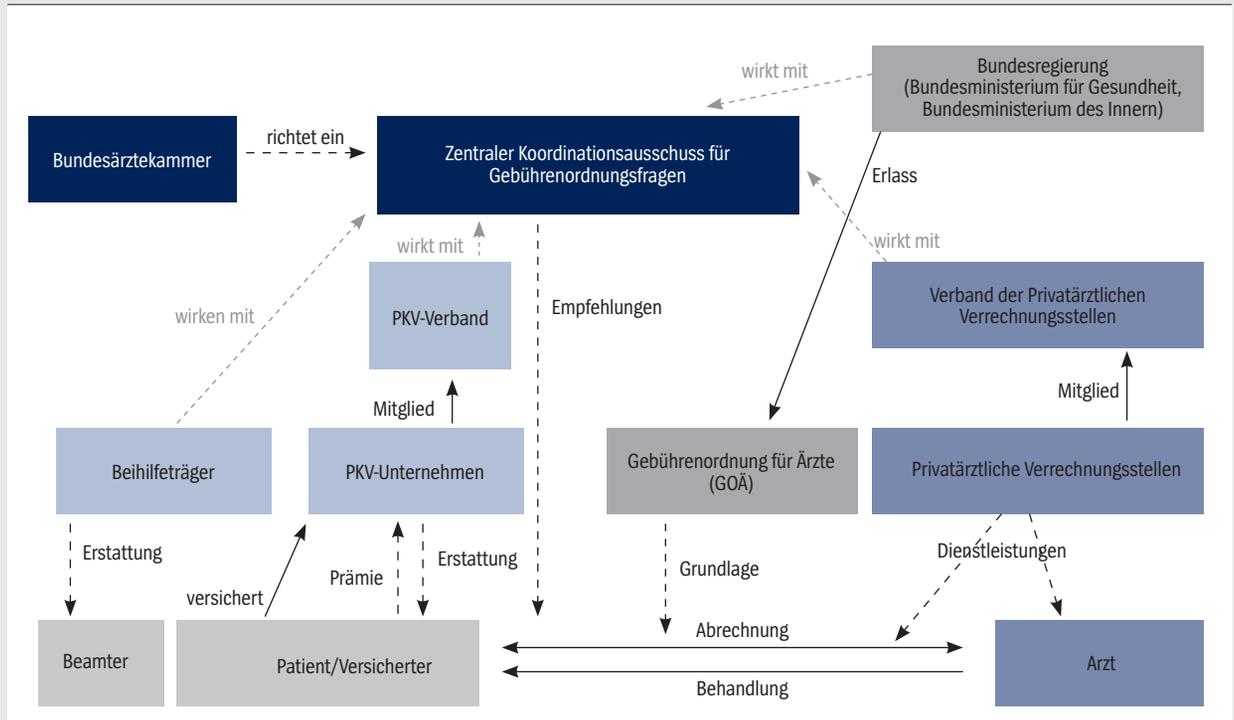
Institutionelles Gefüge der ambulanten Vergütung innerhalb der GKV



Die gesetzliche Krankenversicherung ist kollektivvertraglich organisiert. Auf Landesebene sind die Krankenkassenverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen Vertragspartner, auf der Bundesebene der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Krankenkassen zahlen eine Gesamtvergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die wiederum im Rahmen der Honorarverteilung die einzelnen Ärzte vergüten.

ABBILDUNG 2

Institutionelles Gefüge der ambulanten privatärztlichen Vergütung



Die privatärztliche Vergütung ist weniger komplex als die Vergütung im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies hat unter anderem damit zu tun, dass statt des Sachleistungsprinzips das Prinzip der Kostenerstattung gilt. Da die GOÄ die Behandlungswirklichkeit nicht gut abbildet, bestimmt ein Koordinationsausschuss, welche Leistungen statt tatsächlich erbrachter, in der GOÄ aber nicht aufgeführter Leistungen abgerechnet werden dürfen.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+C Wissenschaft 2018

die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam für alle GKV-Versicherten mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen KV mit dieser schließen. Die Vergütungsvereinbarungen wiederum haben Vorgaben und Empfehlungen des auf Bundesebene installierten, paritätisch besetzten Bewertungsausschusses zu beachten, die ihrerseits durch gesetzliche Regelungen präferiert werden. Die Gesamtvergütungen werden „mit befreiender Wirkung“ gezahlt, direkte Ansprüche der Vertragsärzte an die Krankenkassen bestehen insoweit nicht. Nehmen die Versicherten außerhalb der KV ihres Wohnortes Leistungen in Anspruch, regeln die KVen untereinander im Rahmen des sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleichs die Vergütung.

