

Presse- & Fachgespräch
„Moderne Vergütung statt ärztlicher Einheitspreis“
Dr. Florian Reuther

Keine Experimente – Ein radikaler Umbau der ärztlichen Vergütungssysteme würde die medizinische Versorgung nur verteuern, aber nicht verbessern

Die medizinische Versorgung in Deutschland steht sehr gut da. Wir haben gut ausgebildete Ärzte und eine moderne medizinische Infrastruktur. Alle Patienten haben unabhängig von ihrem Einkommen direkten Zugang zur Versorgung und dabei Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt. Und die Wartezeiten sind im internationalen Vergleich kurz.

Die finanzielle Basis des Gesundheitssystems besteht aus den beiden Säulen der Gesetzlichen und der Privaten Krankenversicherung. Sie tragen ein gemeinsames medizinisches Versorgungssystem, das von gesetzlich und privat Versicherten gleichermaßen genutzt wird. Diese gemeinsame Versorgungsstruktur unterscheidet uns z.B. von Großbritannien. Dort gibt es ein staatliches Einheitssystem für alle Bürger. In der realen Gesundheitsversorgung hat sich aber ein Zwei-Klassen-System entwickelt – mit Spitzenmedizin bei Privatärzten und in Privatkliniken für diejenigen, die es sich leisten können, und einer rationierten Wartezeiten-Basisversorgung für alle anderen.

Für die von gesetzlich und privat Versicherten gemeinsam genutzte medizinische Versorgung in Deutschland bringt es spürbare Vorteile, dass im Hintergrund zwei unterschiedliche ärztliche Vergütungssysteme wirken, die sich sehr gut ergänzen. Durch den Wettbewerb von GKV und PKV erfüllen sie eine gegenseitige Korrektivfunktion, was die Qualität der Versorgung deutlich verbessert.

Professor Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen, der ja in den Debatten über unser Gesundheitssystem viel zitiert wird, hat diese Win-Win-Situation einmal sehr prägnant zusammengefasst: *„Die niedrigen Markteintrittsbarrieren und das relativ flexible Vergütungssystem in der PKV fördern eine schnelle Einführung von Innovationen. Auf der anderen Seite führt der Schwerpunkt, der in der GKV auf Wirtschaftlichkeit und Evidenz gelegt wird, zu notwendigen Qualitätsnachweisen und auch zu Prozessinnovationen. Von diesem Qualitätsgewinn profitieren alle Patienten.“*¹

In der Tat bringt die Dualität von GKV und PKV einen klaren Mehrwert für alle Versicherten – und der beruht ganz wesentlich auf den unterschiedlichen Vergütungssystemen für die ambulante ärztliche Versorgung vor Ort: die vertragsärztliche Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der GKV und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der PKV.

Der Koalitionsvertrag von Union und SPD sieht vor, dass eine Wissenschaftliche Kommission Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung erarbeitet. Die SPD zielt dabei erkennbar darauf ab, den EBM und die GOÄ zu vereinheitlichen, und sieht darin einen

¹ Vgl. Wasem, J. (2016), in: Handelsblatt-Veranstaltungen/Health/Innovationen im GKV-PKV-System.

Schritt in Richtung einer „Bürgerversicherung“. Auch die Kommission für ein modernes Vergütungswesen wird sich voraussichtlich zu der Frage einer Einheitlichen Gebührenordnung äußern.

Schon vor dem Abschluss der Beratungen in der Wissenschaftlichen Kommission hat vor einigen Wochen die Bertelsmann-Stiftung die politische Diskussion über eine Einheitliche Gebührenordnung eröffnet. Im Auftrag der Stiftung haben der eben schon zitierte Prof. Dr. Wasem und Dr. Anke Walendzik verschiedene Varianten einer Vereinheitlichung der Gebührenordnungen geprüft. Dabei zeigen sich – zumal wenn man die politische „Stoßrichtung“ der Bertelsmann-Stiftung für eine Einheitsversicherung im Blick hat – durchaus **zwei** bemerkenswerte Erkenntnisse:

Erstens: Die Studie der Bertelsmann-Stiftung macht deutlich, dass durch eine Einheitliche Gebührenordnung Mehrkosten in Höhe von 5,2 Mrd. € jährlich entstehen, die überwiegend von den gesetzlich Versicherten aufgebracht werden müssten. Denn was den Arztpraxen durch den wegfallenden Mehrumsatz der Privatversicherten im Rahmen der GOÄ-Vergütung verloren ginge, wäre dann in einem einheitlichen System überwiegend von den rund 90 % der GKV-Versicherten zu tragen.

Heute beträgt der PKV-typische Mehrumsatz im Durchschnitt pro Arztpraxis mehr als 54.000 Euro p.a. Diese Mittel können Ärzte in eine entsprechend bessere personelle und technische Ausstattung der Arztpraxen investieren. Das nutzt sowohl gesetzlich als auch privat versicherten Patienten.

