

# Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem

von Anke Walendzik<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Die beiden bestehenden ambulanten** ärztlichen Vergütungssysteme für GKV und PKV erweisen sich, insbesondere in ihrem Zusammenwirken, als nicht geeignet, Anreize zu einer bedarfsgerechten effektiven und effizienten medizinischen Versorgung zu setzen und gleichzeitig leistungsgerecht zu honorieren. Der vorliegende Aufsatz befasst sich mit möglichen Kernelementen einer neuen Honorarordnung im Rahmen eines einheitlichen Krankenversicherungssystems im Hinblick auf diese Ziele. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Einsatz morbiditätsbasierter Pauschalen und qualitätsbezogener Vergütungsanteile (Pay-for-Performance). Darauf aufbauend werden institutionelle Rahmenbedingungen, eine mögliche Differenzierung der Gebührenordnung nach ärztlicher Versorgungsfunktion und die Frage nach der Notwendigkeit einer Mengenbegrenzung in Form eines Budgets behandelt. Schließlich wird der Umgang mit möglichen Honorarverlusten niedergelassener Ärzte im Zuge einer Systemkonvergenzphase diskutiert. Dabei kommen auch Grundmodelle der Ausgestaltung einer möglichen Kompensation zur Sprache.

**Schlüsselwörter:** Ambulante ärztliche Vergütung, Morbiditätsorientierung, Bürgerversicherung, duales Krankenversicherungssystem, Konvergenz, Pay-for-Performance

*The two existing outpatient remuneration systems in statutory health insurance and private health insurance prove to be – particularly in their interaction – not suitable to provide incentives for an effective and efficient medical care and, at the same time, performance-based remuneration. This paper deals with possible key elements of a new payment system within the framework of a joint health insurance system in pursuit of these objectives. One focus is on morbidity-oriented lump sums and quality-related components (pay for performance). On this basis, an institutional framework, a possible differentiation of fees according to medical care function and the question whether a limitation of volumes in form of a budget is necessary are discussed. Finally, the paper discusses how possible fee losses of office-based physicians in the context of a system convergence phase should be handled and presents basic configurations of a possible compensation scheme.*

**Keywords:** outpatient medical remuneration, morbidity orientation, joint health insurance, dual health insurance system, convergence, pay for performance

## 1 Einleitung: Das duale Krankenversicherungssystem – Reformansätze

Als einziges Land in Europa organisiert Deutschland die Versicherung des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung in zwei unterschiedlichen Versicherungssystemen, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Jedoch ist der sogenannte

„Systemwettbewerb“ durch seine Rahmenbedingungen (zum Beispiel Wahlfreiheit nur für eine Minderheit von Versicherten ohne Versicherungspflicht in der GKV und ohne höhere Gesundheitsrisiken, keine realen Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV etc.) kaum dazu geeignet, Effizienzvorteile zu heben (Jacobs und Schulze 2004). Gleichzeitig ergeben sich deutlich negative Verteilungseffekte, indem sich junge gesunde Menschen mit hohem Einkommen der Solidarität

<sup>1</sup>Dr. rer. medic. Anke Walendzik, Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizin-Management, Universität Duisburg-Essen Schützenbahn 70 · 45127 Essen · Telefon: 0201 183-4545 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: anke.walendzik@medman.uni-due.de

innerhalb der GKV entziehen können (Buchner et al. 2007). Insofern erscheint eine angestrebte Reformierung mit Zielrichtung auf ein einheitliches Krankenversicherungssystem in den Programmen sowohl der SPD als auch der Grünen als folgerichtig (32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz der Grünen 2010; SPD-Parteitag 2011). Damit steht auch die Reform des ambulanten ärztlichen Vergütungssystems auf der Agenda. Anders als im stationären Bereich, wo nur Mehrleistungen wie Chefarztbehandlung und Hotelleistungen für PKV-Patienten zusätzlich zu den Pauschalen des DRG-Systems vergütet werden, existieren im ambulanten ärztlichen Bereich zwei unabhängige Vergütungssysteme: die Gebührenordnung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen für die GKV und die Gebührenordnung für Ärzte für sogenannte Privatpatienten. Die problematischen Steuerungswirkungen der beiden Vergütungssysteme im Zusammenspiel, zum Beispiel hinsichtlich unterschiedlicher Wartezeiten beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung, haben wesentlich zur Diskussion um das duale Versicherungssystem beigetragen. In einem einheitlichen Versicherungssystem stellt sich die Frage einer Neugestaltung, bei der die Erfahrungen aus beiden bisherigen Vergütungssystemen berücksichtigt werden, jedenfalls soweit ein kollektives Vergütungssystem angestrebt wird.

## 2 Implementierung eines einheitlichen ambulanten Vergütungssystems

Ausgangspunkt für die Entscheidung über die Struktur eines einheitlichen Vergütungssystems ist die Frage, welche Ziele eine Honorarordnung im Rahmen der medizinischen Versorgung erreichen soll. Erst mit Bezug auf diese Ziele können bisher implementierte Vergütungssysteme bewertet und Kernelemente eines künftigen einheitlichen Vergütungssystems formuliert werden.

