

Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor

Prüfung der Machbarkeit

STUDIEN
BERICHT

Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor

Prüfung der Machbarkeit

Studienbericht

für die Techniker Krankenkasse

Berlin, 25. Juni 2014

Autoren

Karsten Neumann
Patrick Gierling
Martin Albrecht
Jean Dietzel
Alina Wolfschütz

Inhalt

1.	Management Summary	7
2.	Hintergrund und Zielsetzung	10
3.	Schwierigkeiten in der aktuellen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen	13
3.1	Struktur der ärztlichen Vergütung und des Honorarsystems	13
3.2	Reformen des EBM	15
3.3	Reformen der Honorarverteilung und der Gesamtvergütung	17
3.4	Konflikte und Problemlagen	18
3.4.1	Gesetzliche Krankenversicherung und KV	18
3.4.2	Ärzte und Arztgruppen	20
3.4.3	Regionen	21
3.4.4	Komplexität und Intransparenz	21
3.5	Fazit	22
4.	Bisherige Erfahrungen mit Einzelleistungsvergütungen	24
4.1	Erfahrungen in Deutschland	24
4.1.1	Erfahrungen in der PKV	24
4.1.2	Erfahrungen in der GKV	27
4.1.3	Fazit	29
4.2	Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich	29
4.2.1	Fazit	36
5.	Zielkonzept der Einzelleistungsvergütung und Ausgestaltungsoptionen	37
5.1	Ziele einer Reform der Vergütung	37
5.2	Eckpunkte der vorgeschlagenen Einzelleistungsvergütung	38
5.3	Begrenzung von Mehrausgaben innerhalb einer Einzelleistungsvergütung	39
5.3.1	Grundformen der Mengensteuerung	39
5.3.2	Anreizkonformes Vergütungssystem durch Trennung in fixe und variable Vergütungsbestandteile	45
5.4	Ausgestaltungsoptionen des ELV-Modells	55
5.5	Verknüpfung mit Qualitätsaspekten	58
6.	Simulation der Kostenentwicklung bei Umsetzung des Modells	60
6.1	Methodik	60
6.1.1	Ausgangsüberlegungen und Vorgehen	60
6.1.2	Datenbasis	63
6.1.3	Annahmen	65
6.2	Ausgangsbefunde	67
6.2.1	Verteilung der Fallzahlen	68
6.2.2	Verteilung der Punkte je Fall	72
6.2.3	Verteilung der Punktmengen	74
6.3	Ergebnisse der Simulation	77

6.3.1	Modell der Umstellung	77
6.3.2	Berechnungsansatz für die Mengensteigerung	78
6.3.3	Berechnung der Leistungsausweitung (ELV-Effekt) und Ergebnis	80
6.3.4	Gesamtergebnis	83
6.3.5	Exkurs und Sensitivitätsanalyse: Betrachtung eines Extremszenarios	86
6.3.6	Einschätzung der geschätzten Ausgabensteigerung	87
7.	Umsetzungsperspektiven	88
7.1	Akzeptanz bei den Stakeholdern	88
7.2	Empfohlene Umsetzungsstrategie	90
8.	Fazit und Empfehlungen	92
9.	Anhang	95
A1	Statistische Kennzahlen zur Datengrundlage	96
A2	Beispielberechnung der Rechenschritte im Modell	100
	Literaturverzeichnis	108

Abbildungen

Abbildung 1:	Standardisierte jährliche Ausgaben pro Versicherten in Euro im ambulanten Sektor (PKV, PKV korrigiert um Preiseffekt, GKV; 2011)	26
Abbildung 2:	Vergütungsfunktion für fixe (links) und variable Vergütungskomponente (rechts) abhängig von der Leistungsmenge (\emptyset = zu definierende Leistungsmenge, die notwendig ist, um die durchschnittlichen Fixkosten zu decken)	47
Abbildung 3:	Vergütungsfunktion der variablen (graue Linie) und fixen (orange Linie) Vergütungskomponenten zusammen (blaue Linie) abhängig von der Leistungsmenge (\emptyset = zu definierende Leistungsmenge, die notwendig ist, um die durchschnittlichen Fixkosten zu decken); die gestrichelte hellblaue Linie entspricht einer linearen Vergütung ohne Mengenbegrenzungsinstrumente	48
Abbildung 4:	Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Hausarzt, Fallzahlen pro Jahr.	69
Abbildung 5:	Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Orthopäden/ Unfallchirurgen, Fallzahlen pro Jahr.	69
Abbildung 6:	Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten, Fallzahlen pro Jahr (gleiche Skalierung).	70
Abbildung 7:	Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten, Fallzahlen pro Jahr (Fokus Verteilung unterhalb 500 Fälle je Arzt und Jahr).	70
Abbildung 8:	Verteilung von Hausärzten nach Fallzahlkategorie für vier KV-Bezirke (alle auf 1.000 Ärzte standardisiert)	72
Abbildung 9:	Verteilung der Punktzahlen je Fall in der Fachgruppe Hausarzt	73
Abbildung 10:	Verteilung der Punktzahlen je Fall in der Fachgruppe Orthopäden/ Unfallchirurgen	73
Abbildung 11:	Verteilung der Punktzahlen je Fall in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten	74
Abbildung 12:	Verteilung der Punktmenge in der Fachgruppe Hausarzt, Punktmenge pro Jahr	75
Abbildung 13:	Verteilung der Punktmenge in der Fachgruppe Orthopäden/ Unfallchirurgen, Punktmenge pro Jahr	75

Abbildung 14:	Verteilung der Punktmenge in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten, Punktmenge pro Jahr	76
Abbildung 15:	Überschneidung von Kompensations- und ELV-Effekt	79

Tabellen

Tabelle 1:	Übersicht der ambulanten Vergütung im internationalen Vergleich	30
Tabelle 2:	Berechnung der variablen Leistungsbewertung und des Fixkostenaufschlags	53
Tabelle 3:	Datenquellen	64
Tabelle 4:	Zuordnung von Kostenarten zu Fixkosten und variablen Kosten	67
Tabelle 5:	Zahlen zur ärztlichen Arbeitszeit der KBV	80
Tabelle 6:	Ergebnis des Modells	86
Tabelle 7:	Statistische Kennzahlen zur Datengrundlage nach Hochrechnung auf GKV (Stabw.= Standardabweichung)	96
Tabelle 8:	Basisdaten der Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen	101
Tabelle 9:	Ergebnis der Umstellung auf das neue Vergütungssystem (Umstelleffekt) für einen Fixkostenanteil von 30%; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen	102
Tabelle 10:	Ergebnis des Kompensationseffekts; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen	103
Tabelle 11:	Ergebnis des ELV-Effekts; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen	104
Tabelle 12:	Gesamtergebnis beider Effekte (Annahme: Effekte überschneiden sich zu 70%); Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen	106
Tabelle 13:	Gesamtschau der Veränderungsdaten in dem Beispiel; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen	107

1. Management Summary

Die Techniker Krankenkasse (TK) hat das IGES Institut beauftragt, einen Vorschlag zur Reform der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung zu entwickeln. Dieser Vorschlag sieht eine Umgestaltung des heutigen, mehrstufigen Vergütungssystems hin zu einer Einzelleistungsvergütung (ELV) vor. Ausgangspunkt für den Vorschlag sind drei Beobachtungen zur aktuellen Praxis der Vergütung ambulanter Leistungen:

Das System

- ◆ ist übermäßig komplex und daher intransparent,
- ◆ bietet nicht genug Anreize, um Leistungen bedarfsgerecht an den Patienten zu erbringen, die sie auch wirklich benötigen,
- ◆ sorgt für erheblichen Unfrieden zwischen der Ärzteschaft und den gesetzlichen Krankenversicherungen- aber auch für Konflikte innerhalb der Ärzteschaft.

Als Basis für die Entwicklung des Reformvorschlags wurden die nationalen und internationalen Erfahrungen zur Einzelleistungsvergütung zusammengestellt. Die nationalen Erfahrungen in der Privaten Krankenversicherung (PKV) zeigen deutlich, dass eine ELV ohne Budgetierungsmaßnahmen oder Steuerungselemente mit der Gefahr einer zu starken Mengenausweitung einhergeht. Der Blick auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dagegen zeigt, dass nicht jede Form der ELV zwingend zu einer Mengenausweitung führt, sofern diese mit flankierenden Steuerungsinstrumenten kombiniert sind.

Bei der Betrachtung der Erfahrungen im Ausland zeigt sich ein ähnliches Bild. Eine reine ELV führt zu einer starken Gegenreaktion und dem Wunsch, die ELV abzuschaffen. Gemischte Systeme mit moderierenden Elementen scheinen dagegen zu einer größeren Akzeptanz zu führen.

Auch für die GKV in Deutschland wäre daher eine ELV mit mengensteuernden Elementen zu verbinden, die aber transparenter und für alle Akteure akzeptabler ausgestaltet sein müssten als die bisherigen Regelungen.

Die getrennte Vergütung von Fixkosten und variablen Kosten, die in einer Arztpraxis anfallen, stellt den Kern des hier vorgestellten Konzeptes einer ELV dar. Der variable Anteil der Vergütung wird für alle durch den Arzt erbrachten Leistungen ohne Abschläge gezahlt. Zusätzlich wird ein Fixkostenaufschlag so lange gewährt, bis die durchschnittlichen Fixkosten der jeweiligen Arztgruppe abgegolten sind.

Ein solches Vergütungsmodell wird nach unserer Einschätzung nicht dazu führen, dass Leistungsmengen – unter medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten – übermäßig ausgeweitet werden. Hierfür sprechen im Wesentlichen zwei Gründe:

- ♦ Sind die durchschnittlichen Fixkosten einer Praxis gedeckt, verringert sich die Vergütung der zusätzlich erbachten Leistungen, da nur der variable Kostenanteil vergütet wird. Gleichzeitig stoßen Leistungsausweitungen ab diesem Punkt zunehmend auf arztindividuelle Grenzen der Arbeitszeit.
- ♦ Eine kleinteilige ELV verringert – im Vergleich zu pauschalierenden Vergütungsformen – die finanziellen Vorteile leichter Behandlungsfälle. Für Ärzte wird es stattdessen finanziell attraktiver, schwerere Behandlungsfälle intensiver zu versorgen.

Um die Kosten einer Umstellung vom heutigen EBM auf eine ELV abschätzen zu können, wurde eine Simulation durchgeführt. Das Modell berücksichtigt sowohl die Wirkungen der Systemumstellung als auch die erwarteten Verhaltensänderungen der Ärzte.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die begrenzte Fixkostenvergütung des ELV-Konzepts und die heutigen Abstufungsregelungen in ihrer vergütungsbegrenzenden Wirkung weitgehend entsprechen. Dadurch wäre die Umstellung annähernd kostenneutral, für die Ärzte insgesamt entstünde kein Nachteil. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass die Umstellung auf ein ELV-System in einem begrenzten Ausmaß auch zu Mengenausweitungen führt (vgl. Abschnitt 4). Eine sofortige Umstellung auf das hier vorliegende Konzept würde den Berechnungen nach mit einer Ausgabensteigerung von 5,4 bis 5,9 Prozent im ersten Jahr einhergehen. Dies entspricht einer bundesweiten zusätzlichen ambulanten Vergütung von ca. 1,29 bis 1,41 Mrd. Euro. Zum Vergleich: Die jährlichen Zuwächse der Vergütung der ärztlichen Behandlungsleistungen lagen in den letzten zehn Jahren zwischen 0,1 und 1,7 Mrd. Euro, durchschnittlich bei rd. 0,73 Mrd. Euro.

Eine ELV im ambulanten Sektor kann zudem zur Steigerung der Qualitätstransparenz beitragen, da sie mit einer umfassenderen Leistungsdokumentation verbunden wäre. Die ärztliche Tätigkeit wird so genauer abgebildet.

Das Konzept bietet aus Sicht jeder relevanten Stakeholdergruppe potentielle Verbesserungen gegenüber dem Status quo:

- ♦ Patienten profitieren von einer zielgenaueren Versorgung. Von einer ELV gehen deutlich weniger finanzielle Anreize für Ärzte aus, leichtere Behandlungsfälle zu bevorzugen. Eine gesundheitspolitisch unerwünschte Risikoselektion in der Versorgung wird vermieden.
-

- ◆ Für die Ärzteschaft steigert sich die Transparenz der Vergütung. Die Einnahmen sind mit diesem Konzept besser planbar, deren Berechnung ist nachvollziehbarer und es gibt keine nachträglichen Abschläge auf erbrachte Leistungen mehr. Jede erbrachte ärztliche Leistung wird ohne Abschläge vergütet.
- ◆ Die Krankenkassen können einen direkten Bezug zwischen der Leistung und den Kosten herstellen. Außerdem bietet die ELV Ansatzpunkte für eine verbesserte Qualitätssteuerung.
- ◆ Es ergibt sich für alle Vertragspartner ein einfacheres, transparenteres und konfliktfreieres Honorarverteilungssystem. Der Aufwand für die Verhandlung der Gesamtvergütungen, für die korrekte Honorarverteilung (getrennte Töpfe etc.) und für die Bereinigung bei Selektivverträgen entfällt im Wesentlichen.

Für das weitere Vorgehen empfehlen wir eine Diskussion des Konzepts, des Simulationsmodells und der dem Modell zugrunde liegenden Annahmen und Daten. Die erstmalige Umsetzung der ELV kann im Rahmen eines Modellprojekts erfolgen.

2. Hintergrund und Zielsetzung

Grundidee

Die TK möchte einen fundierten Vorschlag unterbreiten, die ärztliche Vergütung in der GKV zu reformieren. Sie strebt ein Modell an, welches wesentliche Schwierigkeiten der aktuellen Vergütungssystematik überwindet. Das Modell soll transparenter und weniger komplex sein. Es soll die richtigen Anreize setzen, um die Leistungen denjenigen Patienten zukommen zu lassen, die sie am meisten benötigen. Das Modell soll aufwandsgerecht sein, den Ärzten¹ Planungssicherheit geben und gleichzeitig die Beitragszahler nicht übermäßig belasten. Ein damit verbundenes Ziel ist die Entschärfung der Honorarkonflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen. Zuletzt sollen mit einer Reform der Vergütung im ambulanten Sektor die Chancen einer stärkeren Qualitätsorientierung genutzt werden. Perspektivisch kann eine Reform der ärztlichen Vergütung entscheidend zu einer Annäherung von GKV und PKV beitragen.

Die TK hat das IGES Institut beauftragt, entsprechende Reformoptionen zu prüfen, insbesondere hinsichtlich der Frage, ob die ärztliche Vergütung wieder stärker in Richtung einer Einzelleistungsvergütung umgestaltet werden sollte. In der vorliegenden Studie wird ein Modell beschrieben, welches die oben genannten Anforderungen erfüllt, d. h. vor allem bei deutlich höherer Transparenz für alle Beteiligten bessere Steuerungswirkungen im Sinne der Versicherten bietet.

Zwei Grundmodelle der Vergütung

Die Systematik der ärztlichen Vergütung steht in einem grundsätzlichen Spannungsfeld zwischen zwei Extremen: zwischen Einzelleistungs- und Pauschalvergütung. Die meisten existierenden Systeme stellen Mischlösungen dar, die mehr zu der einen oder anderen Seite tendieren. In der folgenden Studie wird daher auch nicht das eine oder das andere System absolut gesetzt, sondern eher die Frage des optimalen Mischungsverhältnisses betrachtet, in welchem Vor- und Nachteile beider Extremformen ausbalanciert sind.

Als Hintergrund, vor dem diese Frage diskutiert wird, werden daher zunächst kurz die Reinformen sowie die Vor- und Nachteile beider Modelle skizziert.²

¹ Arzt/Ärzte wird in der vorliegenden Studie zur Bezeichnung beider Geschlechter verwendet.

² Vgl. ausführlicher zur Gegenüberstellung von Reformmodellen: Charlesworth, A, Davies, A, Dixon, J (2012): "Reforming payment for healthcare in Europe to achieve better value", <http://www.nuffieldtrust.org.uk/euro-summit/2012>, August 2012

Einzelleistungsvergütung (ELV)

- ◆ Grundlage der ELV ist die Aufteilung der Behandlung eines Patienten in einzelne Behandlungsschritte. Die einzelnen Behandlungsschritte werden jeweils einzeln nach dem damit verbundenen Aufwand bewertet und honoriert. In ihrer Reinform ist der ELV inhärent, dass jede erbrachte Leistung auch vergütet wird. Es finden keine nachträglichen Reduzierungen der Vergütung oder ähnliche Steuerungselemente Anwendung.
- ◆ Der wesentliche Vorteil der ELV liegt in der exakten Vergütung der erbrachten Leistungen. Sie setzt damit finanzielle Anreize, dass alle notwendigen Behandlungsleistungen erbracht werden. Es bestehen keine Anreize, aufwändigere Patienten zu vermeiden oder die Qualität abzusenken. Aus Sicht der Leistungserbringer kommt hinzu: Es besteht eine direkte Beziehung zwischen erbrachter Leistung und erwartbarer Vergütung - ohne nachträgliche Abzüge.
- ◆ Der wesentliche Nachteil besteht in dem finanziellen Anreiz, möglichst viele – und eben auch medizinisch nicht in jedem Fall notwendige – Leistungen zu erbringen, um diese abrechnen zu können, mithin in der Förderung der angebotsinduzierten Nachfrage.

Pauschalierung

- ◆ Pauschalierte Vergütungsformen sind dadurch gekennzeichnet, dass gerade nicht jeder einzelne Behandlungsschritt bezahlt wird. Vielmehr wird ein die Vergütung auslösendes Element definiert. Die Ausgestaltungsmöglichkeiten dafür sind äußerst vielfältig und reichen von Elementen ohne Behandlungsbezug, z. B. der Versicherungszahl, bis hin zu Behandlungskomplexen, die einzelne Behandlungsschritte zusammenfassen (etwa die nach Alter und Arztgruppen differenzierten Versicherten- bzw. Grundpauschalen des EBM). In der Praxis finden sich Vergütungen, die nach Krankheiten bzw. Krankheitsepisoden (ähnlich dem DRG-System im stationären Sektor), nach Patienten (Kopfpauschalen) bzw. Patientenmerkmalen, nach Zeiträumen (z. B. Quartal) und nach Kombinationen aus diesen Bezugsgrößen ausgelöst werden.
- ◆ Der Vorteil der Pauschalierung besteht in der Begrenzung des Mengenrisikos aus Sicht der Kostenträger durch die Entkoppelung der fälligen Vergütung von den tatsächlich erbrachten Behandlungsschritten. Der Leistungserbringer entscheidet selbständig, welche Leistungen er im Rahmen der pauschalen Vergütung tatsächlich durchführt. Pauschalierte Vergütungsformen begrenzen zwar das Mengenrisiko aus Sicht der Kostenträger, aber beseitigen es nicht vollständig. So erzeugen Fallpauschalen bspw. Anreize, die Anzahl der Arztkontakte sowie die Leistungsmengen je Fall zu be-

grenzen, gleichzeitig aber auch die Anzahl der abrechenbaren Fälle zu erhöhen (Fallzahlrisiko).

- ♦ Der Nachteil pauschalierter Vergütungsformen besteht in dem finanziellen Anreiz, die Zahl der erbrachten Einzelleistungen je vergüteten Behandlungskomplex (Fall) zu reduzieren. Dies kann zu einer Absenkung der Qualität bei gleicher Vergütung führen sowie aus Sicht des Leistungserbringers "einfache" Patienten attraktiver erscheinen lassen. Die Vermeidung risikoreicher Patienten und die Erzeugung von "Verdünnerefällen" können die Folgen sein.

Mit der Dichotomie von ELV und Pauschalvergütung ist selbstverständlich nicht das gesamte Spektrum möglicher Vergütungsformen beschrieben. So werden seit langem auch Vergütungsformen diskutiert, bei denen sich die Höhe des Honorars am Behandlungsergebnis orientiert (Pay for Performance). Diese Ansätze sowie Maßnahmen zur Mengenbegrenzung können sowohl mit ELV als auch mit Pauschalvergütungen kombiniert werden. Maßnahmen der Mengenbegrenzung haben generell den Nachteil, bei Leistungserbringern die Wahrnehmung auszulösen, dass medizinisch notwendige und erbrachte Leistungen nicht adäquat vergütet werden bzw. dass das Honorar im Nachhinein gekürzt wird.

Beide Ansätze mit ihren beschriebenen Vor- und Nachteilen bilden die gedankliche Grundlage der folgenden Betrachtungen. Während in Kapitel 3 die Schwierigkeiten des zunehmend pauschalierten Vergütungssystems der GKV aufgezeigt werden, sind in Kapitel 4 die Nachteile einer ELV anhand der Erfahrungen der PKV sowie internationaler Gesundheitssysteme erläutert.

Ab Kapitel 5 wird der Vorschlag für ein Vergütungskonzept dargestellt, der zu einer optimierten Balance zwischen den beiden Vergütungsformen führen soll und letztendlich auf einer reformierten Einzelleistungsvergütung mit innovativen begrenzenden Elementen beruht.

3. Schwierigkeiten in der aktuellen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen

Das gegenwärtige Vergütungssystem im ambulanten Bereich wird regelmäßig von fast allen Akteuren des Gesundheitswesens kritisiert. Die Diskrepanz zwischen tatsächlicher und wahrgenommener Finanzausstattung scheint dabei teilweise paradox. Im Jahr 2009 etwa, kurz nach einer Anhebung der GKV-Budgets um rund 3 Mrd. EUR, waren die Ärzte so "demotiviert wie noch nie"³ und setzten sich mit Praxisschließungen für eine gerechtere Honorierung ein, da die innerärztliche Verteilung nicht funktionierte.⁴

Die Ursache für diese heute noch fortwährende Unzufriedenheit sind folgende wesentliche Mängel des aktuellen Vergütungssystems:

- ◆ Geringe Planungssicherheit für die Ärzte
- ◆ Intransparenz und Komplexität der Honorarordnung
- ◆ Konflikte, die die Patientenversorgung belasten
 - zwischen KV und GKV
 - zwischen KV und Ärzten
 - zwischen und innerhalb einzelner KVen und Arztgruppen

Die weit verbreitete Unzufriedenheit mit der aktuellen Honorarsystematik ist ein wesentliches Argument, das momentane System zu reformieren. Nach einer kurzen historischen Einordnung werden die Mängel vertieft, um nachzuvollziehen, an welchen Punkten eine solche Reform des Vergütungssystems ansetzen muss.

3.1 Struktur der ärztlichen Vergütung und des Honorarsystems

Das deutsche Vergütungssystem im ambulanten Bereich stellt ein Mischsystem mit Elementen der Einzelleistungsvergütung, mit Pauschalen und Mengenbegrenzungsinstrumenten dar. Das ärztliche Honorar - die Gesamtvergütung (GV) - besteht aus zwei sich in ihrer Funktionsweise deutlich unterscheidenden Vergütungsbestandteilen, der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) und der morbiditätsbedingten Gesamtvergü-

³ Vgl. Österreichische Ärztezeitung (2009) Deutschland – Ärzte so demotiviert wie noch nie. www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2009/oeaez-12-25062009/unzufriedene-aerzte-in-deutschland-honorarreform-und-rationierungsmassnahmen.htm; Zugriff 18.12.2013)

⁴ Vgl. n-tv.de (2009) Ärzte-Streik wegen Honoraren – Bundesweit Praxen dicht, www.n-tv.de/politik/Bundesweit-Praxen-dicht-article60207.html (Zugriff: 18.12.2013).

tung (MGV). Die EGV funktioniert wie eine Einzelleistungsvergütung, während die MGV ein fixes Vergütungsvolumen darstellt. Im Folgenden wird der Mechanismus der MGV beschrieben.

In der vertragsärztlichen Vergütung funktioniert der Geldfluss für die MGV-Leistungen, d. h. den budgetierten Teil, über ein komplexes Mehrebenensystem, wobei jede Ebene einem eigenständigen Verteilungsmechanismus folgt.

Für die MGV zahlen die gesetzlichen Krankenversicherungen mit befreiender Wirkung eine Vergütung je Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Der Umfang der im Honorarjahr tatsächlich erbrachten Leistungen und die Inanspruchnahme durch die Versicherten haben dabei keinen direkten Einfluss auf die Höhe der MGV. Somit wirkt die MGV als Mengengrenzungsinstrument.

Auf Ebene der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ist die Vereinbarung der Höhe der MGV gemäß § 87a SGB V der entscheidende Schritt. Zunächst werden auf Bundesebene - basierend auf historischen Werten und unter Berücksichtigung von Kostensteigerungen, der Morbiditätsentwicklung sowie anderen Faktoren - die Rahmenbedingungen für die Honorarverhandlungen festgelegt. Diese finden im Anschluss auf regionaler Ebene zwischen Krankenkassen und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung statt. Basierend auf den Eckwerten der Bundesebene vereinbaren die Vertragspartner, um welche Mengen- und Preisparameter das Budget des Vorjahres weiterentwickelt wird. Neben historisch bedingten unterschiedlichen Ausgangswerten führt insbesondere der regionale Verhandlungsspielraum zu spürbaren Unterschieden in der Höhe der MGV je GKV-Versicherten zwischen den KVen.

Auf Ebene des einzelnen Arztes sind hingegen die Anzahl und die Punktzahlbewertung der erbrachten Leistungen entscheidend für dessen Honorar. Grundlage für die Bewertung der einzelnen Leistungen bildet der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der die abrechenbaren Leistungen mit Punktzahlen bewertet. Auf Basis des EBM entstehen regionale Euro-Gebührenordnungen, indem die Punktzahlen mit dem jeweiligen regional gültigen Punktwert multipliziert werden.

Da die Funktionsweisen der Aushandlung der MGV (mit dem Ergebnis eines fixen Gesamtbudgets) und der Erbringung und Abrechnung der Leistungen durch den Arzt (mit schwankenden Leistungsmengen) auseinanderfallen, bedarf es noch eines Bindeglieds zwischen den beiden Ebenen. Als dritte Ebene besteht daher die Honorarverteilung, die in der alleinigen Verantwortung der KVen liegt.

Grundsätzlich wird dabei die MGV in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Teil aufgeteilt. Anschließend werden die Vergütungsbe-

standteile mit Hilfe des Honorarverteilungsmaßstabs auf die Arztgruppen verteilt.

Damit die nach EBM abgerechneten Leistungen die zuvor definierten Honorartöpfe nicht übersteigen, werden KV-spezifische Obergrenzen für die Praxen – zum Beispiel Regelleistungsvolumina (RLV) – festgelegt. Entscheidend für die tatsächliche Honorarhöhe sind also die regionale Honorarverteilung zwischen den Arztgruppen und die Festlegung der praxisbezogenen Mengenbegrenzungsinstrumente.

Aus dem Zusammenwirken dieser drei Ebenen ergibt sich ein komplexes Regelungssystem. Da die Geldverteilung auf jeder Ebene anderen Maßstäben unterliegt, sich allerdings ein gleich hohes Gesamthonorar ergeben muss, ist eine hohe Regelungsdichte notwendig, die zu einem undurchschaubaren System führt. Schon hier sei gesagt, dass eine einheitliche Vergütungslogik auf allen Ebenen oder das Entfallen einer Ebene hilfreich sein könnte.

Die folgenden Abschnitte stellen dar, welche Reformhistorie zu diesem System geführt hat (vgl. Kap. 3.2 und 3.3) und welche Probleme und Konflikte im diesem Vergütungssystem entstehen (vgl. Kap. 3.4).

3.2 Reformen des EBM

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die verbindliche Abrechnungsgrundlage für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, ärztlich geleitete Einrichtungen, Institutionen und Krankenhäuser. Er gliedert sich in einen hausärztlichen, fachärztliche sowie arztgruppenübergreifende Bereiche (Köhler und Hess 2008).

Der EBM blickt auf eine Vergangenheit zahlreicher Reformen zurück, wobei nie ein vollständiger "Neustart" erfolgt ist, sondern stets punktuelle Veränderungen vorgenommen wurden. Aufeinander folgende Reformen führten teilweise in gegensätzliche Richtungen, so dass auf eine kleinteiligere Abbildung ärztlicher Leistungen im EBM wieder eine verstärkte Bildung von Pauschalen folgte und umgekehrt. Jede Veränderung des EBM führt zu Planungsunsicherheit bei den betroffenen Arztgruppen und damit einhergehend zu großer Konflikträchtigkeit, da in den meisten Fällen aus einer Reform "Profiteure" und "Verlierer" hervorgehen. Allerdings können EBM-Änderungen nicht isoliert von den nachfolgend beschriebenen Honorarverteilungsregelungen (vgl. Abschnitt 3.3) bewertet werden.

Teilweise beinhaltet der EBM auch bereits Steuerungselemente, die Honorarverteilungsinstrumenten ähnelten, hier ist insbesondere auf die 1997 in den EBM eingeführten Praxisbudgets hinzuweisen.

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) erfolgte im Vorgriff auf die Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und die damit einhergehende Ablösung der Orientierung der Gesamtvergütung an der Grundlohnsummenentwicklung eine stärkere Pauschalierung der im EBM abgebildeten Leistungen (ähnlich dem stationären DRG-System). Viele Einzelleistungen wurden im hausärztlichen Versorgungsbereich in Versichertenpauschalen bzw. im fachärztlichen Versorgungsbereich in Grundpauschalen zusammengefasst.

Doch auch hier kam es im Zeitablauf zu gegenläufigen Tendenzen. Die bisher in der hausärztlichen Versichertenpauschale enthaltenen "ausführlichen Gesprächsleistungen"⁵ sind ab dem vierten Quartal 2013 wieder einzeln abrechenbar, wenn auch im Rahmen eines Gesprächskontingentes je Arzt. Der Reformprozess ist nicht zu Ende, da jedes Jahr Anpassungen des EBM vereinbart werden. Für 2014 sind bereits Beratungen über eventuelle weitere Ausgliederungen aus der Versichertenpauschale und eine Berücksichtigung der Delegationsfähigkeit einzelner Leistungen im Bewertungsausschuss beschlossen.

Im Wesentlichen funktioniert der heutige EBM so, dass quartalsbezogen die Ärzte je Patient eine Fallpauschale in Euro abrechnen, mit der die durchschnittlichen Leistungen für einen Fall vergütet sind. Ein Fall ist dabei die Betreuung eines Patienten in einem Quartal, unabhängig von der Zahl der Praxisbesuche. Die Fallpauschalen sind u. a. nach Alter des Patienten und Arztgruppen differenziert. Darüber hinaus kann ein Arzt verschiedene Zusatzpauschalen oder Zuschlagspositionen ebenfalls in Euro abrechnen (z. B. für Notfall- oder Chronikerbehandlung). Auch für die Erbringung bestimmter Einzelleistungen (z. B. Belastungs-EKG bei Hausärzten) ist eine gesonderte Abrechnung (in Euro) möglich. Dies ist meist der Fall, weil diese Leistungen als besonders förderungswürdig angesehen werden oder keinen regelmäßigen Bestandteil der Leistungserbringung darstellen und somit nicht pauschal vergütet werden sollen. Jede Abrechnung ist an bestimmte Bedingungen geknüpft, seien es Qualitätsvorgaben, die ausreichende Qualifikation des Arztes oder nicht zusammen abrechenbare Gebührenordnungspositionen. Die insgesamt innerhalb eines Quartals von einem Arzt erbrachten Leistungen rechnet dieser quartalsweise gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung ab, welche die Abrechnung sachlich und rechnerisch prüft. Mit Hilfe der so abgerechneten Leistungen steht aber die tatsächliche Vergütung des Arztes noch nicht fest: an diesem Punkt greift die nachfolgend näher beschriebene Honorarverteilung.

Insgesamt beinhaltet der aktuell gültige EBM starke Pauschalierungen, insbesondere im hausärztlichen Bereich (auch wenn es bei jüngsten Be-

⁵ Gespräche mit mindestens 10 Minuten Dauer und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung.

schlüssen zum EBM wieder zur Herausnahme einzelner Abrechnungspositionen aus den Pauschalen kam). Im fachärztlichen Bereich und den arztgruppenübergreifenden speziellen Versorgungsbereichen existieren dagegen im größeren Umfang kleinteilige Einzelleistungen.

3.3 Reformen der Honorarverteilung und der Gesamtvergütung

Für das Honorar, das ein Arzt für ein Quartal aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erzielen kann, ist neben der Beschreibung und der Preisfestsetzung (Bestimmung der Punktmenge) der von ihm abrechenbaren Leistungen im EBM vor allem die sogenannte Honorarverteilung der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung ausschlaggebend. Diese ist notwendig, da die von den Kassen an die KV gezahlte MGV im Vorhinein feststeht und fix ist, während die genaue Summe der mit der MGV abgegoltenen ärztlichen Leistungen erst nachträglich bestimmbar ist.

Für einen einzelnen Arzt ist die Honorarverteilung gegenüber der Festlegung der Höhe der Gesamtvergütung von größerer Bedeutung.

Dies zeigte sich beispielsweise bei der Honorarreform im Jahr 2009, als die Gesamtvergütungen bundesweit um über 3 Mrd. Euro erhöht wurden.⁶ Obwohl dadurch jede KV eine real höhere Gesamtvergütung erhielt, gab es in der Folge erhebliche Proteste vieler Ärzte, die sich aufgrund gleichzeitig vorgenommener Veränderungen bei der Honorarverteilung als Verlierer der Honorarreform sahen.

Anlass dieser Proteste war die zeitgleiche Einführung der sogenannten arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina nach § 87b SGB V, die eine übermäßige Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit verhindern sollten. Es handelte sich dabei um bundesweit verbindliche Vorgaben zur Honorarverteilung, die entsprechend der gesetzlichen Regelungen durch den Bewertungsausschuss festzulegen und von jeder KV anzuwenden waren. Diese lösten die bis Ende 2008 bestehenden regionalen Honorarverteilungsmaßstäbe ab, die in jeder KV unterschiedlich aussehen konnten. Dementsprechend gab es nach Analysen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung so gut wie keine Arztgruppe, die bundesweit als "Gewinner" oder "Verlierer" der Honorarreform bezeichnet werden könnte. Vielmehr variierte dies stark in Abhängigkeit von der bisherigen regionalen Honorarverteilungsregelung (auch innerhalb der einzelnen Arztgruppe).

Durch die Einführung der Regelleistungsvolumina sollte sichergestellt werden, dass die innerhalb des RLV abgerechneten Leistungen mit festen Preisen auf Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet und floatende Punktwerte bei der Vergütung ärztlicher Leistungen zu-

⁶ Vgl. n-tv.de (2009) Ärzte-Streik wegen Honoraren – Bundesweit Praxen dicht, www.n-tv.de/politik/Bundesweit-Praxen-dicht-article60207.html (Zugriff: 18.12.2013).

künftig vermieden werden. Ein Extrembeispiel floatender Punktwerte konnte im Zuge der EBM-Reform 1996 beobachtet werden, was zur Einführung der bereits erwähnten Praxisbudgets innerhalb des EBM führte, um dem sogenannten "Hamsterradeffekt"⁷ zu begegnen.

