

Professor Dr. Eberhard Wille

Verteilungseffekte einer einheitlichen Gebührenordnung

Gutachten im Auftrag der

„Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV)“

Mannheim im Juli 2019

Gliederung

I. Verteilungseffekte im Rahmen der Schaffung eines modernen Vergütungssystems

1. Einleitung und Disposition

2. Veränderung des Volumens der ärztlichen Honorare in verschiedenen Szenarien

- a) Vergütungsunterschiede zwischen EBM und GOÄ und ihre Ursachen
- b) Ärztliche Umsatzverluste und Mehreinnahmen in verschiedenen Szenarien

3. Die Anteile der Einnahmen aus Privatabrechnung nach verschiedenen Arztgruppen

- a) Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes
- b) Ermittlung auf Basis des ZI-Praxis-Panel

4. Die Verteilungseffekte nach ärztlichen Fachgruppen und regional bei gegebenem Honorarvolumen und Geltung von EBM und GKV

5. Zwischenfazit

II. Ordnungspolitische Aspekte bei einer Beibehaltung des ärztlichen Vergütungsniveaus

1. Harmonisierung der Vergütung bei unterschiedlichen Regulierungssystemen

2. Unterschiede beim Leistungsumfang und seiner Inanspruchnahme

3. Strukturelle Elemente der bestehenden Vergütungssysteme

III. Zusammenfassung

Literatur

Tabellen

- Tabelle 1: Grundlegende Szenarien einer einheitlichen Gebührenordnung
- Tabelle 2: Der Mehrumsatz im Rahmen der GOÄ gegenüber dem EBM in verschiedenen Modellrechnungen (in Mrd. Euro)
- Tabelle 3: Einnahmen aus Privatabrechnung von Arztpraxen nach Fachgebieten im Jahre 2015 (Anteile)
- Tabelle 4: Einnahmen aus Privatabrechnung von Arztpraxen nach Kooperationsformen im Jahre 2015 (Anteile)
- Tabelle 5: Einnahmen aus Privatabrechnung von Arztpraxen mit und ohne Durchführung ambulanter Operationen im Jahre 2015 (Anteile)
- Tabelle 6: Die Einnahmen- und Patientenstruktur aus Privatabrechnung von Arztgruppen nach Fachgebieten im Jahre 2015 (Anteile)
- Tabelle 7: Die Einnahmen aus Privatabrechnung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen nach Fachgebieten im Jahre 2015 (Anteile)
- Tabelle 8: Veränderung der ärztlichen Honorare von Fachgruppen bei gegebenem Volumen und Geltung von EBM und GKV
- Tabelle 9: Veränderung der ärztlichen Honorare nach Regionen bei gegebenem Volumen und Geltung von EBM und GKV
- Tabelle 10: Veränderung der ärztlichen Honorare nach Kassenärztlichen Vereinigungen bei gegebenem Volumen und Geltung von EBM und GKV

I. Verteilungseffekte im Rahmen der Schaffung eines modernen Vergütungssystems

1. Einleitung und Disposition

Derzeit existieren in Deutschland im vertrags- und privatärztlichen Bereich mit dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) unterschiedliche Honorarordnungen. Vor diesem Hintergrund besitzt die beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gebildete „Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV)“ gemäß ihrem Erlass die Aufgabe, „Vorschläge für die Schaffung eines modernen Vergütungssystems für die ambulante ärztliche Versorgung“ zu erarbeiten bzw. vorzulegen. Die Überführung der beiden geltenden Honorarordnungen in eine einheitliche Gebührenordnung kann Honorarverteilungseffekte zwischen den verschiedenen Arztgruppen und in regionaler Hinsicht auslösen und in diesem Kontext auch ordnungspolitische Fragen und Probleme aufwerfen. Unter diesen Aspekten zielt das Gutachten darauf ab, diese Verteilungseffekte auf der Grundlage verschiedener Szenarien aufzuzeigen und anschließend entsprechend der Leistungsbeschreibung „ihre finanzielle und ordnungspolitische Relevanz für die Schaffung eines modernen einheitlichen Vergütungssystems (zu) beleuchten“. Dabei klammern die Ausführungen auftragsgemäß die Finanzierung dieses einheitlichen Vergütungssystems über die gesetzliche und die private Krankenversicherung (GKV und PKV) sowie Beihilfe aus¹.

Die momentane bzw. jeweils geltende Verteilung der Honorare im Rahmen von EBM und GOÄ bildet den Ausgangspunkt und die Benchmark für die Abschätzung der Honorarverteilungseffekte, die nach den verschiedenen Modellrechnungen aus einem Übergang zu einer einheitlichen Gebührenordnung erwachsen können. Dabei geht es zunächst um die Veränderung des Gesamtvolumens der ärztlichen Honorare, d.h. um die durch die Einführung der einheitlichen Gebührenordnung verursachten Mehr- oder Mindereinnahmen bzw. Umsatzgewinne oder –verluste. Diese fallen je nach unterstelltem Szenario in ihren Vorzeichen und ihrem Ausmaß höchst unterschiedlich aus. Bei den vier in diesem Kapitel unterstellten Szenarien handelt es sich um Kombinationen aus flexiblem Honorarvolumen mit der derzeitigen Struktur der beiden Honorarordnungen und einem auf dem heutigen Niveau fixierten Honorarvolumen mit einer flexiblen Struktur der Honorarordnungen.

Auf der Grundlage der jeweiligen Veränderung des Gesamtvolumens der ärztlichen Honorare steht deren Verteilung auf die verschiedenen Arztgruppen und hier auch in regionaler Hinsicht, z.B. zwischen städtischen und ländlichen Räumen, im Mittelpunkt dieses Kapitels. Die Ausführungen stützen sich dabei zunächst auf Daten des Statistischen Bundesamtes (2018) und anschließend auf die detailliertere Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi 2018). Während sich die Veränderung des Gesamtvolumens der ärztlichen Honorare für das Jahr 2016 abschätzen lässt (vgl. Hagemeister, S. und Wild, F. 2018), beziehen sich die aktuellsten Daten des Statistischen Bundesamtes und des Zi jeweils auf das Jahr 2015. Da es sich bei dem Szenario, welches beim Übergang zu einer einheitlichen Gebührenordnung vom heutigen bzw. gegebenen ärztlichen Honorarvolumen in Verbindung mit dem EBM und seinen ordnungspolitischen Rahmenbedingungen ausgeht, um die bisher in gesundheitspolitischen Diskussionen wohl am meisten diskutierte Alternative handelt, liegt das Schwergewicht der Ausführungen auf diesem Szenario.

¹ Es liegt nahe, dass die Überführung von EBM und GOÄ in eine einheitliche Gebührenordnung auch mit spürbaren Effekten auf die Beiträge von GKV- und PKV-Versicherten einhergehen kann.

Die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung besitzt hinsichtlich der Honorarverteilung für die einzelnen Ärzte bzw. Ärztegruppen eine naheliegende finanzielle Relevanz. Das zweite Kapitel behandelt die mit dieser Umstellung einhergehenden ordnungspolitischen Fragen und Probleme. Die beiden Honorarordnungen EBM und GOÄ weisen jeweils sehr unterschiedliche ordnungspolitische Rahmenbedingungen auf, denen es bei einer angestrebten Überführung in eine einheitliche Gebührenordnung Rechnung zu tragen gilt. Zu den Rahmenbedingungen des EBM gehören u.a. das Solidarprinzip sowie diverse Regulierungen mit dem Ziel der Beitragssatzstabilität in Verbindung mit einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Die Erfüllung dieser Aufgaben nimmt zu einem beachtlichen Teil die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzteschaft wahr. Die GOÄ befindet sich dagegen in einer Rahmenordnung, die sich primär am Grundsatz der individuellen Äquivalenz orientiert und entsprechend eine individuelle Wahl von Gesundheitsleistungen und keinen einheitlichen Leistungskatalog für alle Versicherten vorsieht. Zudem kennt diese Ordnung vergleichsweise weniger regulierende Eingriffe, die z.B. eine Begrenzung der entsprechenden Gesamtausgaben beabsichtigen. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und inwieweit sich derzeit bestehende Unterschiede, die in den jeweiligen Rahmenbedingungen wurzeln, mit dem Ziel einer einheitlichen Gebührenordnung beseitigen bzw. die derzeit divergierenden Regelungen angleichen lassen.

2. Die Veränderung des Volumens der ärztlichen Honorare in verschiedenen Szenarien

a. Vergütungsunterschiede zwischen EBM und GOÄ und ihre Ursachen

Im Jahre 2016 umfasste die GKV 71.405 Mio.² und die PKV 8.773 Mio. (Krankheits-)Vollversicherte (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017a; Verband der Privaten Krankenversicherung 2018). Damit betrug der Anteil der GKV an der Gesamtzahl der Versicherten 89,1% und jener der PKV 10,9%. Die Ausgaben für ambulante Behandlung beliefen sich für die Versicherten der GKV auf 36.527 Mio. Euro und für die Privatversicherten auf 11.200 Mio. Euro (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2017b.; Hagemeister S. und Wild, F. 2018, S. 5). Ein GKV-Versicherter verursachte somit in dem betreffenden Jahr im Durchschnitt Ausgaben für ambulante Behandlung in Höhe von 512 Euro und ein privat Versicherter in Höhe von 1.277 Euro. Von den gesamten Ausgaben für ambulante Behandlung in Höhe von 47.727 Mio. Euro entfielen auf die PKV-Versicherten 23,5%, während ihr Anteil an der Gesamtzahl der Versicherten nur bei 10,9% lag.

Die im Vergleich zu Versicherten der GKV erheblich höheren Ausgaben für ambulante Behandlung von PKV-Versicherten und der damit verbundene Mehrumsatz (MU) der behandelnden Ärzte kann aus einem Preiseffekt, einem Mengeneffekt und einem Struktureffekt resultieren (ähnlich Niehaus, F. und Weber, C. 2005, S. 14ff.). Beim Preiseffekt handelt es sich um Unterschiede in der Vergütung für eine identische ärztliche Leistung³. Die Ärzte erzielen hier für die ambulante Behandlung von PKV-Patienten auf Basis der GOÄ höhere Honorare als für Patienten in der GKV auf der Grundlage des EBM (vgl. Walendzik, A. et al. 2008, S. 5) Unter den Preiseffekt lassen sich auch Differenzen in der monetären Bewertung subsumieren, die auf die Unterschiede zwischen einer Pauschalierung von Leistungen in der GKV und der Einzelleistungsvergütung in der PKV zurückgehen (vgl. Hagenmeister, S. und Wild, F. 2018, S. 7; siehe auch die Ausführungen in Kapitel II.). Der Mengeneffekt besteht

² Inzwischen stieg die Anzahl der Versicherten in der GKV auf 72.980 Mio. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019).

³ Da die Leistungsdefinitionen von GKV und PKV vielfach nicht übereinstimmen, existieren hier im Detail zwangsläufig gewisse Unschärfen, die aber die tendenziellen Aussagen nicht beeinflussen.

darin, dass PKV-Versicherte auch bei gleicher Indikation gegenüber GKV-Versicherten zusätzliche ambulante Leistungen erhalten. Hierzu gehören z.B. neue Behandlungsmethoden, auf die wegen des Erlaubnisvorbehaltes Versicherte der GKV erst nach einer positiven Bewertung durch den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einen Anspruch besitzen. Beim Struktureffekt erbringen die Ärzte für PKV-Versicherte bei gleicher Indikation zwar keine zusätzliche, aber eine andere, in der Regel teurere, Leistung, z.B. ein MRT statt eines Röntgenbildes.