Bei der Gesamtvergütung, die die Krankenkassen zahlen, sind zwei Kategorien zu unterscheiden. Beim extrabudgetären Teil der Gesamtvergütung werden die von den Ärzten erbrachten Leistungen nach tatsächlichem Anfall retrospektiv von den Kassen an die KVen vergütet, die diese Vergütungen an die Ärzte weiterreichen; rund ein Drittel der Gesamtvergü-

tungen – bei regionalen Variationen – entfallen aktuell auf solche extrabudgetären Leistungen, die der Gesetzgeber bislang eher als Ausnahmesituation gesehen hatte. Rund zwei Drittel der gezahlten Gesamtvergütungen entfallen demgegenüber auf den budgetierten Teil, der – von nicht vorhersehbaren Sondersituationen, wie etwa einer erheblichen Grippewelle, abgesehen – unabhängig von den tatsächlichen Leistungsmengen im Vorhinein für eine Periode als Budget vereinbart wird. Das Budget wird über Kopfpauschalen je Versicherten einer Kasse mit Wohnsitz im Bezirk der KV ausgezahlt. Dabei dient jeweils das Budget der KV der Vorperiode als Ausgang und es wird jährlich eine Veränderung entsprechend der Morbiditätsveränderung der Versicherten im zurückliegenden Zeitpunkt vereinbart (daher wird das Konzept auch „Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ genannt), wofür ein Messkonzept auf der Bundesebene entwickelt wurde. Der Beitrag einer Einzelkasse an dem Budget richtet sich nach dem Anteil, den die von den Ärzten gegenüber Versicherten dieser Kasse erbrachten Leistungen an allen von ihnen erbrachten Leistungen in der Vorperiode ausmachen.

Die Verteilung des budgetierten Teils der Gesamtvergütung führt die KV anhand eines von ihr im Benehmen mit den Krankenkassen-Verbänden aufzustellenden Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) durch. Dabei hat sie eine Richtlinie der KBV und gesetzliche Vorgaben zu beachten; Teile der Richtlinie der KBV bedürfen des Einvernehmens mit dem GKV-SV. Im Übrigen aber sind die KVen sehr frei in der Ausgestaltung des HVM. Typischerweise bilden sie für die einzelnen Facharztgruppen sogenannte Töpfe. Innerhalb der Töpfe weisen sie oftmals den jeweiligen Ärzten entsprechend ihrer Fallzahl in der Vorperiode und der arztgruppenspezifischen durchschnittlichen Leistungsmengen je Fall Vergütungsvolumina als Obergrenzen zu, diese heißen in vielen KVen Regelleistungsvolumina. Leistungen oberhalb der Obergrenzen erhalten die Ärzte nur mit starken Kürzungen vergütet – so stellt die KV sicher, dass das ihr zur Verfügung stehende Budget unabhängig von den von den Ärzten erbrachten Leistungsmengen nicht überschritten wird.