In Bezug auf die "festen Preise" hat das Bundessozialgericht in einem Urteil (Az.: B 6 KA 6/13 R; 11.05.2011) allerdings festgestellt: *"Das Grundsystem der Vergütung der Gesamtheit der vertragsärztlichen Leistungen mit einem (grundsätzlich) abschließend festgelegten Honorarvolumen in Form der im Vereinbarungswege mit den Krankenkassen bestimmten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ist nicht durchweg kompatibel mit der Vorstellung, der Großteil der vertragsärztlichen Leistungen auf einem bestimmten Fachgebiet je Fall sei zwingend mit festen Preisen zu vergüten."*

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) wurde die verbindliche Bildung von Regelleistungsvolumina auf Basis bundesweiter Vorgaben des Bewertungsausschusses zum 01.01.2012 wieder aufgegeben und die Honorarverteilung weitgehend zurück in die Autonomie der KVen gegeben. Damit sind die Honorarverteilung und das Einkommen der Ärzte für die interessierte Fachöffentlichkeit und die Krankenkassen erneut weitgehend intransparent. Auch für die Ärzte selbst ist jede Änderung der Honorarverteilung mit erheblichen Unsicherheiten betreffend ihre zukünftige Einnahmenentwicklung verbunden.

3.4 Konflikte und Problemlagen

Wie beschrieben führt das heutige System zu erheblichen Unwuchten und Konflikten, sowohl zwischen GKV und Ärzteschaft als auch innerhalb der Ärzteschaft selbst. Viele der Diskussionen werden sehr emotional geführt und erzeugen beträchtliche Unzufriedenheit bei den Beteiligten.

3.4.1 Gesetzliche Krankenversicherung und KV

Gemäß des sogenannten Medizinklima-Index haben die niedergelassenen Ärzte traditionell eine eher schlechte Grundstimmung. Nur 29 Prozent der Ärzte bewerteten die aktuelle wirtschaftliche Lage als gut.⁸

⁷ Darunter wird unter der Bedingung eines floatenden Punktwertes eine Ausweitung der eigenen abgerechneten Leistungsmenge durch einen Arzt verstanden, um Verluste aufgrund gleichgerichteter Verhaltensweisen der anderen Ärzte der eigenen Arztgruppe zu vermeiden.

⁸ Vgl. Ärztezeitung (2013a): www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/finanzen_steuern/article/848847/medizinklima-index-stimmung-aerzte-bessert.html?sh=54&h=-2134967612 Stand: 28.10.2013 (Zugriff 18.12.2013).

Nach einer Befragung von infas und der KBV Anfang des Jahres 2013 waren 58 Prozent der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten unzufrieden mit ihrem Einkommen.⁹ Angesichts der im Vergleich zu anderen Branchen hohen durchschnittlichen Gesamteinkommen verwundert dies zunächst.¹⁰ Dass auch Honoraranhebungen nicht grundsätzlich zu einer Verbesserung der Zufriedenheit bei den Ärzten führen, führt auch zu verwunderten Stimmen in der Presse, wie etwa der FAZ mit deren Schlagzeile "Ärzten reicht Milliarden-Zuwachs nicht" vom 27.7.2009.¹¹

Diese Dissonanz rührt daher, dass GKV und Ärzteschaft die ärztliche Vergütung aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln betrachten. Aus Sicht der GKV garantiert die Vergütung ein hohes durchschnittliches Gesamteinkommen für die niedergelassenen Ärzte. Die Ärzte stellen dagegen häufig die niedrige Vergütung konkreter einzelner Leistungen und den beschriebenen Verfall der Preise für einzelne Gebührenpositionen heraus.

Als psychologisch besonders ungünstig hat sich die nachträgliche Kürzung des Einkommens durch Budgetbegrenzungen erwiesen. Im derzeitigen Vergütungssystem wirken innerhalb der KVen zwischen den Ärzten insbesondere die Mengengrenzungsinstrumente (wie z. B. Regelleistungsvolumen oder Individualbudgets). Durch die Begrenzungsinstrumente entsteht mitunter ein Gefühl, für eine erbrachte Leistung den verdienten Lohn nachträglich aberkannt zu bekommen. Das verfügbare nicht abgestaffelte Honorarvolumen des nächsten Quartals wird dem Arzt im Prinzip zwar vor jedem Quartal mitgeteilt. In der Praxis ist die Funktionsweise der Begrenzung allerdings für viele Ärzte nicht verständlich.¹²

⁹ Vgl. Rundschau Online (2013): www.rundschau-online.de/politik/einkommen-aerzte-sind-unzufrieden-mit-ihrer-lage,15184890,21494958.html, 18.01.2013 (Zugriff 18.12.2013).

¹⁰ Vgl. Der kalkulatorische Arztlohn in der GKV beträgt rund 106.000 € p. a. gegenüber 95.553 € vor dem WSG. Die tatsächlichen Bruttoeinkünfte inkl. PKV und IGeL liegen nach Abzug der Praxiskosten sogar bei mehr als 160.000 € p. a. (Statistisches Bundesamt (2013) Einnahmen und Reinerträge von Kassenpraxen: Privateinnahmen machen den Unterschied, Pressemitteilung, 04.12.2013.).

¹¹ Frankfurter Allgemeine Zeitung (2009): www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/nach-der-honorarreform-aerzten-reicht-milliarden-zuwachs-nicht-1829831.html, 27.07.2009 (Zugriff 18.12.2013).

¹² Vgl. bei der KV Nordrhein: "Eine der Einflussgrößen, die das Honorar bestimmen, ist die RLV-Fallzahl. Wie sie errechnet wird, ist den meisten Praxen unbekannt – obwohl sie den größten Honoraranteil maßgeblich beeinflusst.": www.kvno.de/60neues/2013/13_10_rlv-fallzahlen/index.html; vgl. auch www.augenspiegel.com/zeitschrift.php/auge/blog/wir-leben-in-turbulenten-zeiten/ (Zugriff 18.12.2013).

Auch die seit dem GKV-WSG vorhandene Pauschalierung des Systems wird von den Ärzten stark kritisiert. Für die Ärzte besteht ein Mengenrisiko je Leistung, wenn für die Behandlung des einzelnen Falls mehr Leistungen erbracht werden müssen, als dies bei der Kalkulation der Pauschalvergütung als typisch bzw. durchschnittlich unterstellt wurde. Aus Sicht des Arztes muss daher insgesamt ein ausgewogener Fallmix bestehen. Dies erzeugt einen unerwünschten Anreiz zur Patientenselektion. Leistungseinschränkungen und/oder qualitative Verschlechterungen könnten die Folge für besonders behandlungsbedürftige Patienten sein, während "leichtere" Fälle systematisch bevorzugt würden. Ein Arzt könnte dies zu bestimmten Teilen steuern, indem er Termine mit ihm bekannten Patienten vereinbart, für die absehbar kein hoher Aufwand entstehen wird (sog. "Verdünnerrfälle"). Diese Möglichkeit besteht jedoch nicht für jeden Arzt (typischerweise gerade nicht für Landärzte), denn Voraussetzung hierfür sind entsprechend freie Kapazitäten.

3.4.2 Ärzte und Arztgruppen

Die Probleme des heutigen Vergütungssystems werden noch deutlicher, wenn man die Verteilungskonflikte innerhalb der Ärzteschaft betrachtet.

So besteht zunächst ein dauernder, in jüngster Zeit stark zugespitzter Verteilungswettstreit zwischen Haus- und Fachärzten. Auch in seriösen Medien führt dies zu markigen Aussagen wie: "Schwere Vertrauenskrise. Hausärzte und Fachärzte stürzen sich ins Chaos" (FAZ, 12.11.2013)¹³

Gründe sind die nach wie vor viel kritisierte Techniklastigkeit des EBM zuungunsten der "sprechenden Medizin" (Köhler und Hess 2008). Der Konflikt hat inzwischen ein solches Ausmaß erreicht, dass sogar die Existenz eines einheitlichen KV-Systems in Frage gestellt wird.

Auch innerhalb von Arztgruppen entstehen aufgrund der Vergütungssystematik Konflikte, wie beispielsweise die jüngsten Reformschritte für den Hausarzt-EBM zeigten.¹⁴

Bei jeder Reform resultieren Verschiebungen durch die Neubewertung von Leistungen, neue Leistungen oder durch eine Pauschalierung bzw. einen Rückgriff auf Einzelleistungen. Bei jeder Reform profitieren einige Arztgruppen oder Teile von Arztgruppen überdurchschnittlich, während andere sich aufgrund geringerer Zuwächse benachteiligt fühlen. Da in der Regel nur ein Geldtopf, die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

¹³ Frankfurter Allgemeine Zeitung: www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/schwere-vertrauenskrise-hausaerzte-und-fachaerzte-stuerzen-sich-ins-chaos-12661238.html (Zugriff 18.12.2013).

¹⁴ Vgl. z. B.: Ärzte Zeitung: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/846192/bleibt-1-oktober-zankapfel-hausarzt-ebm.html (Zugriff: 04.02.2014).

(MGV), zur Verfügung steht, führt dies regelmäßig und systemimmanent zu Konflikten zwischen den Arztgruppen.

3.4.3 Regionen

"Es brodelt in den Regionen", schreibt das Ärzteblatt.¹⁵ Denn auch zwischen den KVen der einzelnen Bundesländer bestehen historische bedingte Ungleichheiten und ständige Verteilungskämpfe, die in den letzten Jahren in der Bildung von zwei KV-Allianzen gipfelten: der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) und des Bündnisses Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch (LAVA). FALK vertritt eher finanziell gut ausgestattete KVen, LAVA solche, die sich in der Verteilung benachteiligt sehen.

Die Gesetzgebung konnte diesem Zustand nicht abhelfen: Mit dem WSG wurde ein Orientierungspunktwert geschaffen, der im Wesentlichen einen einheitlichen Punktwert für alle Regionen schaffen sollte. Dies wurde mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) wieder rückgängig gemacht. Inzwischen bestehen in den regionalen Verhandlungen zwischen KVen und gesetzlichen Krankenkassen wieder wesentlich größere Spielräume, während für die regionale Ebene bis 2012 verbindliche Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses existierten. Es kommt in der Folge zu uneinheitlichen Entwicklungen. Manche KVen ziehen daraus den Schluss, ihr fehlendes Geld würde anderen KVen zufließen.¹⁶

3.4.4 Komplexität und Intransparenz

Kein Geringerer als der Vorsitzende der Vertreterversammlung der KBV Dr. Andreas Hellmann fasste im Jahr 2009 die Problematik der ambulanten Vergütung in einem mittlerweile berühmten Ausspruch zusammen:

"Früher galt, dass es vier Leute in Deutschland gibt, die das System wirklich durchdringen. Darunter waren zwei, die das System verstehen, die konnten es aber nicht erklären. Und die zwei, die es erklären konnten,

¹⁵ Vgl. bspw. www.aerzteblatt.de/archiv/102556/KV-Allianzen-Es-brodelt-in-den-Regionen und www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung/article/850385/kammern-kven-nrw-will-verguetung-aufholen.html? (Zugriff: 21.11.2013).

¹⁶ Dieser Konflikt hat bei den Honorarverhandlungen im Jahr 2013 dazu geführt, dass viele KVen zum Teil sehr hohe Honorarforderungen stellten (vgl. dazu auch die Pressemitteilungen (z. B. <http://www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/gutachten-belegt-die-benachteiligung-ganzer-bundeslaender-bei-der-finanzierung-der-medizinischen-ver/38//archive/2013/>) im Rahmen des Gutachtens im Auftrag der KV Sachsen-Anhalt (http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Presse/Pressemitteilungen/2013/Gutachten_KV_Sachsen-Anhalt.pdf)).

haben es aber nicht verstanden. Inzwischen hat sich diese Zahl höchstwahrscheinlich noch einmal deutlich reduziert.“¹⁷

Ganz ähnlich sagt Franz Knieps über die ärztliche Vergütung und seine Zeit im BMG: „Man muss sich ja nur mal die entsprechenden Paragraphen im Sozialgesetzbuch anschauen: Als die verabschiedet wurden, habe ich freimütig bekannt, dass ich sie nicht verstehe – und ich war der zuständige Abteilungsleiter.“¹⁸

Seit beiden Aussagen sind mehr als vier Jahre vergangen und es kann nicht von Vereinfachungen in der Zwischenzeit gesprochen werden. Stattdessen sind bei jeder Gesundheitsreform und in jeder Runde der Honorarverhandlungen weitere Regelungen hinzugekommen.¹⁹

Die Komplexität beruht auch darauf, dass das System historisch gewachsen ist. Einen völligen Neuanfang der Vergütungssystematik hat es nie gegeben.

3.5 Fazit

Die fortdauernde Unzufriedenheit, Streitigkeiten und emotional aufgeladene Debatten belasten die ambulante Versorgung der GKV-Versicherten. Der öffentliche und zeitweise ungewöhnlich heftige Streit schwächt aus der Sicht der Versicherten und Politik potenziell auch die Akzeptanz der gemeinsamen Selbstverwaltung, da der Eindruck entsteht, für die gezahlten Beträge werde keine ausreichende Finanzierung notwendiger Versorgung bereitgestellt. Vergleichbare Honorarkonflikte in der PKV, also bspw. die Diskussionen um die Reform der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), werden in der Öffentlichkeit weitaus weniger wahrgenommen.

Dabei geht es im Wesentlichen nicht um mehr Geld, sondern um ein transparentes System wie der ehemalige KBV-Vorsitzende Andreas Köh-

¹⁷ Dr. Andreas Hellmann: Vertreterversammlung der KBV
www.bdi.de/allgemeine-infos/aktuelle-meldungen/ansicht/article/sitzung-der-vertreterversammlung-der-kbv-am-6-maerz-2009-in-berlin.html, 06.03.2009
(Zugriff 18.12.2013).

¹⁸ Interview mit Franz Knieps auf tagesschau.de
(www.tagesschau.de/inland/honorarstreit102.html, 10.10.2012).

¹⁹ Hinzu kommt: Die Transparenz des Kalkulationsverfahrens und der Kalkulationsergebnisse ist durch fehlende Veröffentlichungen, u. a. der Methodik und der Zwischenergebnisse der Berechnungen, nicht gegeben.

So sind die Praxiskosten sowie viele Details der Kostenkalkulation ausschließlich dem Institut des Bewertungsausschusses sowie der KBV (welche bis 2009 die Kalkulation des EBM vornahm) und dem GKV-Spitzenverband zugänglich.

ler²⁰ und Franz Knieps²¹ übereinstimmend äußern. Die Ärzte wollen wissen, wie viel ihre Leistungen wert sind, und sie wollen das zu dem Zeitpunkt wissen, an dem sie die Leistungen erbringen.

Das gegenwärtige Vergütungssystem lässt sich aufbauend auf der bisherigen Argumentation als mangelhafter Versuch deuten, den Ärzten die Illusion einer Einzelleistungsvergütung zu verschaffen, die letztlich durch Mengenregulierungen (Abstaffelung u. a.) ausgehebelt wird. In der heutigen Praxis degenerieren die "Preise" zu reinen Rechengrößen (vgl. die Auseinandersetzung um einen angemessenen Punktwert²²). Der Frust darüber schafft Anreize für eine Patientenselektion, Praxisferien zum Quartalsende und andere Verhaltensweisen, die zu Lasten der Patienten gehen.

Um noch einmal Franz Knieps zu zitieren: „Man muss sich ein komplett neues Honorierungssystem überlegen und das alte System schrittweise in das neue überführen. Ich halte das alte System für nicht mehr reformierbar, es ist so kompliziert und so ineinander verschachtelt, dass es keiner durchschaut und auch keiner mehr darauf aufbauen kann.“²³

Eine Umorientierung auf Einzelleistungsvergütungen könnte ein Weg sein, den vorgestellten Mängeln zu begegnen. Bevor das Konzept dafür vorgestellt wird, betrachtet das folgende Kapitel die bisherigen Erfahrungen mit Einzelleistungsvergütungen.

²⁰ Der ehemalige KBV-Vorsitzende Köhler sagte, die Ärzte wollten nicht in erster Linie mehr Geld, sondern mehr Planbarkeit und therapeutische Freiheit (www.rundschau-online.de/politik/einkommen-aerzte-sind-unzufrieden-mit-ihrer-lage,15184890,21494958.html, 18.01.2013).

²¹ Franz Knieps äußerte sich 2012 zu der Situation, dass trotz der in diesem Jahr verhandelten Mehrvergütung aller Ärzte von über einer Milliarden Euro die meisten Ärzte unzufrieden waren: „Aber meines Erachtens geht es auch gar nicht darum, wie viel die Krankenkassen insgesamt bezahlen, sondern um die Verteilung des Geldes. Die ist nicht mehr nachvollziehbar. Das System hat eine Komplexität erreicht, die niemand mehr versteht. Auch nicht diejenigen, die darüber verhandeln.“ (www.tagesschau.de/inland/honorarstreit102.html, 10.10.2012).

²² Vgl. z. B. Bohsem G (2012): Ärzte proben den Aufstand (<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/streit-um-honorarerhoehung-aerzte-proben-den-aufstand-1.1456945>, 02. September 2012).

²³ Interview mit Franz Knieps auf [tagesschau.de](http://www.tagesschau.de) (www.tagesschau.de/inland/honorarstreit102.html, 10.10.2012).

4. Bisherige Erfahrungen mit Einzelleistungsvergütungen

4.1 Erfahrungen in Deutschland

In Deutschland existiert eine ambulante Einzelleistungsvergütung vor allem in der PKV, aber auch in Teilbereichen der GKV, nämlich für den zahnärztlichen Sektor und die extrabudgetären ärztlichen Leistungen.

Die Analyse von PKV und GKV zeigt, dass eine Einzelleistungsvergütung ganz ohne Regulierung nicht möglich ist, mit den richtigen Rahmenbedingungen aber durchaus gehandhabt werden kann.

4.1.1 Erfahrungen in der PKV

Mit der GOÄ wird in der PKV ein umfassendes und nicht gedeckeltes System der ELV zur Vergütung ambulanter Leistungen verwendet. Ob dies zu einer Mengenausweitung führt, lässt sich erst nach Herausrechnen des Preisunterschiedes zur GKV beantworten. Die ambulanten Ausgaben der PKV liegen deutlich über denen in der GKV (s. u.). Dies geht sowohl auf höhere Preise je Leistung als auch auf eine höhere Leistungsmenge zurück. Der erste Faktor, also der Preisunterschied zwischen GOÄ und EBM, wurde in mehreren Studien systematisch untersucht.²⁴ Alle betrachteten Werte streuen um den von Walenzik et al. (2009) berechneten Wert, wonach vergleichbare Leistungen in der PKV durchschnittlich 2,28-fach höher vergütet werden als in der GKV.

Wenn dieser Faktor heraus gerechnet wird, wird tatsächlich ein Mengeneffekt der ELV sichtbar. Bei fehlender Budgetierung der ambulanten Leistungen nach GOÄ, besteht ein ökonomischer Anreiz für den Arzt, eine höhere Leistungsmenge zu erbringen, um sein Einkommen zu steigern.

Abbildung 1 stellt die jährlichen Ausgaben für ambulante Leistungen pro Versicherten in der PKV und GKV dar. Um die unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen in den Versichertenkollektiven von GKV und PKV zu berücksichtigen, wurden die Ausgaben der PKV standardisiert. Zusätzlich werden die nach Walenzik et al. (2008)²⁵ um den Faktor 2,28

²⁴ Generell verfolgen alle gefundenen Arbeiten einen methodisch ähnlichen Ansatz: Im ersten Schritt werden häufig abgerechnete EBM-Leistungen identifiziert. Anschließend werden diese EBM-Leistungen mit GOÄ-Ziffern nachgebildet und dann die Vergütung verglichen

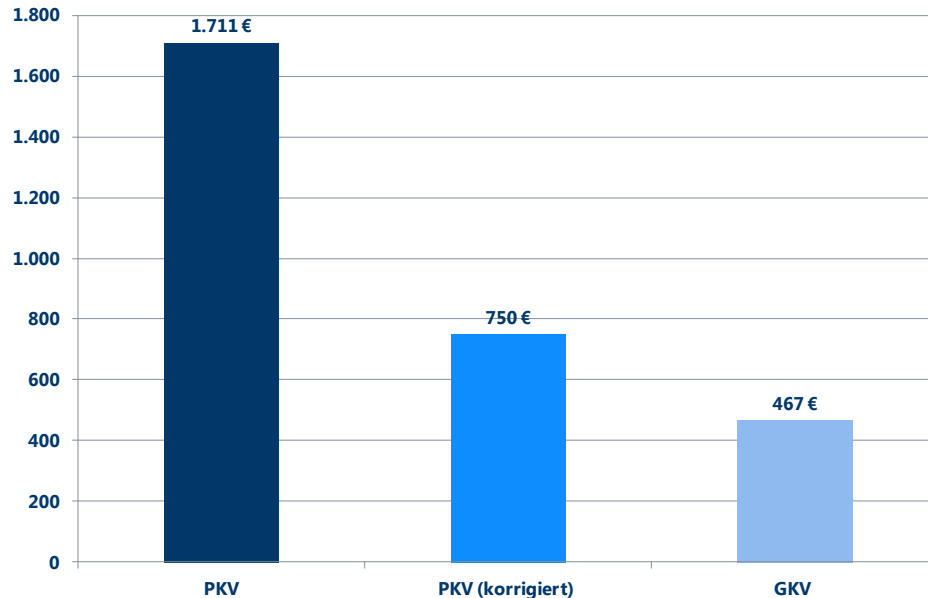
²⁵ Die Publikation von Walenzik et al. (2008) ist unter den identifizierten Studien zum Preiseffekt die aktuellste. Zudem wurden die anderen Studien vom Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) angefertigt. Dazu zählen (Systematik: Autoren, Jahr der Veröffentlichung, Preisverhältnis von GOÄ zu EBM): Niehaus und

korrigierten PKV-Ausgaben dargestellt.²⁶ Auf diese Weise wird der Mengeneffekt isoliert. Danach liegt die Leistungsmenge in der PKV um 60 Prozent über der der GKV. Bei Tarifen mit höherem Selbstbehalt ist der Unterschied zwar geringer. Andererseits ist in dieser Betrachtung aber noch nicht berücksichtigt, dass die PKV-Versicherten durch Sozialstruktur und Risikoprüfung tendenziell gesünder sind als der Durchschnitt der GKV, also eher eine niedrigere Leistungsmenge benötigen sollten. Der Umstand, dass die Leistungsmenge trotzdem höher liegt, beruht folglich insbesondere auf zwei Anreizen. Neben dem Anreiz zur Leistungsausweitung aufgrund der höheren Vergütung für PKV-Patienten ist die Leistungsausweitung auch eine Folge einer ungedeckelten ELV.

Weber (2005), 3,9; Niehaus (2006), 2,53; Niehaus (2006a), 2,43; Niehaus (2007); 2,39.

²⁶ Der Wert für die ambulanten Ausgaben der PKV basiert auf einem Tarif der Kopfschadenstatistik (2011, Ambulant, 0-100 € Selbstbehalt, Sonstige Versicherte) der BaFin. Dieser Tarif wurde gewählt, da er der am besten mit der GKV vergleichbare Tarif ist. Um die Ausgaben für ärztliche Leistungen näherungsweise zu isolieren, wurden die dort veröffentlichten Werte mit dem Anteil der ärztlichen Ausgaben an den gesamten ambulanten Ausgaben aus dem PKV-Zahlenbericht multipliziert. Für die Standardisierung wurden die Ausgaben pro Versicherten (differenziert nach Alter und Geschlecht) der PKV mit der Anzahl der Versicherten im jeweiligen Jahrgang der GKV multipliziert. Anschließend wurde dieser Wert durch die Gesamtzahl der GKV-Versicherten dividiert.

Abbildung 1: Standardisierte jährliche Ausgaben pro Versicherten in Euro im ambulanten Sektor (PKV, PKV korrigiert um Preiseffekt, GKV; 2011)



Quelle: IGES auf Basis von BaFin (2012)²⁷, BVA (2013)²⁸, PKV (2013)²⁹ und Walenzik et al. (2008)³⁰.

Daneben führen die beschriebenen Mengen- und Preisunterschiede zu einem etwas schnelleren Ausgabenwachstum für die ambulanten ärztlichen Leistungen der PKV gegenüber der GKV.³¹

Einschränkend sei gesagt, dass das Wachstum in der PKV auch durch das Nebeneinander von Versicherten beider Systeme in derselben Arztpraxis entsteht. So wird bei einigen Ärzten die als "Cost shifting" bezeichnete

²⁷ Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin) (2012) Wahrscheinlichkeitstabellen der privaten Krankenversicherung 2011. Abgerufen am 28.09.2013 unter: www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistik/2011/dl_wahrscheinlichkeitstabellen_pkv_2011.zip?__blob=publicationFile&v=4 (Zugriff 18.12.2013).

²⁸ Bundesversicherungsamt (BVA) (2013) GKV-Altersausgabenprofilen 2011. Sendung nach Anfrage.

²⁹ PKV (2013) Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung.

³⁰ Walenzik A., Groß S., Manouguian M. und Wasem J. (2008) Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen Nr. 165.

³¹ Vgl. PKV (2011) PKV-Faktencheck 2011. Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung.

Tendenz vermutet, echte oder wahrgenommene Kürzungen ihrer GKV-Honorare durch Mehrleistungen bei PKV-Versicherten zu kompensieren.

4.1.2 Erfahrungen in der GKV

Auch in der GKV kommt die ELV in einzelnen Bereichen zur Anwendung. Die Wirkungen dieses Elements werden kurz anhand der vertragszahnärztlichen bzw. der extrabudgetären ärztlichen Leistungen skizziert.

4.1.2.1 Vertragszahnärztliche Leistungen in der GKV

Die Abrechnung zahnärztlicher Leistungen erfolgt im GKV-System auf Basis des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z), der wie bei einer ELV für jede zahnärztliche Leistung eine feste Punktzahl vorsieht. Sowohl bezogen auf die Ebene einzelner Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) als auch auf Ebene der einzelnen Zahnarztpraxis gibt es Regelungen zur Abstufung. Die kassen- oder kassenartenübergreifenden Budgetgrenzen auf Ebene der KZVen werden aber teilweise gar nicht ausgeschöpft.³² In der Zahnheilkunde spielen die Zahlungen der GKV eine geringere Rolle für das Einkommen der Zahnärzte, da ein großer Teil der Einnahmen aus privaten Zuzahlungen stammt.

Im Vergleich zum ärztlichen Bereich fehlen hier ähnlich stark emotionalisierte Auseinandersetzungen und verbreitete Bekundungen zur Unzufriedenheit. Und trotz der ELV-artigen Vergütung entwickeln sich die Gesamthonorare sehr moderat. Dies gilt inflationsbereinigt sowohl für die Zeitspanne von der ersten Reform der Zahnersatzvergütung 1997/1998 bis zur Neubewertung der Bewertungsrelation innerhalb des BEMA-Z im Jahr 2004 als auch für die Zeit seit dem Jahr 2004³³. Zwischen 2005 und 2011 betrug das inflationsbereinigte Wachstum der zahnärztlichen Ausgaben pro Versichertem in der GKV ca. 2 Prozent. Dies entspricht einem jährlichem Wachstum von unter einem halbem Prozentpunkt.

Im zahnärztlichen Bereich mag es schwieriger sein, die Leistungsmenge auszuweiten³⁴, trotzdem ist es bemerkenswert, dass auch innerhalb der GKV eine weit ausgedehnte ELV ohne spürbare Mengenausweitung besteht.

Die Kombination von ELV-artiger Vergütung und Budgetbegrenzung funktioniert in der vertragszahnärztlichen Versorgung vermutlich auch

³² In den Praxen gilt der volle Punktwert bis zu jährlich 262.499 Punkten. (Walendzik et al. 2008) Diese Grenze wurde zum 01.01.2005 eingeführt.

³³ Vgl. KZBV (2012). Daten und Fakten 2012. Berlin: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

³⁴ So ist sowohl der Interpretationsspielraum geringer als auch die Bereitschaft der Patienten, zusätzliche Leistungen in Anspruch zu nehmen.

deshalb reibungsloser als in der vertragsärztlichen Versorgung, weil Zahnärzte größere Teile ihres Einkommens aus privater Liquidation generieren (können), insbesondere im Bereich des Zahnersatzes (Festzuschuss-System).³⁵ Die Vergleichbarkeit mit den Vertragsärzten ist daher eingeschränkt. Trotzdem ist festzuhalten, dass ein eher ELV-artiges System hier auch in der GKV funktioniert.

4.1.2.2 Vergütung extrabudgetärer Leistungen in der GKV

Im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung sind die extrabudgetären Leistungen (EBL) nicht Teil der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung und können daher von Ärzten ohne Abschlag erbracht werden. Aufgrund dessen und der kleinteiligen Definition extrabudgetärer Leistungen kann hier von einer ELV gesprochen werden.³⁶ Die wirtschaftliche Bedeutung der EBL ist beträchtlich und reicht in manchen KV-Regionen bis zu einem Drittel der Gesamtvergütung.³⁷ Die genaue Ausgestaltung ist weitestgehend den regionalen Vertragspartnern überlassen.

Die Erfahrungen mit diesen ELV-Elementen sind unterschiedlich. Aufgrund einer deutlichen Leistungsausweitung³⁸ wurde im GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) für 2011 eine Mengenbegrenzung für die EBL festgelegt. Nach Ablauf der Begrenzung blieben die Ausgaben für die EBL in den ersten drei Quartalen des Jahres 2012 konstant oder gingen sogar leicht zurück.³⁹ Möglicherweise passten die Ärzte ihr Verhalten erst mit einer Zeitverzögerung an. Es gibt offenbar keinen Automatismus, der bei Freigabe der Leistungsmenge unmittelbar zu einer Mengenausweitung führt.

Auch beim Vergleich unterschiedlicher Einzelleistungen bietet sich ein differenziertes Bild. Manche Leistungen stiegen nur wenig an, andere erst mit Zeitverzögerung, wiederum andere stiegen sehr stark an. So blieb bspw. das ambulante Operieren seit 2010 auf etwa dem gleichen Niveau,⁴⁰ während die ambulante Palliativversorgung von einem niedri-

³⁵ Inwiefern Verschiebungen von Ausgaben in den privaten Bereich eine Rolle bei der Kostendämpfung gespielt haben, ist nicht genau bezifferbar.

³⁶ Extrabudgetäre Leistungen umfassen bspw. ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Strahlentherapie und weitere regional vereinbarte Leistungen.

³⁷ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Honorarbericht für das dritte Quartal 2012: Zahlen und Fakten.

³⁸ Z. B. ein Anstieg von Hausbesuchen innerhalb einer Jahresfrist um 38 %. vgl. auch Mihm A. (2009): Ärzten reicht Milliarden-Zuwachs nicht. Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 29.09.2009 (online).

³⁹ Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Honorarbericht für das dritte Quartal 2012: Zahlen und Fakten.

⁴⁰ Leistungsvolumen 2011: 1,67 Mrd. €, 2012: 1,70 Mrd. € (Wachstum >1% p.a.), Quelle: KJ1.

gen Startniveau aus eine jährliche Verdopplung erfahren hat.⁴¹ Auch bei Krebsfrüherkennungsmaßnahmen bei Männern ist es zu einer steigenden Inanspruchnahme gekommen.⁴² Es finden sich also Fälle von starkem (teilweise allerdings auch gewünschtem) Leistungsanstieg, aber kein durchgängiger Trend.

4.1.3 Fazit

Die Betrachtung der PKV zeigt, dass eine ELV ohne Budgetierungsmaßnahmen die Gefahr einer starken Mengenausweitung birgt. Die Beispiele aus der GKV belegen hingegen, dass die ELV zum einen der GKV nicht fremd ist, und dass die ELV zum anderen in Kombination mit flankierenden Maßnahmen nicht zwingend zu einer Kostensteigerung bzw. Mengenausweitung führen muss. Beide Aspekte müssen bei einem neuen Konzept berücksichtigt werden.

4.2 Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich

Die Problematik der Mengenausweitung, insbesondere bei kostenintensiven Einzelleistungen, wird nicht nur in Deutschland beobachtet und diskutiert, sondern auch in anderen Ländern mit ELV-Systemen, insbesondere in den USA, Frankreich, Kanada, Dänemark, den Niederlanden, der Schweiz und Japan (vgl. Tabelle 1). Viele dieser Gesundheitssysteme kombinieren allerdings Vergütungssystematiken – oftmals die ELV mit einem Capitation-Modell – bzw. es werden als Add-on weitere Vergütungsmodalitäten zur Ergänzung der Einzelleistungsvergütung eingesetzt.

⁴¹ 2009: 17,3 Mio. €, 2012: 127,5 Mi. € (+94% p.a.), Quelle: KJ1.

⁴² Der Anteil der männlichen Teilnehmer an Früherkennungsuntersuchungen unter den Anspruchsberechtigten ist zwischen 2008 und 2012 von 21,2% auf 26,8% gestiegen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland [ZI]: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V).

Tabelle 1: Übersicht der ambulanten Vergütung im internationalen Vergleich

Land	Ambulante Vergütung	Reformdebatte?
USA	Einzelleistungsvergütung neben weiteren Modellen	Reformdebatte: Hohe Kostensteigerungen → Forderung der Ablösung der ELV und Übergang zu Fallpauschalen/ Capitationmodellen
Frankreich	Einzelleistungsvergütung, geringe Teilnahme an Hausarztmodellen (Kopfpauschalenelemente)	Problem des Zugangs- und Zahlungsproblematik Problem der Dreigliedrigkeit der "Sektoren" → Reformbestreben ist die Begrenzung der Höhe der abrechenbaren Leistungen
Kanada	Einzelleistungsvergütung (regional), zusätzlich Modelle mit Kopfpauschalen oder festen Gehaltsvereinbarungen möglich	Reformdebatte: Ineffizienz der ELV, starker Anstieg der Arztgehälter (zweitgrößter Ausgabenblock, nach den Krankenhäusern) → Forderung nach Mischmodell
Dänemark	Kombination aus Kopfpauschale (1/3 der Vergütung) und Einzelleistungsvergütung mit begrenzter Anzahl an Patienten je Arzt	ELV führt zu Verkürzung der gesprächsintensiven Leistungen, → Bisher keine Reformdebatte erkennbar
Niederlande	Kombination von Kopfpauschalen je registriertem Patienten und Einzelleistungsvergütung sowie Vergütungspauschalen für Krankheitsbilder oder -episoden	Umstellung der Vergütung auf jetziges System führte zu höherem Arzteinkommen aber auch mehr Bürokratieaufwand sowie Anstieg der Gesundheitsausgaben → keine aktuelle Reformdebatte
Schweiz	Einzelleistungsvergütung mit regional ausgehandeltem Taxpunktwert, ggf. ergänzt durch andere Vergütungsmodelle	Derzeit keine Reformdebatte zur ELV
Japan	Einzelleistungsvergütung, Preise einheitlich festgelegt und regelmäßig korrigiert	Keine Reformdiskussion zur ELV aufgrund erfolgreicher Kostenkontrolle und Preisabsenkung, Forderung nach weniger restriktiver Preispolitik.