### 2.1 Ziele von medizinischen Vergütungssystemen

Vergütungssysteme für medizinische Leistungserbringer sind in der Regel auf zwei verschiedene Ziele hin ausgerichtet: Sie sollen zum einen fair gegenüber den Leistungserbringern gestaltet sein, zum anderen sind sie auch wichtig, um eine effiziente und effektive Versorgung von Patienten zu fördern (Ellis und McGuire 1993). Somit sind Vergütungssysteme immer im Versorgungskontext zu sehen. Zur Effizienz gehört dabei auch, die Vergütungsanreize an der Qualität der zu erbringenden Leistungen auszurichten.

Es gilt als gesichert, dass Leistungserbringer auf ökonomische Anreize reagieren (Christianson und Conrad 2011). Das Vergütungssystem soll daher genutzt werden, Anreize so zu

setzen, dass der – gesellschaftlich akzeptierte – Versorgungsbedarf von Patienten in Art und Umfang effizient und effektiv gedeckt wird. Zu klären ist dabei zunächst, wie dieser Bedarf zu ermitteln ist. Ein vom Gesetzgeber für die Honorarreform 2009 formulierter Faktor für den Bedarf stellt die Morbidität der zu versorgenden Patientenpopulation dar. Weitere Faktoren wirken auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (nachfrageseitige wie zum Beispiel der Sozialstatus, aber auch angebotsseitige wie die Arztdichte). Diese werden aber weder vom Gesetzgeber in die Regulierung der ambulanten ärztlichen Vergütung (und auch des Morbi-RSA) einbezogen noch besteht bisher ein Konsens darüber, welche davon als Einflussfaktoren auf den gesellschaftlich akzeptierten Bedarf anerkannt werden sollten.

Das Ziel Fairness gegenüber den Leistungserbringern ist schwieriger zu operationalisieren. Als eine Minimalbedingung ließe sich formulieren, dass Leistungserbringer innerhalb des Vergütungssystems unter gleichen Kosten- und Effektivitätsbedingungen gleich behandelt werden. Gleichzeitig sollten Leistungserbringer nicht für Faktoren verantwortlich gemacht werden, auf die sie keinen Einfluss haben. In diesem Zusammenhang kann auch der Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Kassen im Rahmen der Honorarreform 2009 gesehen werden, in deren Rahmen das Wachstum der Gesamtvergütungen nicht mehr an die Grundlohnsumme, sondern an geschätzte Morbiditätsveränderungen gebunden wurde.

### 2.2 Merkmale des derzeitigen dualen ambulanten Vergütungssystems

Wie einleitend beschrieben, gelten derzeit zwei verschiedene ambulante Vergütungssysteme für verschiedene Patientengruppen. Einerseits kann jedes einzelne System intern bezüglich seiner Zielkonformität beurteilt werden, zusätzlich gibt es jedoch auch Effekte ihres Zusammenwirkens. In Tabelle 1 sind zunächst Merkmale der zwei Gebührenordnungen, des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für den Bereich der GKV und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für den Bereich der Privatpatienten, also der PKV-Versicherten und anderer Selbstzahler, aufgeführt.

Das ambulante Vergütungssystem für PKV-Patienten sowie für andere nicht in der GKV versicherte Personen beruht auf der GOÄ, die im Wesentlichen eine Zuordnung von Einzelleistungen und Punktzahlen vornimmt. Monetarisiert werden die Punkte mit einem fixen Punktwert, wobei der zu zahlende Betrag durch den sogenannten Steigerungsfaktor innerhalb einer Gebührenspanne variiert werden kann. Es gibt keine Budgetierung der Leistungen. Die vorherrschende Einzelleistungsvergütung, die außerdem in der Regel nicht an Indikatoren der Prozess- und/oder Ergebnisqualität gebunden ist, setzt ökonomische Anreize zu starker Leistungs-

TABELLE 1

### Gebührenordnungen im Vergleich: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

	EBM	GOÄ
rechtliche Form	Vertragliche Vereinbarung im korporativen System im Rahmen des Bewertungsausschusses	Rechtsverordnung
letzte Aktualisierung	EBM 2000plus zum 1.4.2004 EBM 2007plus zum 1.1.2008	Laborleistungen 1996, übrige Leistungen seit 1982 wesentlich gleich, aktuell geplante Reform bisher gescheitert
monetäre Bewertung	Im Bewertungsausschuss vertraglich vereinbarter Orientierungswert mit möglichen regionalen Abweichungen, durch Budgetierung faktische Punktwertdifferenzierung	feste Punktwerte, Variationsmöglichkeit durch Steigerungsfaktor im Rahmen einer Gebührenspanne
Vergütungsformen	pauschalierte Vergütungen für Leistungskomplexe, Einzelleistungsvergütung, Budget in Form der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	Einzelleistungsvergütung
Umfang der enthaltenen Leistungen	standardisierter Leistungsumfang der GKV	zusätzlicher Leistungsumfang auch außerhalb des standardisierten Leistungsumfangs der GKV

Quelle: eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2013

ausdehnung bis hin zur Gefahr von Überversorgung. Dies schlägt sich in entsprechenden Ausgabensteigerungsraten bei gegenüber der GKV deutlich höheren absoluten Pro-Kopf-Ausgaben der PKV für die ambulante ärztliche Versorgung nieder. Abbildung 1 zeigt eine Indexdarstellung der Leistungssteigerungen pro Versichertem seit 2001.