Von den Mehrumsätzen der Privatversicherten profitieren übrigens – anders als oft vermutet – nicht nur städtische Regionen, sondern vor allem die medizinische Versorgung auf dem Land. Weil Privatpatienten auf dem Land im Durchschnitt älter sind (ältere Menschen gehen häufiger zum Arzt) und weil in größeren Stadt- oder Ballungsgebieten Mieten, Gehälter und andere ärztliche Kosten höher liegen (Mehrumsätze in der Stadt sind i.d.R. real weniger wert), ist der Mehrumsatz auf dem Land oder in strukturschwachen Regionen besonders wertvoll.

Zweitens: Die Studie der Bertelsmann-Stiftung kommt zu dem Ergebnis, dass eine einheitliche Gebührenordnung nur Sinn machen würde, wenn zuvor die gesamte medizinische Versorgung in Deutschland vereinheitlicht wäre. Während also häufig SPD, LINKE und Grüne eine Einheitliche Gebührenordnung als Voraussetzung für die sogenannte „Bürgerversicherung“ begreifen, sehen es die Studienautoren also genau andersherum. Sie bezweifeln grundsätzlich, dass eine *„Angleichung von privatem und gesetzlichem Vergütungssystem ... ohne gleichzeitige grundlegende Reform des Krankenversicherungssystems sinnvoll und machbar ist.“*²

Zu einem nahezu identischen Ergebnis kamen übrigens auch die Professoren Ulrich & Wille et. al. Sie haben sich 2018 mit der Frage einer einheitlichen Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem befasst und festgestellt, dass sich *„die ärztliche Vergütung nicht nivellieren lässt, ohne wesentliche Systemunterschiede zwischen GKV und PKV zu beseitigen. In anderen Worten: Die Systementscheidung muss der Vergütungslogik zeitlich, logisch und systematisch immer voran gehen.“*³

Im Koalitionsvertrag heißt es mit Blick auf die Überarbeitung der ärztlichen Gebührenordnungen: *„Sowohl die ambulante Honorarordnung in der GKV (EBM) als auch die Gebührenordnung der PKV (GOÄ) müssen reformiert werden.“* Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission ist gut beraten, diesen Auftrag wörtlich zu nehmen und konkrete Verbesserungen innerhalb der bestehenden

² Vgl. Wasem, J.; Walendzik, A. (2019), Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen, Gutachten im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung, S. 5, 11 und 115.

³ Vgl. Hess, R.; Ulrich, V.; Wille, E. Thüsing, G., Wille, E. (2018), Einheitliche Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Memorandum zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung (EGO).

Vergütungssysteme auszuloten. Im Klartext: Keine System-Experimente. Modernisierung statt Revolution.

Erste Ansätze einer Modernisierung des EBM lässt bereits das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erkennen. Im Interesse der GKV-Versicherten soll die Vergütung für diejenigen Ärzte erhöht werden, die die Versorgung schneller, besser und digitaler gestalten.

Weitere Reformschritte sollten folgen.

Das Gutachten von Professor Rolfs (Universität zu Köln) zeigt auf, dass eine „pfadabhängige“ Reform innerhalb des Vergütungssystems der GKV nicht nur möglich, sondern auch geboten ist. Das gilt z.B. für die EBM-typische Quartalsvergütung, wonach viele Behandlungen nur mit einer festen Honorarsumme für das ganze Quartal bezahlt werden, unabhängig von der Häufigkeit der Patientenkontakte. Dieses Quartalsphänomen ist oft für längere Wartezeiten im System der GKV verantwortlich, wie die Ärzteschaft und auch wissenschaftliche Studien bestätigen.⁴ Weitere mögliche Strukturreformen im EBM-System könnten auf mehr Flexibilität bei der Budgetierung, die Reform der Regelleistungsvolumina oder die Stärkung der Einzelleistungsvergütung zielen.

Für den Bereich der GOÄ liegt bereits ein umfassendes Konzept zur Modernisierung der ärztlichen Vergütung vor. Der gemeinsam von Ärzteschaft, PKV und Beihilfe entwickelte Vorschlag für eine neue Gebührenordnung umfasst den neusten Stand der Technik, garantiert eine rasche Integration zukünftiger medizinischer Innovationen und stärkt die „sprechende Medizin“, also die persönliche Zuwendung der Ärzte zu ihren Patienten.

Die Gespräche zur neuen Gebührenordnung für Ärzte sind inzwischen weit vorangeschritten. Der Rechtsteil ist vollständig ausgearbeitet und zwischen den Beteiligten konsentiert. Über 5.500 Einzelleistungs-Definitionen werden den aktuellsten Stand der Medizin abbilden. Die neue GOÄ kann also – wenn die politischen Rahmenbedingungen stimmen – sehr rasch dem Bundesministerium für Gesundheit zur Verfügung gestellt werden. Der Gesetzgeber könnte, wenn er denn will, noch in dieser Wahlperiode eine umfassende Modernisierung der privatärztlichen Vergütung auf den Weg bringen. Einmal mehr zeigt sich damit, dass Ärzteschaft und PKV handlungsfähig sind.

⁴ Vgl. Himmel, K.; Kiffmann, M. Schneider, U. (2017), Ambulatory Care at the End of a Billing Period, Universität Hamburg; Nuscheler, R. et. al. (2011), Wir haben in diesem Quartal leider keinen Termin frei, in: Gesundheitsmonitor 2011.