Die Ärzte rechnen gegenüber der KV (von wenigen regionalen Besonderheiten abgesehen) die von ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen entsprechend dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab, der vom Bewertungsausschuss auf Bundesebene beschlossen wird und die Leistungen durch Zuordnung von Punkten für den relativen Aufwand in ein Bewertungsverhältnis setzt. Aufgrund des gesetzlich vorgesehenen Erlaubnisvorbehaltes dürfen die Ärzte Leistungen, die nicht im EBM beziehungsweise der regionalen Gebührenordnung enthalten sind, nicht erbringen und abrechnen. Die einzelnen Gebührenordnungspositionen des EBM bestehen teilweise aus Fall- oder Komplexpauschalen, teilweise aus Einzelleistungen. Der Bewertungsausschuss ist verpflichtet, sicherzustellen, dass sich der Stand der medizinischen und technischen Entwicklung im EBM widerspiegelt. Bei der Aufnahme neuer ambulanter Leistungen in die GKV durch den Gesetzgeber oder den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) muss der Bewertungsausschuss im Regelfall den EBM entsprechend anpassen. Umgekehrt allerdings kann er bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden vor einer entsprechenden Grundlage durch Gesetz oder GBA-Beschluss auch nicht tätig werden. Entsprechend finden jährlich zahlreiche Aktualisierungen des EBM statt; in größeren Abständen gibt es umfassendere EBM-Novellen. Mehrfach hat der Gesetzgeber einzelne Prüfaufträge zur Anpassung des EBM, beispielhaft hinsichtlich der Berücksichtigung telemedizinischer Leistungen oder in Bezug auf eine verbesserte Diagnostik vor Antibiotika-Therapie, für den Bewertungsausschuss formuliert.

Der Bewertungsausschuss beschließt auch einen Geldbetrag je Punkt, den sogenannten Orientierungswert, als Empfehlung für die Landesebene, die davon bei den regionalen Verhandlungen abweichen kann. Die jährliche Veränderung des Orientierungswertes soll – unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven – der Entwicklung der Kostensi-

tuation in den Arztpraxen Rechnung tragen. Sämtliche hier skizzierten Entscheidungen sind zunächst auf einvernehmliche Entscheidungen von Ärzte- und Kassenvertretern in den jeweiligen Gremien ausgerichtet. Kommen diese nicht zustande, sieht das Gesetz Schiedsregelungen unter Beteiligung Unparteiischer (Landesschiedsämter auf der Landesebene, Bundesschiedsamt und Erweiterter Bewertungsausschuss auf der Bundesebene) vor. Die meisten Entscheidungen können von den zuständigen Aufsichtsbehörden (BMG, BVA oder Landesministerien) beanstandet werden.

Die Vergütung ambulant tätiger niedergelassener Ärzte und MVZs ist durch das hier beschriebene kollektivvertragliche Vergütungssystem zwar weit überwiegend, aber nicht komplett dargestellt. Es sei zumindest darauf hingewiesen, dass hierzu auch die Vergütungssysteme der hausarztzentrierten Versorgung und im Rahmen von besonderen Versorgungen zählen.

2.2 Vergütungssystem in der PKV

Auch das Vergütungssystem in der privatärztlichen Versorgung kann auf eine lange Historie zurückblicken. Seine institutionelle Ausgestaltung ist deutlich weniger komplex als das System der vertragsärztlichen Versorgung (Abbildung 2). Dies liegt insbesondere daran, dass die privaten Krankenversicherungsträger nicht das Sachleistungsprinzip anwenden und über die Ausgestaltung der Sachleistung mit den Leistungserbringern Verträge abschließen, sondern Kostenerstattung auf der Basis der staatlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) praktizieren. Auch die Beihilfeträger wenden die GOÄ bei der Erstattung der von beihilfeberechtigten Beamten eingereichten ärztlichen Rechnungen an. Die Ärzte sind verpflichtet, die GOÄ anzuwenden, Gestaltungsspielräume haben sie nur bei der Höhe des sogenannten Steigerungsfaktors, eines Multiplikators, mit dem sie den bei der jeweiligen Gebührenordnungsposition errechneten Vergütungsbetrag multiplizieren können. Sofern sie nicht eine anderweitige Vereinbarung vor Behandlungsbeginn mit dem Patienten treffen, ist die Höhe des Multiplikators (in einzelnen Kapiteln der Gebührenordnung je unterschiedlich) begrenzt. Privatärztliche Verrechnungsstellen können die Ärzte bei der Abrechnung als Dienstleister unterstützen; das System ändert seinen einstufigen Charakter auch nicht dadurch, dass die Zahlung des Patienten in diesen Fällen zunächst an die Verrechnungsstelle fließt, die sie an den Arzt weiterleitet.