Die gegenläufigen Interessen der PKV-Unternehmen an einer Begrenzung dieser Leistungssteigerungen einerseits und der Ärzteschaft an Erhalt und Ausbau ihrer Einnahmequellen andererseits schlagen sich in der Verzögerung der Novellierung der GOÄ nieder.

Auch im ambulanten Vergütungssystem der GKV sind, wie aus Abbildung 1 ersichtlich, deutliche Ausgabensteigerungen zu verzeichnen. Hier entsteht die Dynamik aber stärker aus der Entwicklung des Gesamtsystems als aus der Gebührenordnung selber. Die Leistungen des EBM sind unterschiedlich konstruiert; es handelt sich um eine Mischung aus in der Regel nur grob altersadjustierten Grundpauschalen, wenigen Pauschalen zu Leistungskomplexen und relativ zahlreichen Einzelleistungsvergütungen. Auch im EBM werden Vergütungen kaum an Ergebnisse der Prozess- oder gar Ergebnisqualität gebunden. Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist der Anteil pauschalierter Leistungen größer als im fachärztlichen. Pauschalierter Vergütungsformen mit

geringer Risikoadjustierung können tendenziell als Anreiz zu Risikoselektion und Unterversorgung beziehungsweise als Anreiz zur Behandlung möglichst vieler Fälle mit wenig Aufwand wirken.

Da das Vergütungssystem grundsätzlich einer Budgetierung unterliegt, können sich Anstöße zum Ausgabenwachstum aus positiven Veränderungsdaten der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aus der Herausnahme von Leistungen aus dem Budget und aus Preiserhöhungen, also einem höheren Punktwert, ergeben. Auf Bundesebene erfolgen hierzu Verhandlungen im Bewertungsausschuss. Auf Länderebene verhandeln die Vertragspartner direkt miteinander. Alle diese Veränderungen unterliegen gesetzlichen Rahmenbestimmungen. So kam es zum Beispiel durch die Honorarreform 2009 zu einer relativ starken Erhöhung der Gesamtvergütungen (Abbildung 1). Die Honorarverteilung, die seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wieder wesentlich in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, modifiziert die direkten Anreize aus dem EBM durch die jeweilige konkrete Ausgestaltung (Menge, Struktur) der Budgetierung der „Honorartöpfe“ einzelner Arztgruppen. Ein wesentlicher Kritikpunkt gegenüber dem ambulanten ärztlichen Vergütungssystem in der GKV liegt darin, dass aufgrund seines komplizierten Aufbaus nur wenige Experten in der Lage sind, seine Zusammenhänge und

Wirkmechanismen annähernd vollständig zu verstehen, und insofern wenig Transparenz auch für die betroffenen Leistungserbringer besteht.

In der Praxis ergeben sich Probleme beim Zusammenwirken der beiden ambulanten Vergütungssysteme. Für den niedergelassenen Arzt entstehen starke Anreize, PKV-Patienten vorrangig zu behandeln. Hier wirkt der Unterschied in der Vergütung je Leistung und Fall zusammen mit den Anreizen aus der Einzelleistungsstruktur der GOÄ (Walendzik et al. 2008). Dies stellt eine deutliche Verletzung für die beiden oben beschriebenen wesentlichen Zielkomplexe ärztlicher Vergütung dar, nämlich die faire Vergütung des Arztes auf der einen und die bedarfsgerechte Versorgung des Patienten auf der anderen Seite. Weder wirken die Anreize zugunsten einer morbiditätsorientierten Versorgung, noch werden gleiche ärztliche Leistungen gleich vergütet. In der Praxis führt dies zumindest zu Unterschieden bei den Wartezeiten auf einen Arzttermin (Kantar Health 2012).