Quelle: IGES

Die Einzelleistungsvergütung stellt in den **USA** bei aller Vielfalt der Vergütungssystematiken das vorherrschende Vergütungsmodell dar. Die

Sorge über die Kostensteigerungen ist allerdings so groß, dass praktisch in allen Reformdiskussionen inzwischen eine völlige Ablösung der ELV und ein Übergang zu Fallpauschalen (Bundled Payment) oder Capitationmodellen gefordert wird. Auffällig ist, dass in der Debatte gegenüber diesen radikalen Umstellungen eine Weiterentwicklung der Einzelleistungsvergütung nicht vorkommt.⁴³

In **Frankreich** rechnen die selbstständig tätigen Vertragsärzte ihre Leistungen überwiegend per Einzelleistungen ab.⁴⁴ Die Höhe der Vergütung ist durch eine Gebührenordnung festgelegt. Die Leistungserbringer sind generell in zwei Abrechnungsklassen⁴⁵ eingestuft, Sektor 1 (Kassengebühren) und 2 (höher als Kassengebühren, rund 25 Prozent der Ärzte). Die Differenz in Sektor 2 zu den Kassengebühren müssen die Versicherten alleine tragen, bzw. sich durch eine private Versicherung erstatten lassen. Insgesamt werden nur rund 70 Prozent der ärztlichen Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen.

Zusätzlich zu den beiden Sektoren wurde, aufgrund einer wachsenden Zugangs- und Zuzahlungsproblematik, ein weiterer Sektor gebildet. Dieser "Wahl-Sektor" (secteur optionnel) ist auf Fachgebiete beschränkt, die einen hohen Infrastrukturaufwand aufweisen (Chirurgie, Anästhesie, Geburtshilfe etc.). Ärzte in diesem Sektor müssen rund 30 Prozent ihrer Leistungen zum normalen Kassentarif erbringen und dürfen bei den restlichen erbrachten Leistungen den Kassentarif um maximal 50 Prozent überschreiten. Ein Teil der Allgemeinmediziner nimmt an Hausarztmodellen mit "Gatekeeping-Funktion" teil, sie erhalten zusätzlich zu den Einzelleistungsvergütungen eine Kopfpauschale für eingeschriebene Patienten. Rund die Hälfte der Fachärzte wird in Form von Festgehältern vergütet.

In der Versorgungspraxis erweist sich die Einzelleistungsvergütung in Frankreich als problematisch. Die Leistungserbringer in Sektor 2 rechnen oftmals dreifache oder noch höhere Gebühren als in Sektor 1 ab. Reformbestrebungen der Regierung zielen auf eine Begrenzung der Höhe

⁴³ Vgl. insbesondere The National Commission on Physician Payment Reform (2013): "Report of the National Commission on Physician Payment Reform" May 2013 und The Special Commission on Health Care Payment System (2009) Recommendations of the Special Commission on Health Care Payment System, Juli 2009.

⁴⁴ Vgl. Czypionka et al (2011), Fujisawa und Lafortune (2008) sowie MISSOC-Datenbank und Ärzte Zeitung, 15.11.2012, Descamps U (2010).

⁴⁵ Conventionné secteur 1: Abschluss einer kassenärztlichen Vereinbarung und Bindung an die Tarife; Conventionné secteur 2: Abschluss einer kassenärztlichen Vereinbarung, aber keine Tarifbindung (www.cleiss.fr/particuliers/ihr-krankenschutz-beim-urlaubsaufenthalt-in-frankreich.html; Zugriff 29.11.2013).

der abrechenbaren Leistungen ab (nicht mehr als 150 Prozent über den gesetzlichen Gebühren).⁴⁶

In **Kanada** wird der größte Teil der hausärztlich tätigen Leistungserbringer per Einzelleistung vergütet.⁴⁷ Die Gebührenhöhe wird auf Provinzebene zwischen den regionalen Arztverbänden und den regionalen Regierungen ausgehandelt, zumeist mit einem Budgetdeckel für die Einzelleistungsvergütung. Neben der reinen Einzelleistungsvergütung existieren zusätzlich weitere Modelle, die auch Elemente wie Kopfpauschalen oder feste Gehaltsvereinbarungen beinhalten. Die verschiedenen gestalteten Vergütungsmodelle haben sich bisher unterschiedlich stark in den einzelnen Provinzen durchgesetzt. Die überwiegende Mehrheit der im ambulanten Bereich tätigen Fachärzte wird mit der Einzelleistungsabrechnung sowie ggf. alternativen Vergütungsmodellen vergütet, auch hier werden die Höhe der abzurechnenden Gebühren sowie die Budgetdeckel in den einzelnen Provinzen zwischen Leistungserbringer und Kostenträger verhandelt.

Die Einnahmen der Ärzte in einigen Provinzen in Kanada haben sich seit 2000 (bei konstanten Preisen) um rund 30 Prozent gesteigert.⁴⁸ Die starken Einnahmesteigerungen der Ärzte (vor allem im Vergleich zum Durchschnittseinkommen) führen zunehmend zu einer Reformdiskussion der Vergütungssystematik. Die zunehmend beklagten Mengen- und Leistungsausweitungen führten dazu, dass die Ausgaben für Ärzte den zweitgrößten Gesundheitsausgabenblock, nach den Krankenhausaussgaben, darstellen.⁴⁹ Gefordert wird die Abkehr des derzeitigen Einzelleistungsvergütungssystems mit dem "collective bargaining" hin zu neuen Vergütungsmodellen, die zwar Einzelleistungselemente, jedoch auch Kopfpauschalen enthalten.

⁴⁶ Vgl. Ärzte Zeitung (2012): "Frankreich - Streik und viel Ärger um Ärztehonorare"; 15.11.2012., Descamps U (2010): "Ambulante Versorgungssituatiou in Frankreich". März 2010. (www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AmbulanteVersorgunginFrankreich1.pdf; Zugriff 29.11.2013)

⁴⁷ Vgl. Czypionka T, Riedel M, Obradovits M, Sigl C und Leutgeb J (2011): „Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich“. In: Soziale Sicherheit, III Herbst/2011 sowie MISSOC-Datenbank.

⁴⁸ Vgl. Grant H M und Hurley J (2013): Unhealthy Pressure: How Physician Pay Demands put the Squeeze on Provincial Health-Care Budgets. Vol 6, Issue 22, July 2013 (www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/grant-physician-income.pdf; Zugriff 7.1.2014).

⁴⁹ Vgl. Léger PT (2011): Physician Payment Mechanisms: An Overview of Policy Options for Canada. CHSRF Series on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 3 (www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/hospital-funding-docs/CHSRF-LegerPhysicianRemuneration.ENG.pdf?sfvrsn=0; Zugriff 7.1.2014).

Eine Reihe anderer Länder scheint mit begrenzten Formen der Einzelleistungsvergütung besser zurecht zu kommen:

In **Dänemark** werden die Allgemein- und Hausärzte durch die Kombination aus einer Kopfpauschale und Einzelleistungen vergütet.⁵⁰ Die Kopfpauschale stellt hier rund ein Drittel der Vergütung dar, die Anzahl der Patienten je Arzt ist zudem geregelt. Präventive Maßnahmen, bspw. bei Rauchern und Patienten mit Übergewicht, werden besonders hoch vergütet. Die Bepreisung der Gebührenordnung wird zwischen dem Ärzteverband der Allgemein- und Hausärzte sowie der Staatlichen Krankenversicherung ausgehandelt. In Dänemark arbeiten Fachärzte in Krankenhäusern und erhalten dort ein festes Gehalt. Einzelnen Spezialisten ist es erlaubt zusätzlich zur Tätigkeit im Krankenhaus maximal drei Stunden pro Woche privatärztlich tätig zu sein; diese Leistungen werden mit einer ELV vergütet. Zwar können Fachärzte auch außerhalb der Krankenhäuser tätig sein, dies ist jedoch nicht die gängige Praxis. Die vertragsärztlich außerhalb des Krankenhauses tätigen Fachärzte rechnen dann die Leistungen als Einzelleistung/Pauschalbetrag für jeden ärztlichen Eingriff ab, die Höhe der Gebühren/der Betrag hierfür werden mit den zuständigen Kommunen verhandelt. Die Region Kopenhagen veränderte 1987 die Vergütung ambulant tätiger Ärzte und wechselte von einer Capitation zu einem stärker auf Einzelleistungsvergütung basierenden System. Zwar wurde eine Leistungsausweitung beobachtet, es wurden aber auch weniger Patienten von den Ärzten zu Spezialisten überwiesen.⁵¹

Aktuelles Thema einer Diskussion zur Vergütung ambulanter Leistungen ist die Einschätzung, dass die Dominanz der Einzelleistungsvergütung zu weniger gesprächsintensiven Leistungen bzw. zu einer verringerten Gesprächsbereitschaft der Leistungserbringer führt.⁵² Gleichwohl wird diskutiert, dass sich das System der Leistungserbringung in den letzten 100 Jahren immer adäquat angepasst habe und dass insbesondere die Leistungen als Einzelleistung hoch vergütet werden, die einen präventiven Charakter haben und viel Zeit in Anspruch nehmen.

⁵⁰ Vgl. Fujisawa R and Lafortune G (2008): "The Remuneration of General Practitioners and Specialist in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries?". OECD Health Working Papers No. 41; 18.12.2008 sowie MISSOC-Datenbank und Pederson et al (2012).

⁵¹ Vgl. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(6): 1–164.

⁵² Vgl. Pederson KM, Andersen JS and Sondergaard J (2012): General Practice and Primary Health Care in Denmark. JABFM March-April 2012, Vol. 25 Supplement. (www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.full.pdf+html; Zugriff 7.1.2014).

In den **Niederlanden** sind die Allgemein- und Hausärzte der Primärversorgung selbstständig tätig.⁵³ Sie haben die Funktion eines "Gatekeepers" und besetzen eine zentrale Rolle der Patientensteuerung. Die Vergütung erfolgt durch eine Kombination von Kopfpauschalen für registrierte Patienten sowie einer ELV für jeden Praxisbesuch und für definierte Routineleistungen. Zusätzlich werden effizienzsteigernde Maßnahmen oder zur Vermeidung von sekundären Leistungen abrechenbare Einzelleistungen bepreist; außerhalb der Sprechstunden können Ärzte ihre Leistungen zu einem Stundensatz abrechnen. Die Höhe der Vergütung, sowohl für die Pauschalen als auch für die Einzelleistungen, wird zwischen den Ärzteorganisationen, den Vertretern der Krankenversicherungen sowie dem Ministerium verhandelt. Die ausgehandelten Maximaltarife können - obwohl dies nicht gängige Praxis ist - auf Regional-ebene so verhandelt werden, dass diese den Maximaltarif unterschreiten. Zusätzlich zur Grundversorgung gibt es im Rahmen von integrierten Versorgungsprogrammen für definierte Krankheitsbilder bzw. -episoden neue Vergütungsmodelle in Form von "bundled payments". Hierbei werden anhand von "chain diagnosis treatment combinations" (chain-DTCs) Leistungspakete für einzelne Krankheiten zusammengefasst, die dann die Leistungserbringer dazu animieren sollen, ihre Kooperation und Koordination zu erhöhen. Die Umstellung auf dieses Vergütungssystem hat zu einer Zunahme beim Einkommen der Ärzte geführt, aber auch den Bürokratieaufwand erhöht; die Gesundheitsausgaben sind gestiegen.⁵⁴

Die im ambulanten Bereich tätigen **Schweizer** Ärzte – sowohl Allgemein- und Hausärzte als auch Fachärzte – sind selbstständig tätig und rechnen ihre Leistungen zumeist in Form von Einzelleistungen ab. In der Schweiz besteht eine einheitliche Tarifstruktur auf Bundesebene, welche die Vergütung der ärztlichen Leistung bestimmt (TARMED).⁵⁵ Die Höhe der sogenannten Taxpunktweite wird in jedem Kanton einzeln zwischen den Ärzteorganisationen und den Kostenträgern ausgehandelt. Die Einzelleistungsvergütung kann durch verschiedene Vergütungsmodelle ergänzt

⁵³ Vgl. Fujisawa R and Lafortune G (2008): "The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries?". OECD Health Working Papers No. 41; 18.12.2008 sowie MISSOC-Datenbank.

⁵⁴ Vgl. Burgers J, Verkeij H, Westert G (2009): „the Netherlands: regulated competition behind the dykes?“. In BMJ Volume 339, Oktober 2009, 839-842.

⁵⁵ Vgl. Fujisawa R and Lafortune G (2008): "The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries?". OECD Health Working Papers No. 41; 18.12.2008, Kaiser Permanente International (2010): "Selected European Countries' Health Care Systems". ©Copyright 2010 (<http://xnet.kp.org/kpinternational/docs/European%20Health%20Care%20Systems%20Comparison.pdf>; Zugriff 28.11.2013) sowie MISSOC-Datenbank.

werden. Einige Ärzte, welche in Managed Care Organisationen bzw. sogenannten Health Maintenance Organizations (HMOs) tätig sind, erhalten entweder ein festes Gehalt und/oder werden durch risikoadjustierte Pauschalen für ihre Leistungen honoriert.

Auch **Japan** vergütet ambulante Leistungen auf Basis einer Einzelleistungsvergütung. Die Preise und Leistungen werden landesweit einheitlich im Zweijahresrhythmus festgelegt und besitzen verbindliche Gültigkeit für alle Leistungserbringer und Versicherungen.⁵⁶ Die Regierung bzw. das Central Insurance Medical Council (CIMC) hat, durch die in allen Sektoren gültigen Preise für Einzelleistungen (auch Arzneimittel etc.), eine sehr restriktive Preisentwicklung und nur moderat steigende Kosten im japanischen Gesundheitswesen erreicht. Kritisch bemerkt wird hierbei, dass die derzeit gültigen Preise, bspw. für einen Arztbesuch, bei weitem nicht ausreichend bemessen sind. Die Berechnung der Preishöhe bezieht demnach nicht die eigentlichen Kosten (eines Arztes oder Krankenhauses) mit ein, sondern es wird lediglich das Gesamtgesundheitsbudget durch die Gesamtanzahl aller Leistungen (gewichtet nach Leistung und Menge) geteilt. Das führt dazu, dass besonders häufig abgerechnete Leistungen besonders niedrige Preise haben.⁵⁷

Eine nationale Debatte zur Vergütungsproblematik findet dennoch nicht statt, auch weil die Kosten im japanischen Gesundheitssystem bisher relativ moderat ansteigen, die Leistungserbringer nicht sehr fordernd auftreten und die gesundheitlichen "outcomes" gut sind. Gleichwohl wird in der Literatur angeregt, die Vergütungskonditionen weniger restriktiv und einfacher zu gestalten, im Gegenzug jedoch die Leistungserbringung (auf regionaler Ebene) hinsichtlich deren "outcomes" bzw. die Leistungserbringer stärker zu überprüfen.⁵⁸ Als weiterer Grund für die bisher erfolgreiche Kostenkontrolle wird von Beobachtern auch gewertet, dass das japanische Gesundheitssystem wesentlich mehr Wert auf Prävention legt als das deutsche System.⁵⁹

⁵⁶ Vgl. Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, Izumida N, Naguchi H, Yasunaga H, Miyata H, Acuin JM und Reich MR (2011): Cost-containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? In: Lancet 2011, 378:1174-82 (<http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/36/378-9797/pdf/1-s2.0-S0140673611609872-main.pdf>; Zugriff 9.1.2014) und Uetsuka Y (2012): Characteristics of Japan's Healthcare Systems and Problems. JMAJ 55 (4): 330-333, 2012. (www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_04/330_333.pdf; Zugriff 9.1.2014).

⁵⁷ Vgl. Uetsuka Y (2012): Characteristics of Japan's Healthcare Systems and Problems. JMAJ 55 (4): 330-333, 2012. (www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_04/330_333.pdf; Zugriff 9.1.2014).

⁵⁸ Vgl. Uetsuka Y (2012): Characteristics of Japan's Healthcare Systems and Problems. JMAJ 55 (4): 330-333, 2012. (www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_04/330_333.pdf; Zugriff 9.1.2014).

⁵⁹ Vgl. Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, Izumida N, Naguchi H, Yasunaga H, Miyata H, Acuin JM und Reich MR (2011): Cost-containment and quality of care

4.2.1 Fazit

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass es vielfältige Formen von Vergütungssystemen gibt, die Elemente der Einzelleistungsvergütung enthalten, vorwiegend aber zusätzlich auch Kopfpauschalen oder andere Vergütungsformen beinhalten. In den Ländern in denen das Vergütungssystem vorwiegend auf Einzelleistungsebene basiert, ist ein starker Wunsch nach Abkehr vom Einzelleistungssystem deutlich erkennbar. In den USA (hier vor allem Medicare/Medicaid), Kanada und auch Frankreich ist eine Diskussion im Gange, mehr oder weniger stark, je nach Höhe der Mengen- und Kostenentwicklung. Anders hingegen erscheint die Situation in den Ländern (hier Dänemark, Niederlande, Schweiz), welche gemischte Vergütungsmodelle aufweisen. Mischmodelle, welche zwar bis zu einem gewissen Grad Einzelleistungselemente enthalten, jedoch auch begrenzende Elementen in Form von Kopf- oder Fallpauschalen beinhalten, funktionieren anscheinend recht gut.

Aus dieser kurzen internationalen Übersicht wird deutlich, dass nicht das System der Einzelleistungsvergütung an sich als problematisch eingestuft wird, sondern das Fehlen begrenzender Elemente und/oder Strukturen. Die Probleme der Einzelleistungsvergütung sind auch hier deutlich geworden, sie treten aber nur dann zwangsläufig auf, wenn es an begrenzenden Elementen mangelt.

Mehrere Industrieländer kommen so auch mit ELV-Modellen relativ gut zurecht. Es bestätigt sich damit der Eindruck aus der Darstellung der nationalen Erfahrungen im vorangegangenen Kapitel: Eine reine Einzelleistungsvergütung ohne flankierende Maßnahmen führt zu starken, nicht kontrollierbaren Kostensteigerungen.

5. Zielkonzept der Einzelleistungsvergütung und Ausgestaltungsoptionen

5.1 Ziele einer Reform der Vergütung

Die in Kapitel 3 dargestellten Schwächen des aktuellen Vergütungssystems entstehen unter anderem durch eine Kombination von Pauschalierung und Budgetierung. Eine Reform muss an beiden Punkten ansetzen, um die erwähnten Schwächen zu beheben. Dies kann durch eine Einzelleistungsvergütung mit geeignetem Mechanismus zur Mengensteuerung erreicht werden.

Die Pauschalierung führt, wie gezeigt, zu einer Tendenz, leichtere Fälle zu bevorzugen oder sogar zu erzeugen. Denn der Schweregrad des Einzelfalles wird in den Pauschalen nicht oder in Form der Altersdifferenzierung nur unzureichend abgebildet. Eine differenzierte Einzelleistungsvergütung erzeugt dieses Problem nicht: Wenn Patienten mehr Leistungen benötigen, wird jede dieser Leistungen vergütet, es besteht also ein Anreiz, sie auch zu erbringen. Auch die Wahrnehmung der Ärzte, dass durch die Pauschalen die Behandlung normiert und verknappt wird, entfällt bei der ELV. Ein weiterer Effekt: Der heute implizite Anreiz, bei begrenzter Vergütung eines Falles, mehr Fälle zu erzeugen, wird abgeschwächt. Denn zusätzliche Fälle mit nur wenigen Leistungen werden in einer ELV insgesamt geringer als in den heutigen Pauschalen vergütet und sind daher nicht sehr attraktiv.

Andere der beschriebenen Schwächen entstehen durch die Budgetierung, die bisher meist in Form einer nachträglichen Reduzierung der Vergütung gegenüber der abgerechneten Leistungsmenge stattfand. Denn es gab zwar auch im EBM bis 2004 grundsätzlich eine Einzelleistungsvergütung, diese wurde jedoch aus (grundsätzlich richtigen) Wirtschaftlichkeitsüberlegungen mit einem "floatenden" Punktwert kombiniert. Das führte zu dem sogenannten "Hamsterradefekt" und der Unsicherheit der Ärzte, wie viel Geld sie für eine erbrachte Leistung bekommen würden, was immer erst rückwirkend feststand. Auch nach der Reform der Vergütung und der Einführung der RLV bestand weiterhin eine subjektive Intransparenz über die Vergütung und der zusätzliche undifferenzierte Anreiz, nach Überschreiten der RLV (also meist gegen Quartalsende) weniger Fälle zu behandeln. Das Konzept für die ELV sieht keine weiteren Mengenbegrenzungsinstrumente oder nachträglichen Preiskorrekturen vor, sodass die Ärzte mit stabilen Preisen kalkulieren können.

In den folgenden Abschnitten werden die Eckpunkte des Vorschlags für die Einzelleistungsvergütung vorgestellt (vgl. Abschnitt 5.2). Da wie zuvor dargestellt, eine Begrenzung der Mengenentwicklung (und damit auch

der Kosten) eine sehr wichtige Anforderung ist, werden verschiedene Möglichkeiten geprüft, eine starke Kostensteigerung zu vermeiden, ohne auf eine Budgetierung zurückzugreifen. Es wird eine Trennung der Vergütung in Komponenten zur Deckung der fixen und der variablen Kosten vorgeschlagen (vgl. Abschnitt 5.3). Anschließend behandelt Abschnitt 5.4 Detailfragen der Ausgestaltung, und in Abschnitt 5.5 wird ein Weg skizziert, die ELV mit Elementen der Qualitätssteuerung zu verbinden.

5.2 Eckpunkte der vorgeschlagenen Einzelleistungsvergütung

Das Konzept sieht eine vollständige Umstellung der ambulanten Vergütung auf eine Einzelleistungsvergütung vor. Es werden keine pauschalierenden Elemente, etwa Chroniker- oder Alterspauschalen implementiert. Es gibt keine Zu- oder Abschläge nach Schweregrad. Die Preise der einzelnen Leistungen sind vorher bekannt und werden nicht nachträglich reduziert. Die Ärzte wissen zu jedem Zeitpunkt, welche Vergütung sie bereits verdient haben und welche Vergütung für eine weitere Leistung zu erwarten ist.

Alle getätigten und abgerechneten Leistungen sollen ausreichend und angemessen bepreist/kalkuliert sein, um entsprechend der jeweiligen Patientencharakteristika Leistungen im medizinisch erforderlichen Umfang erbringen zu können. So werden Anreize zur Auswahl oder Generierung insbesondere leichter Fälle ("Verdünnerrfälle") vermieden und Ressourcen für eine intensivere Behandlung schwererer Fälle freigesetzt. In Verbindung mit Qualitätsanreizen wirkt die Kalkulation so darauf hin, dass Leistungen bei gesicherter Qualität zu nicht mehr als den erforderlichen Kosten erbracht werden.

Ausgangspunkt für die Definition der Einzelleistungen sind die Gebührenordnungspositionen des EBM. Die neueren Versicherten-/ Grundpauschalen werden durch die zuvor im EBM bestehenden EBM-Ziffern ersetzt. Bei der Berechnung der Preise wird eine Trennung von Struktur und Niveau beibehalten, also einem Relativgewicht für jede Leistung und einem damit zu multiplizierenden Punktwert. Dies erlaubt es zum einen, historische Unterschiede in der Vergütungshöhe zwischen KVen abzubilden, zum anderen, eine Konvergenz zwischen KVen oder Arztgruppen herbeizuführen. Während kurzfristig regionale Unterschiede beim Punktwert nicht vermeidbar sein werden, ist langfristig eine Konvergenz bis hin zu einheitlichen Preisen erstrebenswert (gleiche Leistung, gleicher Preis).

Weiterhin erlaubt dieses Modell flexible Weiterentwicklungen. Sollte eine Vereinheitlichung des EBM mit der GOÄ anstehen, würden Leistungspositionen und/oder Punktzahlbewertungen angepasst. Sollen einzelne Leistungen besonders gefördert werden, können - wie heute - die Punktzahlbewertungen angepasst werden.

Der in Abschnitt 3.1 beschriebene Geldfluss über mehrere Ebenen kann durch das ELV-Konzept stark vereinfacht werden. Der einzelne Arzt rechnet Einzelleistungen ab, das Honorar wird gemäß den Einzelleistungen vergütet und die Gesamtvergütung der GKV an die KVen richtet sich nach dem gleichen System. Die meisten Regelungsmechanismen zur Bildung von "Honorartöpfen" etc. entfallen dadurch. Auch die Morbiditätsentwicklung muss nicht mehr gemessen werden.

Gleichzeitig soll das Vergütungskonzept keine oder nur begrenzte Mehrkosten verursachen. Dafür wird ein stimmiges und leistungsgerechtes Konzept zur Vermeidung von Mengenausweitungen entwickelt. Da die Mengensteuerung eine wesentliche Voraussetzung ist, um die beschriebenen Vorteile zu erzielen, wird diese Fragestellung im folgenden Abschnitt erörtert.

5.3 Begrenzung von Mehrausgaben innerhalb einer Einzelleistungsvergütung

5.3.1 Grundformen der Mengensteuerung

Mehr Leistungen bedeuten in einer reinen ELV mehr Vergütung. Für die Mengenausweitung, die auch bei dem hier skizzierten Konzept entstehen könnte, sind im Wesentlichen drei Mechanismen verantwortlich:

- ◆ Ärzte können durch eine Ausweitung der Arbeitszeit (pro Woche oder – durch Wegfall von Praxisschließungen – pro Quartal) die erbrachte Fallzahl steigern (mehr Fälle je Arzt).
- ◆ Es besteht ein Anreiz zur Generierung einer höheren Leistungsdichte je Fall durch die Erbringung zusätzlicher Leistungen, die aktuell unter die Pauschale gefallen wären (mehr Leistungen je Fall).
- ◆ Nach einer Neubewertung der Leistungen werden einzelne Leistungen ökonomisch attraktiver, so dass das Leistungsspektrum sich zu diesen Leistungen verschiebt und bei gleichem Zeitaufwand eine höhere Vergütung erzielt wird (mehr Leistungspunkte durch neuen Leistungsmix).

Die nationalen und internationalen Erfahrungen zur Einzelleistungsvergütung bestätigen die Gefahr der Mengen- und Ausgabensteigerung nach Einführen einer Einzelleistungsvergütung. Gleichzeitig ist es das Ziel, mit diesem Konzept, die Schwächen der heutigen Begrenzungsmaßnahmen zu beseitigen und einen neuen Mechanismus vorzuschlagen, der von allen Seiten als fair empfunden wird. Dafür werden in diesem Abschnitt Optionen vorgestellt, die an den drei genannten Hebeln (mehr Fälle je Arzt, mehr Leistungen je Fall, mehr Leistungspunkte durch neuen Leistungsmix) ansetzen, um Ausgabensteigerungen zu begrenzen. Konkret werden die folgenden Ansätze diskutiert:

- ◆ Zeitbudgetierung (vgl. Abschnitt 5.3.1.1)
- ◆ Praxisbudgets und Abstufung der Vergütung nach festen Wertgrenzen (vgl. Abschnitt 5.3.1.2)
- ◆ Qualitätsanforderungen (vgl. Abschnitt 5.3.1.3)
- ◆ Nachträgliche Anpassung von Preisen für Einzelleistungen (vgl. Abschnitt 5.3.1.4)
- ◆ Verrechnung von Ausgabensteigerungen auf Ebene der Gesamtvergütung (vgl. Abschnitt 5.3.1.5)
- ◆ Eine Trennung der Preise für Einzelleistungen nach fixen und variablen Kosten (vgl. Abschnitt 5.3.1.6)

5.3.1.1 Zeitbudgetierung

Eine erste Möglichkeit der Mengenbegrenzung ambulanter ärztlicher Leistungen besteht in der Entwicklung von Zeitbudgets. In einem solchen Modell wird jeder Leistung ein Zeitwert zugewiesen.⁶⁰ Gleichzeitig wird die wöchentliche Arbeitszeit pro Arzt begrenzt, z. B. in Form einer Stundenzahl oder des Wertes, der seiner bisherigen Leistungsmenge entspricht.⁶¹ Nach Erfüllung des Zeitbudgets werden Leistungen gar nicht mehr (oder nur noch abgestuft) vergütet.

Der wesentliche Vorteil des Ansatzes besteht darin, dass der Anreiz zur Mengensteigerung durch eine Ausweitung der Arbeitszeit genommen wird. Ein weiterer Vorteil ist die systematische Ähnlichkeit mit der aktuellen Berechnung des EBM, dem auch schon Zeitspannen pro Leistung zugrunde liegen. Daher wäre keine komplette Neugestaltung der Berechnungsgrundlage notwendig.

Der Ansatz ist jedoch auch mit Nachteilen verbunden. Innerhalb der Ärzteschaft gibt es eine große Streuung der Arbeitszeit.⁶² Das angemessene Zeitkontingent ist somit schwer festzulegen. Des Weiteren kann auch eine Budgetierung des Zeitkontingents pro Arzt eine Ausweitung der Leis-

⁶⁰ Schon heute basiert die Vergütung nach EBM auch auf der Zuweisung von Zeitwerten zu Leistungen. Diese Zeitwerte werden bei Plausibilitätsprüfungen herangezogen.

⁶¹ Für Praxen, die so viele Leistungen erbringen, dass Mengenbegrenzungsinstrumente greifen, sollte das Zeitbudget dabei auf die begrenzte Leistungsmenge abgesenkt werden, für Praxen, die weniger Leistungen erbringen, kann analog die Möglichkeit einer zukünftigen Erhöhung bleiben. Statt mit historischen Werten zu arbeiten, können auch Arbeitszeitmodelle mit festen Stufen verwendet werden.

⁶² Vgl. Infas (2012) Ärztemonitor. unter: www.kbv.de/media/sp/120605_aerztemonitor_tabellenband.pdf (sic!) (Zugriff: 17.12.2013). Die Spannweite reicht von unter 20 bis über 65 Stunden Arbeitszeit pro Woche.

tungsmenge innerhalb des Budgets nicht verhindern. Der Arzt kann sich weiterhin bei Leistungen mit dem gleichen Zeitwert für die Leistung mit der höheren Punktzahl entscheiden. Ein weiterer Nachteil liegt darin, dass das Phänomen der Praxisferien zum Quartalsende sogar noch verschärft werden kann. Hat der Arzt sein Zeitbudget für das jeweilige Quartal verbraucht, so sinkt der Anreiz für zusätzliche Tätigkeit massiv ab. Der Umfang der Tätigkeitsreduktion hängt von der genauen Ausgestaltung der Leistungsvergütung nach Erreichen des Zeitbudgets ab.

Insgesamt scheint die Budgetierung auf Basis von Zeitkontingenten daher kein geeignetes Mittel der Mengenbegrenzung.

5.3.1.2 Praxisbudgets und Abstufung der Vergütung nach festen Wertgrenzen

Praxisbudgets ähneln dem zuvor erläuterten Ansatz. Die Budgetierung erfolgt aber nicht auf Ebene der Arbeitszeit, sondern auf Grundlage des gesamten Praxisumsatzes. Dieser wird auf Basis historischer Werte fortgeschrieben und um Faktoren wie die demografische Entwicklung oder die erwartete Morbiditätslast modifiziert. Bei reinen Praxisbudgets erfolgt ab Erreichen der Budgetgrenze für zusätzliche Leistungen keine Vergütung mehr.

Bei einer Abstufung der Vergütung wird hingegen eine Reduktion der Vergütung pro Leistung nach Überschreitung des Budgets vorgenommen. Denkbar sind auch mehrere Grenzwerte mit einer nach jeder Überschreitung weiter abfallenden Vergütung. Da die Vergütung mit steigender Leistungsmenge fällt, wird auch der Anreiz schwächer, weitere Leistungen zu erbringen.

Dieser Mechanismus ähnelt dem RLV-System, wird hier aber auf Leistungen angewandt.

Zentraler Vorteil einer solchen Abstufung gegenüber reinen Praxisbudgets ist die Verbindung mehrerer Elemente. Einerseits sinkt ab einem gewissen Punkt der Anreiz zur weiteren Leistungserbringung. Dadurch wird einer unbegrenzten Leistungsausweitung entgegengewirkt. Andererseits verhindert dieser Ansatz aufgrund vorher bekannter Grenzwerte eine nachträgliche Reduktion der Vergütung, die von der Ärzteschaft besonders kritisiert wird. Die Transparenz ist folglich hoch.

Nachteil ist jedoch zum einen der auch hier implizite Anreiz, die Leistungserbringung ab dem Grenzpunkt vollständig einzustellen, d. h. selbst medizinisch notwendige Leistungen würden nicht mehr erbracht. Zum anderen ist der "richtige" Grenzwert je Praxis in der vertragsärztlichen Versorgung schwierig festzulegen. Der großen Spanne der Arbeitszeiten entsprechen ähnlich große Spannbreiten der Leistungsmenge je Praxis.

In der Gesamtschau ist bei diesem Ansatz aufgrund der Ähnlichkeit zu heutigen Begrenzungsinstrumenten keine Verbesserung der Zufriedenheit zu erwarten.

5.3.1.3 Qualitätsanforderungen

In diesem Modell dürfen Leistungen nur von Arztpraxen erbracht werden, die zuvor definierte Qualitätsanforderungen erfüllen, bspw. hinsichtlich der Ausstattung und der Qualifikation von Arzt und Praxispersonal.⁶³ Die Qualitätsanforderungen werden für einzelne wichtige Leistungen definiert und steigen mit der Komplexität der Leistung. Sie werden so hoch gewählt, dass sich eine automatische Begrenzung in der Anzahl der erbringenden Praxen ergibt.

Ein zentraler Vorteil dieses Ansatzes ist, dass keine Abzüge vorgesehen sind. Werden die definierten Anforderungen erfüllt, findet keine Mengengrenzung oder nachträgliche Vergütungsreduktion statt. Des Weiteren würde dieser Ansatz gut zu aktuellen Entwicklungen im stationären Sektor passen. Dort werden immer häufiger wie z. B. in Nordrhein-Westfalen oder Hamburg Vorgaben für die Strukturqualität in bestimmten Fachabteilungen gemacht.

Der Ansatz ist jedoch auch mit Nachteilen behaftet. Die Definition der Qualitätsstandards ist ein sehr aufwendiges Verfahren. Daher ist eine Konzentration auf sehr komplexe, ambulante Behandlungen geboten. Für häufig nachgefragte, einfach zu erbringende Leistungen, wäre weiterhin die große Mehrheit der ambulanten Praxen zur Leistungserbringung berechtigt. Qualitätsanforderungen könnten daher nur für wenige teure Leistungen additiv zu anderen Mechanismen verwendet werden.