Die GOÄ findet nicht nur in der ambulanten ärztlichen Versorgung Anwendung. Vielmehr dient sie auch als Abrechnungsgrundlage für die Wahlleistung der privatärztlichen Behandlung durch liquidationsberechtigte Krankenhausärzte bei stationärer Krankenhausbehandlung. Dies ist in gewisser Weise insoweit vergleichbar mit der Situation im EBM, der auch ärztliche Gebührenordnungspositionen für ärztliche Leistungen enthält, die Vertragsärzte als Belegärzte bei einem Krankenhausaufenthalt von GKV-Versicherten erbringen.

Die in der GOÄ enthaltenen Gebührenordnungspositionen sind durchweg als Einzelleistungen ausgestaltet, Komplexziffern oder Pauschalen kennt die aktuelle GOÄ nicht. Die Einzelleistungen in der GOÄ entsprechen in vielen Kapiteln nicht mehr dem Stand des medizinischen und technischen Wissens. Denn vom Laborkapitel abgesehen, das 1996 überarbeitet wurde, sind die anderen Kapitel seit 1982 unverändert und spiegeln den Sachstand Ende der 1970er-Jahre wider. Und auch aus der ökonomischen Perspektive ist die GOÄ völlig veraltet, insbesondere da Rationalisierungsprozesse infolge technischen Fortschritts, die die Erbringung zahlreicher medizinisch-technischer Leistungen kostengünstiger gemacht haben, nicht abgebildet werden.

Allerdings führt das Fehlen eines erheblichen Teils der aktuellen ambulanten Medizin in der GOÄ nicht dazu, dass die entsprechenden Leistungen gegenüber den Privatpatienten nicht erbracht werden können. Denn anders als in der vertragsärztlichen Versorgung ist hier die Aufnahme in die Gebührenordnung nicht Voraussetzung für die Erbringbarkeit und Abrechenbarkeit durch die Ärzteschaft (kein Erlaubnisvorbehalt). Die GOÄ sieht ausdrücklich vor, in diesen Fällen eine „analoge Leistung“, die also vom Aufwand her vergleichbar der erbrachten, noch nicht berücksichtigten Leistung ist, abzurechnen. Um potenzielle Auseinandersetzungen zwischen Ärzten, Patienten und kostenersetzenden Stellen in Grenzen zu halten, hat die Bundesärztekammer einen Zentralen Koordinierungsausschuss für Gebührenordnungsfragen eingerichtet, dem neben ihr selbst der PKV-Verband, Vertreter der Beihilfetträger und der Verband der Verrechnungsstellen angehören. Wichtigste Aufgabe des Ausschusses ist es, Empfehlungen für die Ärzteschaft und die privaten Krankenversicherer beziehungsweise die Beihilfestellen abzugeben, welche bestehenden Gebührenordnungsziffern jeweils analog zu neuen Leistungen sind.

Als Rechtsverordnung der Bundesregierung könnte die GOÄ im Rahmen eines staatlichen Hoheitsaktes einseitig (mit Zustimmung des Bundesrates) schon lange mehrfach novelliert worden sein. Dass dies nicht geschehen ist, liegt zum einen daran, dass verschiedene Gesundheitsminister eine Einigung zwischen der Bundesärztekammer und dem PKV-Verband über die Inhalte einer Novelle zur Voraussetzung für ein Tätigwerden machten (Flinthrop 2013) – wozu es lange nicht kam. Mittlerweile sind sich Ärzteschaft und Versicherer in vielen Aspekten einer GOÄ-Reform einig. Dies gilt nicht nur für die wesentlich überarbeitete Struktur des Gebührenverzeichnisses, in dem es anders als bisher auch einige Pauschalen geben soll, und für viele Bewertungen von Gebührenordnungspositionen, sondern auch für grundsätzliche Fragen der Weiterentwicklung. So will man dem BMG vorschlagen, ein ständiges Verhandlungsgremium der Beteiligten zu implementieren. Aber in der vergangenen – und wohl auch in der laufenden – Legislaturperiode hat sich gezeigt, dass eine GOÄ-Reform in der Regierungskoalition nicht durchsetzungsfähig ist: Die SPD macht eine Novelle von Schritten in Richtung Bürgerver-

sicherung abhängig (Rheinische Post 2016), die wiederum CDU und CSU zu gehen nicht bereit sind. Vor dem Hintergrund dieses Patts in der Koalition ist auch die bereits angesprochene Wissenschaftler-Kommission zu sehen.