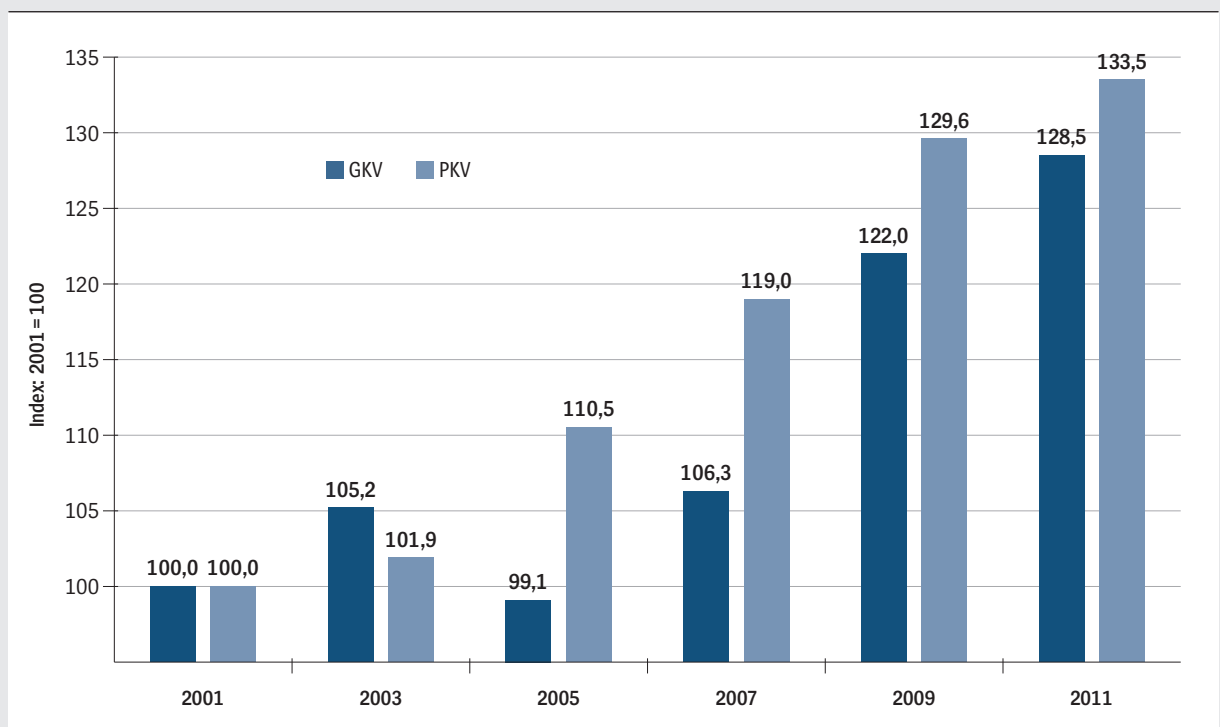
Interessant ist, dass die relative Ausgabendynamik der beiden Vergütungssysteme, wie in Abbildung 1 grob erkennbar, in den letzten Jahren nicht weit auseinanderfällt. Zwar müssten für eine exakte Analyse eines direkten Vergleichs verschiedene Entwicklungen bereinigt werden (Einführung der Praxisgebühr, Standard- und Basistarif, Veränderungen der Selbstbehalte in der PKV etc.), jedoch sollte in einer einfachen Annäherung die parallele Dynamik der Steigerungsraten bei der Diskussion um den Fortbestand der Budgetierung im gemeinsamen ambulanten Vergütungssystem beachtet werden.

Dazu kommt für beide Vergütungssysteme die fehlende Vernetzung mit der stationären Vergütungsordnung. Nach Leistungssektoren aufgebaute Vergütungssysteme können zu unerwünschten Effekten führen, indem nach den Anreizen der jeweiligen Gebührenordnung eines Behandlungssektors, aber nicht dem Patientenbedarf und seiner effektiven und effizienten Deckung entschieden wird. So wird

### ABBILDUNG 1

#### Anstieg der Versicherungsleistungen pro Versichertem in GKV und PKV im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung

Index auf Basis von 2001



Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung (2012); Grafik: G+G Wissenschaft 2013

eine mögliche ambulante Leistungserbringung teilweise aus wirtschaftlichen Gründen vermieden (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012*).

## 2.3 Aufbau eines neuen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems

Aus der Analyse der beiden Vergütungssysteme EBM und GÖA lassen sich wesentliche Elemente des neuen gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems ableiten. Für seine Ausführung bedarf es neuer institutioneller Lösungen. Wegen des unterschiedlichen Leistungsumfangs in GKV und PKV ist der Leistungsumfang der neuen Vergütungsordnung zu diskutieren. Schließlich muss der Frage nachgegangen werden, wie unterschiedliche Aufgaben der Versorgungsbereiche (hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich) und verschiedener Arztgruppen sich im Aufbau der neuen Gebührenordnung niederschlagen sollen.

### 2.3.1 Kernelemente

Generell lässt sich feststellen, dass mit nur einer Vergütungsform konstruierte Vergütungssysteme (wie im Wesentlichen die GOÄ) für medizinische Leistungserbringer unerwünschte ökonomische Anreize auslösen, sodass eine Ausbalancierung der Anreizwirkungen einer Gebührenordnung am ehesten im Rahmen einer Kombination verschiedener Elemente gelingen kann. Pauschalen sollten zur Vermeidung von Risikoselektion und Unterversorgung ausreichend differenziert beziehungsweise risikoadjustiert sein nach dem zu erwartenden Behandlungsbedarf des Patienten. Es bieten sich also morbiditätsdifferenzierte Pauschalen an, die so weit wie möglich an Qualitätsvoraussetzungen der Struktur und Prozessqualität zu binden sind. Eine solche Gestaltung der Pauschalen entspricht auch der politischen Entscheidung für eine generelle Morbiditätsorientierung des Vergütungssystems im Rahmen der Honorarreform 2009. Dabei sollte die Differenzierung im haus- und im fachärztlichen Bereich sinnvollerweise unterschiedlich tief ausfallen. Morbiditätsbezogene Pauschalen im fachärztlichen Bereich bieten den Vorteil einer gezielten Harmonisierung mit dem DRG-System. Selten erbrachte sowie besonders förderungswürdige Leistungen sind nur als Einzelleistungen oder als kleine Komplexpauschalen sinnvoll zu vergüten. Alle Leistungsbewertungen – unabhängig von der Vergütungsform – sollten regelhaft auf betriebswirtschaftlicher Basis und gesicherter Datenbasis erstellt werden; Fixkostenanteile sollten dabei einer Mengendegression unterliegen. Wichtig sind weiterhin bisher weder im GKV- noch im PKV-System verwirklichte Elemente von ergebnisorientierter Vergütung (Pay-for-Performance oder P4P). Im Vordergrund stehen sollten hier Maße der Ergebnis-, wenn nötig auch Prozessqualität. Da hier noch Entwicklungsarbeit zur Auswahl angemessener Indikatoren geleistet werden muss, kann zunächst nur

ein kleiner Teil der ambulanten Vergütung angebunden an P4P verteilt werden, der im Laufe der Zeit gesteigert werden kann. Dabei kann zunächst an bestehenden Indikatorensets, zum Beispiel denjenigen der AOK und der KBV, angeknüpft werden.