Die Ausgaben der Privatversicherten für ambulante Behandlung von 11.200 Mio. Euro im Jahre 2016 beinhalten neben den Ausgaben der Krankenvollversicherung der privaten Krankenversicherungen auch die Ausgaben der Beihilfeträger und die Selbstbeteiligungen der Privatversicherten (vgl. Hagemeister, S. und Wild, F. 2018, S. 5). Da diese Summe jene Ausgaben nicht enthält, die ein Privatversicherter nicht zur Erstattung bei seiner Versicherung einreicht, sondern selbst trägt, handelt es sich hier um eine Unterschätzung bzw. eine Untergrenze ambulanter Ausgaben der Privatversicherten⁴. Im Unterschied zu den Daten des Statistischen Bundesamtes (2018) und des Zi-Praxis-Panels (2012-2018) berücksichtigt diese Summe auch keine ambulanten Ausgaben für sog. Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese belaufen sich für gesetzlich Versicherte in deutschen Arztpraxen auf jährlich ca. 1.000 Mio. Euro, wobei sie allerdings zwischen den Ärzteguppen erheblich schwanken (vgl. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung 2018, S. 1, Zok, K. 2019, S. 9; siehe auch unten unter I. 3a). Unter Einbeziehung der Ausgaben für IGeL beträgt der Anteil der Ausgaben für ambulante Behandlung, der auf Basis der GOÄ bzw. von Privatabrechnung erfolgt, damit 25,0%.

b. Ärztliche Umsatzverluste und Mehreinnahmen in verschiedenen Szenarien

Vor dem Hintergrund dieser ambulanten Ausgaben von gesetzlich und privat Versicherten lassen sich die Verteilungseffekte einer einheitlichen Gebührenordnung hinsichtlich der Veränderung des Volumens der ärztlichen Honorare auf der Grundlage der in Tabelle 1 aufgezeigten Szenarien analysieren. Szenario 1 unterstellt bei der einheitlichen Gebührenordnung für gesetzlich und privat Versicherte die Gültigkeit des geltenden EBM inklusive seiner Rahmenordnung bei einem unter diesen Bedingungen flexiblen Volumens der ärztlichen Honorare. Es liegt nahe, dass diese bei den 11.200 Mio. Ausgaben der Privatversicherten infolge von Preis-, Mengen- und Struktureffekten sinken. Der Honorar- bzw. Umsatzverlust (UV) errechnet sich aus dem bisherigen Umsatz bzw. den Ausgaben der Privatversicherten (U) und dem Verhältnis von EBM zu GOÄ wie folgt:

$$(1) UV = U - U * \left(\frac{EBM}{GOÄ}\right)$$

Würde die GOÄ dem EBM völlig entsprechen, entstünde für die Ärzte kein Umsatzverlust. Bei einem Verhältnis von 1:2, d.h. $\frac{EBM}{GOÄ} = 0,5$ fiel ein Umsatzverlust von 50% an, der mit sinkendem $\frac{EBM}{GOÄ}$ zunimmt.

⁴ Dies gilt grundsätzlich auch für die Ausgaben der gesetzlich Versicherten, deren Eigenbeteiligung im vertragsärztlichen Bereich allerdings seit Abschaffung der Praxisgebühr vergleichsweise kaum ins Gewicht fallen dürfte.

Tabelle 1: Grundlegende Szenarien einer einheitlichen Gebührenordnung

Honorarordnung \	Volumen- Struktur	Flexibles Volumen Gegebene heutige Struktur	Flexible Struktur Gegebenes heutiges Volumen
	EBM	1	3
	GOÄ	2	4

Quelle: Eigene Darstellung

Tabelle 2 gibt auf der Grundlage von Szenario 1 einen Überblick über die jeweiligen ärztlichen Umsatzverluste, d.h. den Mehrumsatz im Rahmen der GOÄ gegenüber dem EBM in verschiedenen Modellrechnungen. Dabei berücksichtigen die Schätzungen von A. Walendzik et al. (2008) sowie J. Wasem et al. (2013) nur die Preiseffekte und die übrigen auch die Mengen- und Struktureffekte. Angesichts dieses Umstandes mögen die im Vergleich zu den anderen Berechnungen nahezu gleich hohen Relationen in diesen beiden Schätzungen prima vista überraschen. Die Ursache hierfür liegt, wie die Autoren auch vermuteten (vgl. Wasem, J. et al. 2013, S. 61), vornehmlich darin begründet, dass der EBM zwischenzeitlich, insbesondere in den Jahren 2008 und 2009, eine Aufwertung erfuhr und damit seinen Abstand zur GOÄ spürbar verringerte. Das (Preis-)Verhältnis von EBM zu GOÄ liegt heute nicht mehr bei 1,0 zu 2,3, sondern bei etwa 1,2 zu 2,3 bzw. bei 1,9. Unter dieser Annahme entfallen von einem Gesamteffekt von GOÄ zu EBM in Höhe von 2,3 82,6 % auf Preiseffekte und 17,4% auf Mengen- und Struktureffekte.

Tabelle 2: Der Mehrumsatz im Rahmen der GOÄ gegenüber dem EBM in verschiedenen Modellrechnungen (in Mrd. Euro)

Modellrechnung	Bezugsjahr	Umsatz in Mrd. Euro	Mehrumsatz in Mrd. Euro	GOÄ zu EBM
Niehaus, F. / Weber, Ch. 2005	2003	6,537	3,66	2,27 ¹⁾
Walendzik, A. et al. 2008	2006	6,365	3,60	2,28
Wasem, J. et al. 2013	2010	7,64 ¹⁾	4,32	2,3
Kaiser, H.-J. 2017	2014	10,44	5,99	2,35 ¹⁾
Schaffer, D./ Schulze-Ehring, F. 2017	2015	/	6,06	/
Hagemeister, S./ Wild, F. 2018	2016	11,20	6,29	2,28 ¹⁾

1) Eigene Berechnung

Quelle: Eigene Zusammenstellung

Wie bereits angedeutet, enthalten diese Schätzung keine ambulanten Ausgaben für IGeL. Eine Interpretation des Erlasses, der durchgehend von einem „modernem Vergütungssystem für die

ambulante ärztliche Versorgung“ spricht⁵ und des Auftrages zu diesem Gutachten („eine einheitliche Gebührenordnung“) würde dagegen eher für die Einbeziehung der IGeL sprechen. Subsumiert man die IGeL ebenfalls unter die einheitliche Gebührenordnung, dann fallen die ärztlichen Umsatz- bzw. Honorarverluste um etwa 500 Mio. Euro⁶ höher aus und erreichen auf Basis der aktuellsten Modellrechnung (vgl. Hagemeyer, S. und Wild, F. 2018) fast 6,8 Mrd. Euro. Neben dem finanziellen Effekt interessiert im Rahmen einer einheitlichen Gebührenordnung die Berücksichtigung oder Ausklammerung von IGeL auch in ordnungspolitischer Hinsicht (siehe hierzu Kapitel II).

Eine Besonderheit bilden die ärztlichen Einnahmen, die auf abgerechneten Leistungen zu Lasten der Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungen beruhen. Gemäß § 34 Abs. 3 SGB VII schließen die Verbände der Unfallversicherungsträger mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Verträge „über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte...sowie die Art und Weise der Abrechnung“. Grundlage für die Abrechnung dieser Leistungen stellt nicht der EBM, sondern eine spezielle UV-GOÄ mit einem eigenen Leistungs- und Gebührenverzeichnis dar. Der UV-GOÄ liegt wie der GOÄ das Prinzip der Einzelleistungsvergütung zugrunde und sie sieht im Unterschied zum EBM in der GKV auch keine Mengenbegrenzungen vor. Die Vergütung der Leistungen erfolgt allerdings zu festen Preisen, d.h. anders als in der GOÄ besteht hier für die Ärzte keine Möglichkeit eines Preiszuschlages in Form eines Steigerungsfaktors⁷. Insgesamt gesehen dürfte die Bewertung der Leistungen in der UV-GOÄ niedriger als in der GOÄ, aber – schon aufgrund der Einzelleistungsvergütung und fehlender Mengenabgrenzungen – höher als beim EBM ausfallen. Die Statistik der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (DGUV 2018, S. 53) enthält keine Angaben zum Umfang der vertragsärztlichen Ausgaben bzw. Vergütungen, sondern weist lediglich alle Aufwendungen für die ambulante Heilbehandlung gemeinsam aus. Die Einnahmen aus diesen Leistungen machten nach dem Zi-Praxis-Panel (2018, S. 13) im Jahre 2015 zwar je Praxisinhaber nur 0,8% der Gesamteinnahmen aus, sie dürften bei einem Übergang zu einer einheitlichen Gebührenordnung auf Basis der EBM aber zurückgehen.

Szenario 2 geht bei der einheitlichen Gebührenordnung für gesetzlich und privat Versicherte von der Gültigkeit der geltenden GOÄ einschließlich ihrer Rahmenbedingungen sowie einem flexiblen Volumen der ärztlichen Honorare aus. Es steht unter diesen Bedingungen zu erwarten, dass die bisherigen Ausgaben für die gesetzlich Versicherten in Höhe von 36.527 Mio. Euro infolge von Preis-, Mengen und Struktureffekten dann stark ansteigen. Der Honorargewinn bzw. Mehrumsatz (MU) ergibt sich dann aus dem Umsatz und dem Verhältnis von GOÄ zu EBM.

$$(2) \text{ MU} = U * \left(\frac{\text{GOÄ}}{\text{EBM}} \right) - U.$$

Bei GOÄ = EBM entsteht für die Ärzte kein Mehrumsatz. Aus einem Verhältnis von GOÄ zu EBM von 2 resultiert ein Mehrumsatz von U bzw. 36.527 Mio. Euro. Für GOÄ zu EBM von 2,3 steigt MU auf 47.485 Mio. Euro.

⁵ Andernfalls müsste es wohl „ein modernes Vergütungssystem“ bzw. „eine einheitliche Gebührenordnung“ für GKV und PKV heißen.

⁶ Da es sich bei der hier angenommenen Summe von 1 Mrd. Euro um gesetzliche Versicherte handelt, dürfte das Verhältnis von GOÄ zu EBM im Vergleich zu den Modellberechnungen etwas niedriger liegen.

⁷ Dies schließt jedoch – wiederum im Unterschied zur GOÄ – allgemeine Honorarsteigerungen nicht aus. So vereinbarten z.B. die Verbände der Unfallversicherungsträger mit der KBV für die Jahre 2017 bis 2020 bei den meisten Gebührenordnungspositionen Honorarsteigerungen von insgesamt 18%.

Die Szenarien 3 und 4 beruhen auf der Annahme, dass das heutige Volumen, d.h. die ärztliche Honorarsumme, bei der Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung konstant bleibt. Dies bedeutet, dass zu diesem Zeitpunkt⁸ eine vollständige Kompensation des Umsatzverlustes in Szenario 1 und des Mehrumsatzes in Szenario 2 erfolgt. Bei der flexiblen Struktur der jeweiligen Honorarordnung bedarf es dazu in Szenario 3 einer spürbaren Aufwertung des EBM und in Szenario 4 einer erheblichen Abwertung der GOÄ. Diese Aussagen und die ihnen zugrundeliegenden Berechnungen lassen jedoch noch offen, wie hoch diese Umsatzverluste oder Mehreinnahmen innerhalb der verschiedenen Arztgruppen und in regionaler Hinsicht, d.h. zwischen städtischen und ländlichen Regionen, ausfallen. Dieser Frage gehen die folgenden Ausführungen am Beispiel des im Vergleich zu Szenario 4 derzeit in gesundheitspolitischen Diskussionen stärker diskutierten Szenario 3 nach.

3. Die Anteile der Einnahmen aus Privatabrechnung nach verschiedenen Arztgruppen

a) Berechnungen auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes

Das Statistische Bundesamt (2018) gibt in seiner Fachserie 2 Reihe 1.6.1 alle 5 Jahre auch einen Überblick über die Einnahmen von Arztpraxen, d.h. von Einzelpraxen oder fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften, aus Privatabrechnung. Dabei erfolgt die Aufschlüsselung u.a. nach ausgewählten Fachgebieten, Organisations- und Kooperationsformen und die Durchführung ambulanter Operationen. Danach lagen im Jahre 2015 die Einnahmen der Arztpraxen bei durchschnittlich 507000 Euro je Praxis mit 532000 Euro im früheren Bundesgebiet und 398000 Euro in den Neuen Ländern sowie Berlin. Von diesen Einnahmen entfielen 70,4% auf Abrechnungen der gesetzlichen Krankenkassen, 26,3% auf Privatabrechnungen und 3,3% auf sonstige selbständige ärztliche Tätigkeiten (ebenda, S. 13). Letztere umfassen u.a. die Einnahmen aus betriebsärztlicher Tätigkeit, nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit, selbständiger Vertretung, Gutachtertätigkeit sowie die Einnahmen als Eigentümer eines ambulanten OP-Zentrums und aus der Überlassung von Infrastruktur, wie z.B. Praxisräumen, Geräten und Personal.

Tabelle 3 zeigt die prozentualen Anteile der Einnahmen aus Privatabrechnung von 11 Fachgebieten. Dabei reicht die Spanne von 14,5% bei Allgemeinmedizin bis 45,9% bei Haut- und Geschlechtskrankheiten. Neben der Allgemeinmedizin lagen nur noch die Kinder- und Jugendmedizin mit 16,1% sowie die Innere Medizin mit 21,8% unter dem Durchschnitt aller Arztpraxen von 26,3%, alle anderen Fachgebiete deutlich darüber. Die Spitzengruppe bildeten nach den Haut- und Geschlechtskrankheiten die Urologie mit 42,8% gefolgt von der Orthopädie mit 41,9%.