Aufgrund der skizzierten erheblichen Unterschiede in der Gestaltung der Vergütungssysteme sind direkte Vergleiche der Vergütungsniveaus schwierig. Mehrere Studien kamen zu dem Ergebnis, dass – bei großen Unterschieden zwischen Arztgruppen und Leistungsspektren – *cum grano salis* eine Leistung nach GOÄ dem Arzt etwas mehr als doppelt so hoch wie im GKV-Kollektivvertrag vergütet wird (beispielhaft Walendzik et al. 2009).

2.3 Zusätzliche Dimension: Vergütung an der Schnittstelle ambulant – stationär

Nicht nur bestehen unterschiedliche Vergütungssysteme für die ambulante ärztliche Behandlung in GKV und PKV. Die Komplexität wird insbesondere auch dadurch erhöht, dass es eine stetig an Bedeutung zunehmende Schnittstelle in die stationäre Versorgung hinein gibt.

Dies gilt zunächst für die ambulante Behandlung am Krankenhaus. Der Gesetzgeber hat aufgrund der als zunehmend unbefriedigend empfundenen Sektorentrennung in den vergangenen Jahren zahlreiche Möglichkeiten für Krankenhäuser geschaffen, in der GKV ambulant tätig zu werden. Hier werden ganz unterschiedliche Vergütungsmodelle, die zudem in unterschiedliche weitere Regelungskomplexe einbezogen sind, realisiert (siehe etwa Leber und Wasem 2016). Teilweise werden Einzelleistungen, teilweise Pauschalen gezahlt, verschiedentlich bestehen Wahlmöglichkeiten für die Krankenhäuser, unter welcher „Überschrift“ sie Leistungen abrechnen wollen. Bei Privatversicherten kann das Krankenhaus beziehungsweise seine leitenden Ärzte ambulante Behandlung im Rahmen der GOÄ erbringen, sodass hier eine doppelte Schnittstelle besteht.

Darüber hinaus ist aber auch angesichts der zunehmenden Ambulantisierung der Medizin die Schnittstelle zur stationären Krankenhausbehandlung zu berücksichtigen. Wo de facto Wahlmöglichkeiten für das Krankenhaus über die Form der Leistungserbringung bestehen, sind dies immer auch Wahlmöglichkeiten zwischen dem stationären Vergütungssystem (insbesondere also Fallpauschalen) und dem ambulanten Vergütungssystem.

3 Notwendig: kriteriengestützte Bewertung der Vergütungssysteme

Wie bereits beschrieben, stehen die Vergütungssysteme vielfach in der Kritik. Allerdings ist oftmals nicht hinreichend klar, was

TABELLE 1

Bewertungskriterien für Vergütungssysteme

Kriterium	Bispielhafte Stichworte
Anreize zur Versorgungsqualität	Patientenorientierung, Behandlungskoordination, Effektivität
Anreize zur Wirtschaftlichkeit	Auswahl effizienter Therapien, Vermeidung unnötiger Maßnahmen
Anreize zur Gleichheit im Patientenzugang	Wartezeiten, Termine, Leistungsangebote
Finanzierungsgerechtigkeit	Sachgerechte Zuordnung von Finanzierungslasten
Leistungsgerechtigkeit	Gleiche Vergütung für gleiche Leistung
Adaptionsfähigkeit	Regionale Differenzierbarkeit, Bevölkerungsentwicklung
Praktikabilität und Transparenz	Umsetzbarkeit, Verständlichkeit, Überprüfbarkeit

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft, 2018

Maßstab für Veränderungen sein soll. Mir erscheint es zentral, dass vor Reformen eine systematische kriteriengestützte Beurteilung unter Auswertung analytisch-konzeptioneller wie empirischer Befunde erfolgen sollte. Dabei kann es nur um Kriterien gehen, die aus einer gesamtgesellschaftlichen Sicht an das Vergütungssystem anzulegen sind. Einen Vorschlag für ein solches Kriterienraster enthält Tabelle 1.