### 2.3.2 Institutionen

Die Einführung eines gemeinsamen ambulanten und mit dem stationären Bereich harmonisierten Vergütungssystems bedarf eines starken und unabhängigen Instituts, damit Gebührenordnungspositionen regelorientiert, das heißt basierend auf empirischen Erhebungen und betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmodellen entwickelt werden können. In dem Zusammenhang könnte es sich als sinnvoll erweisen, das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) zusammenzulegen. Die Trägerschaft sollte weiterhin paritätisch durch den GKV-Spitzenverband und die Organisationen der betroffenen Leistungserbringer auf Bundesebene, also KBV und Deutsche Krankenhausgesellschaft, erfolgen. Hier sind unterschiedliche institutionelle Ausgestaltungen denkbar, zum Beispiel eine Anbindung an den GBA oder aber an einen ergänzten Bewertungsausschuss. Um eine Blockierung der Arbeit des Instituts zu vermeiden, sollten nicht lösbare Meinungsverschiedenheiten bei der Ausgestaltung der Gebührenordnung eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit auslösen. In den Aufgabenbereich des Instituts sollte auch die (Weiter-)Entwicklung der ambulanten Kodierrichtlinien fallen, die angesichts der immer stärkeren Bedeutung der Morbiditätsorientierung in der ambulanten Vergütung verpflichtend vorgegeben werden sollten. Gleichzeitig sollte die Arbeit an Qualitätsindikatoren verstetigt werden. Denkbar wäre hier institutionell die Erweiterung des Aufgabenkreises des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) oder aber des neu zusammengefassten Vergütungsinstituts. Auch hier sollte die Perspektive sektorübergreifend sein.

### 2.3.3 Geltungsbereich

Die bisherige GOÄ umfasst im ambulanten Bereich, anders als der EBM, auch Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsumfangs. Es stellt sich insofern die Frage, ob das zukünftige ambulante Vergütungssystem sich auf den Leistungsumfang des neuen gemeinsamen Krankenversicherungssystems, der auf dem GKV-Leistungskatalog aufsetzen sollte, beschränken oder darüber hinausgehen soll. Für Ersteres könnte sprechen, dass die Legitimität der Entscheidung der korporativen Institutionen über die Vergütung von Leistungen an die Finanzierung dieser Leistungen über das soziale Versicherungssystem gebunden ist. Andererseits ist es für den Einschluss weiterer, nicht im gemeinsamen Versicherungssystem finanzierter Leistungen durchaus denkbar, für diese Gebührenordnungspositionen auch weitere Institutionen an

der Trägerschaft der Beschlussgremien zu beteiligen oder grundsätzlich ein anderes Verfahren zu wählen. So könnten zum Beispiel wie bisher bei der GOÄ weitere Gebührenordnungspositionen über Rechtsverordnung hinzugefügt werden, aber auch hier unter Nutzung der einheitlichen Kalkulationsmethodik und der Kompetenz des neuen Instituts. Die Frage ist jedoch auch im Kontext der in zunehmendem Umfang erbrachten „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) und der uneinheitlichen Qualität der zugänglichen Informationsquellen zu sehen (Fürstenberg et al. 2012). Der GBA könnte beauftragt werden, auf Basis eines von ihm zu entwickelnden Kriterienkatalogs eine Zusammenstellung empfehlenswerter Leistungen im Sinne der bisherigen IGeL-Leistungen mit Patientennutzen vorzunehmen. Die Aufnahme solcher entsprechend ausgewählter zusätzlicher Gebührenordnungspositionen außerhalb des Leistungsumfangs des gemeinsamen Versicherungssystems könnte von einem systematisch aufgearbeiteten Informationsangebot begleitet werden.

### 2.3.4 Differenzierung nach ärztlicher Versorgungsfunktion

Während im hausärztlichen Bereich in weiten Strecken ein gemeinsamer Grundleistungsbereich für die überwiegende Zahl von Patienten festgestellt werden kann und vor allem chronisch kranke Menschen besonderen Behandlungsaufwand erfordern, sind die Behandlungsanlässe im fachärztlichen Bereich differenzierter. Es erscheint insofern sinnvoll, den Morbiditätsbezug in der Vergütungsstruktur in den beiden Versorgungsbereichen unterschiedlich zu gestalten.