5.3.1.4 Nachträgliche Anpassung von Preisen für Einzelleistungen

In diesem Ansatz finden keine direkten Begrenzungen der Leistungsmenge oder der Ausgaben in dem laufenden Jahr statt. Am Ende des Jahres werden dann die Mengenentwicklungen für einzelne Regionen oder das gesamte Bundesgebiet untersucht. Zeigen sich für einzelne Leistungen unplausible Mengenausweitungen, so werden die Preise dieser Leistungen nachträglich oder für das kommende Jahr reduziert.

Eine nachträgliche Reduktion von Preisen wird aber absehbar nicht besser akzeptiert werden als heutige Abschlagsverfahren. Aus Sicht der Ärzte wäre dieses Modell nahe an der früher angewandten Systematik des EBM mit floatenden Punktwerten und einem nachträglichen Verfall des erwarteten Honorars. Daher scheint ein solcher Ansatz unter der Ziel-

⁶³ Für viele EBM-Leistungen bestehen bereits heute Abrechnungsvoraussetzungen, die z. B. an die Qualifikation des Arztes gebunden sind.

stellung eines von allen Akteuren als fair empfundenen Vorgehens nicht geeignet.

Eine Reduktion der Preise für das kommende Jahr (wie in Japan praktiziert), bedeutet eine Rückkehr zum Hamsterradeffekt, da Ärzte im kommenden Jahr eine noch höhere Leistungsmenge benötigen, um auf dasselbe Vergütungsvolumen wie im Vorjahr zu kommen. Darüber hinaus kann es zu medizinisch nicht indizierten Leistungsstrukturverschiebungen hin zu nicht preisreduzierten Leistungen kommen. Daher ist dieser Mechanismus ebenfalls zu verwerfen.

5.3.1.5 Verrechnung von Ausgabensteigerungen auf Ebene der Gesamtvergütung

In diesem Ansatz findet keine direkte Begrenzung der Leistungsmengen oder Ausgaben im laufenden Jahr auf Ebene der Arztpraxen statt. Vielmehr wird die Ausgabensteigerung durch Mehrleistungen beobachtet und mit den erwartbaren Steigerungsraten der Gesamtvergütung in den Folgejahren verrechnet. Letztere werden z. B. auf Basis historischer Werte extrapoliert. Anpassungen der Gesamtvergütung auf Basis von Morbidität oder Inflation werden so lange ausgesetzt, bis der langjährige Durchschnitt der Ausgabensteigerungen im ambulanten Sektor wieder erreicht ist.

Vorteil der Lösung ist ihr großer Pragmatismus, durch den alle Komplexitäten der zuvor genannten Steuerungsmodelle vermieden werden.

Die Nachteile überwiegen allerdings deutlich. Zum einen ist eine erwartbare Steigerungsrate kaum objektiv festzulegen. Wahrscheinlich würde sie auch wieder das Resultat von Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen sein. Schwierig wäre es auch, das mühsam eingeführte Prinzip der Morbiditätsorientierung zu verlassen.

Der Mechanismus kann ergänzend betrachtet werden. Für die eigentliche Mengensteuerung wird ein System auf der Ebene der Einzelpraxis gefunden. Zusätzlich wird zwischen GKV- und KV-System vereinbart, dass bei einer Steigerung der Gesamtmenge über ein gewisses Maß hinaus keine weiteren Steigerungen der Gesamtvergütung vereinbart werden.

5.3.1.6 Trennung der Preise für Einzelleistungen nach fixen und variablen Kosten

In diesem System werden die Preise aufgeteilt in eine Fixkostenkomponente, mit der bspw. eine durchschnittliche Praxisausstattung refinanziert wird und in eine Komponente zur Deckung der variablen Kosten. Die Fixkostenkomponente wird bis zu einer durchschnittlichen Leistungsmenge je Praxis erstattet. Bei Leistungen, die darüber hinausgehen, wird die variable Komponente, die insbesondere den Arztlohn enthält,

unbegrenzt weiter bezahlt. Dieses System bewirkt faktisch zwar ebenfalls eine Abstufung, geht aber wesentlich differenzierter vor.

Das Verfahren verfolgt eine leicht nachvollziehbare Logik, nach der Preise differenziert werden. Dem Arzt wird signalisiert, dass sein persönlicher Einsatz auch bei Mehrleistungen honoriert wird. Die Preise sind vollständig transparent und vorher bekannt, es findet keine nachträgliche Reduktion statt. Da die Fixkosten ab dem Zeitpunkt der vollständigen Vergütung nicht mehr vergütet werden, sinkt ab diesem Punkt der Anreiz zur Mengenausweitung.

Eine zu lösende Herausforderung ist die Komplexität der Ausgestaltung. Die Preise für beide Komponenten müssen präzise kalkuliert und festgelegt werden, um unerwünschte Anreize zu vermeiden. In der Umstellung sind zudem Verwerfungen zu vermeiden.

Diese Option vereint am Besten die Anforderungen an Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Äquivalenz zum Leistungsbedarf.

5.3.1.7 Bewertung der Optionen

Nach Betrachtung der Optionen bleiben zwei Gesamtansätze und zwei ergänzende Ansätze zur Mengensteuerung in der ELV.

Die Gesamtansätze sind

- ◆ Pauschale Abstufung der Vergütung (vgl. hierzu Abschnitt 5.3.1.2)
- ◆ Trennung in fixe und variable Vergütungsbestandteile (vgl. hierzu Abschnitt 5.3.1.6)

Wie dargelegt ist letzteres vorzuziehen. Im Folgenden wird die Umsetzbarkeit aufgezeigt. Die Steuerungswirkung in diesem Ansatz ist präziser und flexibler auf unterschiedliche Praxistypen anwendbar als bei einer pauschalen Abstufung. Zudem basiert das zweite Modell auf einer Logik adäquater Vergütung von ärztlicher Leistung und realen Praxiskosten und sollte dem Gerechtigkeitsempfinden deutlich mehr entgegenkommen als eine pauschale Abstufung.

Zwei ergänzende Ansätze sind denkbar:

- ◆ Qualitätsanforderungen
- ◆ Verrechnung von Mengensteigerungen mit der Gesamtvergütung

Die Definition von Qualitätsanforderungen ist ein zeitintensiver Vorgang und scheint daher nur für komplexe Leistungen geeignet.

Eine Verrechnung mit der Gesamtvergütung ist politischen Einflüssen ausgesetzt und nur als ultima ratio denkbar, wenn bestimmte Grenzen überschritten werden. Die Anwendung dieses Instruments kann der ge-

sundheitspolitischen Diskussion in Folge dieser Studie überlassen werden.

Im Folgenden wird das gemessen an den Anforderungen zu präferierende Modell vorgestellt.

5.3.2 Anreizkonformes Vergütungssystem durch Trennung in fixe und variable Vergütungsbestandteile

5.3.2.1 Grundgedanken zur Abstufung und zu Alternativen bei einer Einzelleistungsvergütung

Die heutige vertragsärztliche Vergütung enthält indirekt ein System abgestaffelter Preise. In einigen regional festgelegten Honorarverteilungsmaßstäben wird beispielsweise der Fallwert (Preis) von Fällen, die deutlich über der durchschnittlichen Fallzahl einer Arztgruppe liegen, abgesenkt. So erfolgt etwa in der KV Berlin eine Abstufung des Preises um 25 Prozent für Fälle, die um 50 bis 70 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl einer Arztgruppe liegen, um 50 Prozent für Fälle, die um 70 bis 100 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl einer Arztgruppe liegen usw.⁶⁴

Dieses Verfahren funktioniert in seiner Steuerungswirkung offensichtlich sehr oberflächlich, da im Prinzip alle Fälle in gleichem Umfang abgestuft werden. Hinzu kommt als wesentlicher psychologischer Nachteil: Der Arzt könnte sich im Laufe des Quartals oder Jahres im Prinzip zwar ausrechnen, wann er die Grenzwerte erreicht und wie stark seine Vergütung dann sinkt, psychologisch wirkt es aber wie eine Kürzung des erarbeiteten Honorars.

Das Vergütungssystem sollte stattdessen so gestaltet werden, dass die Preisgestaltung betriebswirtschaftlich begründbar ist, gleichzeitig transparenter und eine leistungsbezogene Kürzung nicht mehr erfolgen muss. Für den Arzt hieße das hohe Transparenz bei gleichzeitig sachgerechter und abschlagsfreier Vergütung.

Um diese Ziele miteinander zu verbinden, sollte bei einer modernen Einzelleistungsvergütung berücksichtigt werden, dass bei den meisten Leistungen die Praxiskosten nicht linear zu der erbrachten Leistungsmenge steigen (sogenannte Fixkostendegression). Die Vergütung sollte sich stärker an den tatsächlich anfallenden Kosten in den Praxen orientieren, somit ebenfalls degressiv ausgestaltet sein.

⁶⁴ Quelle: Honorarverteilungsmaßstab der KV Berlin mit Wirkung zum 01.10.2013.

5.3.2.2 Funktionsprinzip einer Steuerung der Vergütung mit Einzelleistungen

Die Leistungen des EBM wurden mit Hilfe einer sogenannten Vollkostenrechnung basierend auf einer hypothetischen Durchschnittspraxis kalkuliert. Dabei wurde die Summe aller Fixkosten auf die Summe der entsprechenden EBM-Leistungen umgelegt und damit unterstellt, diese fielen proportional zur Leistungserbringung eines Jahres an.

Es ist aber davon auszugehen, dass nur ein Teil der Kosten einer Praxis variabel ist (Kosten fallen je Fall bzw. Leistung an, bspw. der Arztlohn). Die übrigen Kosten sind dagegen fix oder zumindest sprungfix (Kosten entstehen unabhängig von der Fall- und Leistungszahl bzw. steigen erst beim Überschreiten bestimmter Mengen).⁶⁵ Durch eine Vollkostenrechnung werden also Fälle bzw. Leistungen immer zum vollen Preis vergütet, selbst wenn die realen Kosten mit steigender Leistungs- bzw. Fallzahl sinken. Die Kalkulation führt dadurch zu zwei miteinander verknüpften Fehlanreizen: Der Arzt konzentriert sich erstens auf Konstellationen, bei denen die Vergütung besonders hoch im Vergleich zu den tatsächlichen Kosten ist – das sind vor allem Technikleistungen. Und zweitens kann der Arzt durch Mengenausweitung überproportional steigende Gewinne erzielen. Wenn bei einer gewissen Zahl von Leistungen die Fixkosten gedeckt sind, bringen zusätzliche Leistungen einen besonders hohen Gewinn.

Anders ist es bei der Trennung der Vergütung in zwei Komponenten basierend auf einer Teilkostenrechnung:

Die fixen Kosten einer Praxis werden aus der Leistungsbepreisung vollständig herausgerechnet. Der durchschnittliche Fixkostenblock in Euro wird durch eine gewisse Anzahl Leistungen dividiert, die als notwendig definiert wird, um die durchschnittlichen Fixkosten einer Praxis zu amortisieren. Je erbrachter Leistung⁶⁶ erhält der Arzt genau bis zu dieser An-

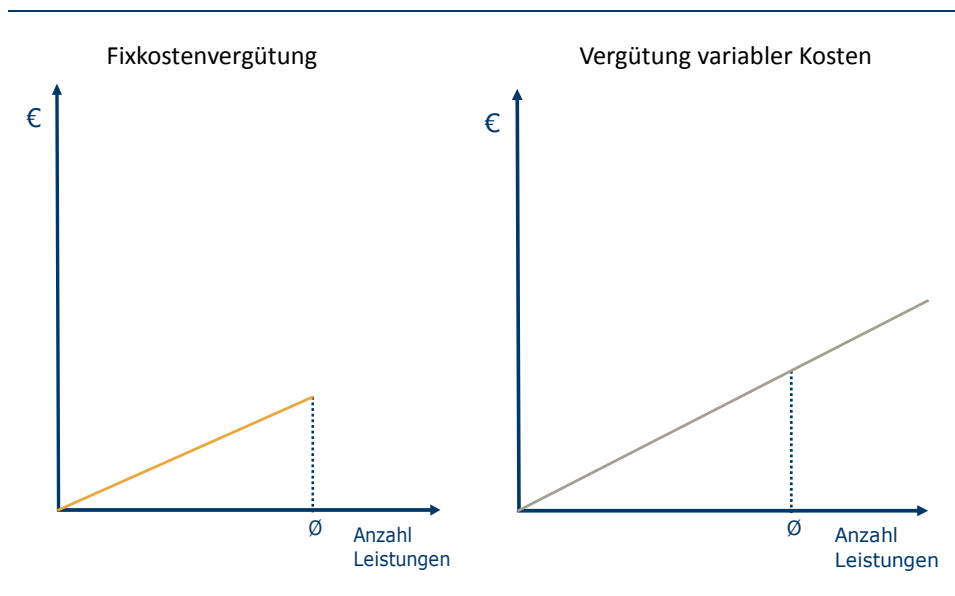
⁶⁵ Beispiel: Praxismiete und -ausstattung bilden i. d. R. einen fixen Kostenblock. Einmal bezahlt, steigt die Miete nicht mit einer größeren Zahl von Patienten. Verbandsmaterial fällt fallbezogen an, könnte also als variabler Kostenanteil interpretiert werden. Die Personalkosten für Arzthelfer sind innerhalb gewisser Grenzen fix. Sobald eine große Zahl an Patienten zusätzliche Personalkapazitäten erfordert, sind sie sprungfix. Würde Personal jedoch in Zeitarbeit beschäftigt, könnten die Personalkosten auch als variabel bezeichnet werden. Die (kalkulatorischen) Kosten für die Zeit des Arztes sind variabel, sie steigen direkt mit dem Zeiteinsatz.

⁶⁶ Wie unten weiter ausgeführt, werden in diesem Modell unterschiedliche Einzelleistungen gleichwertig berücksichtigt. Die Fixkosten werden pauschal aufgeteilt, allerdings nicht als Euro-Zuschlag, sondern als prozentualer Zuschlag auf die variable Vergütung pro Leistung. So kann der Arzt seine Leistungen bedarfsgerecht auswählen. Eine alternative Verfahrensweise bei der konkrete Fixkostenblöcke einzelnen Leistungen zugeordnet werden (also: Anschaffungskosten für ein Gerät nur den mit diesem Gerät erbrachten Leistungen usw.) ist ebenfalls denkbar, in der Kalkulation aber komplexer.

zahl der Leistungen neben der variablen Vergütung über die EBM-Position (s. u.) eine Fixkostenvergütung. Danach erfolgt keine weitere Fixkostenvergütung (vgl. Abbildung 2 links).

Die EBM-Einzelleistung ist ausschließlich mit variablen Kostenanteilen bewertet. Da diese genau den Kosten entsprechen, die für das ELV-System als betriebswirtschaftlich begründbar kalkuliert wurden, bedarf es für diese Vergütungskomponente keiner Begrenzung (vgl. Abbildung 2 rechts).

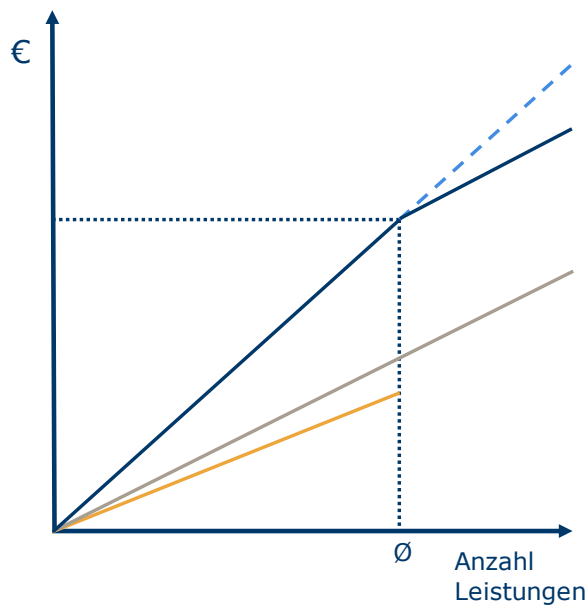
Abbildung 2: Vergütungsfunktion für fixe (links) und variable Vergütungskomponente (rechts) abhängig von der Leistungsmenge (\emptyset = zu definierende Leistungsmenge, die notwendig ist, um die durchschnittlichen Fixkosten zu decken)



Quelle: IGES

Es handelt sich somit um zwei getrennte Vergütungskomponenten, eine unbegrenzte und eine begrenzte. Beide Vergütungen zusammen ergeben eine degressive Vergütungsfunktion (vgl. Abbildung 3). Im Arbeitsalltag wirken die beiden Vergütungskomponenten zusammen so, als hätte die Leistung zwei Preise. Einen vor einer Vergütung in Höhe der durchschnittlichen Fixkosten und einen danach. Die Fixkostenkomponente kann aber auch als "Fixkostenaufschlag" auf den jeweiligen Preis der Leistung interpretiert werden.

Abbildung 3: Vergütungsfunktion der variablen (graue Linie) und fixen (orange Linie) Vergütungskomponenten zusammen (blaue Linie) abhängig von der Leistungsmenge (\emptyset = zu definierende Leistungsmenge, die notwendig ist, um die durchschnittlichen Fixkosten zu decken); die gestrichelte hellblaue Linie entspricht einer linearen Vergütung ohne Mengenbegrenzungsinstrumente



Quelle: IGES

5.3.2.3 Notwendige Voraussetzungen

Das Konzept setzt voraus, dass die durchschnittlichen Fixkosten einer Praxis bekannt sind. Für eine zeitnahe Umsetzung des Konzeptes kann die Erhebung der Praxiskosten durch das Statistische Bundesamt herangezogen werden.⁶⁷ Um die Fixkosten an regionale Gegebenheiten anzupassen (Mietspiegel, Personalkosten etc.) und nach Arztgruppen zu differenzieren, ist vermutlich die Stichprobe zu erweitern, jedoch keine grundsätzlich neue Erhebung erforderlich. Entsprechend der sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen bedarf die Erhebung der Fixkosten einer ausreichenden Differenzierung nach Arztgruppen, teilweise auch innerhalb einer Fachrichtung, da z. B. bei operativ tätigen Augenärzten bereits eine völlig unterschiedliche Kostenstruktur vorliegt als bei konservativ tätigen Augenärzten.

⁶⁷ Öffentlich verfügbare Zahlen sind jedoch nur auf sehr globaler Ebene verfügbar: vgl. z. B. <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Dienstleistungen/Tabellen/Kassenpraxen.html>.

Ein wesentlicher Steuerungshebel besteht in der Festlegung der zu definierenden arztgruppenspezifischen Leistungsmenge, mit der die volle Deckung der durchschnittlichen Fixkosten erreicht werden soll. Auch hierfür könnten Ist-Werte verwendet werden, die unterschiedliche Praxistypen berücksichtigen (s. u.). Dies setzt allerdings einen Anreiz, die bisherigen Mengen weiterhin mindestens zu erreichen.

5.3.2.4 Funktionsweise der Vergütung aus Arztsicht

Aus Sicht des Arztes funktioniert dieses Vergütungssystem wie folgt:

Zu Beginn eines Abrechnungszeitraums liegt dem Arzt der EBM-Katalog mit für seine Arztgruppe und ggf. seine Praxisform spezifischen Preisen vor. Die Preise sind nach der variablen Vergütung (EBM) und Fixkostenvergütung getrennt (können von der Praxissoftware der Einfachheit halber zusätzlich auch als Summe ausgewiesen werden). Darüber hinaus ist ihm bekannt, welche Fixkosten ihm insgesamt erstattet werden und wie viele Leistungen er dafür erbringen muss. Unterstützt durch die Praxissoftware, weiß der Arzt jederzeit, wie hoch der bisherige Umsatz seiner Praxis ist und wie hoch die jeweils nächste Leistung vergütet wird. Bei entsprechend vorliegenden Kenntnissen seiner eigenen praxisspezifischen Fixkosten ist dem Arzt auch bereits bekannt, ob er diese Fixkosten amortisieren kann oder nicht und ob dies auch mit seiner üblichen Leistungserbringung möglich ist. Auch kann der Arzt seine Fixkosten mit dem Durchschnitt vergleichen, ggf. also Effizienzreserven aufdecken. Die Transparenz seines Einkommens ist für ihn deutlich erhöht, die Komplexität hat sich reduziert.

Behandelt der Arzt mehr Fälle als notwendig sind, um seine Fixkosten zu refinanzieren, so weiß er, dass darüber hinausgehende Leistungen weiter voll bezahlt werden. Sein Arzthonorar steigt, auch wenn der Fixkostenaufschlag nicht weiter gezahlt wird.

Je nach Leistungsmenge weicht seine Fixkostenvergütung von seinen tatsächlichen Fixkosten ab. Wie heute schon kann jede dieser Konstellationen für ihn betriebswirtschaftlich attraktiv sein. Bei einer Praxis mit günstiger Miete und abgeschriebener Ausstattung reicht eine geringere Leistungsanzahl aus. Höhere Fixkosten für eine teure Praxis in guter Lage refinanzieren sich u. U. durch zusätzliche Patienten.

5.3.2.5 Ausgestaltung der Umsetzung

In der Gesamtbetrachtung kann das Modell zunächst auch aufkommensneutral gestaltet werden: Bei korrekter Kalkulation beider Vergütungsmodelle (aktuelles und vorgeschlagenes) würde ein durchschnittlich arbeitender Arzt jeweils die gleiche Vergütung erhalten, da die Fixkosten genau mit seiner erbrachten Leistungsmenge amortisiert sind.

Durch das vorgeschlagene Vergütungsmodell entfällt der bisherige Anreiz, einen Gewinn daraus zu erzielen, dass bei Mehrleistungen auch Kosten erstattet werden, die gar nicht mehr anfallen. Somit liegt die erzielbare Höhe des Arzteinkommens aus Fixkostenvergütung und EinzelLeistungsvergütung insgesamt niedriger als heute und damit auch der Anreiz für zusätzliche Leistungen. Dies könnte auch dazu führen, dass Leistungen mit geringem Fixkostenanteil (z. B. Patientengespräche) nun durch eine gleichwertigere Berücksichtigung im Vergleich zu heutigen Technikleistungen eine größere Bedeutung erhalten können.⁶⁸

Bei der Ausgestaltung des Modells sollten folgende Herausforderungen und Ausgestaltungsoptionen berücksichtigt werden:

- ◆ Eine Umstellung auf Einzelleistungsvergütungen kann ein geeigneter Anlass sein, eine umfassende Neukalkulation des EBM vorzunehmen. Die richtige Zuordnung in Fixkosten und variable Kosten ist nicht trivial, sollte im optimalen Fall aber trennscharf sein. Für den ersten Schritt können die vorhandenen Kalkulationen verwendet werden. Im Zeitverlauf sollten jedoch sukzessive Neukalkulationen bzw. Aktualisierungen vorgenommen werden- allein schon, um Kostenentwicklungen oder Produktivitätsfortschritte berücksichtigen zu können.
- ◆ Würden die Fixkosten für jede Leistung in gleicher absoluter Höhe vergütet, bestünde ein ökonomischer Fehlanreiz, sehr einfache Leistungen zu erbringen. Die Fixkosten sollten daher proportional zum variablen Kostenanteil der Leistungen verteilt werden. (Vereinfacht: Leistungen mit höherer Punktzahl erhalten einen höheren Fixkostenanteil.)
- ◆ Die Fixkosten könnten auch in verschiedene Fixkostenblöcke eingeteilt werden, so dass eine Leistungsdifferenzierung möglich wäre. Für bestimmte Leistungen (z. B. Durchführung von MRT-Leistungen) würde dann ein eigener Fixkostenblock gebildet. Ein Arzt ohne Gerät könnte auf diesen Block nicht zugreifen. Erbrächte ein Arzt mit MRT eine Leistung ohne das MRT könnte er ebenfalls auf diesen Fixkostenblock nicht zugreifen. Erbrächte er eine MRT-Leistung, erhielte er aus dem Fixkostenblock eine Fixkostenvergütung. Aus Gründen der Komplexität erscheint dies jedoch zunächst nicht praktikabel. Faktisch werden zudem die Geräte durch Anforderungen an Qualifikation und Personal bestimmten Arztgruppen zugeordnet, sodass sichergestellt sein dürfte, dass die entsprechenden Fixkostenanteile überwiegend nur in den entsprechenden Praxen anfallen können.

⁶⁸ In diesem Fall könnte es bei der Umstellung zu starken Honorarverschiebungen zwischen Arztgruppen kommen.

- ◆ Im Zeitverlauf ist zu entscheiden, wie Leistungen vergütet werden, die bspw. in Praxen mit und ohne MRT gleichermaßen erbracht werden, also etwa Gesprächsleistungen. Es könnte ein Tarifgebermodell gewählt werden, wonach jede Leistung immer nur den Preis hat, den sie in der günstigsten Erbringungsform benötigt (ggf. mit regionaler Differenzierung). Im Beispiel: Für ein gleich langes Beratungsgespräch erhält der Radiologe nicht mehr als der Allgemeinmediziner. – In einem pragmatischen Übergangsmo- dell können die Leistungen zunächst auch unterschiedlich bepreist werden. Die Fixkosten des Radiologen werden auf den Fixkostenaufschlag aller seiner Leistungen umgelegt. Für das Gespräch erhält er somit bis zur durchschnittlichen Erstattung der Fixkosten eine höhere Vergütung als der Hausarzt.
- ◆ Es kann als sinnvoll erachtet werden, dass Ärzte gewisse Strukturen vorhalten, unabhängig davon, ob dafür durch den Arzt genügend Leistungen erbracht werden können, um die Fixkosten zu amortisieren.⁶⁹ Dies wäre dann eher durch einen Sicherstellungszuschuss als durch eine Anpassung der Vergütungssystematik zu regeln.
- ◆ Umgekehrt kann eine Fixkostenvergütung, z. B. für medizinische Großgeräte, auch an eine Mindestanzahl an Leistungen gekoppelt werden, etwa um Qualitätsmindeststandards vorzugeben. Es ist nicht im Interesse der Versicherten, Geräte in einer Praxis zu finanzieren, wo diese Geräte aus betriebswirtschaftlichen Gründen gar nicht stehen sollten. Es dürfte jedoch aus gleichen Gründen ohnehin für die meisten Ärzte unattraktiv sein.⁷⁰
- ◆ Das derzeitige Kalkulationssystem orientiert sich an der Leistungsmenge und Kostenstruktur einer virtuellen Durchschnittspraxis. Aus Anreizgründen könnte es sinnvoll sein, die Kalkulation behutsam auf eine betriebswirtschaftlich effiziente Praxis hin zu entwickeln.⁷¹

⁶⁹ Der Fall wird selten vorkommen, kann aber eintreten, wenn in einer sehr dünn besiedelten Region eine Arztpraxis eingerichtet werden soll: zu wenige Patienten könnten die Fixkosten nicht tragen.

⁷⁰ Eine denkbare Konstellation, wo ein Arzt dazu geneigt sein könnte, derartige Geräte dennoch vorzuhalten, sind bereits voll abbeschriebene Medizingeräte, für die dem Arzt im Prinzip keine Fixkosten bei der Leistungserbringung mehr entstehen.

⁷¹ Da eine normative Bestimmung einer betriebswirtschaftlich effizienten Praxis großes Diskussionspotenzial birgt, könnte man auch empirische Benchmarks verwenden und den Sollwert bspw. beim dritten Quartil der Praxiskosten einer Arztgruppe ansetzen.

- ♦ In jedem Fall ist zu berücksichtigen, dass Praxen gleicher Fachrichtung sehr unterschiedlich in Größe, Arbeitsorganisation, Leistungserbringung und Ausstattung sein können. Wie bei jeder Kalkulation ist ein Gleichgewicht zwischen Komplexität durch Kleinteiligkeit und angemessener Berücksichtigung von Unterschieden zu erreichen.

5.3.2.6 Konkrete Berechnung und Einführung eines Übergangsmodells

Für die Einführung des Systems wird ein pragmatisches Übergangsmodell vorgeschlagen. Dazu wird die Datenauswertung des Statistischen Bundesamtes so erweitert, dass eine größere Differenzierung der Subgruppen möglich ist. Dabei sollten zumindest übergangsweise regionale Kostenunterschiede auf KV-Ebene berücksichtigt werden. Bei der Neukalkulation der Leistungsbewertungen wird es insbesondere bei techniklastigen Leistungen zu erheblichen Bewertungsunterschieden im Vergleich zu der vorherigen Systematik kommen, da die Fixkosten nur noch als Aufschlag auf die Leistung gezahlt werden.

Für eine Umstellung auf das neue Vergütungssystem bei unveränderten Mengen kann die Berechnung in den folgenden fünf Schritten vorgenommen werden.

1. Bestimmung des faktischen heutigen Durchschnittspreises einer Leistung (fachgruppenspezifisch; je nach Modell der Umstellung inkl. oder exkl. der Abstufungswirkungen)
2. Erhebung der Durchschnittswerte für fixe Praxiskosten (2a) und Leistungspunktmengen (2b) nach Subgruppen (KV, ggf. sogar Raumtyp (Stadt/Land oder ähnliche Einteilungen), Arztgruppe/Praxistyp)
3. Berechnung der Fixkostenanteile je Praxistyp (vereinfacht: mittlere Fixkosten in Punkten geteilt durch durchschnittliche Punktmenge)
4. Festlegung der verbleibenden variablen Anteile:
 - a. Ermittlung des durchschnittlichen Fixkostenanteils
 - b. Abzug des pauschalen Fixkostenanteils von der Leistungsbewertung
 - c. Ermittlung des prozentualen Fixkostenzuschlags je Leistung bis zur Höhe der Durchschnittslinie. Dieser Fixkostenaufschlag wird dann bis zur Durchschnittslinie auf die einzelnen Leistungen aufgeschlagen
5. Festlegen der Durchschnittslinie, bis zu der Fixkosten erstattet werden (Festlegung unabhängig von Schritt 4c (s. u.))

Zur Verdeutlichung sind in Tabelle 2 die Rechenschritte für vier beispielhafte Fachgruppen dargestellt.

Tabelle 2: Berechnung der variablen Leistungsbewertung und des Fixkostenaufschlags

	Schritte							
	1	2a	2b	3	4a	4b	4c	5
Fachgruppe	Mittlere Leistungsbewertung heute	Fixkosten gesamt in Punkten (Durchschnitt)	Leistungspunkte gesamt (Durchschnitt)	Fixkostenanteil	Fixkostenanteil Leistung	variable Leistungsbewertung	Fixkostenaufschlag	Durchschnittspunkte
Berechnung (Schrittziffern):				2a/2b	3*1	1-4a	4a/4b	
A	100	40.000	100.000	40%	40	60	67%	100.000
B	100	50.000	100.000	50%	50	50	100%	100.000
C	150	30.000	100.000	30%	45	105	43%	100.000
D	50	70.000	100.000	70%	35	15	233%	100.000

Quelle: IGES

In dem so skizzierten Berechnungsmodell kommt Schritt 5 eine besondere Bedeutung zu, da er die größte Vielfalt an Optionen eröffnet. Die Festlegung der Durchschnittslinie ist letztlich eine politische Entscheidung. Um akzeptiert zu werden muss die Wahl der Durchschnittslinie in jedem Fall ausreichend differenziert sein, um dort, wo wesentliche Unterschiede vorliegen, auch wesentliche Unterschiede abzubilden. In dem Modell entspricht die Durchschnittslinie stets der durchschnittlichen Punktmenge einer Fachgruppe.

5.3.2.7 Ausgestaltung in der mittelfristigen Konzeptfortschreibung

Da die Erhebung und Festlegung der Fixkostenanteile (Schritte 2 und 3) bei den EBM-Leistungen von zahlreichen methodischen Entscheidungen abhängt, die zwischen Ärzteschaft und GKV strittig sein könnten, sollte erwogen werden, dass die Festlegung der Fixkosten samt empirischer Erhebung mittelfristig durch ein unabhängiges Institut erfolgt (analog der Erhebung der Kostenstrukturen der Krankenhäuser durch die InEK GmbH). So wäre die Bestimmung dieser Vergütungskomponente nicht mehr Bestandteil der Honorarverhandlungen. Der Arzt kann sich sicher sein, dass die Bestimmung der Fixkostenvergütung nicht politisch beeinflusst wurde, sondern sachgerecht erfolgt ist.

Auch muss selbstverständlich gewährleistet sein, dass angemessen berücksichtigt wird, dass die Fixkosten teilweise auch den PKV-Patienten in der Praxis zuzuordnen sind.⁷²

Fazit

Der Vorschlag für die Konzeption einer Vergütungssystematik bei Einzelleistungsvergütung zieht einerseits betriebswirtschaftliche Aspekte mit ein, berücksichtigt aber andererseits auch die psychologischen Auswirkungen, die traditionelle Abstufungsmodelle bei Ärzten bewirken.

Es gibt keine Abstufung der Vergütung von Einzelleistungen. Alle Kosten werden so vergütet wie sie anfallen, die Vergütung ist zu jedem Zeitpunkt vorhersehbar. Beide Aspekte sind aus psychologischer Sicht günstiger zu vermitteln, selbst wenn in der Summe die Auszahlung an die Ärzte bei der Umstellung aufkommensneutral wäre. Für das Konzept sprechen somit eine hohe Transparenz, ein aus Sicht des Arztes deutlich unkompliziertes Vergütungssystem mit hoher Vorhersehbarkeit und zudem die Möglichkeit, die Leistungserbringung vollständig selbstbestimmt quantitativ und qualitativ auszugestalten.

Der Effekt der Mengenbegrenzung tritt ein, weil davon ausgegangen werden kann, dass auch für Ärzte der linear steigende Arztlohn einen sinkenden Grenznutzen hat, also der Freizeitwert ab einem gewissen Punkt höher liegt. Es ist nicht genau vorherzusagen, in welchem Ausmaß Ärzte Leistungen ab dem Zeitpunkt der Vergütung ihrer Fixkosten hinaus, weiter erbringen werden. Einige Szenarien werden im folgenden Kapitel simuliert. Durch eine empfehlenswerte Etablierung eines Konvergenzverfahrens könnten zu starke Verwerfungen des Umstellprozesses abgefedert werden.

Im Vergütungssystem kommt es zu wesentlichen Vereinfachungen. Im Vergleich zum in Abschnitt 3.1 beschriebenen aktuellen mehrstufigen System entfallen fast alle Regelungsmechanismen, die nötig sind, um die Diskrepanzen zwischen den Ebenen auszugleichen. Vor allem bei der Mittelverteilung durch die KVen würde es durch das vorgeschlagene Modell zu wesentlichen Vereinfachungen durch den Wegfall der komplizierten Instrumente kommen. Die Notwendigkeit zur Vereinbarung der MGVs und zur Honorarverteilung fallen prinzipiell weg. Getrennte Honorartöpfe nach Arztgruppen sind nicht mehr erforderlich. Auf der Ebene der Gesamtvergütung (also in der Verhandlung mit der GKV) ist eine

⁷² Dies ist dem Grunde nach bereits heute bei der Leistungsberechnung im EBM-Katalog mit berücksichtigt. Dort liegt bei der Kalkulation der EBM-Bewertung die hypothetische Annahme einer reinen GKV-Praxis zugrunde.