Ärzte verfügen notwendigerweise über eine große professionelle Handlungsautonomie. Daher ist wesentlich zu berücksichtigen, dass von der Ausgestaltung von Vergütungssystemen vielfältige Anreize für die Ärzte ausgehen, wie sie ihre Handlungsautonomie nutzen. Diesen Anreizen ist daher bei der Entwicklung eines Kriteriensystems besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Meines Erachtens sind Anreize in drei Dimensionen von besonderer Bedeutung (siehe Tabelle 1):

- **Anreize zur Versorgungsqualität:** Die Vergütung der Ärzte muss es für diese möglichst attraktiv machen, sich am Patientenwohl zu orientieren. Dies umfasst unterschiedliche Dimensionen. So sollten möglichst effektive Therapien, die den medizinischen Fortschritt berücksichtigen, gewählt werden. Unter-, Fehl- und Übertherapie bedeuten Qualitätseinbußen. Patientenpräferenzen sollten berück-

sichtigt werden. Es sollten Anreize bestehen, dass die Ärzte sich untereinander und mit anderen Leistungserbringern koordinieren. Verschiedene Ausgestaltungen der Vergütungssysteme bewirken unterschiedliche implizite Anreize in Bezug auf Versorgungsqualität. So besteht im Vergütungssystem der PKV mit seiner Innovationsoffenheit und den höheren Vergütungsniveaus eine größere Wahrscheinlichkeit, dass medizinischer Fortschritt rasch beim Patienten ankommt, und Unterversorgung ist eher unwahrscheinlich; hingegen besteht ein Risiko der Überversorgung oder des Einsatzes noch nicht hinreichend qualitätsgeprüfter Therapien, wenn diese finanziell attraktiv sind. Umgekehrt lassen Pauschalierungen und Budgetierungen in der GKV das Risiko von Unterversorgungen denkbar erscheinen.

- **Anreize zur Wirtschaftlichkeit:** Ein Vergütungssystem muss es für die Ärzte attraktiv machen, effiziente Therapien, die den volkswirtschaftlichen Behandlungsaufwand begrenzen, zu wählen. Außerdem sollte die gegebene Therapie effizient erbracht werden und an Effizienzgewinnen sollten auch die Beitragszahler profitieren. Dies ist beim reinen Einzelleistungsvergütungssystem der GOÄ bei den Privatpatienten weniger wahrscheinlich als im stärker pauschalierenden Vergütungssystem des EBM.
- **Anreize zur Gleichheit im Patientenzugang:** Die Ärzte sollten Unterschiede hinsichtlich Zugangsmöglichkeiten nach medizinischer Dringlichkeit machen. Wo diese nicht vorliegen, sollte es hingegen keine Unterschiede bei Terminen, Wartezeiten und so weiter geben. Aktuell bestehen einerseits sowohl innerhalb der GKV Anreize für eine nicht nur an der medizinischen Dringlichkeit orientierte gleiche Behandlung von Patienten – so haben neue Patienten häufig Schwierigkeiten, Termine zu bekommen, weil das skizzierte Vergütungssystem der Regelleistungsvolumina die Auslastung der Praxen durch Wiedereinbestellungen rational erscheinen lässt. Andererseits bestehen Anreize aufgrund der Vergütungsniveauunterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten, Letztere bevorzugt in der eigenen Patientenschaft zu haben.

Neben den genannten Dimensionen von Anreizsystemen gibt es weitere Kriterien, die bei der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme beachtet werden sollten:

- **Leistungsgerechtigkeit:** Unterschiede in den Einkommen zwischen den Ärzten sollten auf Unterschieden in ihrer Leistung beruhen. Allerdings steht aktuell kein angemessenes Konzept zur Messung von Leistung und Leistungsunterschieden – jenseits eventuell der rein quantitativen ärztlichen Arbeitszeit, auf die sich die gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV verständigt hat – zur Verfügung. Dass die berichteten großen systematischen Einkommens-

unterschiede zwischen Arztgruppen primär Leistungsunterschiede widerspiegeln, ist allerdings eher nicht zu vermuten.

