

Der Ordnungspolitische Kommentar

Nr. 5/2009

5. Mai 2009

Die Honorarreform der Ärzte – gleiche Vergütung, gleiches Patientenglück?

Von Ines Läufer

Eines muss man der aktuellen Honorarreform der Ärzte im kollektivvertraglichen ambulanten Sektor zugutehalten: Sie wirft ein Schlaglicht auf die Probleme in der Ärztevergütung. Dass diese jedoch durch ein „kalkulierbares, gerechteres und auch transparentes Honorarsystem“ (so Ulla Schmidt in der Pressemitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 29. August 2008) in Form einer Euro-Gebührenordnung gelöst werden können, darf bezweifelt werden.

Status quo: unsystematische Preisdifferenzierung, unsystematische Einkommensunterschiede

Zweifelsohne war das bisherige Vergütungssystem von nicht nachvollziehbaren Schwankungen und regionalen Unterschieden der ärztlichen Einkommen geprägt: Regional ausgehandelte Budgets zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und den einzelnen Krankenkassen bestimmten die insgesamt zu verteilenden Mittel. Für ihre erbrachten Leistungen erhielten ambulant tätige Ärzte Punkte, deren Wert sich durch Division der Vergütungssumme durch die Anzahl der abgerechneten Punkte ergab. Die Höhe der zu verteilenden Mittel hing ausschließlich von dem Finanzvolumen der Krankenkasse, ihrer Verhandlungsstärke sowie der Entwicklung der Grundlohnsumme ab. Ein Anstieg des Behandlungsbedarfes bzw. eine Veränderung der Versichertenstruktur blieben unberücksichtigt.

In erster Linie sollte durch ein vorgegebenes Budget eine unerwünschte Leistungsausweitung der Ärzte verhindert werden. Allerdings erlaubt ein anhand oben genannter Kriterien festgelegtes Budget keine Differenzierung zwischen „erwünschten“ und „unerwünschten“ Leistungen, d.h. zwischen einem erhöhten Leistungsbedarf aufgrund von Morbiditätsveränderungen und einer angebotsinduzierten Nachfrageerhöhung.

Problem erkannt, Problem gebannt?

Die Politik hat sich vorgenommen, durch bundesweite Vergütungsvorgaben das System zu verbessern. Feste Punktwerte für ärztliche Leistungen, die auch auf regionaler Ebene weitestgehend verbindlich sind, sollen den Ärzten Kalkulationssicherheit bieten, Vergütungsunterschiede

de zwischen den Krankenkassen verhindern und schließlich auch eine bundesweit ausgeglichene Honorarverteilung für die Ärzte ermöglichen.

Im neuen System bestimmt nun der Behandlungsbedarf der Versicherten, dessen Preis in Punkten und Punktwerten ausgedrückt wird, die Gesamtvergütung, die eine Krankenkasse für ihre Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen zahlt. Entsprechend erhöht sich die Vergütung der Ärzte bei einem Anstieg der Morbidität der Versicherten. In einem zweiten Schritt verteilen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vergütungssummen an die einzelnen Ärzte. Über sogenannte „Regelleistungsvolumina“ wird festgelegt, wie viele Leistungen ein Arzt zu einem bestimmten Preis abrechnen darf.

Was ist nun gewonnen?

Grundsätzlich ist eine Honorarerhöhung in gewissen Gebieten notwendig gewesen, um Versorgungslücken zu schließen bzw. die Abwanderung der Ärzte zu verhindern. Allerdings hätte das Kriterium der Honorarerhöhung nicht die Anpassung an einen bundesdurchschnittlichen Wert sein sollen, sondern vielmehr die Anpassung an einen bestehenden Versorgungsbedarf.

Ab 2010 sollen vorgesehene regionale Zu- und Abschläge bei den Punktwerten, also den Preisen ärztlicher Leistungen, dazu beitragen, regionale Unter- und Überversorgung abzubauen. Auch hier wird aber zentral über notwendige Anpassungen bestimmt. Zudem bestehen abzubauen Versorgungsunterschiede zwischen städtischen und ländlichen Gebieten, nicht zwischen Regionen. Regionale Unterschiede in den Punktwerten werden diesem Problem folglich nicht gerecht.

Sicherlich ist eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung innerhalb des kollektivvertraglichen Systems ein Schritt in die richtige Richtung: Ein erhöhter Behandlungsbedarf erfordert höhere Leistungen der Ärzte und folglich auch eine höhere Vergütung. Das Problem besteht aber in der externen Bestimmung der vergütungsrelevanten Morbiditätsindikatoren und in der Klassifikation der Versicherten.

Zudem müsste die Honorarhöhe der Ärzte auch von den lokalen Lebenshaltungskosten abhängen. Dies war im alten System insofern gewährleistet, als dass teure Regionen auch höhere Löhne und mithin höhere Einnahmen für die Krankenkassen implizierten, was sich in den Vergü-

tungssummen für die Kassenärztlichen Vereinigungen niederschlug. Dieser Effekt ist jedoch durch den Gesundheitsfonds, der die Einnahmeseite der Krankenkassen zu nächst einmal nivelliert, verloren gegangen.

Angesichts der vielfältigen Kriterien eines „angemessenen“ Ärztegehaltes sind zentralistische Steuerungen trotz nachträglicher Ausgleichsmechanismen einer marktwirtschaftlichen, dezentralen Preisbildung unterlegen.

Leistungsvergütung im Arzt- und Patientensinne...

Stellt man das Patientenwohl in das Zentrum des Gesundheitssystems, so sind Vergütungsunterschiede durchaus sinnvoll. Unterschiedliche Vergütungen implizieren nicht zwangsläufig ein unterschiedliches Versorgungsniveau, sondern stellen zunächst eine spezifische Bewertung der ärztlichen Leistungen dar. Diese spiegelt lokale, arzt-spezifische und individuelle Unterschiede in den Bedingungen, die den Erfolg und die Kosten einer patientenorientierten Versorgung ausmachen, wider. Im Sinne des Kriteriums der Leistungsgerechtigkeit würden also unterschiedliche Kosten und Bedarfsstrukturen zu unterschiedlichen Vergütungshöhen führen. Eine spezifische Honorierung der Leistungserbringung ist notwendig, um gleiche Patientenversorgung unter unterschiedlichen Bedingungen erst zu ermöglichen. Sie ist also sowohl im Sinne der Ärzte als auch im Sinne der Patienten.

...erfordert Systemveränderungen

Vor diesem Hintergrund sollte es eigentlich den Krankenkassen obliegen, ihre Funktion als Vertreter der Patienten wahrzunehmen, d.h. Versorgungsverträge mit ausgewählten Ärzten zu schließen und entsprechend auch die Vergütungsform individuell festzulegen. Die Umsetzung einer derartigen Vertrags- und Vergütungsreform bedarf jedoch grundlegender Systemveränderungen, um im Sinne der Patienten und der Ärzte zu wirken:

Bisher steuert die Kassenärztliche Vereinigung über den Sicherstellungsauftrag und die Zwangsmitgliedschaft für Ärzte die Versorgungsstrukturen, d.h. die Ärztedichte. Es ist zweifelhaft, dass die Krankenkassen derzeit in der Lage und willens wären, die Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen zu übernehmen und über selektive Verträge mit den Leistungserbringern in ländlichen Gebieten eine ausreichende Gesundheitsversorgung zu erzielen. Die Krankenkassen besitzen im derzeitigen System gleicher vorgegebener Beitragssätze nämlich keine Möglichkeiten, unterschiedliche lokale Kostenstrukturen über die Einnahmen auszugleichen. Damit die Krankenkassen die Möglichkeiten nutzen könnten, über die Vergütung die

Versorgung gemäß den Bedürfnissen der Patienten und der Leistung der Ärzte zu steuern, müssten die Entgelte für Versicherungsleistungen auch entsprechend kostenäquivalent gestaltet werden können.

Des Weiteren müssten die Rahmenbedingungen, unter denen die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen agieren sollten, angepasst werden. So könnte ein Mindestleistungskatalog, der die verpflichtend zu versichernden Leistungen beinhalten würde, in diesem System auch die räumliche Versorgungsdichte festlegen: Eine maximale Entfernung zu ambulanten bzw. stationären Leistungserbringern müsste gesetzlich vorgegeben werden und würde auch eine Unterversorgung in ländlichen Gebieten verhindern können. Allerdings würden die ärztlichen Honorare in ländlichen Gebieten möglicherweise über dem Durchschnitt liegen und die Prämien der dort versicherten Personen wären dann ebenfalls höher, da es in diesen Gebieten teurer ist, die Versicherten zu versorgen.

Auch die Befürchtungen der Ärzte, dass sie bei selektiven Verträgen, d.h. im Wettbewerb, durch Krankenversicherungen ausgebeutet werden könnten, wären unter diesen Bedingungen unbegründet: Im Wettbewerb stehende Krankenkassen besäßen gegenüber den Ärzten nicht per se die Verhandlungsmacht. Sie müssten das Honorar gemeinsam mit ihren ausgewählten Ärzten bestimmen. Zudem könnte eine Wettbewerbskontrolle, wie in anderen Bereichen auch, mögliche Marktmacht gewisser Krankenkassen verhindern bzw. kontrollieren.

Ein derartiges Gesundheitssystem, in dem einzelne Ärzte sowie die Krankenkassen gemeinsam zum Wohle der Patienten agieren könnten und die Anstrengungen unmittelbar vergütet bekämen, wäre effizient und transparent zugleich. Risikoäquivalente Prämien würden den Krankenkassen die finanzielle Möglichkeit geben, eine bedarfsgerechte Versorgung zu erfüllen - mit Hilfe der Leistungserbringer, deren Beitrag zum Erfolg nun „gebührend honoriert“ werden kann.

Für all jene Versicherten, deren Einkommen für die kostenäquivalente Prämie nicht ausreichend ist, steht das Steuersystem zur Unterstützung bereit. Diese konsequente Trennung der Umverteilung von Krankenversicherung und Leistungserbringung erlaubt der ärztlichen Vergütung, ihr Potenzial zu entwickeln: die Herstellung der beidseitigen Zufriedenheit, d.h. sowohl des Patienten- als auch des Ärztglücks.

8782 Zeichen

Dieser Ordnungspolitische Kommentar reflektiert die Meinung der Autorin, nicht notwendigerweise die des Instituts für Wirtschaftspolitik oder des Otto-Wolff-Instituts für Wirtschaftsordnung. Der Inhalt kann vollständig oder auszugsweise bei Erwähnung der Autorin zu Publikationszwecken verwendet werden. Für weitere Informationen und Rückfragen zum Inhalt wenden Sie sich bitte direkt an die Autorin.

Die Autorin ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Wirtschaftspolitischen Seminar der Universität zu Köln.

Kontakt: Tel. 0221-470 2378 oder E-Mail: laeuffer@wiso.uni-koeln.de