In Tabelle 2 ist ein mögliches Vergütungssystem im ambulanten Bereich skizziert, im Aufbau jeweils angepasst an den Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppen. Es kombiniert alters- und morbiditätsorientierte Fallpauschalen, je nach Versorgungsaufgaben der jeweiligen Arztgruppen im ambulanten Bereich unterschiedlich differenziert, mit Einzelleistungsvergütungen und Komplexpauschalen sowie Elementen von P4P. Dabei wird nicht nur zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich unterschieden, indem im hausärztlichen Bereich die morbiditätsbasierten Pauschalen allgemeiner und auf die Versorgung chronischer Erkrankungen orientiert sind und im fachärztlichen Bereich der spezielle Diagnosebezug und eine anzustrebende Harmonisierung mit dem DRG-System im Vordergrund stehen. Zusätzlich wird auch innerhalb des fachärztlichen Bereiches zwischen der Vergütung von Fachgruppen mit Aufgaben der Grundversorgung und von Fachgruppen mit Schwerpunkt in der hochspezialisierten Versorgung differenziert. Bei diesen sollten zum Beispiel allgemeine alters- und geschlechtsspezifische Pauschalen keine Rolle spielen. Die Struktur der Vergütung für hoch spezialisierte Fachärzte könnte auch – bei Fortbestand der entsprechenden gesetzlichen Regelungen beziehungsweise zumindest kollektivvertraglicher Regelungen für die Vergütung in diesem Bereich – auf den spezialfachärztlichen Bereich übertragen werden.

### 2.3.5 Mengenbegrenzung ja oder nein?

Während die Vergütung per GOÄ keine Mengenbegrenzungen kennt, ist das ambulante ärztliche Vergütungssystem in der GKV seit den 1990er Jahren durch Budgetierung gekenn-

TABELLE 2

## Idealtypische Konstruktion eines gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems

Versorgungsbereich	Hausärztlicher Versorgungsbereich	Fachärztlicher Versorgungsbereich	
		Fachärzte der Grundversorgung	Fachärzte der hochspezialisierten Versorgung
Altersadjustierte Fallpauschalen	Altersadjustierte Fallpauschalen	gegebenenfalls altersadjustierte Fallpauschalen	–
Morbiditätsbezogene Pauschalen	Chronikerpauschalen, gebunden an Parameter der Prozess- und Strukturqualität, Koordinationstätigkeit, gegebenenfalls Zuschläge für Multimorbidität	Arztgruppenbezogene morbiditätsbasierte Pauschalen, gebunden an Parameter der Prozess- und Strukturqualität, wo möglich Harmonisierung mit DRG-System	Arztgruppenbezogene morbiditätsbasierte Pauschalen, gebunden an Parameter der Prozess- und Strukturqualität, Harmonisierung mit DRG-System
Sonstige Vergütungselemente	Einzelleistungsvergütungen und Komplexpauschalen für besonders förderungswürdige sowie seltene Leistungen		
Pay-for-Performance (P4P)	Vergütungsanteil P4P, anhand von Parametern der Ergebnis- und der Prozessqualität		

Quelle: WISO Diskurs 2013, eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2013

zeichnet. Es stellt sich die Frage, inwiefern ein gemeinsames wie oben skizziertes Vergütungssystem weiterhin der Deckung bedarf.

Für die Diskussion um eine mögliche Aufhebung der Budgetierung ist die Einschätzung der zu erwartenden Wachstumsraten der ärztlichen Leistungsmengen wichtig. Für eine relativ begrenzte Wachstumsdynamik könnte sprechen, dass in den letzten Jahren in den meisten kassenärztlichen Vereinigungen abnehmende Abstaffelungsquoten festzustellen sind, das heißt, die vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen steigen stärker als die erbrachte Leistungsmenge. Anders ausgedrückt: Die Mengendynamik, ausgelöst durch Verhandlungsergebnisse, ist größer als die Mengendynamik, die bei der Leistungserbringung aus den Anreizen aus EBM und Honorarverteilung entsteht. Dies spricht für eine begrenzte Mengendynamik bei der Leistungserbringung innerhalb der derzeitigen Strukturen. Absolut jedoch liegen die tatsächlich erbrachten immer noch deutlich über den vereinbarten Mengen, sodass bei einer möglichen Einführung eines nicht budgetierten Systems gegebenenfalls zu Beginn Preisanpassungen notwendig werden könnten. Für eine Begrenzung der Wachstumsdynamik der Mengenentwicklung im zukünftigen Vergütungssystem spricht weiterhin, dass aufgrund der stärkeren Pauschalierung durch morbiditätsbasierte Pauschalen weniger treibende Effekte über Einzelleistungsvergütungen zu erwarten sind.

Allerdings könnte die derzeitige verminderte Mengendynamik auch zumindest in Teilen der derzeitigen Budgetierung und ihrer Realisierung in der Honorarverteilung geschuldet sein statt zum Beispiel möglicher Kapazitätsgrenzen der niedergelassenen Ärzte. Auch deuten aktuelle Untersuchungen der ambulanten Kodierqualität darauf hin, dass – gerade wegen des Aussetzens der verpflichtenden Anwendung der ambulanten Kodierrichtlinien – der Rightcoding-Prozess noch nicht abgeschlossen ist (*Ozegowski 2013*).

Insofern können bei einer völligen Aufhebung der Budgetierung Mengenrisiken oberhalb der morbiditätsbedingten Veränderungsraten zumindest nicht ausgeschlossen werden. Entscheidet sich der Gesetzgeber demzufolge für eine Fortsetzung der Mengenbegrenzung, so stellt sich die Frage der Honorarverteilung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese ist durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz seit 2012 regionalisiert worden und der Einwirkung der Krankenkassen über eine bloße Benehmensregelung weitgehend entzogen. Um die Wirkmechanismen gesellschaftlich erwünschter Steuerungseffekte der neuen Gebührenordnung auch durch die Honorarverteilungsmaßstäbe der einzelnen KVen hindurch abzusichern, sollte die Honorarverteilung wieder im Einvernehmen durch die Vertragspartner erfolgen.

## 2.4 Übergangsprobleme und Konvergenzphase

Für den Übergang in ein gemeinsames Versicherungssystem sind unterschiedliche Szenarien denkbar. Politisch relativ unwahrscheinlich erscheint die Extremvariante des sofortigen Übergangs aller Versicherten in das neue einheitliche Versicherungssystem. Dagegen sind gleitende Übergänge bei Schließen der Neuzugangsmöglichkeit zur PKV mit oder ohne Optionszeitraum, in dem bisher PKV-Versicherte in das gemeinsame Versicherungssystem freiwillig wechseln können, eher wahrscheinlich. So sind also schon bei der Reform des Versicherungssystems Konvergenzlösungen anzunehmen, die erst mittelfristig in einen vollständigen Übergang in das neue gemeinsame Versicherungssystem münden. Damit verbunden ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten zur Einführung des gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems. Sollte es im Rahmen der Umstellung bei dem Vergütungsniveau der bisherigen GKV bleiben, stellt sich die Frage nach einer Kompensation der ärztlichen Umsatz- und Einkommensverluste.

Sowohl bei einem sofortigen Übergang in das neue Versicherungssystem als auch im Rahmen eines Konvergenzszenarios wäre eine sofortige Einführung einer gemeinsamen ambulanten Vergütungsordnung denkbar. Bei einer sofortigen Angleichung des Vergütungssystems unter teilweise Fortbestand des PKV-Vollversicherungssystems ist allerdings zu bedenken, dass dieser Schritt das PKV-System besonders im Fall einer Kompensation der ärztlichen Honorarverluste auf Kosten der einheitlichen neuen Krankenversicherung finanziell stützen würde. Ein weiteres Konvergenzszenarium wäre die Einführung der neuen ambulanten Vergütungsordnung nur im Rahmen eines gemeinsamen Versicherungssystems. Die GOÄ würde in diesem Fall nur für die in der PKV verbleibenden Versicherten weiter gelten.

Setzt die neue Vergütungsordnung auf dem Niveau der bisherigen GKV-Vergütung auf, so würden ohne weitere Maßnahmen in allen Szenarien Umsatz- und Einkommensverluste für die niedergelassenen Ärzte resultieren. Diese entstünden sowohl zum Zeitpunkt des Systemübergangs (außer im Modell der Trennung der Versicherungssysteme ohne Optionszeitraum) als auch in der weiteren zeitlichen Perspektive durch fehlende Neuzugänge in der PKV und entgangene Mehrerlöse durch den demografisch bedingten Mehrbedarf der insgesamt entgangenen Versicherten (*Wasem et al. 2013*). Bei einem sofortigen vollständigen Systemübergang dürften ärztliche Honorareinnahmen in der Höhe von vier bis 4,5 Milliarden Euro entfallen. Beim Übergangsszenario ohne Optionszeitraum entsteht erst in den folgenden Jahren ein ansteigender Honorarverlust.

Für eine Kompensation dieser Honorarverluste könnte sprechen, dass die Investitionsentscheidungen der nieder-

gelassenen Ärzte im Vertrauen auf die Systemstabilität getroffen worden sind, insofern also ein Vertrauensschutz angemessen wäre. Weiterhin könnte argumentiert werden, dass das bisherige Vergütungsniveau zur Aufrechterhaltung des Versorgungsniveaus notwendig sei, weil nur so notwendige Investitionen getätigt werden könnten. Demgegenüber werden auch andere Gruppen in und außerhalb des Gesundheitswesens nicht grundsätzlich für reformbedingte Systemveränderungen entschädigt. Weiterhin könnte erwidert werden, dass auch bei Fortbestand des PKV-Vollversicherungssystems früher oder später die Notwendigkeit bestanden hätte, im Sinne des Erhalts dieses Systems die ambulanten Vergütungsunterschiede abzuschmelzen. Denkbar sind verschiedene Auflösungen dieses Gegensatzes, angefangen zum Beispiel bei einer prozentualen Teilkompensation bis zur Begrenzung des Kompensationszeitraums oder einer generell zeitlich degressiv ausgestalteten, also im Laufe der Zeit anteilig sinkenden Kompensation.

Wird zugunsten einer Kompensation der Honorarausfälle entschieden, so stellt sich die Frage ihrer Verteilung zwischen den KV-Regionen und den einzelnen Arztpraxen. Hier sind verschiedene Ansätze möglich. Zunächst könnten die Kompensationszahlungen sowohl regional als auch innerhalb der Praxen nach der Höhe der tatsächlichen Honorarverluste erfolgen. Eine solche Vorgehensweise würde dem Vertrauensschutz-Argument entsprechen, allerdings die oben skizzierten Anforderungen an Leistungs- und Versorgungsgerechtigkeit verfehlen. Insofern wäre eine solche Lösung allenfalls sehr kurzfristig denkbar. Weiterhin könnte die Kompensation den bisherigen Verteilungsproportionen sowohl zwischen als auch innerhalb der KVen folgen, korrigiert nur im Rahmen der Neuzugänge aus der PKV. Hier würde der Grad der Zielgerechtigkeit der Verteilung des bisherigen GKV-Systems abgebildet. Schließlich könnte die Kompensation dazu verwendet werden, sich in der Verteilung der Summe der Gesamtvergütungen einer Verteilung nach der zu versorgenden Morbidität zu nähern, wie dies im Zusammenhang mit der Honorarreform 2009 schon einmal unter dem Stichwort „Aufteilungsmodell“ diskutiert wurde (*Wasem und Walendzik 2009*). So könnte eine Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung nach dem Patientenbedarf auch hier das Leitmotiv sein (*Wasem et al. 2013*).

in Richtung einer effizienten und effektiven Patientenversorgung steuern als auch die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung für die niedergelassenen Ärzte verbessern. Im Übergang auch und gerade gemeinsam mit der Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems sind Konvergenzpfade unumgänglich. Insofern wird der vollständige Systemübergang mehrere Schritte umfassen. Wenn der Zugang der Bevölkerung zur ärztlichen Versorgung vorrangig nach Morbiditäts Gesichtspunkten erfolgen soll, ist die Einführung eines gemeinsamen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems und seine Orientierung auf eine bedarfsgerechte effiziente und effektive medizinische Versorgung prioritär.

### 3 Fazit

Das duale ambulante Vergütungssystem in einem dualen Krankenvollversicherungssystem wird grundlegenden Zielsetzungen an Vergütungssysteme für medizinische Leistungserbringer nur wenig gerecht. Ein einheitliches ambulantes ärztliches Vergütungssystem kann Webfehler der zwei bisherigen Gebührenordnungen beheben und sowohl



## Literatur

**32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz der Grünen (2010):** Beschluss Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität. Freiburg; [www.gruene.de](http://www.gruene.de) → Suchbegriff „Beschluss: Zugang, Teilhabe, Prävention“ eingeben → pdf-Dokument anklicken

**Buchner FD, Deppisch R, Wasem J (2007):** Umverteilungseffekte in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik, Band 227, Hefte 5 und 6, 681–698

**Christianson JB, Conrad D (2011):** Provider Payment and Incentives. In: Glied S, Smith P (Hrsg.). The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford: Oxford University Press, 624–648

**Ellis R, McGuire T (1993):** Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care. Journal of Economic Perspectives, Band 7, Heft 4, 135–151

**Fürstenberg T, Katzenmeier C, Laschat M, Voigt T et al. (2012):** Untersuchungen zum Informationsangebot zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Berlin; [www.bmelv.de](http://www.bmelv.de) → Verbraucherschutz → Gesundheit → Gesundheitsmarkt → „Individuelle Gesundheitsleistungen: Informationen in Arztpraxen müssen verbessert werden“ anklicken → ans Ende des Dokuments scrollen und „Studie zum IGeL-Informationsangebot“ anklicken

**Jacobs K, Schulze S (2004):** Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 4, Heft 1, 7–18

**Kantar Health (2012):** Bevölkerungsumfrage BKK 2011 – Thema Arztbesuche; [www.bkk.de/presse-politik/presse/studien/arztbesuchumfrage-2011](http://www.bkk.de/presse-politik/presse/studien/arztbesuchumfrage-2011) (PTT-Dokument)

**Ozegowski S (2013):** Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 23–34

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn

**SPD-Parteitag (2011):** Beschluss-Nr. 59 – Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger. Berlin; [www.spd.de/linkableblob/21972/data/59\\_beschluss\\_gesundheit\\_lang.pdf](http://www.spd.de/linkableblob/21972/data/59_beschluss_gesundheit_lang.pdf)

**Verband der privaten Krankenversicherung (2012):** PKV-Zahlenbericht 2011/2012. Berlin

**Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J (2008):** Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen GKV und PKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 165; [www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/165.pdf](http://www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/165.pdf)

**Wasem J, Buchner F, Lux G et al. (2013):** Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden: Nomos 2013

**Wasem J, Walendzik A (2009):** Weiterentwicklung der Vergütungsreform: Was bedeutet die Morbiditätsorientierung der Gesamtvergütungen? Gesellschaftspolitische Kommentare, Jg. 50, Heft 5, 24–29

**WISO Diskurs (2013):** Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung – Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. (unveröffentlichtes Manuskript)

## DIE AUTORIN



**Dr. rer. medic. Anke Walendzik,**  
Jahrgang 1956, Diplom-Volkswirtin sozialwissenschaftlicher  
Richtung (Universitäten Köln und Warschau), leitet seit 2009

den Arbeitsbereich Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik  
und Arzneimittelsteuerung am Lehrstuhl für Medizinmanage-  
ment der Universität Duisburg-Essen.