Fortschreibung des Behandlungsbedarfes, eine Bestimmung der Morbiditätsentwicklung o. ä. nicht länger erforderlich.⁷³

Besteht der politische Wille, eine derartige Reform anzugehen, so ist basierend auf heute verfügbaren Daten bereits eine Umsetzung möglich. Das Vergütungssystem könnte darauf aufbauend evolutionär um neue Kostendaten und Leistungsdefinitionen ergänzt werden.

5.4 Ausgestaltungsoptionen des ELV-Modells

In diesem Abschnitt werden einige weitere Fragestellungen bezüglich eines ELV-Modells dargestellt, zu welchen vereinzelt kurz Stellung genommen wird:

- ◆ Wie soll die *Form der Umrechnung* ausfallen? Soll es bei der gleichen Leistungsgesamtmenge bleiben? Soll ein ganz neues Modell zwischen EBM und GOÄ gefunden werden?
- ◆ Welche *Differenzierung* gibt es innerhalb der Vergütung? Sind die Preise einzelner Leistungen bundesweit gleich oder nach KVen verschieden? Sollte die Differenzierung nach Arztgruppen (Haus- bzw. Facharzt) oder anderen Merkmalen stattfinden?
- ◆ Welchen *Grad der Granularität* sollen die abrechenbaren Einzelleistungen haben, d. h. was ist die "Intervall- oder Schrittgröße" in der die Leistungen definiert sind und abgerechnet werden können? (hier nicht diskutiert)
- ◆ Soll es *Schweregradzuschläge* für bestimmte Altersgruppen oder Chroniker geben, wie sind diese ausgestaltet und welchen Anteil an der Einzelleistungsvergütung haben sie? (hier nicht diskutiert)

Form der Umrechnung

Bei einer Umstellung auf ELV sind drei prinzipielle Optionen mit unterschiedlicher Radikalität denkbar, um die Preise der Einzelleistungen zu bestimmen:

- ◆ die Umrechnung der heute tatsächlich gezahlten Preise in feste Euro-Werte auf Basis des derzeit gültigen EBM (mit geringen Anpassungen)
- ◆ eine Neuberechnung des EBM
- ◆ komplette Neuordnung der ärztlichen Vergütung mit einer einheitlichen Gebührenordnung, welche sich zwischen GOÄ und EBM ansiedelt

⁷³ Rein technisch wäre es möglich, dass einzelne Kassen unterschiedliche Punktwerte vereinbaren, dies kann jedoch kein Ziel einer Vergütungsreform sein.

Der erste Ansatz wurde gewählt, da er pragmatisch umsetzbar und im Prinzip ausgabenneutral ist. Alle Möglichkeiten für die anderen beiden Schritte bleiben damit offen. Die Anpassungen des EBM bestehen im Wesentlichen in der beschriebenen Abspaltung der Fixkostenkomponente und in dem Ersatz der Grund- bzw. Versichertenpauschalen durch Einzelleistungspositionen.

Die Ziffern im EBM und in der GOÄ sind nur zu einem kleinen Teil deckungsgleich, überwiegend werden unterschiedliche Leistungsinhalte bzw. nur begrenzt miteinander vergleichbare Leistungsinhalte beschrieben.⁷⁴ Eine komplette Neuordnung der ärztlichen Vergütung mit detaillierter neuer Zuordnung von Leistungen, Ermittlung von Kosten und Preisen wäre sicherlich prospektiv wünschenswert. Es handelt sich, wie bereits erwähnt, um ein langwieriges und diskussionsträchtiges Reformvorhaben, das einen ausreichenden Zeitrahmen erforderlich machen würde. Trotz der überwiegend suboptimal definierten Gebührenordnungspositionen im EBM und deren derzeit gültigen Vergütungshöhe, stellt dieser Ansatz eine sinnvolle und pragmatische Ausgangsbasis für die Umstellung der Vergütung auf ein Einzelleistungssystem dar.

Differenzierung

Um bei einer Umstellung des Vergütungssystems die notwendige Akzeptanz zu sichern, sind in mehrerer Hinsicht Konvergenzregeln erforderlich. Bei den nachstehend vorgeschlagenen Konvergenzthemen sollte es sich um Übergangslösungen handeln, die nur eine begrenzte Berechtigung haben und in absehbarer Zeit durch ein optimales System abgelöst werden.

Der erste Aspekt der Konvergenz betrifft die Regionalität. Die ELV kann bundesweit oder auf regionaler Ebene umgesetzt werden. Auf den ersten Blick erscheint eine bundesweite Umsetzung als das rationalere System. Auch die GOÄ gilt bundesweit gleich. Dagegen sprechen jedoch die in diesem Fall auftretenden Umverteilungswirkungen zwischen KVen. Aktuell bestehen in den KVen sehr unterschiedliche Vergütungen pro Arzt, pro Patient oder auch pro Fall. Durch eine bundesweite Leistungsbepreisung nach den vorgeschlagenen Rechenschritten würde es zu größeren relativen Verschiebungen zwischen den KVen kommen (und faktisch von der Landespolitik in den "verlierenden" Regionen verhindert werden).

Eine regionale Differenzierung ist dem Gesundheitswesen nicht fremd und wird selbst im G-DRG-System mit unterschiedlichen Landesbasis-

⁷⁴ Vgl. Niehaus, F (2009): Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM. Wissenschaftliches Institut der PKV; WIP-Diskussionspapier 7/09 (www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Vergleich_der_aerztlichen_Verguetung_nach_GOAE_und_EBM.pdf; Zugriff 18.12.2013).

fallwerten praktiziert. Zu Beginn sollte daher eine KV-spezifische Umrechnung der Preise für Einzelleistungen erfolgen. Ob anschließend weiter regional verhandelt oder eine Konvergenz angestrebt wird, ist als gesundheitspolitische Fragestellung von der ELV unabhängig.

Eine weitere Frage betrifft das Verhältnis von Hausärzten und Fachärzten. Dahinter steht die Herausforderung, dass sich über viele Jahre mehr Ärzte für eine fachärztliche als für eine hausärztliche Niederlassung interessiert haben. Zurzeit wird insbesondere durch getrennte Honorartöpfe versucht, einen Steuerungsanreiz zugunsten der hausärztlichen Versorgung zu setzen. Nach der Umstellung zur ELV wäre es langfristig vorzuziehen, gleiche Leistungen zwischen Haus- und Fachärzten bzw. Facharztgruppen gleich zu vergüten. Bereits im heutigen EBM bestehen klare Regelungen, welcher Arzt mit welchen Qualifikationen welche Leistungen überhaupt abrechnen darf bzw. davon ausgeschlossen ist.

Getrennte Honorartöpfe zwischen Haus- und Fachärzten sind nach dem vorgeschlagenen System nicht weiter notwendig, da keine vorher begrenzte Gesamtvergütung mehr vorliegen muss. Sofern weiterhin eine Steuerung des Verhältnisses von Haus- und Fachärzten gewünscht wird, müssen hierzu andere Instrumente (bspw. in der Bedarfsplanung) eingesetzt werden.

Unterhalb dieser Ebene kann es fachgruppenspezifisch durch das neue Vergütungssystem zu weiteren relativen Verschiebungen der Honorierung zwischen Arztgruppen mit unterschiedlichen Fixkostenanteilen kommen. Auch wenn diese Umverteilungen für Außenstehende als gerecht betrachtet werden können und ggf. gesundheitspolitischen Zielen wie der Förderung der sprechenden Medizin folgen, dürfen schon wegen des Investitionsschutzes keine zu plötzlichen Verwerfungen auftreten. Daher kann es sinnvoll sein, die Vergütungen über einen angemessenen Zeitraum zu konvergieren, indem Einkommensverluste und -gewinne begrenzt werden. Vergütungssteigerungen würden durch die Konvergenz vermutlich stärker den Arztgruppen zugeordnet, die einen "Aufholbedarf" haben, so dass sie sich ihren Kollegen aus den anderen Fachgruppen annähern.

Nach dem Ende der Konvergenzphase sollte eine einheitliche Vergütung für alle Ärzte in Deutschland bestehen. Nur wenige begründete Ausnahmen sollten noch besondere Zuschläge erlauben, bspw. als Sicherstellungszuschläge.

Weitere Differenzierungskriterien sind vorstellbar, bspw. bei der Häufung bestimmter durch Alter, Krankheitsspektrum o. ä. charakterisierter Patientengruppen in einer Praxis. Um die Übersichtlichkeit des Systems möglichst groß zu halten, sollte darauf jedoch verzichtet werden. Bei geeigneter Definition der Preise sollten einer Praxis durch den Risikomix der Patienten keine Nachteile entstehen.

5.5 Verknüpfung mit Qualitätsaspekten

Die Einführung der Einzelleistungsvergütung im ambulanten Sektor führt zu einer höheren Qualitätstransparenz für die KVen und gesetzlichen Krankenversicherungen. Dies liegt vor allem in der besseren Datenqualität durch eine vollständige Leistungsdokumentation begründet. Die ärztliche Tätigkeit wird so genauer abgebildet.

In diesem Abschnitt wird dargestellt, wie diese Transparenz genutzt werden kann, um weitere konkrete Maßnahmen der Qualitätssteuerung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einzuführen.⁷⁵

Strukturqualität

Schon heute werden im EBM Kriterien bezüglich der Strukturqualität vorgegeben, die eine Arztpraxis erfüllen muss, um bestimmte Leistungen erbringen zu dürfen. Solche Vorgaben müssten auch in einer neuen Vergütungssystematik weiterhin bestehen. Allerdings gibt es keine großen Vorteile, die sich aus der Umstellung vom EBM hin zu einer Einzelleistungssystematik für die Verbesserung der Strukturqualität ergeben würden.

Prozessqualität

Ein zentrales Merkmal einer Einzelleistungsvergütung ist die genaue und transparente Erfassung der im Rahmen einer Behandlung getätigten Arbeitsschritte auf Basis des Abrechnungssystems. Ein Vergleich der in Leitlinien festgehaltenen Schritte einer Behandlung mit den abgerechneten Schritten gibt Aufschluss über die Prozessqualität der Behandlung.

Diese Wirkung kann noch gesteigert werden, wenn für einzelne Leistungen die genaue Dokumentation der Diagnosen als Voraussetzung eingeführt wird. (Die Diagnosen sind heute ohne Datum und zudem oft ungenau kodiert.) Diese Zuordnung ermöglicht eine Reihe relevanter Erkenntnisse über die faktische Behandlung und deren Spannbreite bei bestimmten Diagnosen. Sie bietet die Basis für vorteilhafte Prozessverbesserungen.

Ergebnisqualität

Die Behandlungs- bzw. Versorgungsqualität kann gesteigert werden, wenn durch eine ELV andere oder mehr medizinisch indizierte Leistungen erbracht werden als zuvor unter den Bedingungen einer Pauschale.

⁷⁵ Strukturqualität bezieht sich auf die Qualität der Infrastruktur und Rahmenbedingungen, die die Grundlage zur Leistungserbringung darstellen. Prozessqualität bezieht sich auf die korrekte Ausführung aller Einzelschritte einer Behandlung. Unter Ergebnisqualität werden die Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten verstanden, die auf eine medizinische Behandlung zurückgehen.

Je nach Anreiz ist es tendenziell wahrscheinlicher als bei Pauschalen, dass Patienten alle Leistungen erhalten, die sie benötigen. Es kann aber auch zu einer Überversorgung der Versicherten kommen.

Für die Verbesserung der Ergebnisqualität ist deren Messung von wesentlicher Bedeutung. Eine Umstellung vom derzeit gültigen EBM hin zur Einzelleistungsvergütung würde keinen originären Vorteil bezüglich der Messung von Ergebnisqualität schaffen. Zudem müssen die Schwierigkeiten in der Erfassung von Ergebnisqualität bedacht werden. Besonders eine adäquate Risikoadjustierung zur Berücksichtigung der Fallschwere ist im ambulanten Sektor nur schwer umsetzbar.

Umgang mit Qualitätsergebnissen

Bezüglich der Frage des Umgangs mit zusätzlichen Erkenntnissen zur Prozessqualität gibt es häufig eine Forderung nach Pay-for-Performance-Ansätzen (P4P). Die wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Wirksamkeit und genauen Ausgestaltung von P4P ist jedoch nicht ausreichend, um eine umfangreiche Implementierung zu rechtfertigen (Veit et al. 2012).

Es gibt andererseits durchaus bewährte Steuerungsmechanismen in der ambulanten Vergütung: so vereinbaren GKV und KVen bspw. die Verwendung bestimmter Medikamente zur Vermeidung von Analogpräparaten (Leitsubstanzen nach § 84 SGB V). Die vereinbarten Zielquoten werden nicht vollständig, aber doch annähernd erreicht. In ähnlicher Form könnten Qualitätsziele vereinbart werden. Bei Patienten einer bestimmten Diagnose ist ein bestimmter Patientenanteil mit den leitliniengerechten Untersuchungen bzw. Therapien zu versorgen. Dieser Anteil sollte selbstverständlich 100 Prozent betragen. In den Verhandlungen wird man wahrscheinlich zunächst mit niedrigeren Raten beginnen müssen, die trotzdem deutlich über den heutigen Ist-Werten liegen. Die unterschiedlichen Qualitätsziele werden priorisiert und so ausgewählt, dass sie für den Arzt noch zu überschauen sind, ähnlich wie es bei den Leitsubstanzen praktiziert wird.

Zu beachten ist, dass solche Maßnahmen zu einer Qualitätssteigerung, aber nicht unbedingt zu einer Kostensenkung führen. Teilweise wird ein Qualitätsziel zum Abbau von Unterversorgung führen.

Fazit

Die ELV wäre somit im Wesentlichen für die Transparenz und Steuerung der Prozessqualität von Vorteil. Dies sollte mit geeigneten Steuerungsmaßnahmen verknüpft werden, um auch die Qualität zu erhöhen. Da die ELV voraussichtlich trotz der Mengensteuerung zu moderaten Ausgabensteigerungen führen wird (vgl. Kap. 6), sollten eine höhere Qualitätstransparenz und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung als Gegenleistung für höhere Ausgaben vereinbart werden.

6. Simulation der Kostenentwicklung bei Umsetzung des Modells

Wie gezeigt, kann eine ambulante Einzelleistungsvergütung mit Kostensteigerungen verbunden sein (Kap. 4). Daher wurde ein ELV-Modell entwickelt, das einer zu großen Mengenausweitung entgegenwirkt (Kap. 5).

Um zu prüfen, ob eine Umsetzung der ELV für die GKV wirtschaftlich tragbar ist, muss geprüft werden, welche Wirkungen die ELV auf die Ausgabenentwicklung des ambulanten Sektors haben wird. Die Simulation dieser Parameter in verschiedenen Szenarien stellt den Inhalt dieses Kapitels dar.

Zunächst wird das methodische Vorgehen erläutert (Kap. 6.1). Anschließend wird die empirische Ausgangsbasis zur Arbeit der Ärzte (6.2) dargestellt. Im Abschnitt 6.3 werden die Ergebnisse der Simulation dargestellt. In den letzten beiden Abschnitten (6.4 und 6.5) wird geprüft, inwiefern das neue System voraussichtlich den Interessen der Stakeholder der ambulanten Versorgung entgegenkommt und wie eine schnelle Umsetzung des Vergütungssystems gewährleistet werden könnte.

6.1 Methodik

6.1.1 Ausgangsüberlegungen und Vorgehen

Um die Wirkungen der Einführung der neuen Vergütungssystematik abschätzen zu können, wurden diese in einem Modell simuliert. Dafür bedarf es einer Reihe von Ausgangsüberlegungen und Festlegungen, die im Folgenden kurz dargelegt werden. Es wird auch auf Effekte eingegangen, die nicht im Modell berücksichtigt werden und wie mit diesen umgegangen werden könnte.

Ursachen für eine Mengensteigerung im Zusammenhang mit der ELV können sein

- ◆ Zusätzliche Fälle oder mehr Leistungen je Fall durch eine Ausweitung der Arbeitszeit der Ärzte
- ◆ Verschiebung der Leistungen hin zu "attraktiven" Leistungen, insbesondere zu Leistungen, für die ein zu hoher Wert kalkuliert wurde
- ◆ Inkorrekte Dokumentation der erbrachten Leistungen
- ◆ Erhöhung der Anzahl der niedergelassenen Ärzte durch höhere Attraktivität des Arztberufs

Diese Punkte werden nun einzeln besprochen, wobei der erste Punkt, die Erhöhung der Arbeitszeit für das Modell der Wesentliche ist.

Die Erbringung zusätzlicher Leistungen durch Ärzte bedarf in dem Modell einer Ausweitung der Arbeitszeit des Arztes. Die abgerechnete Punktmenge und die erbrachte Arbeitszeit wurden dabei modellhaft als proportional gesetzt. Entsprechend können Leistungen nicht beliebig ausgeweitet werden, sondern unterliegen bereits schon natürlichen Grenzen. Die Menge kann auf zwei Arten ausgeweitet werden.

- ◆ Der Arzt erbringt mehr Fälle, weil er keine Abstaffelung mehr fürchtet – dies erfordert entsprechend längere Arbeitszeit
- ◆ Der Arzt erzeugt zusätzliche Leistungen (mehr Punkte je Fall), da die Vergütung je Fall nicht mehr durch eine Pauschale abgedeckt ist – auch hier erfordern zusätzliche Leistungen mehr Zeit

Um diese beiden Effekte zu simulieren, wird basierend auf vorliegenden Abrechnungsdaten betrachtet, wie sich die Fallzahlen auf einzelne Ärzte verteilen und wie sich die Verteilung der Punktmengen auf Fälle gestaltet. Ausgehend von der Ist-Situation wird betrachtet, wie sich das Verhalten der Ärzte unter den Bedingungen der neuen Vergütungsanreize verändern wird. Es werden also implizit Annahmen getroffen, in welchem Umfang die Fallzahl je Arzt und die Punktzahl je Fall steigen werden. Offensichtlich wirken beide Hebel aber auf die Gesamtmenge der Punkte je Arzt. Die Ausweitung der Arbeitszeit des Arztes ist der wesentliche Hebel zur Erhöhung der Punktzahl eines Arztes.

Anders ist es, wenn in der gleichen Arbeitszeit die Ausnutzung von Ungleichgewichten zwischen Einzelleistungen und Konzentration auf "attraktive" Leistungen für mehr Punkte sorgen würde. Dieser Effekt wird nicht simuliert. Denn zum einen werden die Ungleichgewichte in den Bewertungsrelationen nach der Einführung der neuen Vergütung durch Neukalkulationen abgebaut werden. Zum anderen ist zu berücksichtigen, dass gewisse Ungleichgewichte innerhalb des Vergütungssystems gewollt sein können, um Anreize für die Erbringung bestimmter Leistungen zu geben.⁷⁶

Ein weiterer Aspekt ist der Inhalt der Abrechnung. Die ELV kann, wie auch das DRG-System, zu strittigen oder auch inkorrekten Abrechnungen führen. Durch den Wegfall der Notwendigkeit, Gesamtvergütungen zu vereinbaren, haben die KVen nicht länger ein originäres Interesse, die Abrechnungen der Ärzte auf ihre Stimmigkeit hin zu überprüfen, da sich die Ärzte nicht mehr gegenseitig Vergütungsanteile im Rahmen einer begrenzten Vergütung wegnehmen würden. Hier wird es dann möglicherweise neue Aufgabe der Kassen sein, die Plausibilitätsprüfung der Ab-

⁷⁶ Nicht betrachtet in der Simulation wird bewusster Betrug, also etwa das wesentliche Abrechnen von Leistungen, die nicht erbracht wurden.

rechnungen zu übernehmen.⁷⁷ Dabei sollte insbesondere geprüft werden, bei welchen Leistungen es zu unplausiblen Abrechnungszunahmen gekommen ist. Aus Sicht der Kostenträger entsteht durch die Aufgabe ein neues Konfliktfeld mit den Leistungserbringern, während dieses Konfliktfeld zwischen der Ärzteschaft und den KVen wegfällt. Im Rahmen einer Einzelleistungsvergütung könnte in diesem Kontext auch die Einführung einer verpflichtenden Patientenquittung (heute nur auf Wunsch des Patienten auszustellen) erwogen werden. Da die ELV gegenüber einer Pauschale für Patienten wesentlich nachvollziehbar ist, könnte dies einen Mehrwert aus Verbraucherschutzsicht und aus Transparenzgründen darstellen.

Zum letzten der oben aufgeführten Punkte (Erhöhung der Anzahl der niedergelassenen Ärzte): In den Berechnungen wurden potenzielle Veränderungen der Anzahl der Ärzte durch das neue Vergütungssystem nicht berücksichtigt. Zum einen werden sich Veränderungen erst mittelfristig einstellen und zum anderen sind unerwünschte Veränderungen primär durch das Mittel der Bedarfsplanung zu steuern. Basierend auf den beschriebenen Erwägungen zur Funktionsweise der neuen Vergütungssystematik wird die neue Vergütung (aufgrund der wegfallenden systematischen Übervergütung von Fixkosten) derzeitige Tendenzen der Bedarfsplanungen eher unterstützen, z. B. die Tendenz hin zu einer sprechenden Medizin. Des Weiteren wird es auch weiterhin zu überlegen sein, ob Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten neben der Vergütungssystematik geschaffen werden.

Naturgemäß ist es im Zeitverlauf von hoher Bedeutung, das System aktuell zu halten, also Veränderungen der Produktivität und der Kosten- und Leistungsstruktur regelmäßig bei der Anpassung der Leistungsbeurteilung zu berücksichtigen.

Das konkrete Vorgehen zur Simulation der Verhaltensänderungen und Ausgabeneffekte unterteilt sich in zwei Schritte.

Im ersten Schritt wird der Ausgabeneffekt der Umstellung vom heutigen System zu dem vorgestellten Modell der Einzelleistungsvergütung mit der Trennung von fixen und variablen Bestandteilen simuliert. Dieser Effekt lässt sich am leichtesten nachvollziehen, wenn man ihn als Anwendung des neuen Vergütungssystems auf eine vorliegende historische Leistungserbringung unter einem anderen Vergütungssystem betrachtet. Da die Ärzte ihre historische Leistungserbringung nicht an das neue Vergütungssystem anpassen können, zeigt dieser Effekt somit die reine Umstellungswirkung des Systems.

⁷⁷ Die Plausibilitätsprüfung muss kassenübergreifend durch eine geeignete Institution durchgeführt werden. Diese Aufgabe könnte etwa der KV verpflichtend übertragen werden.

Im zweiten Schritt wird das durch diese Umstellung veränderte Verhalten von Ärzten unter den Rahmenbedingungen der Einzeleistungsvergütung simuliert, also von einer angepassten Leistungserbringung ausgegangen. Es sind zwei Effekte zu unterscheiden:

- ◆ Vergütungseffekt, im Folgenden "Kompensationseffekt" genannt
- ◆ Mengeneffekt (im Folgenden "ELV-Effekt") bei der Leistungsausweitung

Der Vergütungseffekt beschreibt die Veränderung des ärztlichen Verhaltens als Reaktion auf eine durch die Systemumstellung veränderte Vergütungssumme für den einzelnen, ambulant tätigen Arzt. Die zugrundeliegende Annahme ist, dass ein Arzt anstreben wird, Einkommensverluste auszugleichen bzw. vollständig zu kompensieren, die durch die Systemumstellung entstehen, daher "Kompensationseffekt".

Der Mengeneffekt bezieht sich auf die spezifische Veränderung des ärztlichen Verhaltens in Form von Leistungsausweitungen nach der Umstellung von Pauschalen auf eine Einzeleistungsvergütung (daher "ELV-Effekt") und der Abschaffung von Budgetierungsmaßnahmen.

6.1.2 Datenbasis

Ausgangsbasis ist, wie beschrieben, die heutige tatsächliche Verteilung der Fallzahlen je Arzt, Punkte je Arzt und der Punktzahlen je Fall. Hierzu standen Daten der Techniker Krankenkasse zur Verfügung, die unter Berücksichtigung des KV-spezifischen Marktanteils der TK und bekannter Inanspruchnahmeunterschiede zur GKV bei einzelnen ärztlichen Fachgruppen auf die GKV hochgerechnet wurden.

Basisjahr der Betrachtungen ist 2012. Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die verwendeten Daten und deren Quellen.

Insgesamt lagen seitens der TK Daten zu 64 Mio. ambulanten Fällen vor.⁷⁸ Von diesen Fällen wurden circa 90 Prozent an das IGES übermittelt (gruppiert auf Ebene der pseudonymisierten Arzt-ID). Die übrigen Fälle wurden durch Arztpraxen erbracht, bei denen die Fälle nicht eindeutig einem einzelnen Arzt zuzuordnen waren, also keine 1:1 Beziehung zwischen Arzt und Betriebsstättennummer in den Daten vorlag.

Diese Daten wurden darüber hinaus wie folgt bereinigt: Ärztliche Fachgruppen mit nur sehr wenigen Fällen oder Ärzte, die nicht einer spezifi-

⁷⁸ Es handelt sich um die bei der TK über das KV-System abgerechneten Fälle. Nicht enthalten sind Fälle, die im Rahmen von Selektivverträgen abgerechnet wurden (z. B. Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V). Dies betrifft in Summe weniger als 5 Prozent der Versicherten.

schen Arztgruppe zuordenbare Bezeichnungen (z. B. Fachgruppe "00") aufwiesen, wurden nicht in der Simulation berücksichtigt. Ebenfalls nicht aufgenommen wurden Ärzte, denen keine Fälle oder Punkte in den Datensätzen der TK zugeordnet sind. Eine weitere Bereinigung der Daten fand um Ärzte statt, die innerhalb eines Jahres in mehr als einem KV-Bezirk praktizierten oder nicht das ganze Jahr praktizierten, da davon ausgegangen werden muss, dass diese Ärzte nicht repräsentative Leistungs- und Kostenstrukturen aufweisen.

Leistungen, die nicht nach Punktwerten, sondern Eurobeträgen bewertet sind (z. B. Laborleistungen), wurden ebenfalls nicht in der Simulation berücksichtigt.

Tabelle 3: Datenquellen

Datenart	Quelle
Punktmenge und Fallzahlverteilung nach Arzt-ID, Fachgruppe und KV-Bezirk	TK
Versichertenzahl und Marktanteil der TK je KV (als Basis für die Hochrechnung auf die GKV)	TK
Variable Kosten und Fixkosten nach Praxistyp	Destatis Kostenstrukturstatistik
Ärztliche Arbeitszeiten	KBV Ärztemonitor
Fallzahl, abgerechnete Punktmenge und Auszahlungsquote nach KV-Region und Arztgruppe	KBV Quartalsbericht

Quelle: IGES

Mögliche Fehlerquellen:

Es wurde eine große Sorgfalt bei der Plausibilitätsprüfung der uns zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten der TK angewandt. Die oben beschriebene Datenauswahl ist Ergebnis dieser Bemühungen. Eine Plausibilitätsprüfung für jeden Arzt konnte naturgemäß nicht vorgenommen werden. Bei der Filterung der in den Daten zu berücksichtigenden Ärzte können unbeabsichtigt relevante Werte ausgeschlossen worden sein. Auch die fehlende Betrachtung von EBM-Positionen mit Euro-Bewertung (z. B. Laborleistungen) und die Konzentration auf Ärzte mit eindeutig zuordenbarer Betriebsstättennummer kann zu Verzerrungen führen, wobei angenommen wird, dass dies keinen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis hatte.

Zur besseren Handhabung wurden die ärztlichen Berufsgruppen zu 42 möglichst homogenen Gruppen zusammengefasst. Vor der Zusammenfassung wurde geprüft, ob die Fallzahl- und Punktzahlverteilung der Be-

rufsgruppen vergleichbar ist. Bei einer echten Kalkulation ist ggf. eine andere Zusammenstellung der Berufsgruppen, ggf. auch eine wesentlich differenziertere Gruppenzusammenfassung sinnvoll.

Bei der anschließenden Datenverarbeitung musste aufgrund von nicht verfügbaren genaueren Daten der Marktanteil der TK je KV für alle Ärzte einer KV in gleichem Umfang auf die GKV hochgerechnet werden. Implizit musste damit angenommen werden, dass die Inanspruchnahme von Ärzten innerhalb des Versichertenkollektivs der TK regional unterhalb der KV-Ebene gleichmäßig verteilt ist. Dieser Fehler wird sich vermutlich insgesamt ungefähr wieder ausgleichen. An den Rändern der Verteilung wird es jedoch zu Extremfällen mit sehr hohem oder sehr niedrigem TK-Versichertenanteil gekommen sein, wodurch es aufgrund der Hochrechnung zu Unter- und Überschätzungen gekommen sein kann.

Die Hochrechnung auf die GKV führt insgesamt tendenziell zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Werte, da die Versichertenklientel der TK tendenziell eine geringere Morbidität aufweist als der Durchschnitt der GKV und daher auch Ärzte etwas seltener in Anspruch genommen werden. Dies gilt jedoch nicht für alle Arztgruppen. Um von der GKV abweichende Inanspruchnahmeprofile bestmöglich auszugleichen, wurde die Inanspruchnahme mit den von der KBV veröffentlichten abgerechneten Punktmengen abgeglichen und in Absprache mit der TK für einige Berufsgruppen die Inanspruchnahme an die GKV angeglichen. Dies betrifft die Berufsgruppen Hausärzte, Kinder- und Jugendmediziner sowie die Fachgruppen der Psychologischen Psychotherapeuten, Psychiater und Psychotherapeuten, Psychosomatiker und Ärztlichen Psychotherapeuten. Für alle anderen Fachgruppen wurde keine Inanspruchnahmeanpassung für die GKV vorgenommen.

Darüber hinaus war auch nur eine berufsgruppen- und KV-spezifische Anwendung der von der KBV bekannten Abstufungsquoten möglich. Diese Abstufungsquoten lagen also nicht arzt-spezifisch vor, weshalb es auch hier zu Verzerrungen gekommen sein kann.

Beide Problematiken sind jedoch nur modellspezifisch und würden bei einer realen Kalkulation nicht vorkommen, da hierfür die vollständigen GKV-Daten anzuwenden sein sollten.

Für alle im Modell verwendeten Annahmen (s. u.) wurden soweit verfügbar Studien für eine Einschätzung der zu erwartenden Effekte herangezogen. Wo dies nicht möglich war, wurden möglichst plausible Werte herangezogen, die im Folgenden offen gelegt werden.

6.1.3 Annahmen

Eine zentrale Annahme wurde bei den Hebeln zur Ausweitung der Punktzahl getroffen. Es wird davon ausgegangen, dass die Erbringung zu-

sätzlicher Leistungen einer Ausweitung der Arbeitszeit des Arztes bedarf. Die abgerechnete Punktmenge und die erbrachte Arbeitszeit wurden dabei modellhaft als proportional gesetzt. Eine anteilige Ausweitung der Arbeitszeit führt daher zu einer Ausweitung der Punktmenge in gleichem Umfang. Diese ambitionierte Grundannahme spiegelt auch die Absicht wieder, dass ein langfristig vollständig neu kalkulierter EBM einen viel stärkeren Zeitbezug haben sollte als dies heute der Fall ist (insbesondere da der kalkulatorische Arztlohn ein wesentlicher Bestandteil der variablen "Kosten" darstellt).

Eine weitere Annahme wurde bezüglich des Anpassungsverhaltens der Ärzte an das neue Vergütungssystem getroffen. Mehrleistung könnte theoretisch auch durch Arbeitsverdichtung, also eine schnellere Patientenfolge erreicht werden. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass das neue Vergütungssystem zu Effizienzsteigerungen in den Arztpraxen führt. Schon heute gibt es den Anreiz Einzelpraxen effizient zu organisieren, um so zumindest die aufzuwendende eigene Arbeitszeit zu reduzieren. Außerdem haben viele Ärzte durchaus den Anspruch, dem einzelnen Patienten eine bestimmte Zeit zu widmen und fühlen sich schon heute durch eine "Drei-Minuten-Medizin" gehetzt. Eine weitere Beschleunigung wäre vielfach kaum möglich.

Als weitere Annahme wird für die Berechnungen von einer unveränderten Arztzahl ausgegangen. Tendenziell kann eine Vergütungsreform langfristig auch den Anreiz zur Niederlassung oder die generelle Attraktivität des Arztberufs steigern. Veränderung im Niederlassungsverhalten müssten jedoch in einer angepassten Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

Um das in Kapitel 5 beschriebene Vergütungsmodell zu simulieren, waren darüber hinaus Annahmen bezüglich der Verteilung von Fixkosten und variablen Kosten in der Arztpraxis erforderlich. Dafür stand als Quelle lediglich die für diese Zwecke nicht optimal differenzierte Kostenstrukturstatistik des Statistischen Bundesamts zur Verfügung.⁷⁹ Die relevanten Kostenarten der Statistik wurden jeweils als fix oder variabel klassifiziert. Die Zuordnung von Kostenarten in fix und variabel sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Personalkosten wurden etwas anders behandelt und in einen fixen Anteil von 25 Prozent und einen variablen Anteil von 75 Prozent aufgeteilt. Dem liegt die Überlegung zu Grunde, dass zusätzliche Leistungen des Arztes aufgrund der o. a. Arbeitszeitkorrelation von Mehrarbeit auch zusätzliches Personal (bzw. zusätzlich zu bezahlende Personalzeit) bedürfen. Ein Teil der Kosten für Grundtätigkeiten der Pra-

⁷⁹ In der Statistik nicht verfügbare Kostenangaben wurden basierend auf vergleichbaren Arztgruppen geschätzt, als statistisch unsicher gekennzeichnete Werte mussten als Anhaltspunkte für den echten Wert unverändert übernommen werden.

xisverwaltung u. ä. ist dagegen unabhängig von der erbrachten Fall- und Punktmenge und daher fix.

Der kalkulatorische Arztlohn von 105.571 Euro (Wert im Jahr 2012) wurde vollständig den variablen Kosten zugeschlagen.

Die Statistik des Statistischen Bundesamtes weist keine regionalen Werte aus, weswegen im Modell für jede Arztgruppe der gleiche Fixkostenanteil in allen Regionen herangezogen werden musste. Die regionalen Unterschiede gleichen sich jedoch vermutlich bei der Gesamtbetrachtung wieder ungefähr auf die bundeseinheitlichen Werte des Statistischen Bundesamtes aus. Bei einer echten Kalkulation sollte hingegen eine Erhebung regionaler Kostenstrukturen erfolgen, um Verwerfungen zu vermeiden.

Tabelle 4: Zuordnung von Kostenarten zu Fixkosten und variablen Kosten

Kostenart	Einteilung
kalkulatorischer Arztlohn (nicht Teil der Destatis-Daten)	variabel
Personalaufwendungen	25% fix, 75% variabel
Aufwendungen für Material, Laborarbeiten und Nutzung von OP-Zentren	variabel
Aufwendungen für Mieten/Leasing	fix
Aufwendungen für Heizung, Strom, Gas, Wasser	variabel
Aufwendungen für Versicherungen, Beiträge und Gebühren	fix
Aufwendungen für Kraftfahrzeughaltung	fix
Absetzbare Abschreibungen auf die Praxiseinrichtung mit einem Anschaffungswert von mehr als 150 Euro	fix
Absetzbare Geringwertige Wirtschaftsgüter bis 150 Euro	variabel
Fremdkapitalzinsen	fix
Sonstige betriebliche Aufwendungen	fix

Quelle: IGES nach Destatis (2013)

6.2 Ausgangsbefunde

Im Folgenden wird die Verteilung der Fallzahlen, abgerechneten Punktmen gen und Punkte je Fall für einige Fachgruppen dargestellt, um einerseits die ausreichende Homogenität der Fachgrupp enzusammenstellung zu untersuchen und andererseits relevante Unterschiede zwischen den Fachgruppen beispielhaft aufzuzeigen. Basis sind die auf die gesamte GKV hochgerechneten Daten der TK. Trotz Berücksichtigung von Markt-

anteils- und Inanspruchnahmeunterschieden zwischen der TK und der GKV insgesamt kann es zu Ungenauigkeiten, insbesondere Überschätzungen, gekommen sein (z. B. bei Ärzten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Patientenanteil von TK-Versicherten), was in den Abbildungen durch eine Schattierung verdeutlicht wird.

6.2.1 Verteilung der Fallzahlen

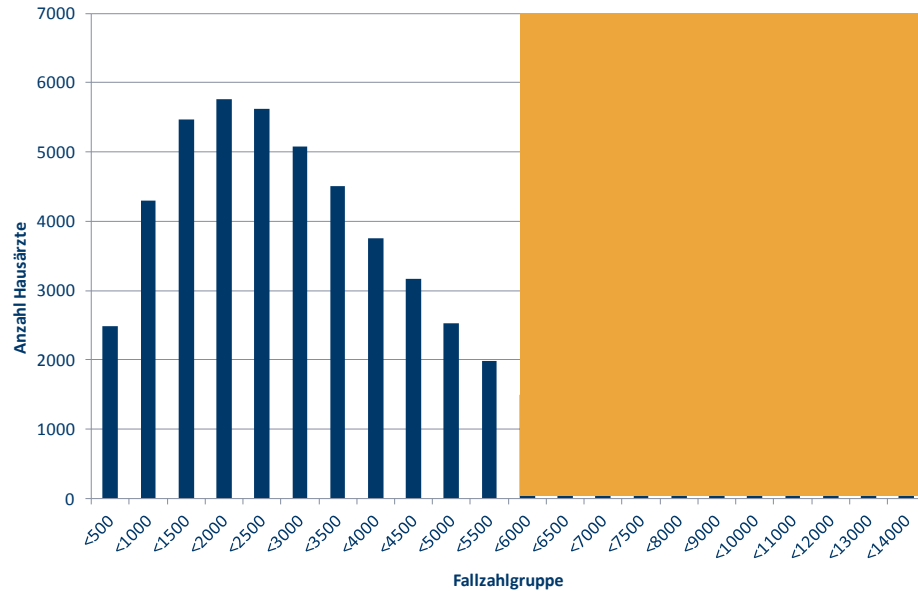
Die folgenden Abbildungen (Abbildung 4, Abbildung 5, Abbildung 6 und Abbildung 7) stellen die Verteilung der Fallzahlen basierend auf der Hochrechnung von TK-Daten auf die GKV (unter Berücksichtigung von Inanspruchnahmeunterschieden) dar. Waagrecht sind Fallzahlenklassen abgetragen (500-1.000, 1.000-1.500 usw.), senkrecht die Anzahl der Ärzte, die jeweils entsprechende Fallzahlen in einem Jahr erbracht haben.

Beispielhaft werden zum einen die Hausärzte, zum anderen die Orthopäden als Vertreter der Fachärzte dargestellt. Die meisten anderen Fachgruppen zeigen ähnliche Verteilungen. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten weicht die Form der Kurve deutlich ab und wird daher separat in Abbildung 6 und Abbildung 7 dargestellt.

Auffällig sind auch Unterschiede in der Fallzahlverteilung. Während sich diese für Hausärzte und Orthopäden/Unfallchirurgen einer leicht rechtschiefen Normalverteilung annähert, zeigt die Fachgruppe Psychologischer Psychotherapeuten diese Tendenz nicht. Hier behandelt ein signifikanter Anteil der Ärzte nur eine verhältnismäßige kleine Fallzahl.

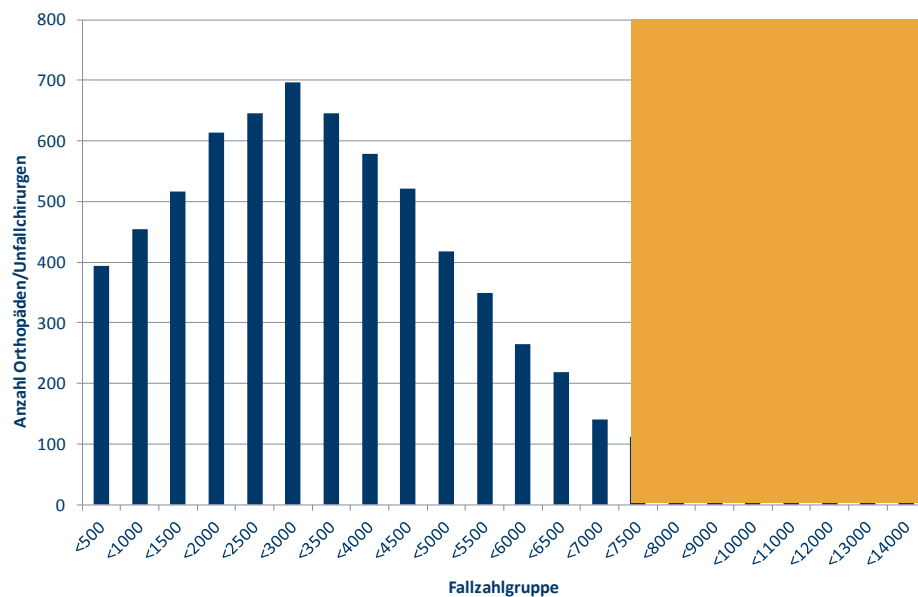
In den folgenden Abbildungen ist der rechte Rand mitunter schattiert dargestellt, da es hier zu Überschätzungen aufgrund der Hochrechnung gekommen sein könnte. Einige der höheren Werte wurden durch die TK aber stichprobenhaft überprüft und in diesen Fällen ließen sich die hohen Werte, z. B. aufgrund von Spezialisierungen, gut erklären.

Abbildung 4: Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Hausarzt, Fallzahlen pro Jahr.



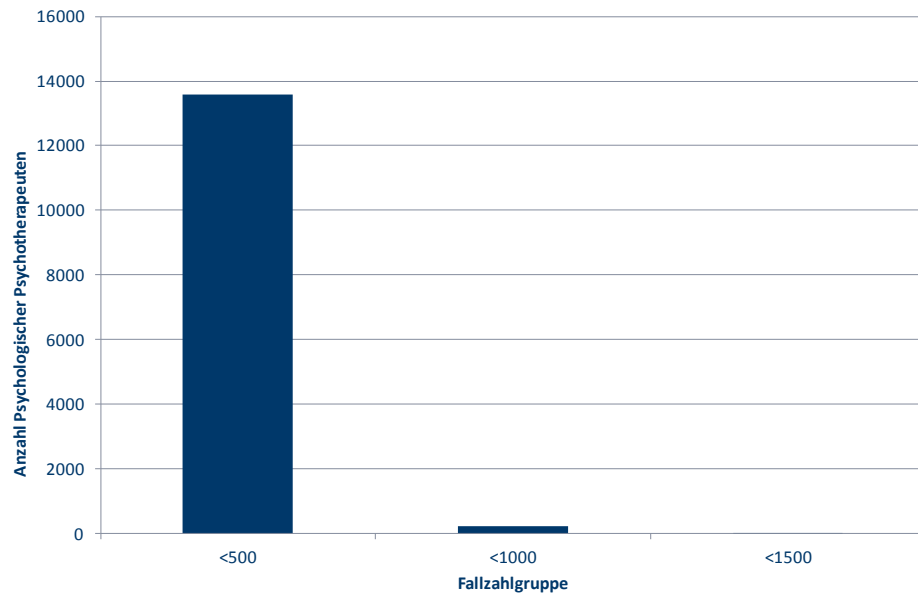
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Abbildung 5: Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Orthopäden/ Unfallchirurgen, Fallzahlen pro Jahr.



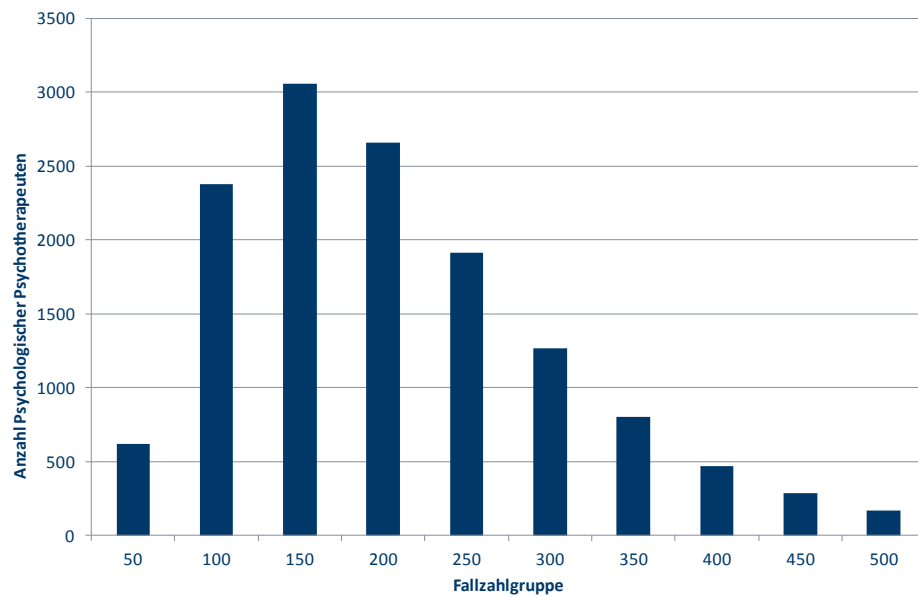
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Abbildung 6: Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten, Fallzahlen pro Jahr (gleiche Skalierung).



Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK

Abbildung 7: Verteilung der Fallzahlen in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten, Fallzahlen pro Jahr (Fokus Verteilung unterhalb 500 Fälle je Arzt und Jahr).



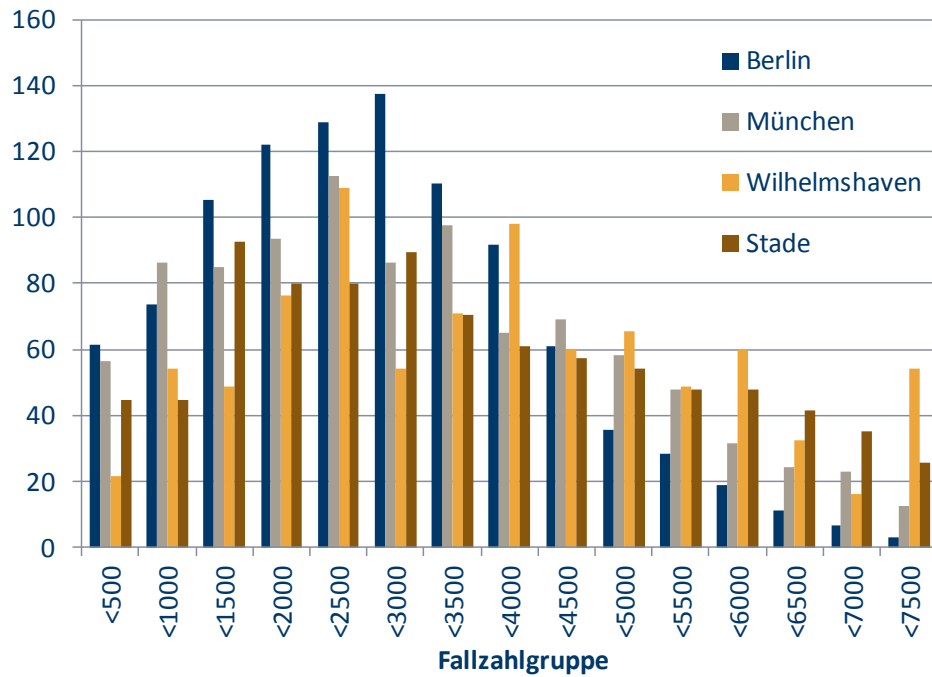
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK

Für die Fallzahlverteilung bei den Hausärzten wurde auch betrachtet, ob diese regional ähnlich vorliegt, oder ob sich wesentliche Unterschiede feststellen lassen. Je größer regionale Unterschiede sind, umso eher ist eine regionale Kalkulation und Vergütung im neuen System gerechtfertigt. Für diese Betrachtung stand lediglich eine Betrachtung auf KV-Bezirksebene zur Verfügung. Für städtischere Regionen wurden Berlin und München betrachtet, als Approximation für eine ländlichere Region Wilhelmshaven und Stade. Zur besseren Vergleichbarkeit der ungleich großen Regionen wurden die Regionen auf jeweils 1.000 Ärzte standardisiert. Wie in Abbildung 8 zu sehen ist, finden sich in Wilhelmshaven und Stade wesentlich mehr Ärzte, die hohe Fallzahlen erbringen als etwa in Berlin.

Hieraus könnte geschlossen werden, dass für eine vollständig sachgerechte Leistungskalkulation eine Berechnung auf KV-Ebene nicht ausreicht, sondern sogar noch kleinteiliger erfolgen müsste. Die insgesamt notwendige Kleinteiligkeit würde angesichts der Vielzahl von Fallgruppen in Kombination mit der Vielzahl von Regionen jedoch schnell nicht mehr praktikable Größenordnungen erreichen und auch die Systemtransparenz deutlich senken.

Für die vorliegende Abschätzung von Mengensteigerungseffekten reicht eine Durchschnittsbetrachtung aus, da sich die Effekte zwischen Regionen mit hohen Fallzahlen (also geringem Steigerungspotenzial) und niedrigen Fallzahlen (also hohem Steigerungspotenzial) ausgleichen.

Abbildung 8: Verteilung von Hausärzten nach Fallzahlkategorie für vier KV-Bezirke (alle auf 1.000 Ärzte standardisiert)



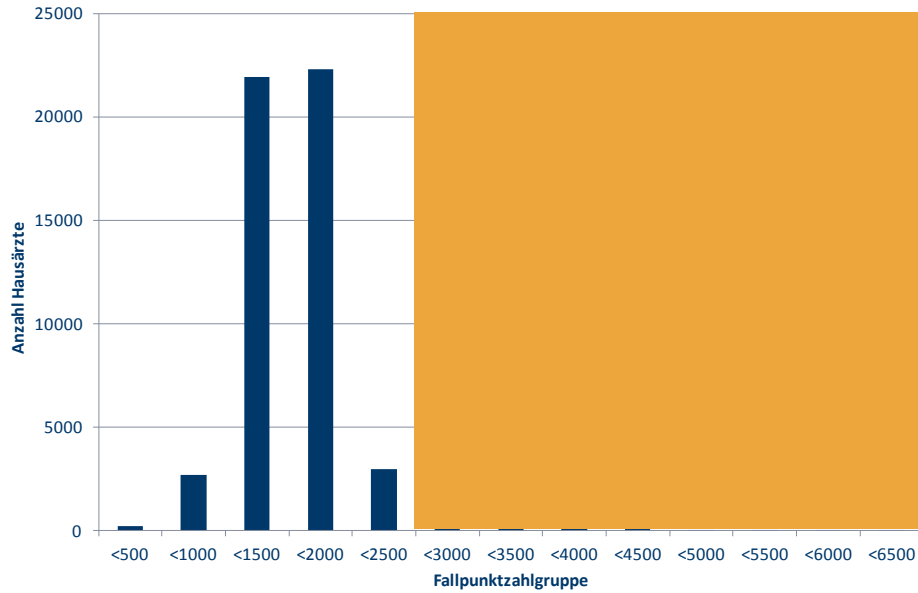
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK

6.2.2 Verteilung der Punkte je Fall

Die folgenden drei Abbildungen (Abbildung 9, Abbildung 10 und Abbildung 11) stellen die Verteilung der durchschnittlichen Punktzahlen je Fall pro Arzt in den einzelnen Fachgruppen dar.

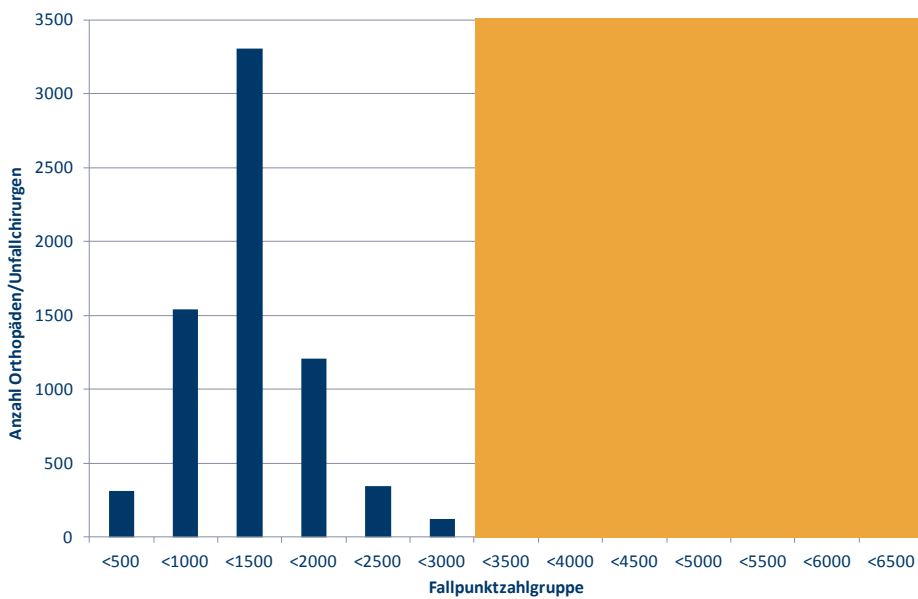
Verglichen mit den Haus- und Fachärzten weisen die Psychologischen Psychotherapeuten erwartungsgemäß deutlich höhere Punktzahlen pro Fall auf, die sich auch über ein wesentlich größeres Spektrum verteilen.

Abbildung 9: Verteilung der Punktzahlen je Fall in der Fachgruppe Hausarzt



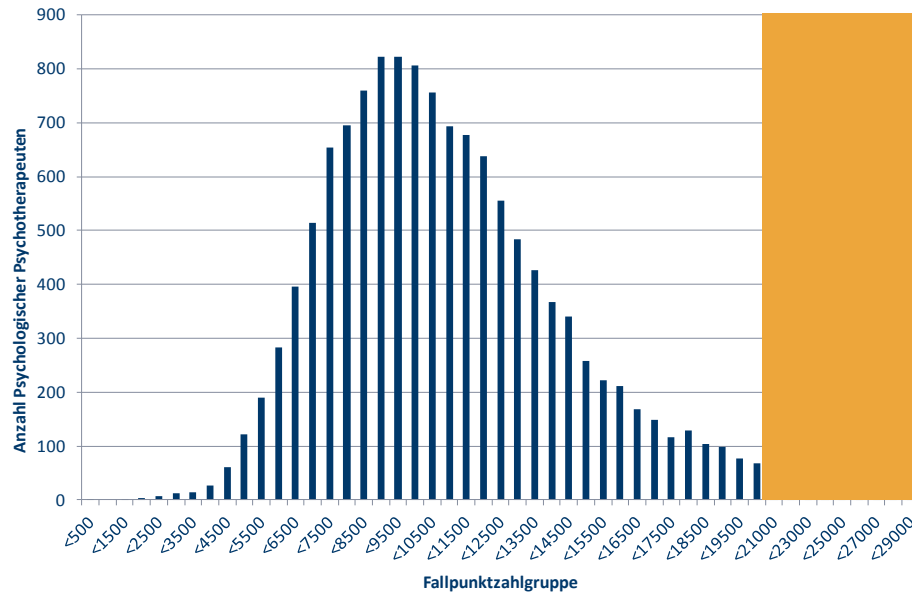
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Abbildung 10: Verteilung der Punktzahlen je Fall in der Fachgruppe Orthopäden/ Unfallchirurgen



Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Abbildung 11: Verteilung der Punktzahlen je Fall in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten



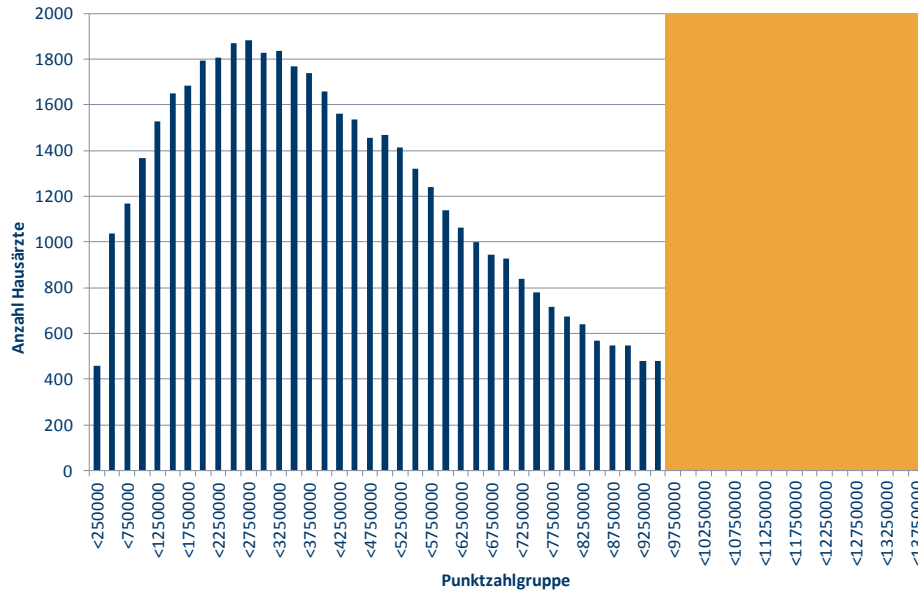
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

6.2.3 Verteilung der Punktmengen

Die nächsten Grafiken zeigen die Punktsummen je Praxis. In allen dargestellten Punktverteilungen (Abbildung 12, Abbildung 13, Abbildung 14) zeigt sich ein einheitliches Bild. Die Verteilungen sind alle linksschief, wobei die Fachgruppe Orthopäden/Unfallchirurgen mehr Ärzte mit geringeren Punktmengen aufweist.

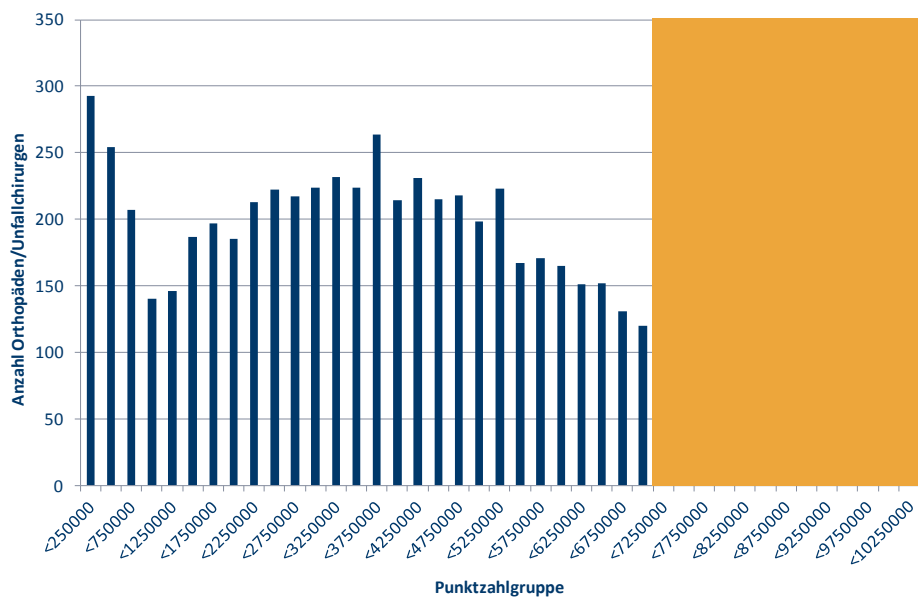
Auffällig ist auch der Unterschied zu den Kurvenläufen bei den Fallzahlen. Hierfür sind unterschiedliche Arbeitsweisen der einzelnen Ärzte verantwortlich (wenige Fälle mit hohen Punkten je Fall vs. viele Fälle mit wenig Punkten je Fall), die am Ende zu ähnlichen Gesamtpunktmengen führen. Daher ist auch die Spreizung bei den Gesamtpunktzahlen geringer als bei den Fallzahlen. Diese Beobachtung unterstützt die Annahme, dass die Arbeitszeit ein wesentlicher Treiber des Praxisumsatzes ist.

Abbildung 12: Verteilung der Punktmenge in der Fachgruppe Hausarzt, Punktmenge pro Jahr



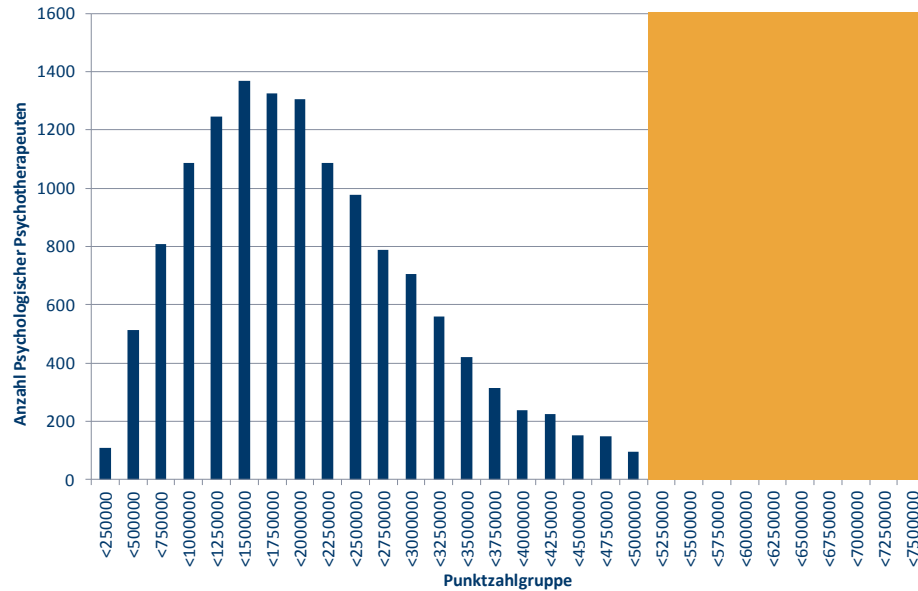
Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Abbildung 13: Verteilung der Punktmenge in der Fachgruppe Orthopäden/ Unfallchirurgen, Punktmenge pro Jahr



Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Abbildung 14: Verteilung der Punktmenge in der Fachgruppe Psychologische Psychotherapeuten, Punktmenge pro Jahr



Quelle: IGES auf Basis der Daten der TK; schattierter Bereich kennzeichnet durch die Hochrechnung ggf. überschätzte Werte

Die betrachteten Kennzahlen verdeutlichen, dass teilweise beträchtliche zu bedenkende Unterschiede sowohl zwischen Arztgruppen als auch mitunter innerhalb von Arztgruppen bestehen. Diese müssen bei der Kalkulation der Leistungen im neuen Vergütungssystem, z. B. bei der Festlegung der Grenze, bis zu der der Fixkostenzuschlag erfolgt, berücksichtigt werden.

6.3 Ergebnisse der Simulation

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Simulation vorgestellt. Die Darstellung beginnt mit den rein rechnerischen Umstelleffekten, die sich aus der Änderung von einem Vergütungssystem auf das andere ergeben. Daraufhin werden im zweiten Abschnitt auch die zu erwartenden Verhaltensänderungen als Reaktion auf das neue Vergütungssystem simuliert.

6.3.1 Modell der Umstellung

Die Simulation baut auf dem in Kapitel 5 beschriebenen Vergütungsmodell auf. Die Wirkungen der Umstellung auf das neue Vergütungssystem und die zu erwartenden Verhaltensumstellungen werden in mehreren Modellen simuliert. Dargestellt wird im Folgenden die optimalste Modellvariante:

- ♦ Ausgangspunkt sind die heutigen (nicht abgestaffelten) Punktmengen je Arztgruppe und KV. Diese Differenzierung ist eine wesentliche Voraussetzung für das Ziel, durch die Vergütungssystemumstellung nicht allzu hohe Verwerfungen zu erzeugen. Würde hier nicht nach Arztgruppe und KV unterschieden, also z. B. bundeseinheitliche Werte herangezogen, so würden im Rahmen der Umstellung Verwerfungen bei ganzen Regionen und ganzen Arztgruppen entstehen, während dies nach der hier vorgeschlagenen Systematik nur innerhalb der Gruppen möglich ist.⁸⁰ Die Aufnahme regionaler Werte in das Modell stellt jedoch kein Präjudiz für die spätere Übernahme des Konzepts in die Praxis dar.
- ♦ Wie oben beschrieben, wird angenommen, dass der Fixkostenaufschlag bis zur durchschnittlichen Leistungsmenge der Fachgruppe (hier simuliert durch mittlere Punktzahl) vergütet wird. Für alle Punkte, die darüber liegen, erfolgt die Vergütung ohne Aufschlag für Fixkosten, d. h. nur noch für die variablen Kosten. Dies entspricht ab diesem Punkt gegenüber dem heutigen EBM je nach Arztgruppe einer Reduktion von ca. 30 Prozent für diesen Teil der Punkte.
- ♦ Durch den Ansatz der nicht abgestaffelten Punktmenge wird diese Reduktion (ebenfalls je Arztgruppe) den Berechnungen nach in der

⁸⁰ In der Folge entstehen jeweils KV- und arztgruppenspezifische Preise der Leistungen. Dies ist jedoch implizit bereits heute der Fall; regional durch unterschiedliche regionale Punktwerte und fachgruppen- bzw. arzt-spezifisch durch die Mengenbegrenzungsinstrumente. Diese Preisunterschiede werden durch die neue Systematik nur transparenter. Im EBM-Katalog können diese Preisunterschiede weiter vernachlässigt werden, die Leistung wird nach wie vor mit einer Punktzahl bewertet. Jeder Arzt erhält abhängig von seiner KV und seiner Arztgruppe einen spezifischen Punktwert für seine Abrechnung.

Regel sehr gut kompensiert. Dahinter steht also die Absicht, durch die Systemumstellung Verwerfungen zu vermeiden. Durch Ansatz der abgerechneten Punktmengen wird gleichzeitig die zentrale ärztliche Forderung nach der vollen Vergütung aller erbrachten Leistungen erfüllt.

- ◆ Der Gesamteffekt beider Maßnahmen (Ansatz nicht abgestaffelter und KV- bzw. fachgruppenspezifischer Punktmengen sowie das neue Vergütungssystem mit Fixkostenaufschlag) als Umstellungseffekt ohne Berücksichtigung von Verhaltensänderungen ist praktisch aufkommensneutral – eine für die Akzeptanz des Konzepts bei Kostenträgern und Leistungserbringern sehr relevante Erkenntnis.

Das Vergütungssystem wurde, wie erwähnt, für jede KV einzeln berechnet. Je KV wurde im Modell nach 42 Fachgruppen differenziert. Insgesamt beträgt der **Umstellungseffekt** vom alten auf das neue Vergütungssystem ca. **-1,4 Prozent**, d. h. die Wirkung der neuen Vergütung mit Teilkostenrechnung überkompensiert minimal die Wirkung des Wegfalls eines Mehrleistungsabschlags (die reine Wirkung des Umstelleffekts auf das neue Vergütungssystem ohne Ansatz der nicht abgestaffelten Punktmengen beträgt hingegen -8 Prozent!). Dieser Umstelleffekt beinhaltet noch keine Verhaltensänderungen der Akteure (s. u.).

Der Wert -1,4 Prozent ist kein Vorschlag der aus dieser Berechnung resultiert, sondern Ergebnis der modellhaften Betrachtung ohne jede Feinadjustierung, die im Rahmen einer echten Umstellungskalkulation auch auf einen Umstelleffekt von 0 Prozent gebracht werden kann.

6.3.2 Berechnungsansatz für die Mengensteigerung

Aufbauend auf den Ergebnissen des vorgeschlagenen Umstellungsmodells wurde die Reaktion der Ärzte auf die ELV für die Simulation modelliert. Es wurden folgende Effekte betrachtet

Kompensation von Verschiebungen durch die Umstellung (**Kompensationseffekt**)

- ◆ Diese Modellierung betrifft Ärzte, deren Vergütungssumme durch das neue Modell durch die Umstellung reduziert wird: der Wegfall des Fixkostenzuschlags wiegt in diesem Einzelfall schwerer als der Wegfall eines Mehrleistungsabschlags.
- ◆ Annahme ist, dass diese Ärzte ihre Tätigkeit ausweiten, bis (maximal) der Einkommensverlust aus der Umstellung kompensiert ist.

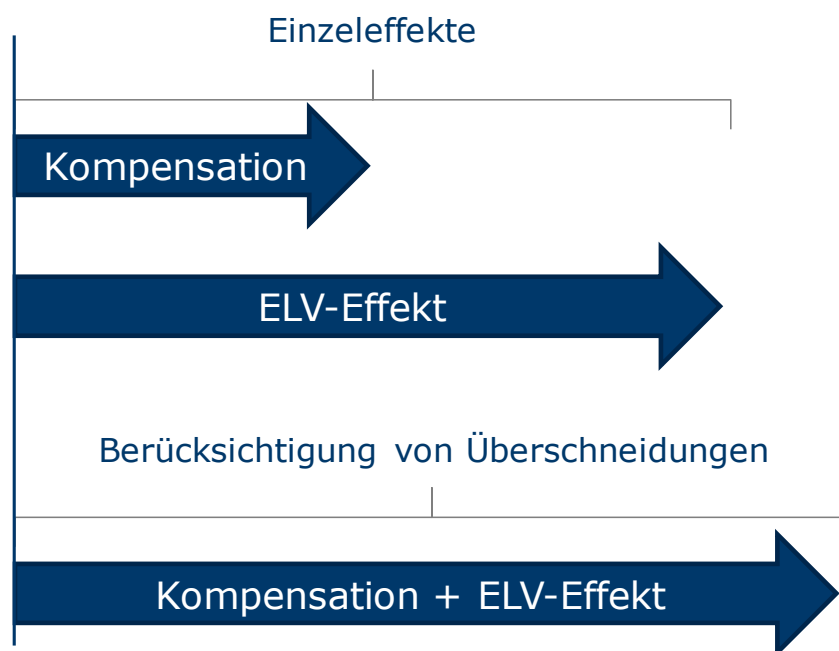
Leistungsausweitung durch Einzelleistungsvergütung (**ELV-Effekt**)

- ◆ Da in der ELV keine Abstaffelung mehr droht, wird das Erbringen zusätzlicher Leistungen attraktiver. Ein Teil der Ärzte weitet die erbrachte Leistungsmenge aus.
- ◆ Der Effekt der Leistungsausweitung durch die Einzelleistungsvergütung wurde auf Basis der Verteilung der ärztlichen Arbeitszeiten modelliert (s. u.).
- ◆ Die zusätzlichen Leistungen über der Grenze werden ohne Fixkostenaufschlag vergütet.

Überschneidung von Vergütungs- und Mengeneffekten

- ◆ Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass Kompensations- und ELV-Effekt parallel auftreten. Da beide Effekte auf einer Ausweitung der Arbeitszeit beruhen (siehe oben), überschneiden sie sich in der Wirkung.
- ◆ In der Realität differenziert ein Arzt nicht, ob er eine zusätzliche Leistung aufgrund eines Einkommensverlustes durch die Umstellung oder wegen der neuen Vergütungsanreize erbringt. Beide Anreize vermengen sich und führen (unter Berücksichtigung von Überschneidungen) zu einem Gesamteffekt. Es wurde ein hoher Überschneidungsgrad von 70 Prozent angenommen, wodurch die "Summe" der Effekte entsprechend geringer ausfällt (vgl. Abbildung 15).

Abbildung 15: Überschneidung von Kompensations- und ELV-Effekt



Quelle: IGES

6.3.3 Berechnung der Leistungsausweitung (ELV-Effekt) und Ergebnis

Während der Kompensationseffekt sich rechnerisch aus dem Modell ergibt, bedarf es für den ELV-Effekt weiterer modellexterner Informationen. Der Effekt der Ausgabensteigerung durch die Einführung der Einzelleistungsvergütung wurde anhand der Arbeitszeiten modelliert. Dabei wurde die Annahme getroffen, dass Ausweitungen der Arbeitszeit zu einer proportionalen Ausweitung der erbrachten Punktmenge führen (vgl. Abschnitt 6.1.3). Eine Ausweitung der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit um 3 Prozent führt demnach in dem Modell zu einer Steigerung der erbrachten Punktmenge um ebenfalls 3 Prozent. Zudem wurde berücksichtigt, dass es in dem vorgeschlagenen Modell der Einzelleistungsvergütung keine Notwendigkeit für "Praxisferien" mehr existiert. Die vorzeitige Schließung einer Praxis vor Ende des Quartals aufgrund einer aufgebrauchten Punktmenge fällt also weg. Dieser Effekt wurde in dem Modell als zusätzliche Ausweitung der Arbeitszeit berücksichtigt.

Tabelle 5: Zahlen zur ärztlichen Arbeitszeit der KBV

Arbeitsstunden je Woche	Anzahl Ärzte	Wochenarbeitszeit ohne Bereitschaftsdienst (Angaben in %)									Mittel (in Stunden)
		bis 20	über 20 bis 35	über 35 bis 40	über 40 bis 45	über 45 bis 50	über 50 bis 55	über 55 bis 60	über 60 bis 65	über 65	
hausärztlich	4.132	2	7	8	10	20	13	18	7	14	52,9
fachärztlich	4.154	1	8	11	12	20	12	17	6	12	52,0

Quelle: KBV Ärztemonitor 2012

Im Einzelnen wurden folgenden Annahmen getroffen:

- ♦ Die Leistungsausweitung hängt mit der Arbeitszeit des Arztes zusammen (s. o.).
- ♦ Datenbasis zur Verteilung der heutigen Arbeitszeiten ist die Befragung der KBV (getrennt für Haus- und Fachärzte), welche die wöchentliche Arbeitszeit in 5er-Schritten von 20 bis über 65 Stunden angibt (vgl. KBV Ärztemonitor 2012 in Tabelle 5). Hiervon wurde der Anteil der Arbeitszeit, der auf die PKV oder auf Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) entfällt, abgeschlagen.⁸¹ Für die je-

⁸¹ Basierend auf einer Befragung des AOK-Bundesverbandes war z. B. bei den Hausärzten der Anteil der Arbeitszeit, der für GKV-Versicherte aufgewandt wird

weiligen prozentualen Anteile der Arbeitszeitgruppen wurden die realen Arztzahlen je Gruppe in den TK-Daten angesetzt.

- ◆ Für die einzelnen Arbeitszeitgruppen wurden differenzierte Annahmen zur Ausweitung der Arbeitszeit getroffen.
 - Ärzte mit unter 20 Arbeitsstunden pro Woche werden die Arbeitszeit nicht ausweiten. Sie könnten dies heute schon tun, haben aber offenbar nicht die Möglichkeit oder das Interesse, dies zu tun.
 - Ärzte mit mehr als 65 Arbeitsstunden können die Arbeitszeit nicht mehr wesentlich ausweiten.
 - Von den Gruppen dazwischen erhöht jeweils ein gewisser Anteil der Ärzte (z. B. 30 Prozent der Ärzte mit 35 bis 40 Wochenarbeitsstunden) die Arbeitszeit so, dass er jeweils in die nächsthöhere Arbeitszeitgruppe rutscht. Dies entspricht einer Erhöhung um durchschnittlich fünf Stunden (nur für GKV-Patienten). Es wird nicht angenommen, dass ein relevanter Anteil der Ärzte seine Arbeitsweise grundlegend ändert und um noch höhere Werte steigert.⁸²

Für diese unterstellten Anteile der Ärzte hat eine Recherche zu wenige anwendbare Studien identifiziert. Orientierung liefern einige Studien zu Elastizitätswerten von Arbeitszeit aufgrund von Einkommenserhöhungen. Dabei liegt die Arbeitszeitelastizität je 1 Prozent Einkommenserhöhung bei rund 0,2 bis 0,4 Prozent.⁸³ Derartige Studien können aber nicht unmittelbar auf die hier vorliegende Situation umgemünzt werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Werte für selbstständige Ärzte etwas

57 Prozent, der Anteil für Privatpatienten 11 Prozent und der für IGEL-Leistungen 5 Prozent. Wenn diese Anteile auf 100 Prozent normiert werden unter der Annahme, dass weitere Tätigkeiten den Patientengruppen proportional zuzuordnen sind, ergibt sich ein normierter GKV-Anteil von 78%, vgl. AOK BV: Budgetvorgaben, Arbeitsbelastung und Praxisöffnungszeiten am Quartalsende, Online-Befragung von APIs und Fachärzten, AOK Bundesverband 2011, S. 19f.

⁸² Bei Befragungen geben die meisten Ärzte an, ihre wöchentliche Arbeitszeit deutlich reduzieren zu wollen. Bei Gebuhr (2007) wird eine Wunscharbeitszeit genannt, die ca. zwei Stunden pro Tag unterhalb der tatsächlichen Arbeitszeit liegt. Ebd. beklagen 85 Prozent der Ärzte, zu wenig Zeit für ihre Freizeit zu haben.

⁸³ Nach Analyse der Studienlage konnten insgesamt eine Studie und eine Übersichtsarbeit identifiziert werden, die eine Aussage über die Elastizität der Arbeitszeit aufgrund von Einkommenszuwächsen machen. Daraus ist nur eine deutsche Studie auf die hiesige Situation übertragbar (Bargain, Orsini und Peichl (2011) Labor Elasticities in Europe and the US. IZA Discussion Paper Series: Nr. 5820).

höher liegen werden und dass bis zu 50 Prozent der Ärzte mit mittleren Wochenarbeitsstunden ihre Arbeitszeit um jeweils ca. fünf Stunden ausweiten würden.⁸⁴ Insofern ist die Schätzung mit Hinblick auf die Ausweitung der Arbeitszeit konservativer (die erwartete Arbeitsausweitung wird potenziell eher über- als unterschätzt), als es die Studien nahelegen.

- Durch Addition der Effekte in jeder Arbeitszeitgruppe ergibt sich eine durchschnittliche Steigerung der wöchentlichen Arbeitszeit.
- In dem hier dargestellten realistischen Szenario beträgt sie 3,3 Prozent bei Hausärzten und 3,4 Prozent bei Fachärzten.
- ♦ Eine mögliche und erwünschte Reduzierung der "Praxisferien" ist zusätzlich zu berücksichtigen. Diese belaufen sich nach einer Befragung der AOK auf durchschnittlich 7,4 Tage im Quartal bei jedem dritten Arzt.⁸⁵ Da davon ausgegangen wird, dass im Regelfall im vierten Quartal des Jahres keine echten Praxisferien existieren (sondern Weihnachtsferien etc.), kommt man auf eine durchschnittliche Tageszahl von 7,4 Tagen Praxisferien je Jahr und Arzt (Ein Drittel von 7,4 Tagen mal drei Quartale; dies entspricht 3,2 Prozent der Arbeitstage eines Jahres). Es wird angenommen, dass sie im Durchschnitt um 70 Prozent reduziert werden. Umgerechnet auf die wöchentliche Arbeitszeit ergibt sich ein zusätzlicher Effekt von 2,3 Prozent.⁸⁶
- ♦ **Die Summe beider Effekte ist 5,5 Prozent bei Hausärzten und 5,7 Prozent bei Fachärzten.** Aufgrund der neuen Vergütungssystematik (begrenzte Fixkostenaufschläge) führt ein Anstieg der Leis-

⁸⁴ Die Annahme, dass Ärzte nur in die nächsthöhere Gruppen wechseln, fußt darauf, dass zum einen Fallzahlen nur bis zu einem gewissen Punkt steigerbar sind und zum anderen der Anreiz, Fälle im nächsten Quartal erneut einzustellen, um die Vergütungssumme zu steigern, wegfällt ("Verdünnerefälle"). Darüber hinaus gibt es weitere Faktoren, die gesamtgesellschaftlich gegen eine stärkere Arbeitszeitausweitung sprechen, darunter u. a.: Feminisierung des Arztberufes, der Wunsch nach besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie, ein verbreiteter Wunsch, weniger arbeiten zu wollen sowie die Etablierung der neuen "Generation Y" im Berufsleben.

⁸⁵ Vgl. AOK BV: Budgetvorgaben, Arbeitsbelastung und Praxisöffnungszeiten am Quartalsende, Online-Befragung von APis und Fachärzten, AOK Bundesverband 2011, S. 13.

⁸⁶ Dieser Wert ist eher zu konservativ angesetzt, da ein Teil der Patienten wegen Praxisferien am Quartalsende vielleicht nicht diesen Arzt aber einen anderen Arzt aufsucht, der nicht geschlossen hat oder den Arzt unmittelbar im neuen Quartal besucht. Der Fall tritt also trotz der Praxisferien am Quartalsende auf.

tungserbringung um diese Werte zu einer **Ausweitung der abgerechneten Punkte um 3,3 Prozent.**⁸⁷

- ♦ Diese Werte für eine Mengensteigerung werden für insgesamt realistisch eingestuft, da zumeist im öffentlichen Diskurs zwar höhere Werte vermutet werden, aber durch Effekte wie den Wegfall von Verdünnerfällen und bereits heute vorhandenen Belastungsgrenzen kaum eine höhere Ausweitung möglich erscheint.

Die Umstellung auf eine Einzelleistungssystematik wird vermutlich nicht zu einer Verdichtung der Leistungsmenge bzw. Effizienzsteigerung in den einzelnen Arztpraxen führen. Schon in der heutigen Systematik des EBM haben ambulante Ärzte den Anreiz ihre Praxis effizient zu organisieren, um so z. B. ihre Arbeitszeit zu minimieren. Die Frage der Praxisorganisation ist zudem eine Folge von ärztlichen Entscheidungen bezüglich des Behandlungsstil und daher auch typabhängig.

6.3.4 Gesamtergebnis

Die Berechnungen (für eine Beispielrechnung vgl. Anhang A2) wurden nun für alle Ärzte KV- und arztgruppenspezifisch durchgeführt. Für jede KV und Arztgruppe wurden die heute abgerechneten Leistungspunkte ohne Mengenabstaffelung als Basis verwendet. Dann wurde erstens die Umstellung auf die neue Vergütungssystematik mit Fixkostenaufschlägen, zweitens das Verhalten von Ärzten zur Kompensation von Einkommensverlusten, drittens der Effekt einer Mengenausweitung (ELV-Effekt) simuliert.

Durch die differenzierte Herangehensweise wurden die Gesamteffekte der drei Schritte auf Ebene der Arztgruppen addiert. Die Modellierung enthält durch die pauschale Anwendung einer Methodik auf alle Arztgruppen vertretbare Unschärfen⁸⁸, die sich bei einer tatsächlichen Ver-

⁸⁷ Durch Verrechnung mit dem Kompensationseffekt (3,3 Prozent) ergibt sich ein Gesamtwert für die GKV von 5,9 Prozent (unter der Annahme, dass sich die Effekte zu 70 Prozent überschneiden). Zur Nachvollziehbarkeit der Überschneidungswirkung vgl. Anhang A2.

⁸⁸ Es spielen einige kalkulationsbedingte Unschärfen eine Rolle. Ein Beispiel hierfür ist, dass die Abstaffelungsquoten nicht arztgenau bekannt sind. So konnte die regional- und fachgruppenspezifische Abstaffelungsquote in Variante A) nur einheitlich für alle Ärzte der Fachgruppe und Region über dem Durchschnitt, bzw. in Variante B) nur einheitlich auf alle Ärzte der Fachgruppe und Region einheitlich angewandt werden. In der Praxis wäre dies hingegen passgenau möglich. So sollte dann in der Praxis nicht die voll abgerechnete Punktmenge von Ärzten anerkannt werden, die heute sehr hohe abgestaffelte Punktmengen aufweisen, sondern stattdessen ein plausiblerer Wert als nicht abgestaffelte Punktmenge anerkannt werden. Im Modell ergibt sich ohne diese Berücksichtigung teilweise ein unplausibel hoher Gewinn für einige Ärzte durch die Systemumstellung.

gütungsumstellung durch einen höheren Detaillierungsgrad und die Verwendung von Echtdateien der gesamten GKV leicht beseitigen ließen.

Zuerst wurde in dem Modell simuliert, zu welchen Ausgabeneffekten die **Umstellung** der heutigen Vergütungssystematik auf das neue Modell führt. Dieser Umstelleffekt beträgt gemäß den Berechnungen deutschlandweit insgesamt -1,4 Prozent, d. h. der Effekt der Einführung eines auf eine definierte Leistungsmenge begrenzten Fixkostenaufschlags führt in Kombination mit dem Verzicht auf Abstufung der Punktmengen ungefähr zu einer ausgabenneutralen Umstellung. Die -1,4 Prozent können bei einer echten Umstellung durch eine Feintuning noch weiter in Richtung Null reduziert werden.

Anschließend wurde die Einzelwirkung der **Kompensation** von Ärzten mit Verlusten durch die Systemumstellung simuliert.

Der Kompensationseffekt ist trotz seines Namens größer als Null, da alle Ärzte mit Verlusten ihren Verlust kompensieren und gleichzeitig durch den Verzicht auf Abstufung der Punktmengen auch viele Ärzte bereits allein durch die Umstellung im positiven Bereich liegen.⁸⁹

Der Kompensationseffekt wurde in zwei Varianten modelliert.

- In Variante A wurde angenommen, dass nur Ärzte, die **über** dem Durchschnitt liegen, im Jahr 2012 Abstufungen erhalten haben. In dieser Variante liegt, ein geringerer prozentualer Kompensationseffekt als in Variante B vor (insgesamt 2,3 Prozent), da Ärzte unter dem Durchschnitt nicht durch die Auszahlung der abgerechneten Punktmengen profitieren (ohne Abstufung erfolgt für diese Ärzte keine Umverteilung durch die Modellumstellung).
- In Variante B wurde angenommen, dass **alle Ärzte** im Jahr 2012 Abstufungen erhalten haben. In dieser Variante liegt, ein höherer prozentualer Kompensationseffekt als in Variante A vor (insgesamt 3,3 Prozent), da nun auch Ärzte unter dem Durchschnitt durch die volle Auszahlung der abgerechneten Punktmengen profitieren (ohne Abstufung erfolgt für diese Ärzte keine Umverteilung durch Modellumstellung).

Der dritte modellierte Effekt ist der sogenannte **ELV-Effekt**. Dieser berücksichtigt die typischerweise mit der Einführung eines ELV-System einhergehende Leistungsausweitung. Für dessen Bestimmung wurde die zu erwartende Leistungsausweitung der Ärzte basierend auf den beschriebenen Arbeitszeitstudien untersucht. Der alleinige ELV-Effekt würde den Berechnungen nach zu einer (ebenfalls) 3,3prozentigen Zunahme im Vergleich zur heutigen Vergütung führen.

⁸⁹ Dies ist zunächst vor allem modellbedingt und tritt insbesondere bei Ärzten unter der Durchschnittslinie auf (vgl. auch vorherige Fußnote).

Beide Effekte der Leistungsausweitung bedeuten für einen Arzt eine notwendige Ausweitung seiner Arbeitszeit. Aufgrund der insgesamt begrenzten möglichen Arbeitszeit wird davon ausgegangen, dass ELV-Effekt und Kompensationseffekt sich zu 70% **überschneiden**. Einfach gesagt: Wer schon für die Kompensation von Einkommensverlusten mehr arbeitet, hat nur noch begrenzte Möglichkeiten, die Menge noch weiter zu steigern.

Insgesamt wird bei Gültigkeit aller getroffenen Annahmen durch eine ELV-Einführung eine Ausgabensteigerung von 5,4 Prozent (Variante A) bzw. 5,9 Prozent⁹⁰ (Variante B) erwartet (vgl. Tabelle 6). Gemäß dem KBV-Honorarbericht betrug die MGV im Jahr 2012 insgesamt 23,8 Mrd. Euro. Gemessen daran würde die erwartete Ausgabensteigerung insgesamt 1,29 Mrd. Euro (Variante A) bzw. 1,41 Mrd. Euro (Variante B) betragen. Bezogen auf die Gesamtvergütung inkl. EGV (32,0 Mrd. Euro) stellt die Zunahme um 1,29 Mrd. Euro bzw. 1,41 Mrd. Euro einen prozentualen Zuwachs von 4,0 Prozent (Variante A) bzw. 4,4 Prozent (Variante B) dar.

Die Summen der Kompensations- und ELV-Effekte in der Tabelle können (auch unter Einbezug der 70 Prozent-Überschneidung) nicht einfach addiert werden, weil sie in jeder Arztgruppe in anderer Kombination wirken. Die Vergütung nach dem heutigen System spielt für die Effektberechnung hingegen nur beim Kompensationseffekt eine Rolle, nicht aber beim ELV-Effekt.⁹¹

⁹⁰ An weiteren Textstellen wird dieser Wert genannt, da die Berechnung in Variante B erfahrungsgemäß praxisnäher ist. Die Notwendigkeit zur Berechnung von Varianten besteht allein aufgrund der unbekanntenen arzt-spezifischen Abstufung und wäre in der Praxis nicht erforderlich.

⁹¹ Vergleiche dazu die Anmerkungen in Anhang A2 zu Tabelle 12 und Tabelle 13. Die Angaben in Tabelle 13 entsprechen der jeweils letzten Zeile für die Spalten 3, 4 und 5 dieser Tabelle.

Tabelle 6: Ergebnis des Modells

Modellierungsvariante	Prozentuale Veränderung ggü. heute		Entsprechender zusätzlicher Eurobetrag gemessen an MGV 2012
Kompensation von Verlusten	2,3% (Var A)	3,3 % (Var B)	0,54 Mrd. € (Var A) bzw. 0,79 Mrd. € (Var B)
Leistungsausweitung durch ELV-Effekt	3,3 %		0,80 Mrd. €
Summe von Kompensations- und ELV-Effekt (Annahme: 70% Überschneidung)	5,4% (Var A)	5,9 % (Var B)	1,29 Mrd. € (Var A) bzw. 1,41 Mrd. € (Var B)

Quelle: IGES

6.3.5 Exkurs und Sensitivitätsanalyse: Betrachtung eines Extremszenarios

Ergänzend wurden ein "ELV-Extremszenario" berechnet. In dem Extremszenario erfolgt wie auch heute schon eine Vergütung nach Vollkostenrechnung (d. h. ohne die vorgeschlagene Systematik mit Fixkostenaufschlägen), ohne dass jegliche Mengenbegrenzungsinstrumente angewandt werden.

In diesem Szenario wird also jede Leistung weiter so hoch bewertet wie heute (mit Ersatz von Pauschalen durch ELV-Leistungen), aber alle Mengenbegrenzungsinstrumente fallen weg.

Dies sorgt für zwei Effekte, die von der bisherigen Betrachtung abweichen:

- ◆ Der Anreiz zur Mengenausweitung wird stärker, weil die Ärzte für zusätzliche Leistungen mehr verdienen als in den bisher betrachteten Szenarien. Dies wurde abgebildet, indem von einem höheren ELV-Effekt ausgegangen wird (ca. 7,2 Prozent statt ca. 5,6 Prozent).
- ◆ Die zusätzlichen Leistungen werden höher als in dem vorgeschlagenen Modell, nämlich mit vollen heutigen Preisen, vergütet.

Der Effekt ist gegenüber der ausgezahlten Punktmenge heute eine erwartete Punktmengensteigerung um 7,2 Prozent bzw. 1,71 Mrd. Euro (bezogen auf die MGV im Jahr 2012). Dies erklärt sich daraus, dass ohne jegliche Mengenbegrenzung eine 7,2prozentige Arbeitsausweitung auch zu einer 7,2prozentigen Vergütungserhöhung führt.

Diese Gegenüberstellung (7,2 Prozent versus 5,9 Prozent nach dem vorgeschlagenen Modell) zeigt die Effektivität des vorgeschlagenen Vergütungsmodells mit Fixkostenaufschlägen, insbesondere da dort die nicht

abgestaffelte Punktmenge für die zukünftige Vergütung angesetzt wurde.

6.3.6 Einschätzung der geschätzten Ausgabensteigerung

Die als realistisch angenommene Ausgabensteigerung von 5,9 Prozent entspricht einem Wert von 1,41 Mrd. Euro (Datenbasis MGV 2012).

Im Gegenzug kann erreicht werden:

- ◆ Wegfall von Konflikten
- ◆ Wegfall von Regulierungsinstrumenten wie etwa der Vereinbarung von Gesamtvergütungen und der Honorarverteilungsmechanismen
- ◆ Höhere Zufriedenheit von Ärzten und Patienten
- ◆ Verbesserte Zusammenarbeit von GKV und Ärzten in anderen Bereichen, mit Potenzialen für Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit
- ◆ Höhere Transparenz über das Behandlungsgeschehen
- ◆ Einstieg in die Qualitätsorientierung im ambulanten Sektor

Mit Blick auf wahrscheinliche Ausgabensteigerungen der GKV in den kommenden Jahren ist das Gebot der Wirtschaftlichkeit bei der Erwägung der ELV streng im Auge zu behalten. Dazu könnte die derzeit übliche Steigerung der ärztlichen Vergütung einmalig im ELV-Einführungsjahr ausgesetzt werden. Diese Steigerungsrate betrug in den letzten fünf Jahren (2005-2012) – bezogen auf die GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlung – zwischen 1,7 und 7,1 Prozent pro Jahr (bei einem Durchschnitt von 3,5 Prozent).

7. Umsetzungsperspektiven

7.1 Akzeptanz bei den Stakeholdern

Ziel dieser Studie ist es, ein Konzept zu entwickeln, welches die persistenten Konflikte im Gesundheitswesen reduziert und bei allen Beteiligten Akzeptanz finden kann. Die an dieser Stelle betrachteten Stakeholder sind Krankenversicherungen (d. h. Kostenträger), Versicherte/Patienten und ärztliche Leistungserbringer. Die Politik als Stakeholder wird sich voraussichtlich mit jedem Vergütungskonzept einverstanden zeigen, das die Interessen der anderen Stakeholder bestmöglich berücksichtigt.

Selbstverständlich können und sollen nicht alle Reaktionen der Stakeholder vorausgesagt werden. Jedoch kann basierend auf einigen **Anforderungen** an ein Vergütungssystem eingeschätzt werden, ob diese Anforderungen aus Sicht der Stakeholder erfüllt werden. Nicht jede Anforderung wird für jede Stakeholdergruppe von gleich hoher Relevanz sein, weswegen nicht für jede Anforderung alle Sichtweisen wiedergegeben werden.

Unter diesen Anforderungen ist die *Transparenz* des Vergütungssystems ein wichtiger Faktor für die Akzeptanz. Das bezieht sich auf Preise und auf die Entstehung der tatsächlichen Arzthonorare.

- ♦ Aus Sicht der Kostenträger ermöglicht das ELV-System einen direkten Bezug zwischen den Kosten und der Leistung. Behandlungspfade (auch Leitlinienadhärenz) der Patienten werden detailliert erkennbar und überprüfbar.
- ♦ Aus Sicht der Leistungserbringer wird vor allem erreicht, dass ein direkter Bezug zwischen getätigten Leistungen und der zu erwartenden Einnahmen nachvollziehbar (ausrechenbar) ist.

Damit verbunden ist der Wunsch nach *Planbarkeit der Ausgaben* auf Seiten der Kostenträger sowie der *Planbarkeit der Einnahmen* auf Seiten der Leistungserbringer.

- ♦ Aus Sicht der Kostenträger wird durch ein ELV-System zumindest kurzfristig die Planbarkeit der Ausgaben in dem Sinne geringer, als dass die genaue Höhe der Gesamtvergütung nicht vorab feststeht. Dies ist in der Praxis aber mitunter ohnehin nicht vollständig der Fall (gerade in der EGV). Dafür fällt die ressourcenbindende Notwendigkeit zur Verhandlung von Anpassungsfaktoren für die Gesamtvergütung für die Kostenträger weg. Ggf. entsteht bei den Krankenkassen eine neue Ressourcenbindung für die Abrechnungsprüfung.

- ♦ Aus Sicht der Leistungserbringer besteht eine im Vergleich zum heutigen System wesentlich höhere Planbarkeit der Einnahmen, zudem auch eine wesentlich höhere Flexibilität, Einkommensziele zu erreichen. Durch die Bekanntgabe von arztgruppenspezifischen Durchschnittswerten erhalten die Leistungserbringer sogar einen Benchmark, an dem sie ihre Kostenstrukturen orientieren können.

Unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten ist die *Zugangsegalität für Patienten* beim Arztbesuch von besonderer Bedeutung. Das Vergütungssystem soll keine Anreize setzen, bestimmte Patienten mehr oder weniger zu behandeln, als ihr Gesundheitszustand es erfordert.

- ♦ In einem ELV-System findet tendenziell keine Patientenauswahl (Rosinenpickerei) mehr statt, da Anreize entfallen, möglichst Fälle mit geringem Aufwand zu behandeln. So kann einer Unterversorgung begegnet werden. Es sind ggf. Instrumente zur Verhinderung von Überversorgung zu implementieren.

Ein Vergütungssystem muss eine ausreichende *Chance auf Umsetzbarkeit* haben, also praktisch durchführbar sein und politische Akzeptanz bei den involvierten Akteuren finden. Das bedeutet, dass der *Aufbau* des neuen Vergütungssystems größere Umsetzungschancen hat, wenn es *auf bereits bestehenden Strukturen* aufsetzt, und nicht eine vollständig neue Systemarchitektur benötigt. Für einen derartigen Neustart wäre eine deutlich längere Implementierungsphase erforderlich.

- ♦ Das entwickelte ELV-System setzt initial auf bestehenden Strukturen auf, indem der EBM als Ausgangsbasis dient - mit einigen notwendigen Modifikationen.
- ♦ Bezüglich der Akzeptanz wirken die Problematiken eher innerhalb der Stakeholdergruppen, da es gerade bei Ärzten und Kostenträgern durch das neue Vergütungssystem zu Gewinnern und Verlierern kommen wird. Dies ist keine Besonderheit des neuen Modells, sondern Folge jeder Reform.

In eine ähnliche Richtung spielt auch das Kriterium der Finanzierbarkeit. Ein neues Vergütungssystem kann nur implementiert werden, wenn die Einführung nicht zu einer Überbelastung des Systems führen würde.

- ♦ Wie in Kapitel 6 dargestellt, werden auf Basis der Modellergebnisse durch die Einführung des vorgeschlagenen Modells eine Ausgabenerhöhung um ca. 5,9 Prozent im ersten Jahr bzw. rund 1,41 Mrd. Euro erwartet. Eine Erhöhung dieser Größenordnung erscheint im Vergleich zu den bisherigen jährlichen Zuwächsen der Gesamtvergütung und mit Blick auf die mit der Umstellung auf ELV erwarteten Vorteile vertretbar.

Abschließend sollte die *Bürokratie- und Abrechnungslast* nicht ungleich höher ausfallen als im derzeitigen System.

- ♦ Eine höhere Bürokratie- und Abrechnungslast ist prima facie zunächst im Interesse von keiner der betrachteten Stakeholdergruppen. Auch für Patienten steht durch mehr Bürokratie weniger tatsächliche Behandlungszeit zur Verfügung. Es ist auf Seiten der Ärzte jedoch durch das neue Vergütungssystem eher keine Abnahme insbesondere des Dokumentationsaufwandes zu erwarten. Ob es hingegen durch kleinteiligere Vergütung sogar zu einer wesentlichen Zunahme der Dokumentationslast kommt, ist nicht genau absehbar, dürfte durch gute Praxissoftware aber zu vermeiden sein.

7.2 Empfohlene Umsetzungsstrategie

Das empfohlene Vergütungsmodell kann schnell umgesetzt werden, wenn im Wesentlichen auf dem bestehenden EBM aufgebaut wird und eine differenziertere Kostenerhebung durch das Statistische Bundesamt erfolgt. Die erstmalige Umsetzung der ELV kann auch im Rahmen eines Modellprojekts erfolgen.

Durch eine schnelle Kalkulation und Etablierung der neuen Vergütung entstehen ggf. Unwuchten, z. B. zu starke Vergütungsrückgänge im Einzelfall. Diese können durch eine Konvergenzphase abgefangen werden. Bei dieser würden z. B. zunächst Einkommenszuwächse bzw. -verluste über 10 Prozent voll ausgeglichen. Empfehlenswert ist, wie beschrieben, auch die Einrichtung eines unabhängigen Instituts, das für die Kalkulation der Leistungen zuständig ist und wesentliche potenzielle neue Konfliktstellen im System beseitigen könnte. Diese Konfliktstellen sind insbesondere die Höhe der anzusetzenden Leistungsbewertungen, die Höhe der Fixkosten und die Leistungsmenge, bis zu der ein Fixkostenzuschlag erfolgt.

Wie bereits in Kapitel 6 geschrieben, werden relevante Veränderungen der Arztzahl unter den Fachgruppen sich maximal mittelfristig einstellen. Unerwünschte Veränderungen werden primär durch das Mittel der Bedarfsplanung zu steuern sein.

Wie bereits in Kapitel 5 beschrieben, ist davon auszugehen, dass aufgrund der Konvergenz und der mengenbegrenzenden Wirkungen des Modells keine weiteren umfassenden Mengenbegrenzungsinstrumente notwendig sein werden. Naturgemäß ist es im Zeitverlauf von hoher Bedeutung, das System aktuell zu halten. Das unabhängige Institut muss entsprechend regelmäßig Veränderungen der Produktivität und Kosten- und Leistungsstruktur bei der Anpassung des EBM-Katalogs berücksichtigen.

Sollte dies nicht ausreichend sein, sind langfristig Mengenbegrenzungsinstrumente nachträglich implementierbar.

Durch die Einführung der neuen Vergütungssystematik fallen, wie beschrieben, eine Reihe konfliktärer Schritte des heutigen Vergütungssystems weg, darunter insbesondere Honorarverhandlungen und Honorarverteilung. Die Abrechnung mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen sollte aber weiterhin durch die KVen durchgeführt werden.

8. Fazit und Empfehlungen

Mit dem vorliegenden Konzept wurde ein Vorschlag zur Einführung einer ELV im ambulanten Sektor unterbreitet, der bestehende Probleme beheben kann und so insgesamt die Versorgung der Patienten verbessert.

Ausgangspunkt des Vorschlags war die Beobachtung von Defiziten in der aktuellen Vergütungspraxis. Zu nennen sind hier die geringe Planungssicherheit für ambulant tätige Ärzte, die Intransparenz und Komplexität des Honorarsystems sowie Konflikte zwischen KV und GKV, zwischen KV und Ärzten sowie zwischen und innerhalb einzelner KVen und Arztgruppen. Eine transparente und einfachere ELV kann diese Defizite adressieren und damit in letzter Konsequenz auch die Versorgungssituation verbessern.

Um mögliche, technische Schwierigkeiten bei der Gestaltung einer ELV berücksichtigen zu können, wurde das Modell aufbauend auf nationalen und internationalen Erfahrungen zu dieser Vergütungsform gestaltet. Die nationalen Erfahrungen in der PKV zeigen deutlich die Gefahren einer reinen ELV: Hier ist eine deutliche Mengenausweitung zu konstatieren. Dagegen zeigen die Erfahrungen in der GKV, dass eine ELV, die durch geeignete Instrumente flankiert wird, zumindest partikulär nicht zu Mengenausweitungen und daraus resultierenden Kostensteigerungen geführt hat.

Dieser Befund deckt sich mit den internationalen Erfahrungen zur ELV. Länder, die die ELV in "Reinform" anwenden, wie z. B. in Teilen der USA, befinden sich in einer Debatte deren Grundtenor eine Abkehr von der ELV ist. Länder, die die ELV als ein Element eines komplexeren Vergütungssystems anwenden, scheinen keinen derartigen Anpassungsdruck zu verspüren.

Aufbauend auf diesen Erfahrungen wurde ein Konzept zur ELV im ambulanten Sektor entwickelt. Das zentrale Element des Modells ist die Unterscheidung zwischen variablen und fixen Kosten. Die Vergütung für jede abrechenbare Leistung unterteilt sich demnach in zwei Teile. Der variable Anteil wird für jede erbrachte Leistung vergütet. Eine Beschränkung oder Budgetierung ist hier nicht vorgesehen. Der Fixkostenaufschlag dagegen wird nur so lange gewährt, bis die durchschnittlichen Fixkosten eines Arztes (differenziert nach KV und Arztgruppe) abgegolten sind.

Aus dem Modell ergeben sich zwei Mechanismen, die eine medizinisch nicht gerechtfertigte Mengenausweitung verhindern sollen. Einerseits sinkt die Vergütung einer Leistung nach Abgeltung der Fixkosten durch den Wegfall des Aufschlags ab und damit auch der Anreiz zur weiteren Leistungserbringung. Andererseits gibt es einen abnehmenden Grenz-

nutzen der ärztlichen Tätigkeit (Wunsch nach besserer Work-Life-Balance, besserer Vereinbarkeit von Beruf und Familie etc.).

Die finanziellen Auswirkungen einer Umstellung auf ELV wurden ebenfalls modelliert. Im Rahmen der getroffenen Annahmen wird von einer Steigerung der Vergütungssumme um insgesamt 5,9 Prozent im ersten Jahr ausgegangen. Dies entspricht einer zusätzlichen Vergütung von circa 1,41 Mrd. Euro. Eine Erhöhung dieser Größenordnung erscheint im Vergleich zu den bisherigen jährlichen Zuwächsen der Gesamtvergütung und mit Blick auf die mit der Umstellung auf ELV erwarteten Vorteile vertretbar.

Im Gegensatz zu normalen Vergütungssteigerungen ginge nämlich eine Umstellung auf die vorgeschlagene ELV mit einer echten Verbesserung für alle am System beteiligten Akteure einher. Patienten profitieren von einer zielgenaueren Versorgung und zusätzlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung. Aus Sicht der Ärzteschaft steigern sich die Transparenz des Systems und die Planbarkeit der Einkünfte. Die Krankenkassen können einen direkten Bezug zwischen Leistung und Vergütung herstellen und darauf aufbauend Instrumente der Qualitätssicherung implementieren.

Für das weitere Vorgehen empfiehlt sich im ersten Schritt eine Verfeinerung der Datenbasis. Besonders die Daten des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung von variablen Kosten und Fixkosten nach Arztgruppen sind teilweise noch lückenhaft und bedürfen daher einer Qualitätsverbesserung. Eine Umstellung ist langfristig nur unter der Bedingung einer sachgerechten Leistungskalkulation für die einzelnen Arztgruppen sinnvoll.

Zusätzlich ist eine Diskussion des hier dargestellten Konzepts sinnvoll, in die alle relevanten Stakeholder eingebunden werden. Mögliche Rückmeldungen aus der Diskussion können dann ggf. berücksichtigt werden. In solch einer Diskussion könnten z. B. verschiedene im Modell getroffene Annahmen zu den Umrechnungsszenarien diskutiert werden. In der aktuellen Simulation erfolgt die Umrechnung auf Basis der abgerechneten Punktsumme, um eine annähernd kostenneutrale Umstellung trotz neuer Fixkostenvergütung zu gewährleisten.

Vor der bundesweiten Einführung des Konzepts sollte zudem ein Pilotprojekt (Modellvorhaben) in einer Modellregion durchgeführt werden, um das Konzept einem Praxistest zu unterziehen. Für eine sinnvolle Erprobung ist eine Beteiligung aller gesetzlichen Krankenversicherungen unabdingbar.⁹² Nach der Erprobung des Konzepts bieten sich für die

⁹² Bei Durchführung des Modellvorhabens unter Beteiligung nur weniger Kassen können viele Wirkungen des neuen Systems nicht gemessen werden, z. B. weil Ärzte bevorzugt Leistungen an Versicherten von Gesetzlichen Krankenversicherungen erbringen könnten, die sich am neuen System beteiligen.

konkrete Umsetzung verschiedene gesundheitspolitische Optionen an. So könnten die üblichen Vergütungssteigerungen im ambulanten Sektor einmalig ausgesetzt werden, um die erwarteten zusätzlichen Kosten einer ELV- Umstellung von 5,9 Prozent zu refinanzieren. Auch eine Verknüpfung von Maßnahmen der Qualitätssicherung mit der Einführung des ELV-Konzepts ist denkbar. Die konkrete Umsetzung des Konzepts sollte schrittweise im Rahmen einer Konvergenzphase erfolgen.

9. Anhang

- A1** Statistische Kennzahlen zur Datengrundlage
- A2** Beispielberechnung der Rechenschritte im Modell

A1 Statistische Kennzahlen zur Datengrundlage

Tabelle 7: Statistische Kennzahlen zur Datengrundlage nach Hochrechnung auf GKV (Stabw.= Standardabweichung)

Fachgruppe	Anzahl Ärzte	Mittlere Fallzahl	Stabw. Fallzahl	Mittlere Punktzahl	Stabw. Punktzahl	Mittlere Punkte je Fall	Stabw. Punkte je Fall
Allgemeine Chirurgie	2.594	2.201	1.730	3.915.138	3.704.981	1.661	1.062
Anästhesiologie	3.104	786	631	3.229.507	2.636.121	4.193	1.720
Augenheilkunde	5.376	4.657	2.880	4.578.487	3.118.319	1.046	738
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10.936	4.609	8.827	5.343.679	4.076.909	1.428	765
Gefäßchirurgie	496	1.673	1.539	3.607.600	4.187.918	1.825	1.084
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	4.026	4.324	2.495	5.219.650	3.161.324	1.224	465
Hausarzt	51.569	3.193	2.323	4.905.841	3.644.340	1.616	1.135
Haut- u. Geschlechtskrankheiten	3.521	6.476	4.978	5.700.627	4.396.313	897	584
Human-genetik	155	1.248	1.272	29.160.484	43.258.015	20.971	18.652
Innere Medizin und SP Angiologie	263	2.517	2.168	4.771.055	3.993.062	2.057	1.709

Fachgruppe	Anzahl Ärzte	Mittlere Fallzahl	Stabw. Fallzahl	Mittlere Punktzahl	Stabw. Punktzahl	Mittlere Punkte je Fall	Stabw. Punkte je Fall
Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	169	4.009	4.310	4.083.021	4.719.182	1.071	777
Innere Medizin und SP Gastroenterologie	1.218	2.429	2.092	6.948.023	6.386.455	2.789	1.164
Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	796	1.399	1.390	3.919.876	9.133.412	2.581	1.968
Innere Medizin und SP Kardiologie	2.136	2.452	2.070	5.684.601	4.593.445	2.291	1.057
Innere Medizin und SP Nephrologie	1.186	739	838	1.165.623	3.750.227	1.671	3.051
Innere Medizin und SP Pneumologie	1.087	3.600	2.484	7.178.704	5.129.573	2.276	1.781
Innere Medizin und SP Rheumatologie	804	3.276	4.297	4.325.417	3.344.558	1.375	547

Fachgruppe	Anzahl Ärzte	Mittlere Fallzahl	Stabw. Fallzahl	Mittlere Punktzahl	Stabw. Punktzahl	Mittlere Punkte je Fall	Stabw. Punkte je Fall
Innere Medizin und Spezialgebiete	2.312	2.257	2.076	4.312.308	4.157.176	2.030	1.885
Kinder- u. Jugendlichen Psychotherapeut	3.133	136	88	2.049.121	1.217.764	16.299	6.502
Kinder- und Jugend- medizin	6.897	2.998	2.222	4.404.620	3.483.883	1.455	524
Kinder- und Jugendpsy- chiarie und - psychotherapie	879	911	655	3.802.016	2.409.221	5.137	3.542
Labora- toriumsme- dizin	656	43.794	55.360	2.716.655	6.139.124	247	1.499
Mikrobi- ologie, Virologie, In- fektions- epidemi- ologie	195	19.304	31.702	904.361	2.580.721	43	72
Mund- /Kiefer- /Gesichts- chirurgie	786	453	508	1.916.557	2.468.715	4.082	2.361
Neuro- chirurgie	769	1.109	933	2.234.038	3.062.137	1.727	1.240
Neurolo- gie	3.866	2.377	1.651	4.435.281	3.074.274	2.364	2.901

Fachgruppe	Anzahl Ärzte	Mittlere Fallzahl	Stabw. Fallzahl	Mittlere Punktzahl	Stabw. Punktzahl	Mittlere Punkte je Fall	Stabw. Punkte je Fall
Neuro- radiolo- ge	95	3.530	3.029	10.802.278	8.734.749	3.227	1.119
Nukle- armedi- ziner	767	2.803	2.869	6.294.767	5.123.119	2.619	1.367
Orthopä- pä- die/Unfal- lchirurgie	6.925	3.435	2.247	4.576.046	3.361.743	1.296	573
Patholo- gie	815	13.886	19.880	8.112.366	7.033.397	1.023	1.002
Physika- lische u. Rehabili- tative Medizin	493	2.433	1.898	4.204.423	3.692.690	1.852	1.831
Plasti- sche/Äst- het. Chi- rurgie	250	1.357	1.165	2.903.598	2.999.587	2.165	1.403
Psychiat- rie u. Psycho- therapie	1.712	1.078	868	2.635.992	1.605.449	4.269	5.020
Psycho- logischer Psycho- thera- peut	13.842	189	115	2.065.289	1.242.755	11.854	5.769
Psycho- somati- sche Medizin und Psy- chothe- rapie	2.294	189	134	2.092.147	1.294.070	12.606	6.922
Psycho- thera- peutisch tätiger Arzt	2.356	203	135	1.999.490	1.208.664	10.900	5.498

Fachgruppe	Anzahl Ärzte	Mittlere Fallzahl	Stabw. Fallzahl	Mittlere Punktzahl	Stabw. Punktzahl	Mittlere Punkte je Fall	Stabw. Punkte je Fall
Radiologie	3.163	4.742	4.546	9.823.683	8.374.234	2.421	1.382
Sprach-/Stimm-/kindl. Hörstörungen	111	3.343	2.124	6.960.660	5.226.044	2.062	769
Strahlentherapie	533	635	758	8.036.169	9.543.002	11.495	8.937
Transfusionsmediziner	92	2.953	11.200	1.851.060	6.091.199	573	1.362
Urologie	2.899	3.443	2.727	3.780.265	3.025.258	1.142	405
Visceralchirurg	228	1.143	1.354	2.018.683	3.705.125	1.210	998
Gesamt	145.504	3.081	6.224	4.478.731	4.330.915	3.382	4.855

Quelle: IGES nach TK-Datenlieferung 2012

A2 Beispielberechnung der Rechenschritte im Modell

Anhand von vier Ärzten aus zwei unterschiedlichen modellhaften Arztgruppen erfolgt in diesem Abschnitt eine beispielhafte Berechnung, die das Vorgehen illustrieren und die Wirkungen verdeutlichen soll.

In Tabelle 8 sind jeweils zwei Ärzte der Fachgruppen A und B mit ihrer abgerechneten Punktzahl gemäß des heutigen Vergütungssystems wiedergegeben. Je Fachgruppe liegt jeweils ein Arzt über und ein Arzt unter der fachgruppenspezifischen Durchschnittslinie (hier nur nachrichtlich angegeben, da diese eigentlich Teil der neuen Vergütungssystematik ist), ab der der Fixkostenaufschlag wegfällt. Darüber hinaus ist in der zweiten Spalte die abgestaffelte Punktmenge angegeben. Diese stellt ggü. der abgerechneten Punktmenge den Wert dar, den die Ärzte real vergütet bekommen haben. Eine Abstufung fand hier nur für die Ärzte statt, die überdurchschnittlich viele Punkte abgerechnet haben.

Tabelle 8: Basisdaten der Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen

Arzt	abgerechnete Punkte	abgestaffelte Punkte	nachrichtlich: spätere Durchschnittsline
A1	1.000	1.000	1.200
A2	1.800	1.600	1.200
B1	1.200	1.200	1.300
B2	1.800	1.700	1.300
Summe	5.800	5.500	-

Quelle: IGES

In Tabelle 9 findet sich nun das Ergebnis der Umstellung der heutigen Vergütung auf das neue ELV-System. Die abgerechnete Punktmenge (nicht die abgestaffelte Punktmenge) wird als Basis für die Umstellung angesetzt. Gegenüber der heutigen Vergütung erfolgt bei Ärzten, die mehr als die durchschnittliche Punktmenge abrechnen, ab diesem Punkt keine weitere Fixkostenvergütung mehr. In dem Modell wird von einem gleichen Fixkostenanteil von 30 Prozent in beiden Fachgruppen ausgegangen. Für Leistungen, die über dem Durchschnitt liegen, erfolgt für diese Ärzte also eine Vergütung in Höhe von 70 Prozent der vorherigen Vergütung.

Die Berechnung für A2 sieht beispielsweise wie folgt aus:

$$1.200 + ((1.800 - 1.200) * (100\% - 30\%)) = 1.620$$

Dabei ist:

1.200: Mittlere Punkte der Fachgruppe (Durchschnittsline)

1.800: Abgerechnete Punktmenge

(100%-30%): Anteil der variablen Vergütung (Gesamtvergütung – fixer Vergütungsbestandteil)

Für Ärzte unterhalb der durchschnittlichen Punktmenge ändert sich nichts.

In der letzten Spalte ist darüber hinaus die prozentuale Veränderung gegenüber der heute ausgezahlten Vergütung (abgestaffelte Punkte) wiedergegeben. Beim Arzt A2 ist der Gesamteffekt positiv, da der Unterschied zwischen der abgerechneten Punktmenge und der abgestaffelten Punktmenge mit 200 Punkten größer ist als der Effekt der Vergütungs-umstellung (180 Punkte).

Beim Arzt B2 ist der Gesamteffekt hingegen negativ, da der Unterschied zwischen der abgerechneten Punktmenge und der abgestaffelten Punktmenge mit 100 Punkten kleiner ist als der Effekt der Vergütungsumstellung (150 Punkte).

Für alle vier Ärzte zusammen liegt der Umstellungseffekt der Vergütung in diesem Beispiel bei -0,5 Prozent.

Tabelle 9: Ergebnis der Umstellung auf das neue Vergütungssystem (Umstelleffekt) für einen Fixkostenanteil von 30%; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen

Arzt	abgerechnete Punkte	abgestaffelte Punkte	Umstelleffekt bei 30% Fixkostenanteil	Delta ggü. abgestaffelte Punkte
A1	1.000	1.000	1.000	0,0%
A2	1.800	1.600	1.620	1,3%
B1	1.200	1.200	1.200	0,0%
B2	1.800	1.700	1.650	-2,9%
Summe	5.800	5.500	5.470	-0,5%

Quelle: IGES

In den nächsten Schritten wird betrachtet, welche Verhaltensänderungen aufgrund dieser Vergütungsumstellung durch die Ärzte zu erwarten sind. Wie in Abschnitt 6.3.2 dargelegt, sind dies einerseits der **Kompensationseffekt**, andererseits der **ELV-Effekt** und letztlich eine **Schnittmenge** dieser beiden Effekte, da diese sich überschneiden.

Zunächst wird nur der isolierte **Kompensationseffekt** betrachtet (vgl. Tabelle 10). Eine Kompensation ist das erwartete Verhalten von Ärzten, die durch die Vergütungsumstellung einen Verlust erzielt haben (d. h. die Punkte nach Umstellung in Spalte 4 sind niedriger als die heutige abgestaffelte Punktmenge in Spalte 3).

In dem Beispiel trifft das ausschließlich auf den Arzt B2 zu. Für diesen Arzt wird erwartet, dass er versuchen wird, sein altes Einkommen (Spalte 3) wieder zu erreichen (vgl. Spalte 5 "Kompensation").

Alle anderen Ärzte werden durch die Vergütungsumstellung besser gestellt (Arzt A2) bzw. gleichgestellt (Arzt A1 und B1). Für diese besteht also kein Anlass zur Kompensation.

Der Kompensationseffekt über alle Ärzte ist also trotz seines Namens im Vergleich sowohl gegenüber der heutigen Vergütungshöhe (Spalte 3) als auch gegenüber der Vergütung nach Umstellung (Spalte 4) größer als

null. Der Kompensationseffekt ist gegenüber der heutigen Vergütungshöhe (Spalte 6) in der Summe aller Ärzte größer als null (und bei voller Kompensation aller Ärzte nie kleiner als null), da es Ärzte gibt, die durch die Systemumstellung profitieren (hier Arzt A2).

Tabelle 10: Ergebnis des Kompensationseffekts; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen

Arzt	abgerechnete Punkte	abgestufelte Punkte	Punkte nach Umstellung	Kompensation	Delta ggü. heute	Delta ggü. Umstellereffekt
A1	1.000	1.000	1.000	1.000	0,0%	0,0%
A2	1.800	1.600	1.620	1.620	1,3%	0,0%
B1	1.200	1.200	1.200	1.200	0,0%	0,0%
B2	1.800	1.700	1.650	1.700	0,0%	3,0%
Summe	5.800	5.500	5.470	5.520	0,4%	0,9%

Quelle: IGES

Der zweite Effekt ist der **ELV-Effekt**, der auftritt, weil Ärzte in einem ELV-System versuchen werden, ihre Leistungen auszuweiten (vgl. Tabelle 11 und Abschnitt 4 (Bisherige Erfahrungen mit Einzelleistungsvergütungen)). In der Tabelle wird dieser Effekt isoliert betrachtet, das heißt die Wirkung des Kompensationseffektes wird hier nicht einberechnet.

Der ELV-Effekt (in dem Beispiel für alle Ärzte 5,6 Prozent erwartete Leistungsausweitung) wirkt auf alle Ärzte in dem Beispiel. Für Ärzte, die überdurchschnittlich viele Leistungspunkte abrechnen, wirkt allerdings die dämpfende Wirkung der neuen Vergütung. Für diese Ärzte erfolgt die Vergütung der zusätzlichen Leistungen nur noch in Höhe der variablen Vergütung.

Für Ärzte mit unterdurchschnittlichen Leistungspunkten ist die Berechnung relativ einfach, z. B. für Arzt A1:

$$1.000 * 105,6\% = 1.056$$

Dabei ist:

1.000 die Punktzahl nach Umstellung (Spalte 4) und

105,6% die erwartete Leistungssteigerung in dem Beispiel.

Für Ärzte mit überdurchschnittlichen Leistungspunkten ist die Berechnung etwas komplexer, z. B. für Arzt A2:

$$1.620 + (1.800 * 5,6% * (100% - 30%)) = 1.691$$

Dabei ist:

1.620 die Punktzahl nach Umstellung (Spalte 4),

1.800: Abgerechnete Punktmenge (Spalte 2),

5,6% die erwartete Leistungssteigerung in dem Beispiel und

(100%-30%): Anteil der variablen Vergütung (Gesamtvergütung – fixer Vergütungsbestandteil, vgl. Tabelle 9).

Eine hier nicht dargestellte Möglichkeit ist, dass ein Arzt aufgrund des ELV-Effekts die durchschnittliche Punktmenge überschreitet. In diesem Fall erhält ein Arzt die volle Vergütung bis zum Durchschnitt und ab dem Durchschnitt nur noch die variable Vergütung.

Der ELV-Effekt in Tabelle 11 in Spalte 7 entspricht somit für die Ärzte A1 und B1 genau der Leistungsausweitung, während aufgrund des Wegfalls des Fixkostenaufschlags der ELV-Effekt für die Ärzte A2 und B2 niedriger ist.

Gegenüber der heutigen Vergütung führt eine Leistungsausweitung von 5,6 Prozent in diesem Beispiel also zu einer Vergütungserhöhung von insgesamt 4,3 Prozent (Spalte 6), wodurch noch einmal die mengenbegrenzende Wirkung der entwickelten Systematik deutlich wird.

Tabelle 11: Ergebnis des ELV-Effekts; Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen

Arzt	abgerechnete Punkte	abgestufte Punkte	Punkte nach Umstellung	Leistungsausweitung um 5,6%	Delta ggü. heute	Delta ggü. Umstell-effekt
A1	1.000	1.000	1.000	1.056	5,6%	5,6%
A2	1.800	1.600	1.620	1.691	5,7%	4,4%
B1	1.200	1.200	1.200	1.267	5,6%	5,6%
B2	1.800	1.700	1.650	1.721	1,2%	4,3%
Summe	5.800	5.500	5.470	5.734	4,3%	4,8%

Quelle: IGES

Wie in Abschnitt 6.3.2 dargelegt, beruhen die beiden Effekte aus Tabelle 10 und Tabelle 11 beide auf einer Ausweitung der Arbeitszeit, weswegen die Effekte sich in ihrer Wirkung **überschneiden**. Es wird von einer hohen Überschneidung (70 Prozent) ausgegangen, wodurch die Summe der Effekte entsprechend geringer ausfällt. Beide Effekte zusammen entsprechen der erwarteten Gesamtveränderung aufgrund der Systemumstellung.

Zur Illustration, was dieser Überschneidungsgrad ausdrücken soll, hilft es, sich die Extremwerte zu verdeutlichen:

- ◆ Bei 0 prozentiger Überschneidung addieren sich der Kompensationseffekt und der ELV-Effekt
- ◆ Bei 100 prozentiger Überschneidung entspricht das Endergebnis dem höheren Wert beider Effekte

Die Berechnung des Gesamteffekts (vgl. Tabelle 12) funktioniert folglich am Beispiel von Arzt B2 so:

$$1.721 + ((100\% - 70\%) * (1.700 - 1.650)) = 1.736$$

Dabei ist:

1.721 der jeweils höchste Wert aus Spalte 5 oder 6,

(100%-70%): Anteil der sich nicht überschneidet, also addiert wird

1.700 der jeweils niedrigere Wert aus Spalte 5 oder 6,

1.650: Punktzahl nach Umstellung (Spalte 4).

Anders als im vorliegenden Beispiel kann in der Praxis auch der Kompensationseffekt höher als der ELV-Effekt sein.

Im vorliegenden Beispiel war der Kompensationseffekt nur bei Arzt B2 größer als null (vgl. Spalte 7 in Tabelle 10), weswegen der Gesamteffekt bei den Ärzten A1, A2 und B1 genau dem ELV-Effekt entspricht.

Tabelle 12: Gesamtergebnis beider Effekte (Annahme: Effekte überschneiden sich zu 70%); Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen

Arzt	abgerechnete Punkte	abgestufelte Punkte	Punkte nach Umstellung	Kompensation (isoliert)	Leistungsausweitung um 5,6% (isoliert)	Gesamteffekt (70% Überschneidung)
A1	1.000	1.000	1.000	1.000	1.056	1.056
A2	1.800	1.600	1.620	1.620	1.691	1.691
B1	1.200	1.200	1.200	1.200	1.267	1.267
B2	1.800	1.700	1.650	1.700	1.721	1.736
Summe	5.800	5.500	5.470	5.520	5.734	5.749

Quelle: IGES

In Tabelle 13 finden sich noch einmal die Veränderungsdaten aus Tabelle 10 und Tabelle 11, zusätzlich sind die Veränderungsdaten für den Gesamteffekt aus Tabelle 12 aufgeführt.

Insgesamt wird in dem Beispiel also eine Erhöhung der Vergütung gegenüber heute von 4,5 Prozent erwartet (Spalte 5). Die Verhaltenseffekte aufgrund der Vergütungsumstellung ergeben zusammen +5,1 Prozent gegenüber der Umstellungspunktsomme (aus Spalte 4 in Tabelle 10).

Ganz offensichtlich eignen sich die Prozentwerte in den Spalten 3 und 4 der Tabelle 13 aufgrund ihrer Relation zur heutigen Vergütung nicht zur Addition, um den Gesamteffekt zu berechnen (bei den Ärzten A1 bis B1 gibt es keinen Kompensationseffekt, der zum Gesamteffekt beiträgt; die angegebenen Prozentwerte entsprechen dem Umstelleffekt (vgl. Spalte 2 bzw. Tabelle 10)).

Die Spalten 6 und 7 lassen sich unter Berücksichtigung der 70 Prozent Überschneidung für jeden Arzt addieren, um den Wert aus Spalte 8 zu erhalten (Beispiel B2):

$$(100\%-70\%)*3,0\%+100\%*4,3\% = 5,2\%$$

Dies gilt für die Summe in der letzten Zeile nur dann, wenn der ELV-Effekt für jeden Arzt größer als der Kompensationseffekt ist (oder der Kompensationseffekt für jeden Arzt größer als der ELV-Effekt).

Tabelle 13: Gesamtschau der Veränderungsraten in dem Beispiel;
Beispielberechnung für vier Ärzte aus zwei Fachgruppen

Arzt	Umstellereffekt ggü. heutige Vergütung	Vergleich zur heutigen Vergütung			Vergleich zum Umstellereffekt		
		Kompensation	ELV-Effekt	Gesamteffekt	Kompensation	ELV-Effekt	Gesamteffekt
A1	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	0,0%	5,6%	5,6%
A2	1,3%	1,3%	5,7%	5,7%	0,0%	4,4%	4,4%
B1	0,0%	0,0%	5,6%	5,6%	0,0%	5,6%	5,6%
B2	-2,9%	0,0%	1,2%	2,1%	3,0%	4,3%	5,2%
Summe	-0,5%	0,4%	4,3%	4,5%	0,9%	4,8%	5,1%

Quelle: IGES

Literaturverzeichnis

- American Medical Association (2012): "Physician Payment Reform – Early Innovators Share – What They Have Learned", Innovators Committee, Juli 2012.
- AOK BV: Budgetvorgaben, Arbeitsbelastung und Praxisöffnungszeiten am Quartalsende, Online-Befragung von APs und Fachärzten, AOK Bundesverband 2011.
- Ärzte Zeitung (2012): "Frankreich - Streik und viel Ärger um Ärztehonorare"; 15.11.2012.
- Ärzte Zeitung (2013): "Zankapfel Hausarzt-EBM"; 18.09.2013, http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/846192/bleibt-1-oktober-zankapfel-hausarzt-ebm.html (Zugriff: 04.02.2014).
- Ärzte Zeitung (2013a): Stimmung der Ärzte besser. www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/finanzen_steuern/article/848847/medizinklima-index-stimmung-aerzte-bessert.html?sh=54&h=-2134967612 (Zugriff: 18.12.2013).
- Ärzte Zeitung (2013b): Zankapfel Hausarzt-EBM. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/846192/bleibt-1-oktober-zankapfel-hausarzt-ebm.html (Zugriff: 04.02.2014).
- Augenspiegel (2013): Blog. www.augenspiegel.com/zeitschrift.php/auge/blog/ Abgerufen am 01.12.2013.
- Bargain, Orsini und Peichl (2011): Labor Elasticities in Europe and the US. IZA Discussion Paper Series: Nr. 5820.
- BASYS (1993): Unterschiede in der Bezahlung ärztlicher Leistungen zwischen der privaten und der gesetzlichen Krankenversicherung, unveröffentlichtes Manuskript (Ergebnis Veröffentlicht in Niehaus (2009).
- Bohsem G (2012): Ärzte proben den Aufstand. <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/streit-um-honorarerhoehung-aerzte-proben-den-aufstand-1.1456945>, 02. September 2012, (Zugriff: 04.02.2014).
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bafin) (2012): Wahrscheinlichkeitstabellen der privaten Krankenversicherung 2011. Abgerufen am 28.09.2013 unter: www.bafin.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistik/2011/dl_wahrs

cheinlich keitstafeln_pkv_2011.zip?__blob=publicationFile&v=4
(Zugriff 18.12.2013).

Burgers J, Verkteij H, Westert G (2009): „the Netherlands: regulated competition behind the dykes?“. In BMJ Volume 339, Oktober 2009.

Czypionka T, Riedel M, Obradovits M, Sigl C und Leutgeb J (2011): „Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich“. In: Soziale Sicherheit, III Herbst/2011.

Charlesworth A, Davies A, Dixon J (2012): “Reforming payment for healthcare in Europe to achieve better value”, <http://www.nuffieldtrust.org.uk/euro-summit/2012>, August 2012.

Descamps U (2010): “Ambulante Versorgungssituatiuon in Frankreich”. März 2010. (www.forum-gesundheitspolitik.de/dossier/PDF/AmbulanteVersorgunginFrankreich1.pdf; Zugriff 29.11.2013).

Deutsches Ärzteblatt (2011): KV-Allianzen: Es brodelt in den Regionen. [http://www.aerzteblatt.de/archiv/102556/KV-Allianzen -Es-brodelt-in-denRegionen%20und%20www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung](http://www.aerzteblatt.de/archiv/102556/KV-Allianzen-Es-brodelt-in-denRegionen%20und%20www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/aerztliche_verguetung). Abgerufen am 07.02.2014.

Fujisawa R and Lafortune G (2008): “The Remuneration of General Practitioners and Specialits in 14 OECD Countries: What are the Factors Influencing Variations Across Countries?”. OECD Health Working Papers No. 41; 18.12.2008.

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2009): Ärzten reicht Milliarden-Zuwachs nicht. www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/nach-der-honorarreform-aerzten-reicht-milliarden-zuwachs-nicht-1829831.html, 27.07.2009 (Zugriff 18.12.2013).

Frankfurter Allgemeine Zeitung (2011): Vertrauenskrise zwischen Haus- und Fachärzten. www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/schwere-vertrauenskrise-hausaerzte-und-fachaerzte-stuerzen-sich-ins-chaos-12661238.htm (Zugriff 18.12.2013).

Grant H M und Hurley J (2013): Unhealthy Pressure: How Physician Pay Demands put the Squeeze on Provincial Health-Care Budgets. Vol 6, Issue 22, July 2013 (www.policyschool.ucalgary.ca/sites/default/files/research/grant-physician-income.pdf; Zugriff 7.1.2014).

Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, Izumida N, Naguchi H, Yasunaga H, Miyata H, Acuin JM und Reich MR (2011): Cost-containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? In: Lancet 2011, 378:1174-82 (<http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/36/>

378-9797/pdf/1-s2.0-S0140673611609872-main.pdf; (Zugriff 9.1.2014).

Hellmann A (2009): Sitzung der Vertreterversammlung der KBV <http://www.bdi.de/allgemeine-infos/aktuelle-meldungen/ansicht/article/sitzung-der-vertreterversammlung-der-kbv-am-6-maerz-2009-in-berlin.html> (Zugriff 18.12.2013).

Infas (2012) Ärztemonitor. unter: www.kbv.de/media/sp/120605_aerztemonitor_tabellenband.pdf (sic!) (Zugriff: 17.12.2013).

Kaiser Permanente International (2010): "Selected European Countries' Health Care Systems". ©Copyright 2010 (<http://xnet.kp.org/kpinternational/docs/European%20Health%20Care%20Systems%20Comparison.pdf>; Zugriff 28.11.2013).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012): Honorarbericht für das dritte Quartal 2012: Zahlen und Fakten.

KZBV (2012). Daten und Fakten 2012. Berlin: Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung.

Knieps F (2012) Interview mit der ARD-Tagesschau. www.tagesschau.de/inland/honorarstreit102.html, (Zugriff 10.10.2012).

KVBB (2013): Gutachten belegt Benachteiligung ganzer Bundesländer. <http://www.kvbb.de/presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/gutachten-belegt-die-benachteiligung-ganzer-bundeslaender-bei-der-finanzierung-der-medizinischen-ver/38//archive/2013/>) im Rahmen des Gutachtens im Auftrag der KV Sachsen-Anhalt. Abgerufen am 07.02.2012.

KVNO (2013): Honorarinfos für Einsteiger und Fortgeschrittene: Die RLV-Fallzahl der fachungleichen BAG www.kvno.de/60neues/2013/13_10_rlv-fallzahlen/index.html. Zugriff am 11.12.2013.

Léger PT (2011): Physician Payment Mechanisms: An Overview of Policy Options for Canada. CHSRF Series on Cost Drivers and Health System Efficiency: Paper 3 (www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/hospital-funding-docs/CHSRF-LegerPhysicianRenumerationENG.pdf?sfvrsn=0; Zugriff 7.1.2014)

Massachusetts Hospital Association (2009): „Massachusetts Payment Reform: An Overview of Critical Foundational Issues“, Oktober 2009.

- Niehaus F (2006): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2004, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 1/06, Köln.
- Niehaus F (2006a): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2005, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV 10/06, Köln.
- Niehaus F (2007): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Jahr 2006, Diskussionspapier des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Köln.
- Niehaus F (2009): Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM. Wissenschaftliches Institut der PKV; WIP-Diskussionspapier 7/09 (www.wip-pkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Vergleich_der_aerztlichen_Verguetung_nach_GOAE_und_EBM.pdf; Zugriff 18.12.2013).
- Niehaus F und Weber C (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen. Köln: Wissenschaftliches Institut der PKV.
- n-tv.de (2009): Ärzte-Streik wegen Honoraren – Bundesweit Praxen dicht, www.n-tv.de/politik/Bundesweit-Praxen-dicht-article60207.html (Zugriff: 18.12.2013).
- Österreichische Ärztezeitung (2009): Deutschland – Ärzte so demotiviert wie noch nie. www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2009/oeaez-12-25062009/unzufriedene-aerzte-in-deutschland-honorarreform-und-rationierungsmassnahmen.htm; Zugriff 18.12.2013).
- Pederson KM, Andersen JS and Sondergaard J (2012): General Practice and Primary Health Care in Denmark. JABFM March-April 2012, Vol. 25 Supplement. (www.jabfm.org/content/25/Suppl_1/S34.full.pdf+html; Zugriff 7.1.2014).
- PKV (2011): PKV-Faktencheck 2011. Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung.
- PKV (2013): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2011/2012, Köln: Verband der Privaten Krankenversicherung.
- Rundschau Online (2013): Ärzte sind unzufrieden mit ihrer Lage. www.rundschau-online.de/politik/einkommen-aerzte-sind-unzufrieden-mit-ihrer-lage,15184890,21494958.html, 18.01.2013 (Zugriff 18.12.2013).
- Schneider EC, Hussey PS and Schnyer C (2011): "Payment Reform. Analysis of Models and Performance Measurement Implications." RAND Technical Report.
-

- Statisches Bundesamt (2011): Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Dienstleistungen/Tabellen/Kassenpraxen.html>.
- Statistisches Bundesamt (2013): Einnahmen und Reinerträge von Kassenpraxen: Privateinnahmen machen den Unterschied, Pressemitteilung, 04.12.2013).
- Stidl M (2012): „Der Einsatz von Anreizmechanismen im ambulanten Gesundheitsversorgungsbereich in Österreich und im Vereinigten Königreich“. Masterarbeit (https://online.medunigraz.at/mug_online/wbabs.getDocument?pThesisNr=36876&pAutorNr=62953&pOrgNR=1.; Zugriff 28.11.2013).
- Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. Denmark (2007): Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(6): 1–164.
- The National Commission on Physician Payment Reform (2013): “Report of the National Commission on Physician Payment Reform” May 2013.
- The Special Commission on Health Care Payment System (2009): Recommendations of the Special Commission on Health Care Payment System, Juli 2009.
- Uetsuka Y (2012): Characteristics of Japan’s Healthcare Systems and Problems. JMAJ 55 (4): 330-333, 2012. (www.med.or.jp/english/journal/pdf/2012_04/330_333.pdf; Zugriff 9.1.2014).
- Veit CH, Hertle D, Bungard S., Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann B (2013): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Düsseldorf: BQS Institut.
- Walendzik A, Greß S, Manouguian M und Wasem J (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen Nr. 165.
- Wido (2010) Ärzte verkaufen immer mehr Privatleistungen an gesetzlich Krankenversicherte, Pressemitteilung vom 07.12.2010:
http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_pressemitteilungen/wido_pm_widomonitor_1210.pdf (Abruf: 03.02.2014).
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland [ZI]: Dokumentation der Untersuchungsergebnisse aus den gesetzlichen Maßnahmen zur Früherkennung nach § 25 SGB V.
-



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com