Bei einer Trennung dieser prozentualen Anteile aus Privatabrechnung nach Einzelpraxen und fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften fielen die jeweiligen Werte mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe (30,8% zu 34,6%) bei allen Fachgebieten bei den Einzelpraxen spürbar höher aus. Dies betrifft vor allem die Allgemeinmedizin mit 17,4% zu 10,8, die Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie mit 45,6% zu 35,3%, die Orthopädie mit 45,5% zu 38,5% und die Urologie mit 46,0% zu 39,0%. Dies bedeutet, dass die jeweiligen Anteile aus Privatabrechnung von Einzelpraxen bei 3 Fachgebieten einen Anteil von 45% übertrafen.

⁸ Dies schließt nicht aus, dass bei diesem Übergang ohne begleitende Anpassungen der einheitlichen Gebührenordnung künftig bei Szenario 3 Umsatzverluste und bei Szenario 4 Mehreinnahmen anfallen.

Tabelle 3: Einnahmen aus Privatabrechnung von Arztpraxen nach Fachgebieten im Jahre 2015 (Anteile)

• Allgemeinmedizin	= 14,5%
• Kinder- und Jugendmedizin	= 16,1%
• Innere Medizin	= 21,8%
• Frauenheilkunde und Geburtshilfe	= 32,1%
• Chirurgie, Mund-, Kiefer- Gesichtschirurgie	= 35,1%
• Hals-, Nasen- Ohrenheilkunde	= 38,1%
• Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie	= 38,2%
• Augenheilkunde	= 38,9%
• Orthopädie	= 41,9%
• Urologie	= 42,8%
• Haut- und Geschlechtskrankheiten	= 45,9%

Quelle: Zusammengestellt aus: Statistisches Bundesamt 2018, S. 47ff.

Nach einer strukturierten Befragung des Deutschen Ärzte-Verlages und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank (2012, S. 2), sahen viele niedergelassene Ärzte in Kooperationen die Idealvorstellung ihrer medizinischen Berufsausübung. Tabelle 4 weist die prozentualen Anteile der Arztpraxen (ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren) aus Privatabrechnung nach verschiedenen Kooperationsformen aus. Unter dem Durchschnitt aller Arztpraxen mit einem prozentualen Anteil an Einnahmen aus Privatabrechnung von 26,3% blieben demnach Praxen, die nicht (24,8%), mit einer Laborgemeinschaft (21,8%) oder einem Praxisnetz (25,9%) kooperierten. Deutlich höhere Anteile erzielten dagegen Praxen, die Kooperationen mit einer Praxisgemeinschaft (35,0%), mit einer Apparate-Gerätegemeinschaft (36,3%) oder mit einem ambulanten Operationszentrum (38,9%) eingingen.

Eine Unterscheidung aller dieser Arztpraxen danach, ob sie ambulante Operationen durchführten oder nicht, vermittelt in Tabelle 5 zunächst das tendenziell erwartete Ergebnis. Die prozentualen Einnahmen aus Privatabrechnung erreichten bei Praxen ohne die Durchführung von ambulanten Operationen 22,7%, bei solchen mit ambulanten Operationen dagegen 36,3%. Bei der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und der Orthopädie verhielt es sich jedoch umgekehrt. Hier übertrafen die Praxen, die keine Operationen durchführten, die operativ tätigen Praxen hinsichtlich ihrer prozentualen Einnahmen aus Privatabrechnung bei der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit 39,5% zu 37,2% und bei der Orthopädie sogar mit 50,0% zu 35,9%. Von allen in dieser Statistik aufgelisteten Arztgruppen erzielten somit die nicht operativ tätigen orthopädischen Arztpraxen mit 50,0% den höchsten prozentualen Anteil an Einnahmen aus Privatabrechnung.

Tabelle 4: Einnahmen aus Privatabrechnung von Arztpraxen nach Kooperationsformen im Jahre 2015 (Anteile)

Praxis¹⁾ kooperierte:

• Nicht	= 24,8%
• Mit einer Laborgemeinschaft	= 21,8%
• Mit einem Praxisnetz	= 25,9%
• Mit einem Krankenhaus	= 31,7%
• Mit einer Praxisgemeinschaft	= 35,0%
• Mit einer Apparate-/Gerätegemeinschaft	= 36,3%
• Mit einem ambulanten Operationszentrum	= 38,9%
• Keiner dieser Kooperationsformen	= (28,2%)

¹⁾ Arztpraxen ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren

Quelle: Zusammengestellt aus: Statistisches Bundesamt 2018, S. 151.

Die einheitliche Gebührenordnung kann, wie oben unter 2.b erläutert, die IGeL umfassen oder nicht berücksichtigen bzw. außen vor lassen. Sofern sie diese Leistungen ausschließt, gilt für diese weiterhin die GOÄ und die Ärzte erleiden hinsichtlich der IGeL keine Umsatz- bzw. Honorarverluste. Dabei differieren die IGeL innerhalb der einzelnen Arztgruppen erheblich. Am häufigsten „igeln“ in dieser Reihenfolge Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, Hautärzte und Urologen (vgl. Zok, K. 2019, S. 6). Die Umsätze, die bei Ausgliederung der IGeL hier abzuziehen wären, lassen sich jedoch nicht quantifizieren (so auch Kaiser, H.-J. 2017, S. 24).

b) Ermittlung auf Basis des Zi-Praxis-Panels

Beim Zi-Praxis-Panel handelt es sich um eine schriftliche Befragung niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten mit einer freiwilligen und vollständig anonymen Teilnahme (vgl. Zi 2018, S. 71ff.). Dabei erfolgt seit 2010 eine über mehrere Jahre hinweg wiederholte Befragung. Die statistische Grundgesamtheit bilden alle im Bundesarztregister bei der KBV geführten Praxen zugelassener Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Vollzulassung oder mit hälftigem Versorgungsauftrag. Die Grundgesamtheit erfasst nicht angestellte Ärzte in freier Praxis und in Einrichtungen nach § 311 SGB V (Medizinische Versorgungszentren bzw. Polikliniken), ermächtigte Ärzte, fachärztlich tätige Praktische Ärzte, fachärztlich tätige Ärzte ohne Weiterbildung, fachärztlich tätige Allgemeinmediziner, Mund- Kiefer und Gesichtschirurgen sowie Laborärzte. An der Befragung im Jahre 2016 nahmen 5.357 ärztliche und psychotherapeutische Praxen teil.

Tabelle 5: Einnahmen aus Privatabrechnung von Arztpraxen mit und ohne die Durchführung ambulanter Operationen im Jahre 2015 (Anteile)

• Arztpraxen ¹⁾ insgesamt	= 26,3%
Operativ tätig	= 36,3%
Nicht operativ	= 22,7%
• Innere Medizin insgesamt	= 21,8%
Operativ tätig	= 31,8%
Nicht operativ	= 20,4%
• Frauenheilkunde und Geburtshilfe insgesamt	= 32,1%
Operativ tätig	= 36,9%
Nicht operativ	= 30,0%
• Hals-Nasen-Ohrenheilkunde insgesamt	= 38,1%
Operativ tätig	= 37,2%
Nicht operativ	= 39,5%
• Augenheilkunde insgesamt	= 38,9%
Operativ tätig	= 39,2%
Nicht operativ	= 38,3%
• Orthopädie insgesamt	= 41,9%
Operativ tätig	= 35,9%
Nicht operativ	= 50,0%

¹⁾Arztpraxen ohne fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren.

Quelle: Zusammengefasst aus: Statistisches Bundesamt 2018, S. 222.

Das Zi (2018, S. 87) unterscheidet in seinem Panel zwischen Einnahmen zu Lasten

- Der GKV,
- Der PKV und der Selbstzahler, inklusive IGeL,
- Der Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungen
- und sonstige Einnahmen. Diese resultieren u.a. aus Gutachtertätigkeit, dem Betrieb eines ambulanten OP-Zentrums, der Überlassung von Infrastruktur, Geräten und Flächen sowie Abrechnungen gegenüber Krankenhäusern.

Für diese 4 Gruppen von Einnahmen weist das Zi-Praxis-Panel nach Fachgebieten sowohl die jeweiligen Anteile der Einnahmen je Praxisinhaber als auch die entsprechenden Patientenanteile aus. Bei den Anteilen der Einnahmen aus Privatabrechnung rangierten, wie Tabelle 6 zeigt, die Fachgebiete Dermatologie, Urologie, Radiologie, Augenheilkunde, physikalische und rehabilitative Medizin, Nuklearmedizin und Orthopädie mit Werten über 30 % an der Spitze. Diese Fachgebiete kennzeichnete ebenso nach Tabelle 3, d.h. auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes (siehe unten unter 3.a), ein hoher Anteil von Einnahmen aus Privatabrechnung. Die Einnahmen zu Lasten der Berufsgenossenschaften und der Unfallversicherungen machten insgesamt zwar nur 0,8% der Gesamteinnahmen aus, ihr Anteil am Fachgebiet Chirurgie belief sich aber auf 8,5%. Bei den sonstigen Einnahmen, die insgesamt einen Anteil von 4,4% einnahmen, verzeichneten die Anästhesiologie mit 14,5% und die Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiater mit 9,1% deutlich überdurchschnittliche Anteile, die überwiegend auf Abrechnungen gegenüber dem Krankenhaussektor zurückgingen.

Bei den Patientenanteilen von Einnahmen aus Privatabrechnung erreichten die Fachgebiete Augenheilkunde mit 15,9%, Dermatologie mit 15,5% und Urologie mit 14,9% die höchsten Werte. Was die Anteile aus Privatabrechnung betrifft, so entsprachen sich Einnahmen- und Patientenstruktur zumindest in ihrer Tendenz. Ausnahmen bildeten die psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie die Anästhesiologie mit vergleichsweise hohen Patientenanteilen und die Hals-Nasen-Ohren Heilkunde sowie die Orthopädie mit einem relativ niedrigen Anteil. Der Quotient aus den Anteilen von Einnahmen und Patientenstruktur gewährt in dieser Hinsicht einen detaillierteren Einblick. Er lag lediglich bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie unterhalb von 1 und reicht ansonsten von 1,27 bei der Psychotherapie bis zu 2,77 bei der Kardiologie und 2,85 bei der Radiologie. Bei allen Fachgebieten mit einem Einnahmenanteil aus Privatabrechnung von über 30% übertrifft dieser Quotient den Wert 2. Dies bedeutet, dass diese Patientenanteile jeweils mit einem mindestens doppelt so hohen Anteil von Einnahmen aus Privatabrechnung einhergingen.

Bei einem Vergleich der Einnahmen aus Privatabrechnung von Einzel- gegenüber Gemeinschaftspraxen wiesen, wie Tabelle 7 zeigt, letztere insgesamt gesehen mit 22,2% gegenüber 18,2% höhere Anteile auf. Besonders große Unterschiede in dieser Richtung verzeichneten die Fachgebiete Radiologie mit 38,5% zu 17,5%, Dermatologie mit 44,0% zu 33,3%, Orthopädie mit 34,7% zu 27,0% und Pneumologie mit 27,4% zu 19,7%. Mit 44,0% erzielten die Gemeinschaftspraxen im Fachgebiet Dermatologie hier den Spitzenwert. Es gab aber auch Fachgebiete, in denen es sich umgekehrt verhielt, d.h. solche mit einem höheren Anteil bei den Einzelpraxen. Dies traf vor allem bei der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie mit 23,8% zu 13,4% sowie der Inneren Medizin – sonstige Fachgebiete mit 17,2% zu 9,6% zu.

Tabelle 6: Die Einnahmen und Patientenstruktur aus Privatabrechnung von Arztgruppen nach Fachgebiete im Jahre 2015 (Anteile)

Einahmen – und Patientenstruktur Arztgruppen	Einnahmenstruktur	Patientenstruktur	Faktor ¹⁾
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	9,1%	9,3%	0,98
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	10,5%	5,9%	1,78
Innere Medizin- sonstige Fachgebiete	11,8%	8,4%	1,40
Neurologie	11,9%	6,2%	1,92
Psychiatrie	11,9%	5,8%	2,05
Psychotherapie	12,8%	10,1%	1,27
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	13,0%	9,3%	1,40
Kinder- und Jugendmedizin	15,2%	9,9%	1,54
Chirurgie	17,7%	8,6%	2,06
Übergreifend tätige Praxen	17,8%	8,0%	2,23
Gastroenterologie	21,1%	11,6%	1,82
Anästhesiologie	21,8%	12,2%	1,79
Innere Medizin – ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	22,8%	9,4%	2,43
Pneumologie	23,1%	9,6%	2,41
Kardiologie	23,3%	8,4%	2,77
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23,6%	14,4%	1,64
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	26,5%	10,1%	2,62
Gynäkologie	27,1%	12,3%	2,20
Orthopädie	30,6%	11,7%	2,62
Nuklearmedizin	32,3%	/	/
Physikalische und rehabilitative Medizin	33,0%	13,8%	2,39
Augenheilkunde	33,1%	15,9%	2,08
Radiologie	35,0%	12,3%	2,85
Urologie	36,1%	14,9%	2,42
Dermatologie	37,5%	15,5%	2,42
insgesamt	19,9%	10,6%	1,88

¹⁾ Der Quotient aus den Anteilen von Einnahmen- und Patientenstruktur

Quelle: Zusammengestellt und errechnet aus Zi-Praxis-Panel 2018, S. 34 und 91.

Tabelle 7: Die Einnahmen aus Privatabrechnung von Einzel- und Gemeinschaftspraxen nach Fachgebieten im Jahre 2015 (Anteile)

Anteile der Einnahmen Arztgruppen	insgesamt	Einzelpraxis	Gemeinschafts- praxis
Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie	9,1%	8,0%	11,0%
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	10,5%	10,1%	11,0%
Innere Medizin- sonstige Fachgebiete	11,8%	17,2%	9,6%
Neurologie	11,9%	11,6%	/
Psychiatrie	11,9%	11,9%	/
Psychotherapie	12,8%	12,5%	/
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	13,0%	12,5%	13,7%
Kinder- und Jugendmedizin	15,2%	16,5%	13,5%
Chirurgie	17,7%	19,2%	15,8%
Übergreifend tätige Praxen	17,8%	15,2%	18,7%
Gastroenterologie	21,1%	23,4%	/
Anästhesiologie	21,8%	22,9%	20,7%
Innere Medizin – ohne bzw. mit mehreren Schwerpunkten	22,8%	22,0%	24,5%
Pneumologie	23,1%	19,7%	27,4%
Kardiologie	23,3%	24,8%	/
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	23,6%	23,8%	13,4%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	26,5%	25,8%	27,2%
Gynäkologie	27,1%	26,4%	28,4%
Orthopädie	30,6%	27,0%	34,7%
Nuklearmedizin	32,3%	/	/
Physikalische und rehabilitative Medizin	33,0%	28,9%	/
Augenheilkunde	33,1%	31,0%	35,7%
Radiologie	35,0%	17,5%	38,5%
Urologie	36,1%	33,6%	39,2%
Dermatologie	37,5%	33,3%	44,0%
insgesamt	19,9%	18,2%	22,2%

Quelle: Zusammengestellt und aus Zi-Praxis-Panel 2018, S. 96ff.

4. Die Verteilungseffekte nach ärztlichen Fachgruppen und regional bei gegebenem Honorarvolumen und Geltung von EBM und GKV

Den folgenden Überlegungen und Berechnungen liegt Szenario 3 zugrunde (siehe oben unter 2.b). Die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung erfolgt bei Geltung des EBM ausgabenneutral zum gegebenen ärztlichen Honorarvolumen. Um dieses auf dem heutigen Niveau konstant zu halten, bedarf es zum Ausgleich der Umsatzverluste infolge der nun entfallenden Vergütung durch die GOÄ einer entsprechenden kompensierenden Anhebung der Honorare im EBM. Die Berechnung der Verteilungseffekte nach ärztlichen Fachgruppen auf Basis dieses Szenario kann auf zweierlei Weise geschehen:

- Die erste Variante unterstellt eine finanzielle Kompensation ausschließlich durch eine Anhebung der Positionen des EBM (Geltung: EBM).
- Die zweite Variante bezieht zusätzlich zur Anhebung des EBM auch die Effekte der derzeitigen Regulierungen im System der GKV ein (Geltung: EBM und GKV).

Aus anderer Perspektive betrachtet stützt sich Variante 1 zur Kompensation der Umsatzverluste durch die Ablösung der GOÄ nur auf Preiseffekte, während Variante 2 darüber hinaus auch die honorarbezogenen Mengen- und Struktureffekte berücksichtigt, die aus dem Regulierungssystem der GKV erwachsen.

Die Berechnung der Veränderung der Jahresüberschüsse (Einnahmen minus Aufwendungen) von 15 ärztlichen Fachgruppen stützt sich wie auch die Auswertungen oben in Tabelle 6 auf die Daten des Zi-Praxis-Panels. Aufgrund der in Tabelle 6 aufgelisteten Einnahmenstruktur steht dabei tendenziell zu erwarten, dass sich die Jahresüberschüsse von Fachgruppen mit einem unterdurchschnittlichen Anteil an Einnahmen aus Privatabrechnung verbessern und die Jahresüberschüsse von Fachgruppen mit einem entsprechend überdurchschnittlichen Anteil zurückgehen. Die in Tabelle 8 ausgewiesenen Ergebnisse bestätigen diese Annahme weitgehend. Dabei fällt zunächst auf, dass bei einer Kompensation der Honorarverluste durch die abgelöste GOÄ ausschließlich mit Hilfe des angepassten EBM die Jahresüberschüsse in 6 Fachgruppen zu- und in 9 Fachgruppen abnehmen. Die Spanne reicht von 15,6% bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bis -19,7% bei der Dermatologie. Relativ hohe Verluste erleiden auch die Fachgruppen Urologie mit -17,9%, Augenheilkunde mit -16,0% und Orthopädie mit -12,8%. Dagegen verzeichnen die Allgemeinmedizin und Innere Medizin mit 7,8%, die Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie sowie die Psychiatrie mit jeweils 7,4% spürbare Zuwächse. Dabei fallen bei den einzelnen Fachgruppen die jeweiligen prozentualen Verluste insgesamt deutlich höher aus als die entsprechenden Gewinne.

Die Einbeziehung der derzeit bestehenden Regulierungen bzw. die Geltung von EBM und GKV⁹ erhöht mit Ausnahme der Fachgruppe der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, deren Jahresüberschuss nun mit 3,5% ansteigt, die jeweiligen Zuwächse und Rückgänge der Jahresüberschüsse teilweise erheblich. Das Spektrum der Zu- und Abnahmen reicht nun von 30,0% bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bis 32,9% bei der Dermatologie. Bei den Fachgruppen Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und

⁹ Die entsprechenden Simulationsberechnungen zur Umverteilung zwischen Fachgruppen und Regionen unterstellen hier zur Erreichung des gegebenen Honorarvolumens eine lineare Anpassung der Vergütungen. Die Berechnungen enthalten damit implizit die finanziellen Effekte, die aus bestehenden Regulierungen in der GKV resultieren (vgl. Czihal, T., Leibner, M. und von Stillfried, D. 2018, S. 5.

Orthopädie verdoppeln sich sogar die positiven bzw. negativen Zuwachsraten. Dieser Vergleich der Veränderung der Jahresüberschüsse von verschiedenen Fachgruppen zum einen bei Geltung nur des EBM und zum anderen bei Geltung von EBM und GKV verdeutlicht die Bedeutung, die den bestehenden Regulierungen für die ärztlichen Honorare und damit auch der entsprechenden Jahresüberschüsse zukommet.

Tabelle 8: Veränderung der Jahresüberschüsse von Fachgruppen bei gegebenem Volumen und Geltung von EBM und GKV

Änderung des Überschuss Fachgruppengruppen	bei Geltung des EBM	bei Geltung von EBM und GKV
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	15,6%	30,0%
Allgemeinmedizin und Innere Medizin (hausärztlich)	7,8%	13,8%
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	7,4%	7,6%
Psychiatrie	7,4%	9,4%
Kinder- und Jugendmedizin	5,7%	13,4%
Psychotherapie	5,5%	13,1%
Chirurgie	-0,9%	-3,8%
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	-2,5%	3,5%
Anästhesiologie	-4,8%	-5,3%
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	-7,4%	-16,5%
Gynäkologie	-8,0%	-13,8%
Orthopädie	-12,8%	-25,8%
Augenheilkunde	-16,0%	-25,5%
Urologie	-17,9%	-32,3%
Dermatologie	-19,7%	-32,9%

Quelle: Zusammengestellt aus: Czihal, T., Leibner, M. und von von Stillfried, D. 2018, S.9 und 12.

Ein Vergleich zwischen Stadt und Land hinsichtlich einer Veränderung der ärztlichen Jahresüberschüsse nach Regionen zeigt in Tabelle 9 das tendenziell erwartete Ergebnis. Da die Ärzte in Städten im Durchschnitt einen höheren Anteil ihrer Einnahmen aus Privatabrechnung erzielen, sinkt bei Geltung des EBM, d.h. bei Kompensation durch diese Honorarordnung, der ärztliche Jahresüberschuss hier um 3,8%. Entsprechend steigt er im ländlichen Raum um 7,3%. Das Umland weist dagegen in diesem Kontext nur eine geringfügig positive Veränderung der ärztlichen Jahresüberschüsse auf. Ähnlich wie bei den ärztlichen Fachgruppen in Tabelle 8 verstärken sich diese Effekte bei zusätzlichem Einbezug der Regulierungsmaßnahmen in der GKV. Die ärztlichen Jahresüberschüsse nehmen unter dieser Annahme, d.h. bei Geltung von EBM und GKV, nun in der Stadt um 6,5% ab und im ländlichen Raum um 10,4% zu.

Tabelle 9: Veränderung der ärztlichen Jahresüberschüsse nach Regionen bei gegebenem Volumen und Geltung von EBM und GKV

Region \ Änderung des Überschuss	bei Geltung des EBM	bei Geltung von EBM und GKV
Stadt	-3,8%	-6,5%
Land	7,3%	10,4%
Umland	0,2%	1,2%

Quelle: Zusammengestellt aus: Czihal, T., Leibner, M. und von Stillfried, D. 2018, S.8 und 11.

Bei allen Unterschieden zwischen den Daten des Statistischen Bundesamtes und des Zi-Praxis-Panel lassen sich bei einer Unterscheidung zwischen nur konservativ und operativ tätigen Ärzten ähnliche Ergebnisse ableiten. Die nur konservativ tätigen Ärzte erreichten einen Anteil von 22,7% ihrer Einnahmen aus Privatabrechnung, die operativ tätigen Ärzte dagegen einen entsprechenden Anteil von 36,3% (siehe Tabelle 5 unten unter 3.a). Angesichts dieser Differenz überrascht es nicht, dass auf Basis des Zi-Praxis-Panel die Jahresüberschüsse der konservativ tätigen Ärzte um 2,8% bei Geltung nur des EBM und um 4,9% bei zusätzlicher Einbeziehung der Regulierungen in der GKV ansteigen. Entsprechend nehmen die Jahresüberschüsse der operativ tätigen Ärzte um 13,4% bzw. 23,9% ab (vgl. Czihal, T., Leibner, M. und von Stillfried D. 2018, S. 8 und 11).

Angesichts des unterdurchschnittlichen Anteils der Einnahmen aus Privatabrechnung in den neuen Bundesländern steht schon a priori zu erwarten, dass die ärztlichen Jahresüberschüsse in den dortigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowohl bei der Geltung des EBM als auch bei zusätzlicher Einbeziehung der Regulierungen in der GKV ansteigen. Tabelle 10 belegt diese Annahme, denn die entsprechenden KVen weisen bei Geltung von EBM und GKV alle zweistellige Steigerungsraten auf. Dagegen nehmen die ärztlichen Jahresüberschüsse in 9 von 12 KVen in den alten Bundesländern ab. Gegenüber der ausschließlichen Geltung des EBM führt die Einbeziehung der Regulierungen in den KVen der neuen Bundesländer durchgehend zu noch höheren Steigerungsraten, verändert allerdings die Reihenfolge. Es rangiert nun statt Sachsen Anhalt mit 12,8% Sachsen mit 16,2% an der Spitze. Eine ähnliche Situation tritt bei Einbeziehung der Regulierungen in den KVen der alten Bundesländer ein. Bei ausschließlicher Geltung des EBM weist die KV Hamburg mit -8,4% die negativste Steigerungsrate aller KVen auf, bei Einbeziehung der Regulierungen in der GKV liegen die KVen in Berlin mit -9,0% und Rheinland-Pfalz mit -7,1% sowie im Saarland mit -6,7% noch über der KV Hamburg mit -6,2%.

Tabelle 10: Veränderung der ärztlichen Jahresüberschüsse nach Kassenärztlichen Vereinigungen bei gegebenem Volumen und Geltung von EBM und GKV

Änderung des Überschuss KVen	bei Geltung des EBM	bei Geltung von EBM und GKV
Sachsen-Anhalt	12,8%	15,5%
Mecklenburg-Vorpommern	12,7%	15,7%
Thüringen	11,8%	13,4%
Sachsen	11,1%	16,2%
Brandenburg	9,8%	14,3%
Bremen	4,7%	12,5%
Niedersachsen	2,5%	2,1%
Westfalen-Lippe	0,2%	1,9%
Schleswig-Holstein	-0,6%	-5,5%
Nordrhein	-3,1%	-1,9%
Berlin	-3,2%	-9,0%
Rheinland-Pfalz	-3,3%	-7,1%
Bayern	-3,7%	-2,4%
Saarland	-4,0%	-6,7%
Baden-Württemberg	-4,7%	-5,5%
Hessen	-5,7%	-5,7%
Hamburg	-8,4%	-6,2%

Quelle: Zusammengestellt aus: Czihal, T., Leibner, M. und von Stillfried, D. 2018, S.10 und 13.

5. Zwischenfazit

Auf der Grundlage von Daten des BMG und des PKV-Verbandes betrug im Jahr 2016 der Anteil der PKV-Versicherten an der Gesamtzahl der in Deutschland Versicherten 10,9%, während ihr Anteil an den gesamten Ausgaben für ambulante Behandlung bei 23,5% lag. Die Ausgaben der PKV-Versicherten umfassen neben den Ausgaben der Krankenvollversicherung auch die Ausgaben der Beihilfeträger und die Selbstbeteiligungen der Privatversicherten. Unter Einbeziehung der Ausgaben von GKV-Versicherten für IGeL in Höhe von ca. 1 Mrd. Euro belief sich der Anteil der Ausgaben für ambulante Behandlung, der auf Basis der GOÄ bzw. von Privatabrechnung erfolgte, auf 25%.

Die im Vergleich zu Versicherten der GKV um das ca. 2,3-fache höheren Ausgaben für ambulante Behandlung von PKV-Versicherten gehen nach unserer Schätzung zu 82,6% auf Preiseffekte, d.h. auf die Unterschiede von GOÄ zu EBM, und zu 17,4% auf Mengen- und Struktureffekte zurück. Letztere

resultieren aus den Regulierungen in der GKV, die es in der PKV nicht gibt. Sofern im Sinne von Szenario 1 der EBM mit seinen Rahmenbedingungen die GOÄ ersetzt, würden nach aktuellen Schätzungen bei flexiblem Honorarvolumen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Umsatzverluste in Höhe von ca. 6,3 Mrd. Euro anfallen. Diese erhöhten sich bei Einbeziehung der Ausgaben für IGeL um 500 Mio. Euro auf 6,8 Mrd. Euro. Dagegen entstünde beim entgegengesetzten Szenario 2, d.h. bei Gültigkeit der geltenden GOÄ für gesetzlich und privat Versicherte, ein entsprechender Mehrumsatz von etwa 47,5 Mrd. Euro. Die Szenarien 3 und 4 beruhen auf der Annahme, dass das derzeitige ärztliche Honorarvolumen konstant bleibt. Dies impliziert, dass zur Kompensation in Szenario 3 bei Geltung des EBM eine spürbare Aufwertung und in Szenario 4 bei Geltung der GOÄ eine erhebliche Abwertung erfolgt. Den folgenden Ausführungen liegt das in gesundheitspolitischen Diskussionen stärker diskutierte Szenario 3 zugrunde. Es geht somit um die Frage, wie hoch beim derzeit gegebenen Honorarvolumen und bei Gültigkeit des EBM mit den Regulierungen in der GKV die Umsatzverluste oder Mehreinnahmen und damit die entsprechenden ärztlichen Jahresüberschüsse innerhalb der verschiedenen Arztgruppen und in regionaler Hinsicht ausfallen.

Es liegt nahe, dass in Szenario 3 die Entwicklung der Jahresüberschüsse von Arztgruppen weitgehend davon abhängt, ob und in welchem Maße sie derzeit einen unter- oder überdurchschnittlichen Anteil an Einnahmen aus Privatabrechnung aufweisen. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes stammten im Jahre 2015 die Einnahmen der Arztpraxen zu 26,3% aus Privatabrechnungen mit einer Spanne von 14,5% bei Allgemeinmedizin bis 45,9% bei Haut- und Geschlechtskrankheiten unter 11 Fachgebieten. Bei einer Trennung nach Einzelpraxen und fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften fielen diese Anteile mit Ausnahme der Frauenheilkunde und Geburtshilfe bei allen Fachgebieten bei den Einzelpraxen spürbar höher aus. Bei einer Unterscheidung nach Kooperationsformen erzielten Arztpraxen in Verbindung mit einem ambulanten Operationszentrum mit 38,9% den höchsten Anteil aus Privatabrechnung. Mit Ausnahme der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und der Orthopädie übertrafen die Anteile der Einnahmen aus Privatabrechnung bei Arztpraxen mit der Durchführung von ambulanten Operationen die nur konservativ tätigen. In diesem Kontext rangierten die nicht operativ tätigen orthopädischen Arztpraxen mit einem Anteil von 50,0% an Einnahmen aus Privatabrechnung an der Spitze.

Das Zi-Praxis-Panel weist ebenfalls für das Jahr 2015 für 25 Arztgruppen sowohl die Anteile der Einnahmen je Praxisinhaber aus Privatabrechnung als auch die zugehörigen Patientenanteile aus. Bei einem Durchschnitt der Einnahmen aus Privatabrechnung von 19,9% lagen 7 Arztgruppen über 30% mit der Dermatologie (37,5%) an der Spitze. Bei den Patientenanteilen erreichten bei einem Durchschnitt von 10,6% die Augenheilkunde mit 15,9% und die Dermatologie mit 15,5% die höchsten Werte. Der Quotient aus den Anteilen von Einnahmen und Patientenstruktur unterschritt nur bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie den Wert von 1 und reichte bis zu 2,85 bei der Radiologie. Mit wenigen Ausnahmen entsprachen sich bei den Anteilen aus Privatabrechnung Einnahmen- und Patientenstruktur. Bei einem Vergleich der Einnahmen von Einzel- und Gemeinschaftspraxen erzielten letztere tendenziell höhere Anteile aus Privatabrechnung, besonders in der Radiologie mit 38,5% zu 17,5%.

Sofern die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung gemäß Szenario 3 zum gegebenem ärztlichen Honorarvolumen erfolgt, lassen sich die Umsatzverluste durch den Wegfall der GOÄ zum einen ausschließlich durch eine Anhebung der Positionen des EBM kompensieren (Geltung: EBM) und zum anderen zusätzlich die Effekte der derzeitigen Regulierungen in der GKV miteinbeziehen

(Geltung: EBM und GKV). Die Schätzung der Veränderung der Jahresüberschüsse von 15 ärztlichen Fachgruppen basiert wiederum auf den Daten des Zi-Praxis-Panels. Auf der Grundlage des angepassten EBM nehmen die ärztlichen Jahresüberschüsse in 6 Fachgruppen zu und in 9 ab, wobei die Spanne von 15,6% bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis – 19,7% bei der Dermatologie reicht. Insgesamt fallen die jeweiligen prozentualen Verluste höher aus als die entsprechenden Gewinne. Die Einbeziehung der in der GKV bestehenden Regulierungen verstärkt diese (Um-)Verteilungswirkungen teilweise erheblich und erhöht die Spanne von 30,0% bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis -32,9% bei der Dermatologie.

Wie zu erwarten nehmen die ärztlichen Jahresüberschüsse in der Stadt bei reiner Anpassung des EBM um 3,8% und bei Einbeziehung der Regulierungen in der GKV um 6,5% ab. Dagegen steigen sie im ländlichen Bereich um 7,3% bzw. 10,4%. Ähnliche Effekte treten in den KVen auf mit deutlichen Gewinnen in den neuen Bundesländern und Verlusten in 9 von 12 alten Bundesländern bzw. KVen. An der Spitze rangiert hier Sachsen-Anhalt mit 12,8% und am Ende Hamburg mit -8,4%. Die Einbeziehung der Regulierungen in der GKV verstärkt bei den meisten KVen die (Um-)Verteilungswirkungen. Schließlich wachsen die Jahresüberschüsse der konservativ tätigen Ärztinnen und Ärzte um 2,8% bzw. mit Einbeziehung der Regulierungen um 4,9%, während die der operativ tätigen um 13,4% bzw. 23,9% abnehmen.

Als Fazit lässt sich konstatieren, dass die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung auch bei gegebenem ärztlichen Honorarvolumen, d.h. in der Summe ausgabenneutral, erhebliche (Um-)Verteilungswirkungen zwischen den einzelnen Fachgruppen und Organisationsformen, in regionaler Hinsicht, zwischen den KVen sowie zwischen operativ und nur konservativ tätigen Ärztinnen und Ärzten auslöst. Selbst wenn man einige dieser Effekte in ihrer Tendenz begrüßt und bezüglich der Jahresüberschüsse eine völlig neutrale Umstellung für nicht erforderlich hält, erscheint ihr Ausmaß wohl kaum gesundheitspolitisch akzeptabel. Dies bedeutet, dass die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung unter diesen Bedingungen bei ihrer Umsetzung gewichtige technische Probleme aufwirft. Sodann weist schon die rein fiskalische Analyse der (Um-)Verteilungswirkungen einer Reform der Gebührenordnung auf die Relevanz des Regulierungssystems in der GKV hin, das in diesem Kontext auch ordnungspolitisch zur Diskussion steht.

II. Ordnungspolitische Aspekte bei einer Beibehaltung des ärztlichen Vergütungsniveaus

1. Harmonisierung der Vergütung bei unterschiedlichen Systemelementen

Wie bereits oben in der Einleitung erwähnt, weisen EBM und GOÄ in ihrem ordnungspolitischen Rahmen vielfach unterschiedliche, teilweise konstitutive, Systemelemente auf. Neben der hier nicht zur Diskussion stehenden Finanzierungsseite, d.h. Umlagefinanzierung versus Kapiteldeckungsverfahren, betrifft dies auf der Ausgabenseite vor allem (siehe auch Laschet, H. 2018, S. 1; Wasem, J. und Walendzik, A. 2018, S. 4):

- Die Rolle des Solidarprinzips, das sich in der GKV nicht nur in der Beitragsgestaltung, sondern auch im für alle Versicherten einheitlichen Leistungskatalog niederschlägt,
- Das Sachleistungs- und Kostenerstattungsprinzip,
- Die Existenz einer Bedarfsplanung,
- Der Umgang mit Innovationen,
- Die Ermächtigung zur Verordnung der jeweiligen Gebührenordnung,
- Eine Pauschalierung der Gebühren oder Einzelleistungsvergütung,
- Prüfungen auf Wirtschaftlichkeit, Rechtmäßigkeit und Plausibilität,
- Die Bedeutung der Facharztqualifikation,
- Die Förderung bestimmter vertragsärztlicher Organisationsformen,
- Der sektorale Geltungsbereich der Gebührenordnung,
- Selektive Verträge mit ihrer eigenen Vergütungssystematik,
- Regulierungen zur Mengenbegrenzung und damit zur Ausgabendämpfung sowie
- Eine Regionalisierung der Gebührenordnung.

Diese Unterschiede besitzen hinsichtlich der ordnungspolitischen Probleme, mit denen sich die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung konfrontiert sieht, nicht alle das gleiche Gewicht. So können z.B. auch Versicherte der GKV nach § 13 Abs. 2 SGB V unter bestimmten Bedingungen die Kostenerstattung wählen und im stationären Sektor rechnen die Krankenhäuser mit den PKV-Unternehmen üblicherweise direkt ab, was unter ökonomischen Aspekten dem Sachleistungsprinzip entspricht. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf die relevanten Unterschiede hinsichtlich

- des jeweiligen Leistungskataloges und seiner Inanspruchnahme sowie
- struktureller Elemente der beiden Vergütungssysteme.

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD (2018, S. 97) möchte im ambulanten Bereich „den Zugang zur Versorgung für gesetzlich Versicherte verbessern“. In diesem Kontext zielt eine einheitliche Gebührenordnung darauf ab, die bestehenden Unterschiede in der Behandlung von privat und gesetzlich Versicherten, vornehmlich bei Wartezeiten und der Vergabe von Terminen, abzubauen (vgl. Hess, R. et al. 2018, S. 27). Der für alle Versicherten gleiche Zugang zur ambulanten Behandlung bildet das dominante Ziel einer einheitlichen Gebührenordnung. Lösungsvorschläge, die infolge weiter bestehender Hindernisse dieses Ziel nicht hinreichend zu realisieren vermögen, verfehlen die Zielkonformität der angestrebten Reform. Daneben gilt es aus normativer Sicht noch die Systemkonformität gesundheitspolitischer Maßnahmen zu berücksichtigen. Hierzu gehören vor allem die Effektivität, d.h. eine Outcome-orientierte Vermeidung von Über- Unter- und Fehlversorgung der Patientinnen und Patienten, sowie die Effizienz, d.h. die wirtschaftliche

Leistungserstellung und eine angemessene Nutzen-Kosten Relation (zu einem ausführlichen Zielkatalog siehe Wasem, J. und Walendzik, A. 2018, S. 22ff).

2. Unterschiede beim Leistungskatalog und seiner Inanspruchnahme

Zunächst weisen die einzelnen Leistungen von EBM und GOÄ nicht durchgängig eine gleiche Definition und Abgrenzung auf. Als Grundlage für eine einheitliche Gebührenordnung bedarf es in dieser Hinsicht einer umfassenden und lückenlosen Harmonisierung. Mit dem EBM korrespondiert ein zu einem bestimmten Zeitpunkt geschlossener Leistungskatalog, auf den alle Versicherte der GKV den gleichen rechtlichen Anspruch besitzen. Ausnahmen bilden hier nur die quantitativ bisher relativ bescheidenen Satzungsleistungen, mit denen sich die Krankenkassen unterscheiden und damit wettbewerblich profilieren können. Die Leistungen, die dem EBM zugrunde liegen, müssen nach § 12 Abs. 1 SGB V die Kriterien „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ erfüllen und nach § 70 Abs. 1 SGB V „wirtschaftlich erbracht werden“. Dabei erfolgt eine fortlaufende Anpassung von Leistungskatalog und EBM. Der Bewertungsausschuss-Ärzte besitzt bei einem positiven Votum des Gemeinsamen Bewertungsausschusses (G-BA) die Aufgabe, über die Aufnahme neuer Leistungen in den EBM zu beraten.

Im Gegensatz dazu sieht die GOÄ keinen geschlossenen Leistungskatalog vor, der allen Versicherten der PKV im Bedarfsfall gleichermaßen zur Verfügung steht. Abgesehen vom Basistarif besitzen die Privatversicherten die Möglichkeit, einen individuellen Leistungskatalog entsprechend ihren finanziellen Möglichkeiten und Präferenzen frei auszuwählen (vgl. Ulrich, V. und Wille, E. 2018, S. 88). Dabei kann dieser individuelle Leistungskatalog mehr, aber auch weniger Leistungen als jener der GKV enthalten. Mangels regelmäßiger Fortschreibung spiegelt die GOÄ im Wesentlichen zwar „den Sachstand Ende der 1970er Jahre wider“ (Wasem, J. 2018, S. 20), die Aufnahme in die Gebührenordnung stellt aber hier keine notwendige Voraussetzung für die Abrechnung neuer Leistungen dar. Die Ärztinnen und Ärzte können sog. analoge Leistungen nach § 6 Abs. 2 GOÄ „entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung des Gebührenverzeichnisses“ abrechnen.

Die Möglichkeit, nicht in der GOÄ enthaltene Leistungen analog zu berechnen, spielt vor allem bei innovativen Leistungen bzw. neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine wichtige Rolle. Im Unterschied zu diesem freien Zugang sieht die GKV hier in § 135 Abs. 1 SGB V ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt vor. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bedürfen in der vertragsärztlichen Versorgung einer Empfehlung des G-BA. Kriterien bilden hier „die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens“ und die auch im Vergleich zu bereits vorhandenen Methoden „medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Im Unterschied dazu muss eine Innovation in der PKV nur eine wissenschaftlich anerkannt, zugelassen und medizinisch notwendig sein (vgl. Loskamp, N. et al. 2017, S. 3).

Was die Inanspruchnahme von Leistungen betrifft, so können die gesetzlich Versicherten auf der Grundlage des EBM gemäß § 76 Abs. 1 SGB V nur unter zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Demgegenüber können die privat Versicherten auf Basis der GOÄ Leistungen von allen niedergelassenen approbierten Ärztinnen und Ärzten in Anspruch nehmen. Sodann kennt die die PKV im vertragsärztlichen Bereich keine Bedarfsplanung, während für die GKV § 99 Abs. 1 SGB V auf Landesebene einen jeweils anzupassenden „Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ vorschreibt. Sofern der Landesausschuss der Ärzte

und Krankenkassen nach § 103 Abs. 1 SGB V eine Überversorgung feststellt und für Leistungserbringer, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen möchten, Zulassungsbeschränkungen anordnet, betrifft dies nicht nur die Versicherten der GKV, sondern mittelbar auch die privat Versicherten. Letztere besitzen allerdings die Möglichkeit, auch approbierte Ärztinnen und Ärzte, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, auszuwählen.

Vor dem Hintergrund dieser Unterschiede zwischen EBM bzw. GKV sowie GOÄ bzw. PKV stellt sich das Problem, auf welchen Leistungskatalog sich die einheitliche Gebührenordnung unter den Aspekten von Ziel- und Systemkonformität beziehen sollte. Es könnten hier vor allem folgende vier Varianten in Frage kommen:

- (1) Der derzeitige Leistungskatalog, der dem EBM zugrunde liegt, ohne die Möglichkeit einer darüber hinaus gehenden Leistungsgewährung.
- (2) Zusätzlich zum Leistungskatalog der GKV können die Versicherten Leistungen auf der Basis der GOÄ oder einer anderen Gebührenordnung in Anspruch nehmen.
- (3) Basis der einheitlichen Gebührenordnung bilden die derzeitigen Leistungskataloge von GKV und PKV.
- (4) Der Leistungskatalog beinhaltet zusätzlich zu Variante (3) noch die IGeL.

Die Variante (1) erfüllt das Kriterium der Zielkonformität in hohem Maße, denn alle Versicherten von GKV und PKV besitzen nun die gleichen Zugangschancen zur ambulanten Behandlung. Diese Variante widerspricht aber im Sinne der Systemkonformität den Präferenzen vieler Versicherter und verstößt verfassungsrechtlich gegen die Vertragsfreiheit der Versicherten sowie die Berufsfreiheit von Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenversicherer (vgl. Hess, R. 2018, S. 33). Dagegen erscheint die zweite Variante in dieser Hinsicht unbedenklich, sie verletzt aber eindeutig die Zielkonformität, Zudem handelt es sich dann, wie im geltenden Vergütungssystem, nicht um eine einheitliche Gebührenordnung.

Die dritte Variante schneidet bei einer gemeinsamen Berücksichtigung von Ziel- und Systemkonformität deutlich besser ab. Probleme im Sinne der Zielkonformität könnten hier allerdings die IGeL bereiten. Sofern ihre Vergütungssätze höher liegen als jene der einheitlichen Gebührenordnung, könnten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Anreize besitzen, bei knappen Angebotskapazitäten bzw. terminlichen Engpässen Patienten mit IGeL einen bevorzugten Zugang zur Behandlung zu gewähren. Dieser Gefahr unterliegt Variante 4 mit Einbezug der IGeL kaum, was jedoch voraussetzt, dass für die IGeL die gleiche Vergütungssystematik wie für alle anderen Leistungen gilt.

Unter der Voraussetzung, dass die einheitliche Gebührenordnung alle Leistungen, die im niedergelassenen Bereich anfallen, in der gleichen Vergütungssystematik abbildet, können nach Variante 4 die gesetzlich und privat Versicherten im Prinzip die Leistungen wie im gegebenen System in Anspruch zu nehmen. Die privat Versicherten können die von ihnen gewünschten Leistungen aus diesem umfassenden Katalog auswählen und entsprechende Verträge mit den Versicherungsunternehmen abschließen. Für die gesetzlich Versicherten besteht weiterhin als Teilmenge dieses umfangreichen Spektrums ein geschlossener Leistungskatalog, dessen Aufstellung und Fortschreibung nach den bisherigen Kriterien erfolgen könnte. Unberührt bleibt davon, wie im gegebenen Vergütungssystem die Frage, ob und inwieweit der geschlossenen Leistungskatalog der GKV die Anwendung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in ineffektiver Weise

verzögert oder der innovationsoffenerer Katalog der PKV mit einer Überversorgung einhergeht¹⁰. Schließlich können sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte aus diesem weiten Katalog noch zusätzlich gegen spezielles Entgelt Leistungen in Anspruch nehmen, die der geschlossene Leistungskatalog der GKV bzw. der jeweilige Vertrag mit dem privaten Versicherungsunternehmen nicht vorsieht.

3. Strukturelle Elemente der bestehenden Vergütungssysteme

Obleich zwischen EBM und GOÄ hinsichtlich ihrer Ausgestaltung infolge von wechselseitigen Beeinflussungen gewisse Ähnlichkeiten, z.B. bei Leistungsdefinitionen und Gebührennummern, bestehen, unterscheiden sie sich bereits bei ihrer Ermächtigung zur Verordnung bzw. bei ihrer Normgebung (vgl. Hesse, R. et al. 2018, S. 28f.). Den EBM beschließt im Rahmen von kollektiven Vereinbarungen der Bewertungsausschuss, dem jeweils drei Vertreter des GKV-Spitzenverbandes und der KBV angehören. Dagegen ermächtigt bei der GOÄ § 11 der Bundesärzteordnung (BÄO) die Bundesregierung „durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln“. Einem kollektivvertraglichen System steht somit eine Rechtsverordnung der Bundesregierung gegenüber. Die Entscheidung zur Ermächtigung des Erlasses einer einheitlichen Gebührenordnung beeinflusst damit auch den künftigen Einflussbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV.

Während die GOÄ durchgehend eine Einzelleistungsvergütung kennzeichnet, sieht der EBM in § 87 Abs. 2b und 2c SGB V im Rahmen der hausärztlichen Versorgung Versichertenpauschalen und im fachärztlichen Bereich Grund- und Zusatzpauschalen vor. Der Unterschied zwischen pauschalierter und Einzelleistungsvergütung gewinnt für die Leistungserbringer vor allem bei multimorbiden älteren Patientinnen und Patienten, die in einem Quartal zahlreiche aufwendige Leistungen in Anspruch nehmen, finanziell an Bedeutung. Die Pauschalierung der Gebühren zielt vornehmlich darauf ab, das Ausgaben- und Mengenwachstum der vertragsärztlichen Leistungen zu begrenzen. Den gleichen Zweck verfolgen die arztbezogenen Prüfungen auf Wirtschaftlichkeit der Versorgung nach § 106a Abs. 1 SGB V sowie die Prüfungen auf Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung durch die KVen und Krankenkassen nach § 106d Abs. 1 SGB V. Da die GOÄ weder diese Prüfungen noch eine Pauschalierung der Gebühren kennt, könnten diese Unterschiede für Leistungserbringer Anreize zur Privilegierung von privat Versicherten setzen und damit die Zielkonformität der Reform gefährden. Als Lösungsmöglichkeiten im Sinne einer einheitlichen Gebührenordnung bieten sich hier komplementär eine Reduktion der Pauschalierungen im EBM¹¹, eine Einführung von Pauschalierungen in die GOÄ sowie eine Übertragung der Prüfungen auch auf die Leistungen von privat Versicherten an. Gewisse Chancen für eine solche Vereinheitlichung könnten insoweit bestehen, als private Krankenversicherungen derzeit einige Pauschalierungen von Gebühren ebenfalls erwägen (ähnlich Wasem, J. 2018, S. 20) und sich die PKV bei den Prüfungen an den Aktivitäten im Rahmen des EBM beteiligt, was bei Aktivitäten im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich schon heute in vielfältiger Weise geschieht.

Im Bereich der PKV bzw. der GOÄ können approbierte Ärztinnen und Ärzte unabhängig von ihrer fachlichen Qualifikation alle ambulanten und auch stationäre (Wahl-)Leistungen erbringen und

¹⁰ Das in dieser Hinsicht umfangreichere Leistungsspektrum der PKV könnte allerdings für die Leistungserbringer in Grenzen Anreize zur Bevorzugung von Privatversicherten setzen.

¹¹ Bei dieser Maßnahme könnte ein Zielkonflikt mit der Effizienz der Behandlungen oder der Beitragssatzstabilität auftreten.

abrechnen. Demgegenüber stehen in der GKV bzw. im Rahmen des EBM die vertragsärztlichen Leistungen unter Facharztvorbehalt, d.h. entsprechende Qualifikationen stellen eine notwendige Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter Leistungen dar. Eine einheitliche Gebührenordnung mit generellem Facharztvorbehalt würde das Versorgungsspektrum von approbierten Ärztinnen und Ärzten, die für die jeweiligen Leistungen über keine Facharztqualifikation verfügen, möglicherweise spürbar eingrenzen und damit einhergehend die Behandlungsoptionen von privat Versicherten verringern. Umgekehrt dürfte der Verzicht auf die Facharztqualifikation Bestrebungen zur stärkeren Qualifizierung und Weiterbildung von ambulanten Ärzten zuwiderlaufen. Bei einer Parallelität beider derzeitiger Regelungen stellt sich im Rahmen einer einheitlichen Gebührenordnung die Frage, ob sich die jeweilige Gebühr auf zwei gleichwertige oder zwei qualitativ unterschiedliche Leistungen bezieht.

Der EBM dient im Gegensatz zur GOÄ auch als Instrument zur Förderung bestimmter vertragsärztlicher Organisationsformen. So gewährt er arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärztinnen und Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes einen Aufschlag „in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018, S. 25). Für von den KVen anerkannte Praxisnetze sieht § 87b Abs. 2 SGB V verpflichtend „gesonderte Vergütungsregelungen“ vor, die auch aus einem eigenen Honorarvolumen bestehen können. Sofern es sich hier um eine unter Versorgungsaspekten sinnvolle Förderung dieser ärztlichen Organisationsformen handelt, erscheint ihre Übernahme in eine einheitliche Gebührenordnung insofern berechtigt, als die Vorzüge einer solchen Regelung auch den Versicherten der PKV zu Gute kommen. Die Mitfinanzierung von Maßnahmen, die allen Versicherten Nutzen stiften, durch die PKV lässt sich im Rahmen einer einheitlichen Gebührenordnung zudem damit begründen, dass diese die PKV in finanzieller Hinsicht um ca. 6 Mrd: Euro entlastet.

Wie bereits oben angedeutet, beschränkt sich der Geltungsbereich der GOÄ im Unterschied zum EBM nicht nur auf die ambulante ärztliche Versorgung, sondern bezieht auch Wahlleistungen im Krankenhausbereich mit ein. Diesem Umstand müsste eine einheitliche Gebührenordnung Rechnung tragen und für die wahlärztlichen Leistungen, die privat Versicherte derzeit im stationären Sektor in Anspruch nehmen, ersatzweise Regelungen vorsehen. In diesem Kontext stellt sich bei einer einheitlichen Gebührenordnung auch die Frage einer Vergütung der diversen ambulanten Versorgungsformen an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor (siehe hierzu ausführlicher Wasem, J. und Walenzik, A. 2018, S. 10ff.). Für die meisten dieser Versorgungsformen gelten die Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungssystems, einige von ihnen unterliegen aber zumindest teilweise anderen speziellen Vergütungsregimen. Die Vergütung der Leistungen im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erfolgt z.B. derzeit auf Basis des EBM zu Preisen der Euro-Gebührenordnung, obgleich nach § 116b Abs. 6 SGB V der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV „gemeinsam und einheitlich die Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte“ vereinbaren sollten, was jedoch bisher nicht geschah. Die Vergütung der ambulanten Versorgungsformen an der Schnittstelle ambulant/stationär spielt für die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen und damit für die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle.

Die besonderen Versorgungsformen, d.h. die Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V und die besondere Versorgung nach § 140a SGB V, bieten den Krankenkassen die Möglichkeit, selektive Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern

abzuschließen (siehe hierzu Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, Ziffer 591ff.). Sie können mit Hilfe dieser Verträge die Effektivität und Effizienz der Versorgung verbessern und sich auf diese Weise auch im Krankenkassenwettbewerb profilieren. Um spezielle Anreize für die teilnehmenden Leistungserbringer zu setzen, erlauben diese selektiven Verträge abweichend vom Kollektivvertragssystem ein spezielles Vergütungsregime, das zumeist mit höheren Gebühren einhergeht. Diese Abweichungen von den Vergütungsregelungen des SGB V stehen zumindest mit einer einheitlichen Gebührenordnung im engeren Sinne in Konflikt. Dies gilt umso mehr, als den privaten Versicherungen diese Optionen derzeit praktisch nicht zur Verfügung stehen.

Das gravierendste ordnungspolitische Problem bei der Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung dürfte darin bestehen, dass der EBM im Unterschied zur GOÄ kein Leistungsverzeichnis mit korrespondierenden festen Preisen darstellt, sondern vornehmlich im Rahmen eines komplexen mehrstufigen Regulierungssystems einer zielorientierten Steuerung der vertragsärztlichen Versorgung dient. Die vertragsärztliche Gesamtvergütung setzt sich im Wesentlichen aus zwei Teilen zusammen: einerseits den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV), die einer Mengensteuerung unterliegen, und zum anderen den sog. Extrabudgetären Gesamtvergütungen (EGV), deren Vergütung außerhalb der MGV zum vollen Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung erfolgt (vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, Ziffer 145).

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vereinbaren nach § 87a Abs. 3 SGB V gemeinsam und einheitlich mit der KV für das Folgejahr die von ihnen mit befreiender Wirkung zu entrichtenden MGV für die gesamte vertragsärztliche Versorgung im Bereich einer KV. Neben dem zugehörigen Punktwert in Euro beinhalten diese Vereinbarungen auf der Grundlage des EBM das Punktzahlvolumen, d.h. „den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“. Dabei legt der EBM gemäß § 87 Abs. 2 SGB V den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen sowie „ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander“ fest.

Die EGV, die mit ihrer Vergütung von Einzelleistungen abgesehen von der Höhe der jeweiligen Gebühren weitgehend der GOÄ entspricht, umfasst nach § 87a Abs. 3 SGB V besonders förderungswürdige Leistungen oder solche, bei denen „dies medizinisch oder aufgrund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist“. Hierzu gehören z.B. Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen (vgl. KBV 2019, S. 3). Der absolute und relative Umfang der EGV stieg zwar zuletzt im Zuge zahlreicher Entbudgetierungen, auch im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) vom 10.05.2019, kontinuierlich an, dürfte aber insgesamt kaum mehr als ein Drittel der Gesamtvergütung betragen (so auch Wasem, J. 2018, S. 18). Dies bedeutet, dass im Rahmen der MGV ca. zwei Drittel der vertragsärztlichen Gesamtvergütung einem Regulierungssystem unterliegt.

Die KV legt nach § 87b Abs. 1 SGB V im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) fest, nach dem die Aufteilung der MGV auf die einzelnen Arztgruppen erfolgt (siehe KBV 2019, S. 2). Dabei gibt es innerhalb der MGV sog. freie Leistungen, bei deren Vergütung keine Mengenbegrenzung besteht, und Leistungen, die beim Arzt oder der Arztpraxis der Mengensteuerung unterliegen. Diese schlägt sich beim einzelnen

Vertragsarzt mit Ausnahme von Einzelfallregelungen¹² in seinem Regelleistungsvolumen (RLV) nieder, das eine Obergrenze markiert, bis zu der ärztliche Leistungen mit den Preisen der regionalen Gebührenordnungen vergütet werden. Bei über das RLV hinausgehenden Leistungen findet eine Vergütung mit abgestaffelten Punktwerten statt. Das fallzahlbasierte RLV ergibt sich aus dem Produkt des durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwertes und der arztindividuellen Fallzahl aus dem Vorjahresquartal.

Eine für die Berechnung der jeweiligen RLV relevante Regelung bildet die nach § 87b Abs. 1 SGB V vorgeschriebene Aufteilung der vereinbarten Gesamtvergütung auf „die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung“. Diese Trennung der Vergütung koppelt die beiden Versorgungsbereiche von der Arztzahlentwicklung und der Mengendynamik des jeweils anderen Bereiches ab (vgl. KBV 2019, S. 4) Unter den derzeitigen Bedingungen schützt diese Trennung die Hausärzte vor der vergleichsweise stärkeren Mengenentwicklung im fachärztlichen Versorgungsbereich. Diese Regelung erklärt u.a., dass in Tabelle 8 (siehe oben unter I. 4.) bei gegebenem Volumen die Honorare in der Fachgruppe Allgemeinmedizin und innere Medizin (hausärztlich) bei reiner Anpassung des EBM um 7,8%, bei einer zusätzlichen Einbeziehung der Regulierungen aber mit 13,8% noch deutlich stärker ansteigen.

Die RLV setzen für die einzelnen Arztgruppen, die mit ihren Leistungen kurz vor dieser Obergrenze oder bereits darüber liegen, finanzielle Anreize, ihr Behandlungsangebot für gesetzlich Versicherte einzuschränken und sich stattdessen stärker auf die Behandlung von privat Versicherten zu konzentrieren. Diese Regulierung passt nicht in das System der GOÄ bzw. der PKV, in dem der Versicherte unabhängig von gesetzlich verursachten Einschränkungen des Angebotes einen vertraglichen Anspruch auf eine ärztliche Behandlung besitzt. Sofern im Rahmen einer einheitlichen Gebührenordnung diese Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten bestehen bleiben, verstößt die Reform – völlig unabhängig von Fragen nach der Effektivität und Effizienz von RLV – gegen ihre Zielkonformität. Eine zielkonforme einheitliche Gebührenordnung setzt in letzter Konsequenz einen Verzicht auf diese Regulierung der ärztlichen Leistungen in Form einer Mengensteuerung voraus.

Während die GOÄ keine regionalen Unterschiede in ihrem Preis-Leistungsverzeichnis vorsieht, lag der ordnungspolitische Schwerpunkt des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) vom 22.12.2011 auf einer stärkeren Dezentralisierung und Regionalisierung der Gesundheitsversorgung (siehe hierzu u.a. die Beiträge in Wille, E. und Knabner, K. 2011). Dies kommt, wie oben schon angedeutet, auch darin zum Ausdruck, dass die Vertragspartner nach § 87a Abs. 1 SGB V bei der regionalen Euro-Gebührenordnung einen Zu- oder Abschlag vom bundeseinheitlichen Orientierungswert vereinbaren können. Zudem finden die Vereinbarungen der Vertragspartner über die MGV auf der Ebene der KVen statt, was in diesem Kontext nach § 87a Abs. 4 SGB V auch für die jahresbezogene Veränderung der Morbiditätsstruktur in Bereich einer KV gilt (vgl. Wille, E. und Thüsing, G. 2019). Ferner dürfen nach § 87b Abs. 3 in Verbindung mit § 100 Abs. 1 SGB V im Falle der Feststellung einer ärztlichen Unterversorgung für die betroffenen Arztgruppen im HVM keine Maßnahmen „zur Fallbegrenzung oder –minderung“ Anwendung finden. Bei der Existenz von regionalen Gebührenordnungen stellt sich die grundsätzliche Frage, ob diese in das System einer einheitlichen Gebührenordnung passen. Dagegen ließen sich die Regionen mit ärztlicher Unterversorgung auch mit Hilfe alternativer

¹² Hierzu gehören z.B. die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten oder die Bereinigung um Selektivverträge (vgl. KBV 2019, S. 9).

Maßnahmen, wie z.B. Umsatzgarantien, Sicherstellungszuschläge, Zuschüsse zu den Investitionskosten oder mengenabhängige Zuschläge, fördern. Schließlich stiften bei ärztlicher Unterversorgung alle diese Maßnahmen zumindest mittelbar auch den privat Versicherten einen Nutzen.

III. Zusammenfassung

Die Ausgaben für die ambulante Behandlung von PKV-Versicherten liegen um das ca. 2,3fache höher als jene für gesetzlich Versicherte¹³. Diese erhebliche Differenz resultiert überwiegend aus Preiseffekten, d.h. aus den Unterschieden zwischen GOÄ und EBM, aber auch aus Mengen- und Struktureffekten. Letztere gehen auf Regulierungen in der GKV zurück, die in der PKV nicht existieren. Sofern nach Szenario 1 bei flexiblem Honorarvolumen der EBM unter Einschluss der Regulierungen in der GKV an die Stelle der GOÄ treten würde, fielen für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Umsatzverluste von ca. 6,3 Mrd. Euro an, die sich bei der Einbeziehung von IGeL auf etwa 6,8 Mrd. Euro erhöhten. Dagegen entstände im konträren Szenario 2, wenn die GOÄ den EBM ersetzt, ein Mehrumsatz von etwa 47,5 Mrd. Euro. Unter der Bedingung eines auf derzeitigem Niveau konstanten ärztlichen Honorarvolumens muss somit zur Kompensation in Szenario 3 bei Geltung des EBM eine spürbare Aufwertung und in Szenario 4 bei Gültigkeit der GOÄ eine erhebliche Abwertung erfolgen. Die weiteren Ausführungen thematisieren das gesundheitspolitisch stärker diskutierte Szenario 3, das abzuschätzen versucht, wie sich bei konstantem ärztlichen Honorarvolumen und bei Geltung des EBM und den Regulierungen in der GKV die Umsätze innerhalb der verschiedenen Arztgruppen und in regionaler Hinsicht verändern.

Da die Veränderung der Honorare von Arztgruppen in Szenario 3 weitgehend von ihrem Anteil von Einnahmen aus Privatabrechnung abhängt, erfolgt zunächst eine entsprechende Auswertung auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahre 2015. Dabei traten unter 11 Fachgebieten erhebliche Unterschiede mit Anteilen von 14,5% bei Allgemeinmedizin bis 45,9% bei Haut- und Geschlechtskrankheiten auf. In struktureller Hinsicht lagen die Anteile bei Einzelpraxen fast alle spürbar höher als bei fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und bei den Kooperationsformen rangierten Arztpraxen in Verbindung mit einem ambulanten Operationszentrum mit 38,9% an der Spitze. Die operativ tätigen Arztpraxen erzielten überwiegend höhere Anteile an Einnahmen aus Privatabrechnung als die nicht operativ tätigen, mit 50,0% erreichten allerdings die nicht operativ tätigen orthopädischen Arztpraxen den Spitzenwert.

Diesen Ergebnissen entsprechen tendenziell auch jenen der Auswertung auf der Grundlage des Zi-Praxis-Panel, das für das Jahr 2015 25 Arztgruppen und neben den Anteilen aus Privatabrechnung auch die zugehörigen Patientenanteile ausweist. Hinsichtlich der Anteile von Einnahmen aus Privatabrechnung lagen bei einem Durchschnitt von 19,9% 7 Arztgruppen über 30,0% und bei den Patientenanteilen erreichte bei einem Durchschnitt von 10,6% die Augenheilkunde mit 15,9% den höchsten Wert. Der Quotient aus den Anteilen von Einnahmen- und Patientenstruktur schwankte zwischen 0,98% und 2,85% bei der Radiologie und mit wenigen Ausnahmen liefen bei den Einnahmen aus Privatabrechnung Einnahmen- und Patientenstruktur parallel. Verglichen mit den Einzelpraxen erzielten die Gemeinschaftspraxen in der Tendenz höhere Anteile aus Privatabrechnung besonders deutlich in der Radiologie mit 38,5% zu 17,5%.

Die Umsatzverluste der Arztpraxen infolge des Ersatzes der GOÄ durch den EBM lassen sich zum einen ausschließlich durch eine Anhebung der Positionen des EBM (Geltung: EBM) und zum anderen durch eine zusätzliche Einbeziehung der Effekte aus den Regulierungen in der GKV (Geltung: EBM und GKV) kompensieren. Die Daten des Zi-Praxis-Panels erlauben hier für 15 ärztliche Fachgruppen eine Schätzung der Veränderung ihrer Jahresüberschüsse. Bei einer ausschließlichen Anpassung der

¹³ Siehe zum ersten Teil auch das ausführliche Zwischenfazit zum empirischen Teil oben unter I. 5.

Positionen des EBM nehmen die ärztlichen Jahresüberschüsse in 6 Fachgruppen zu und in 9 ab mit einer Spanne von 15,6% bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie bis zu -19,7% bei der Dermatologie. Die Einbeziehung der Regulierungen in der GKV vergrößert bei diesen beiden Fachgruppen die Spanne auf 30,0% bis – 32,9%. Insgesamt ergeben sich höhere prozentuale Verluste als entsprechende Gewinne. Während die ärztlichen Jahresüberschüsse in der Stadt bei einer ausschließlichen Anpassung des EBM um 3,8% und unter Einbeziehung der Regulierungen in der GKV um 6,5% sinken, steigen sie im ländlichen Bereich um 7,3 bzw. 10,4% an. Deutliche Gewinne verzeichnen vor allem die neuen Bundesländer, dagegen erleiden 9 von 12 der alten Bundesländer bzw. KVen Verluste. Das Spektrum reicht von 12,8% in Sachsen-Anhalt bis -8,4% in Hamburg, wobei auch hier die Einbeziehung der Regulierungen in der GKV diese Unterschiede bei den meisten Bundesländern vergrößert. Die Jahresüberschüsse der konservativ tätigen Ärztinnen und Ärzte wachsen um 2,8% bzw. unter Einbeziehung der Regulierungen um 4,90%, wohingegen die der operativ tätigen von 13,4% bzw. 23,9% zurückgehen.

Das Ergebnis dieser empirischen Auswertung verdeutlicht, dass die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung selbst bei zum Zeitpunkt der Umstellung gegebenem ärztlichen Honorarvolumen erhebliche Umverteilungseffekte zwischen den einzelnen Fachgruppen und Organisationsformen, in regionaler Hinsicht, zwischen KVen sowie zwischen operativ und ausschließlich konservativ tätigen Arztpraxen verursacht. Der zumindest in weiten Teilen erforderliche Ausgleich dieser Differenzen dürfte die Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung sowohl in technischer als auch in gesundheitspolitischer Hinsicht mit gewaltigen Problemen konfrontieren. Zudem deutet bereits diese empirische Analyse der (Um-)Verteilungseffekte auf die Bedeutung hin, die dem bestehenden Regulierungssystem der GKV im Rahmen der Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung zukommt. Infolge dieses Regulierungssystems bestehen zwischen EBM und GKV einerseits sowie GOÄ und PKV andererseits eine Vielzahl von unterschiedlichen Regelungen, die es bei der Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung zu berücksichtigen gilt. Das Gutachten greift hier 13 unterschiedliche, teilweise konstitutive Elemente dieser beiden Systeme auf und beleuchtet diese vor dem Hintergrund einer einheitlichen Gebührenordnung unter ordnungspolitischen Aspekten im Hinblick auf ihre Ziel- und Systemkonformität. Dabei stehen die Unterschiede beim jeweiligen Leistungskatalog und seiner Inanspruchnahme sowie bei den strukturellen Elementen der beiden Vergütungssysteme im Mittelpunkt der Betrachtung.

Diese Unterschiede, die als Hindernisse der Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung entgegenstehen können, besitzen allerdings in ordnungspolitischer Hinsicht nicht alle das gleiche Gewicht. So werfen weder die in der GKV und PKV unterschiedlichen Leistungskataloge noch die Gültigkeit von Sachleistungs- oder Kostenerstattungsprinzip sowie die Existenz einer Bedarfsplanung unlösbare oder gravierende Probleme auf. Dies setzt im Sinne der Zielkonformität allerdings einen umfassenden Leistungskatalog voraus, der in einheitlicher Vergütungssystematik auch die IGeL enthält. Die privat Versicherten können aus diesem Katalog wie bisher auswählen und der Leistungskatalog der GKV besteht dann aus einer nach bestimmten Kriterien ausgewählten Teilmenge dieses Spektrums. Das innovationsoffeneres Leistungsspektrum der PKV könnte hier allerdings für die Leistungserbringer Anreize zur Bevorzugung von privat Versicherten setzen. Dagegen dürfte die Bedarfsplanung die Versorgung von privat Versicherten nur mittelbar und kaum in relevanter Intensität beeinflussen.

Was die strukturellen Elemente der beiden Vergütungssysteme betrifft, so bereiten die Unterschiede im Hinblick auf die Pauschalierung der Gebühren, die Prüfungen auf Wirtschaftlichkeit,

Rechtmäßigkeit und Plausibilität sowie die Förderung von bestimmten vertragsärztlichen Organisationsformen vergleichsweise geringe Probleme. Die jeweiligen Maßnahmen in der GKV nutzen überwiegend auch der PKV und/oder ihren Versicherten. Dagegen bedürfen die divergierenden Regelungen bei der Ermächtigung der Verordnung einer einheitlichen Gebührenordnung, die auch den Gestaltungsbereich der gemeinsamen Selbstverwaltung stark einengen kann, bei der Rolle der Facharztqualifikation und bei dem sektoralen Geltungsbereich von EBM und GOÄ zumindest begleitender Maßnahmen des Gesetzgebers.

Das größte Hindernis bei der Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung bleibt hinsichtlich ihrer Ziel- und Systemkonformität die in der GKV bestehende Kombination aus selektiven Verträgen, Regulierungen zur Mengenbegrenzung im Rahmen der MGV und regionalisierten Gebührenordnungen. Die speziellen Vergütungsregelungen selektiver Verträge konfliktieren ebenso wie auf der Ebene der KVen regionalisierte Gebührenordnungen mit einer einheitlichen Gebührenordnung im engeren Sinne. Im Falle der selektiven Verträge könnte eine Lösung darin bestehen, dass Vergütungsverträge von gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen mit Leistungserbringern die einheitliche Gebührenordnung außer Kraft zu setzen vermögen. Sofern im Rahmen einer einheitlichen Gebührenordnung die Regulierungen zur Mengenbegrenzung in der GKV weiterhin bestehen bleiben, setzt sie bei den Leistungserbringern finanzielle Anreize zur partiellen Bevorzugung von privat Versicherten und verfehlt damit ihre Zielkonformität. Eine zielkonforme einheitliche Gebührenordnung setzt letztlich in der GKV einen Verzicht auf mengenbegrenzende Regulierungen voraus, sie kann dann aber mit der Systemkonformität, d.h. der Effizienz der Gesundheitsversorgung, in Konflikt geraten. Dieser Zielkonflikt erfordert dann eine entsprechende gesundheitspolitische Weichenstellung.

Literatur:

Bundesministerium für Gesundheit (2017a): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2016. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/(13), Stand: 16. März 2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2017b): Gesetzliche Krankenversicherung. Endgültige Rechnungsergebnisse 2016. Stand: 12. Juli 2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2019): Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Monatswerte Januar-Februar 2019. Ergebnisse der GKV-Statistik KM/1, Stand: 1. März 2019.

CDU, CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin 07.02.2018.

Czihal T., Leibner, M. und von Stillfried, D. (2018): Mögliche Auswirkungen einer Vereinheitlichung der Vergütung („E60“), 6. Februar 2018.

Deutscher Ärzte-Verlag und Deutsche Apotheker- und Ärztebank (2012): Zukunftsaussichten beruflicher Kooperationen. Eine strukturierte Befragung des Deutschen Ärzte-Verlags und der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Juni 2012.

Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. –DGUV (2018): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse 2017 der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2017, Stand: 19.06.2018, Paderborn.

Hagemeister, S. und Wild, F. (2018): Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten. Jahresbericht 2018, Köln, August 2018.

Hess, R., Thüsing, G., Ulrich, V., Wille, E. und Wollenschläger, F. (2018): Einheitlich Vergütung im dualen Krankenversicherungssystem? Zur Diskussion einer Einheitlichen Gebührenordnung für Ärzte (EGO), in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 24, Heft 2, S. 27-38.

Kaiser, H.-J. (2017): Experiment Bürgerversicherung – Bedrohung der medizinischen Infrastruktur, Berlin, Mai 2017.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 2. Quartal 2018, erstellt am 11.04.2019.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Systematik der Honorarverteilung, Februar 2019.

Laschet, H. (2018): Der Weg zum Einheitshonorar. Ein Koalitionsplan mit vielen Stolpersteinen, in: IMPLICON. Gesundheitspolitische Analysen 12/2018.

Loskamp, N., Genett, T., Schaffer, D. und Schulze-Ehring, F. (2017): Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV), in: Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgaben 1/2017.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (2018); IGeL-Monitor, Essen.

Niehaus, F und Weber C. (2005): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen, Köln.

Schaffer, D. und Schulze-Ehring, F. (2017): Transaktionskosten der Bürgerversicherung: WER bezahlt WAS für die Bürgerversicherung? in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, Bd. 23, Heft 3, S. 89-95.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2018): Fachserie 2 Reihe 1.6.1. Unternehmen und Arbeitsstätten. Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2015. Erschienen am 15. August 2017, korrigiert am 18. Oktober 2018, www.destatis.de/kontakt.

Ulrich, V. und Wille, E. (2018): Die einheitliche Gebührenordnung unter gesundheitsökonomischen Aspekten in: Wille, E. (Hrsg.): Reformbedarf im Krankenhaus und Arzneimittelbereich nach der Wahl, Berlin et al., S. 87-99.

Verband der Privaten Krankenversicherung – PKV (2018): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2017, Berlin, Köln, Dezember 2018.

Walendzik, A., Greß, S. Manouquian, 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, Februar 2008.

Wasem, J., Buchner, F., Lux, G., Weegen, L. und Walendzik, A. (2013): Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden.

Wasem, J. (2018): Die Parallelität der Vergütungssysteme für den ambulanten Bereich, in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), 18.Jg., Heft 4, S. 10-22.

Wasem, J. und Walendzik, A. (2018): Vergütung ambulant erbringbarer Leistungen: Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme. Thematische Abgrenzung und Bestandsaufnahme. Zwischenbericht zum Workshop zur Diskussion der kriteriengestützten Bewertung der aktuellen Vergütungssysteme für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen. Essen, 15. November 2018.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland – Zi (2012-2018): Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht (2010-2018): Zi-Praxis-Panel. Jahresbericht 2010-2016. Wirtschaftliche Situation von Praxen in der vertragsärztlichen Versorgung der Jahre 2006 bis 2015, Berlin.

Wille, Eberhard und Knabner, Klaus als Hrsg. (2011): Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen, Frankfurt et al.

Wille, E. und Thüsing G. (2019): Demographische Kriterien versus Behandlungsdiagnosen – Hinweise zur Gewichtung der Faktoren nach § 87a Abs. 4 S. 3 SGB V, Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag des Zi, Mannheim und Bonn, im Februar 2019.

ZoK, K. (2019): Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Umfrage unter gesetzlich Versicherten, WIdOmonitor, Ausgabe 1/2019.