- **Finanzierungsgerechtigkeit:** Die Finanzierungslasten der ärztlichen Vergütung sind sachgerecht zuzuordnen. So stellt sich etwa bei einer Angleichung der Vergütungsniveaus bei der Behandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten die Frage, wer etwaige Anpassungskosten zu zahlen hat.
- **Adaptationsfähigkeit:** Ein Vergütungssystem sollte mit regionalen Unterschieden in Versorgungsstrukturen und Morbiditäten zurechtkommen, und dies gilt auch für die sich ändernde Bevölkerungsstruktur im Kontext der demografischen Entwicklung. Wir haben oben gesehen, dass die GOÄ sich faktisch als wenig adaptionsfähig erwiesen hat, während das Vergütungssystem der GKV flexibel an Veränderungen angepasst werden konnte.
- **Klarheit:** Ein Vergütungssystem muss für die Ärzte praktikabel und transparent sein. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung für seine Akzeptabilität. Aktuell ist die GOÄ für die Ärzte sicherlich verständlicher als der Honorarbescheid der KV. Bei einer Weiterentwicklung wäre eine Reduktion von Komplexität hilfreich.

4 Fazit

Diese knappen Überlegungen zu den Kriterien und erste Überlegungen einer Bestandsaufnahme ihrer Ausdeutung zeigen nicht überraschend, dass es vielfältige Zielkonflikte gibt. Diese bestehen heute und sie werden sich auch bei einer Weiterentwicklung nicht auflösen. Sie müssen daher diskutiert und austariert werden. Da die bei der Auflösung der Zielkonflikte zu treffenden Entscheidungen wie gesehen unmittelbare Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung haben werden, kann dies letztlich nur durch demokratisch legitimierte politische Entscheidungen geschehen. Ob ein einheitliches Vergütungssystem für den am-

bulanten Bereich oder die getrennte Weiterentwicklung von EBM und GOÄ sowie der Einbezug ambulanter, gegebenenfalls sogar ambulant erbringbarer Leistungen am Krankenhaus in das Vergütungssystem zu realisierende Alternativen sind, hängt insbesondere von der Gewichtung der Zielkriterien und ihrer Operationalisierung ab.

Literatur

- 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. 19. Legislaturperiode. Berlin, den 12. März 2018
- Flintrop J (2013):** GOÄ-Reform: Verweigerer. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 110, Heft 8, 1; www.aerzteblatt.de/archiv/134893/GOAe-Reform-Verweigerer
- Leber WD, Wasem J (2016):** Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report – Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer, 3–28
- Rheinische Post (2016):** Karl Lauterbach: SPD lehnt Reform der Gebührenordnung ab; <https://rp-online.de> → Politik → Deutschland → Archiv → 24. Januar 2016
- SPD (2018):** Außerordentlicher Bundesparteitag in Bonn am 21. Januar 2018, Beschluss Nummer 1; www.spd.de/partei/aobpt2018/
- Vitzthum T (2018):** Plötzlich macht das Gerücht vom Scheitern der GroKo die Runde; www.welt.de/politik/deutschland/article173283681
- Walendzik A et al. (2009):** Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Sozialer Fortschritt, Jg. 58, Heft 4, 63–69
- Walendzik A et al. (2013):** Ambulante ärztliche Versorgung. In: Wasem et al. (Hrsg.): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis des Managements in Gesundheitswesen und Versorgung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 309–340
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 24. September 2018)

DER AUTOR



Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem,

Jahrgang 1959, ist seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Er studierte Wirtschaftswissenschaften sowie Politikwissenschaft, promovierte an der Universität Köln und habilitierte an der Universität Bielefeld. Wasem bekleidete Professuren an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (1997 bis 1999) und an der Universität Greifswald (1999 bis 2003). Von 2009 bis 2018 war er Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt.