

Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen

Ein modernes Vergütungssystem für eine integrierte Krankenversicherungsordnung

Am 28.01.2020 hat die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) dem Bundesminister für Gesundheit ihre „Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem“ übergeben (KOMV 2019).¹ Der Koalitionsvertrag für die 19. Legislaturperiode hatte ihr aufgetragen, „bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen“ Vorschläge für „ein modernes Vergütungssystem“ zu erarbeiten, „das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“ (Koalitionsvertrag 2018, 4589-4594). Die Passage im Koalitionsvertrag zur Einsetzung der Wissenschaftlichen Kommission wurde durch einen bemerkenswerten Ausblick abgerundet: „Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden“ (Koalitionsvertrag 2018, 4593f.). Diese putzige, weil ja irgendwie selbstverständliche Aussage war Ausdruck der Zerrissenheit der Koalition: Während Karl Lauterbach, der Chef-Verhandler der SPD für den gesundheitspolitischen Teil des Koalitionsvertrags, in der Zusammenführung der beiden Vergütungssysteme für ärztliche Leistungen einen Baustein eines einheitlichen Krankenversicherungssystem sah, dürften CDU/CSU mit diesem Satz die Absichtserklärung „für die Schublade“ verbunden haben (Jacobs 2020, 14).

>> Tatsächlich ist es aber wohl noch nicht einmal zur Schubladen-Entscheidung gekommen. Der Zeitpunkt der Übergabe des Berichts hätte nämlich ungünstiger nicht sein können. Am Tag vor der Übergabe des Gutachtens war in Deutschland erstmals ein Mann positiv auf das Corona-Virus getestet worden. In der 2. Halbzeit der 19. Wahlperiode kannten daher auch die Gesundheitspolitik und namentlich Karl Lauterbach nur noch ein Thema. Es ging nur noch um Inzidenz- und kaum noch um Punktwerte.

Versorgungspolitische Kontexte

Nun sind aber durch die Pandemie andere politische Bausteine nicht einfach verschwunden. Im Gegenteil: Mit den sozialen Ungleichheiten hat das Virus auch Unwuchten im öffentlichen Gesundheitssystem freigelegt: von der grotesken Bezahlung der Pflegekräfte über die Unterfinanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bis hin zu einer nicht mehr zeitgemäßen Krankenhausplanung, ganz zu schweigen von den systemischen Defiziten bei der Digitalisierung und der unverständlichen Unzugänglichkeit von Routinedaten aus dem Versorgungsalltag.

Die Pandemie ist aber auch ein weiterer Beleg für die Dysfunktionalitäten eines Versorgungssystems, das in höchst ungleicher Weise

Zusammenfassung

Die vom Bundesministerium für Gesundheit eingesetzte Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem hat Vorschläge für eine partielle Harmonisierung des Vergütungsrechts und der Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung vorgelegt. Sie stellen einen wichtigen Baustein für eine integrierte Krankenversicherungsordnung dar, für die in der kommenden Legislaturperiode die Weichen gestellt werden sollten.

Schlüsselwörter

Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Gebührenordnung für Ärzte, Gesetzliche Krankenversicherung, Private Krankenversicherung, Bürgerversicherung.

Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2335>

aus zwei Versicherungssystemen finanziert wird. Um es nur an zwei kleinen Beispielen aus dem Pandemie-Alltag zu verdeutlichen: Die Krankenkassen und privaten Krankenversicherungsunternehmen waren verpflichtet, bestimmte vulnerable Personengruppen über ihren Anspruch auf FFP2-Schutzmasken zu informieren, wofür sie 60 Cent pro versandtem Brief erhielten (§ 8 Coronavirus-Schutzmasken-Verordnung – SchutzmV). Die Kosten (etwa 17 Mio. Euro) wurden aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gedeckt (§ 8 Abs. 2 SchutzmV), die durch den Bundeshaushalt wieder gegenfinanziert wurde (§ 10 Abs. 2 S. 1 SchutzmV). Die PKV hat sich an den Kosten nicht beteiligt, obwohl zu den Anspruchsberechtigten auch ihre Versicherten gehörten (§ 1 Abs. 2 SchutzmV). Bemerkenswert sind auch die Organisation und die Finanzierung der Testzentren: Die involvierten Leistungserbringer rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung ab, in deren Bezirk der Leistungserbringer seinen Sitz hat (§ 7 Abs. 1 Coronavirus-Testverordnung – TestV). Sie übernehmen also, obwohl Akteure des GKV-Systems, auch die Verwaltungszuständigkeit für die PKV-Versicherten. Auch die Finanzierung erfolgt wiederum ausschließlich im GKV-Kontext: Die Kassenärztlichen Vereinigungen rechnen die entstandenen Kosten ihrerseits mit dem Bundesamt für Soziale Sicherung ab, das die Kosten wiederum aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds erstattet (§ 14 Abs. 1 S. 3 TestV) und dann seinerseits eine Erstattung aus Bundesmitteln erhält (§ 15 Abs. 1 S. 2 TestV). Auch hier ist die PKV weder an der Verwaltung noch an der Finanzierung beteiligt, obwohl auch ihre Versicherten Anspruch auf Testungen haben (§ 1 Abs. 2 TestV).

Diese Beispielfälle, die sich beliebig erweitern ließen, stehen in einem größeren Kontext eines ambulanten ärztlichen Versorgungssystems, das praktisch ausschließlich im Rahmen der GKV organisiert wird (KOMV 2019, 157). Es gibt zwar zwei Versicherungssysteme, aber nur ein Versorgungssystem. Hier geht es neben der Bedarfsplanung, die allein den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung der GKV überlassen ist (§§ 99ff. SGB V), insbesondere um die Qualitätssicherung, die maßgeblich durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gesteuert und sodann durch ausdifferenzierte Prüfungs- und Genehmigungssysteme der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen konkretisiert werden. Die PKV profitiert von dieser aus Beitragsmitteln der GKV finanzierten Organisation des Versor-

1: Der Verfasser war Mitglied dieser aus 13 Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen bestehenden Kommission. Die folgenden Ausführungen geben seine persönliche Auffassung wieder, soweit sie nicht die Zusammenfassung der Ergebnisse des Berichts der Kommission betreffen (s. insbes. unten 5. und 6.). Diese hat ihre Empfehlungen einstimmig verabschiedet. – Die zitierten Normen entsprechen der Rechtslage am 01.07.2021.

gungssystem, ohne sich an ihr finanziell zu beteiligen. Sie ist also schon immer ein Trittbrettfahrer des aufwändigen Systems der Gemeinsamen Selbstverwaltung in der GKV gewesen. Ein zweites Regime der Planung und Qualitätssicherung neben dem GKV-System wäre allerdings angesichts der vergleichsweise wenigen PKV-Versicherten auch unwirtschaftlich und wegen der dann notwendigen Abstimmungsprozesse mit dem GKV-System offensichtlich dysfunktional.

Interessanterweise weist insbesondere der PKV-Verband in diesem Kontext gerne darauf hin, dass die Versicherten der Mitgliedsunternehmen durch die verglichen mit der GKV höheren ärztlichen Vergütungen überproportional zur Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung beitragen.² Tatsächlich zeigen die einschlägigen Untersuchungen weitgehend übereinstimmend einen Unterschied in den Vergütungshöhen um den Faktor 2,3 (KOMV 2019, 249-254) – was letztlich bedeutet, dass Leistungen an PKV-Versicherte fast doppelt so gut vergütet werden wie für einen GKV-Versicherten. Das ist aber erstens keine Kompensation für die eigentlichen System-Kosten, denn die PKV-Vergütungen kommen ja den einzelnen Ärztinnen und Ärzten, aber nicht der aufwändigen Infrastruktur der Gemeinsamen Selbstverwaltung zugute, die das Versorgungssystem organisiert und finanziert. Zweitens werden sie zu einem nicht unerheblichen Teil durch die steuerfinanzierten Beihilfesysteme von Bund und Ländern und damit auch von den GKV-Versicherten finanziert; fast die Hälfte aller PKV-Versicherten ist beihilfeberechtigt (Kingreen 2018, 49). Drittens sind diese Unterschiede ihrerseits wieder ein Problem für die Gleichmäßigkeit der Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen: Sie sind geeignet, PKV-Versicherte beim Zugang zu ambulanten ärztlichen Leistungen zu begünstigen³ und bieten jedenfalls keinen Anreiz, sich in Regionen mit weniger PKV-Versicherten niederzulassen.⁴

Versicherungspolitische Kontexte

Auch versicherungspolitisch erschließt sich der Sinn des Dualismus selbst bei wohlwollendster Betrachtung nicht (Kingreen 2013, K19 ff.). Es ist nicht erkennbar, nach welchen sozialpolitischen Kriterien die beiden Versichertenklassen abgegrenzt werden. Die Zuordnung der Versicherten zu GKV und PKV lässt sich durch historische Pfade erklären, erscheint aber aus heutiger Sicht eher zufällig und rational eigentlich kaum mehr begründbar (Huster 2011, 24), Wechselmöglichkeiten gibt es aufgrund der gesetzlichen Zuordnungen und Anreizeffekte (namentlich der Beihilfe, die eine Versicherung der Beamten in der GKV wirtschaftlich sinnlos macht) kaum. Es bleibt ein Rätsel, wie man auf der einen Seite die Vorteile eines Systemwettbewerbs preisen kann, dann aber auf der anderen Seite den Versicherten für so unmündig zu erklären, dass er zwischen den Systemen gar nicht frei entscheiden kann. Mehrere Bundesländer (Hamburg, Bremen, Berlin, Brandenburg und Thüringen) versuchen mittlerweile, diese starre Zuordnung für ihre neu einzustellenden Beamten und Beamtinnen aufzubrechen, indem sie diesen anbieten, statt der individuell berechneten Beihilfen zu den krankheitsbedingten Aufwendungen eine pauschale Beihilfe in Anspruch zu nehmen, die der Hälfte des Beitrags in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder der Hälfte des Beitrags für den Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV) entspricht (Hamburger Modell, s. Kingreen 2018, 46ff.).

Einermaßen kontraintuitiv ist es ferner, dass es in der privatwirtschaftlichen PKV wegen der nur eingeschränkten bzw. bei Altversicherten gar nicht vorhandenen Möglichkeit der Mitnahme der Alterungsrückstellungen (vgl. § 204 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 a) VVG) keinen

Wettbewerb um Bestandskunden gibt (Monopolkommission 2017, 7: „nahezu inexistent“). Dabei gebe es „gute Gründe anzunehmen, dass ein Wettbewerb, in dem private Krankenversicherungsunternehmen um Versicherte konkurrieren, zu einer höheren Effizienz des Versicherungssystems führt“ (Monopolkommission 2017, 7). Die lebenslange Bindung der Privatversicherten an ihre Unternehmen ist ordnungspolitisch umso schwerer zu begründen als ausgerechnet zwischen den als öffentlich-rechtliche Körperschaften organisierten gesetzlichen Krankenkassen ein durch Zusatzbeiträge, regelmäßige Wahlrechte und Kündigungsmöglichkeiten (§ 175 SGB V) gesteuerter Wettbewerb existiert, der in der Vergangenheit bereits zu erheblichen Wechselprozessen geführt hat. Behörden stehen also im Gesundheitswesen im Wettbewerb, Unternehmen nicht – eine verkehrte Welt für eine marktwirtschaftliche Ordnung.

Die Wahlprogramme 2021

Seit etwa zwei Jahrzehnten taucht das Thema „Bürgerversicherung“ mit schöner Regelmäßigkeit in Bundestagswahlkämpfen auf und verschwindet danach meist genauso schnell wieder in der Versenkung (Kingreen 2017, 841f.). Immerhin war aber die Einsetzung einer Vergütungskommission nach der Bundestagswahl 2017 ein wesentlicher Bestandteil des Kompromisses, der es der SPD ermöglicht hat, in die Koalition mit CDU/CSU einzusteigen. Daher lohnt auch in diesem Jahr zumindest ein kurzer Blick in die Wahlprogramme derjenigen Parteien, die realistischerweise Aussichten auf eine Regierungsbeteiligung in der 20. Legislaturperiode haben.

Die Lektüre der Programme ist aus zwei Gründen sehr ernüchternd. Erstens werden weitgehend die gleichen Phrasen gedroschen wie in den vergangenen zwei Jahrzehnten;⁵ lediglich im Parteiprogramm von Bündnis90/Die Grünen findet man etwas konkretere Vorschläge unter den Schlagworten.⁶ Zweitens erfolgt in den Wahlprogrammen,

2: Das Wissenschaftliche Institut der Privaten Krankenversicherung hat für das Jahr 2014 ermittelt, dass die privaten Krankenversicherungen für ärztliche Leistungen statt den tatsächlich verauslagten Ausgaben von 10,44 Mrd. Euro Ausgaben von nur 4,45 Mrd. Euro gehabt hätten, wenn die Privatversicherten nach den gleichen Vorgaben und Regularien wie in der GKV abgerechnet und versorgt worden wären (Wild 2016, 12).

3: Mangels valider Daten ist allerdings unklar, in welchem Ausmaß die unterschiedlichen Vergütungen dazu führen, dass GKV-Versicherte länger auf einen Facharzttermin warten müssen (KOMV 2019, 255-259).

4: Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat bereits in seinem Jahresgutachten 2014 auf den Zusammenhang zwischen dem Anteil an Privatversicherten und der Arztdichte hingewiesen: „Ein um einen Prozentpunkt höherer Privatversichereranteil geht statistisch mit einer Zunahme von mehr als drei Vertragsärzten je 100.000 Einwohner einher, was mit der Anziehungskraft durch die besseren Verdienstmöglichkeiten im Rahmen der PKV-Abrechnung in Verbindung gebracht wird (ebd.). Im Ergebnis lässt sich eine Konzentration der ärztlichen Versorgung in wohlhabenden urbanen Regionen feststellen, in denen auch viele Privatversicherte leben“ (Sachverständigenrat 2014, 441).

5: S. etwa CDU/CSU, Das Programm für Stabilität und Erneuerung. Gemeinsam für ein modernes Deutschland, <https://www.csu.de/common/download/Regierungsprogramm.pdf>, S. 63: „Eine Einheitsversicherung und Schritte dahin lehnen wir ab“ (S. 63). – SPD, Aus Respekt vor deiner Zukunft. Das Zukunftsprogramm der SPD, <https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Beschluesse/Programm/SPD-Zukunftsprogramm.pdf>, S. 18: „Wir werden eine Bürgerversicherung einführen.“ – FDP, Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten, https://www.fdp.de/sites/default/files/2021-06/FDP_Programm_Bundestagswahl2021_1.pdf, S. 38: „Wir Freie Demokraten wollen den Wechsel zwischen gesetzlicher (GKV) und privater (PKV) Krankenversicherung vereinfachen. Wir stehen für ein solidarisches und duales Gesundheitssystem, in dem die Wahlfreiheit der Versicherten durch Krankenkassen- und Krankenversicherungsvielfalt gewährleistet ist. Dazu gehört neben einer starken privaten auch eine freiwillige gesetzliche Krankenversicherung.“ – DIE LINKE, Zeit zu handeln: Für soziale Sicherheit, Frieden und Klimagerechtigkeit!, <https://www.die-linke.de/wahlen/wahlprogramm-2021>, S. 7: „Die Zwei-Klassen-Medizin bauen wir um zu einer solidarischen Gesundheitsversicherung, in die alle einzahlen. Die Beiträge für die meisten Versicherten sinken, die Versorgung für alle wird besser.“

6: Bündnis90/Die Grünen, Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm 2021 (vorläufig), https://cms.gruene.de/uploads/documents/Vorlaufiges-Wahlprogramm_GRUENE-Bundestagswahl-2021.pdf, S. 61f.

die sich für eine Überführung der dualen in eine integrierte Krankenversicherungsordnung aussprechen, keine Kontextualisierung mit den unterschiedlichen Vergütungsregimen für ärztliche Leistungen; entweder wird das Thema gar nicht erwähnt (SPD, DIE LINKE) oder es wird in einem anderen Kontext aufgegriffen (Bündnis90/Die Grünen⁷). Das ist etwas überraschend, weil sich seinerzeit jedenfalls die SPD gerade deshalb für die Einsetzung der KOMV stark gemacht hatte, weil sie die Angleichung der Vergütungen als eine wesentliche Voraussetzung für systemübergreifende Wahlrechte gesehen hatte. Tatsächlich werden diese Wahlrechte ohne gleichen Zugang zu fachärztlichen Leistungen leerlaufen. Auch wenn nicht eindeutig belegt ist, dass die unterschiedlichen Vergütungen sich auf Wartezeiten auswirken (KOMV 2019, 255-259), wird niemand eine Versicherung wählen, bei der er wegen der ungünstigeren Vergütung für seinen Arzt damit rechnen muss, länger zu warten – und diese Versicherung ist derzeit die GKV. Auch das oben bereits erwähnte Hamburger Modell in fünf Bundesländern wird daher keinen Erfolg haben. Warum sollte sich ein Beamter ohne Vorerkrankungen für die GKV entscheiden, für die er zumindest in jungen Jahren höhere Beiträge dafür zahlt, dass er möglicherweise länger auf fachärztliche Leistungen warten muss als PKV-Versicherte?

Die Reform des ärztlichen Vergütungssystems bleibt also der Schlüssel für die Reform des dualen Krankenversicherungssystems. Daher sollen nachfolgend Ziele und Ergebnisse der KOMV knapp zusammengefasst werden – in der Erwartung, dass Wahlprogramme ohnehin nur eine geringe Halbwertszeit haben.

Ziele eines modernen Vergütungssystems

Die Wissenschaftliche Kommission hat auf der Grundlage von Anhörungen der relevanten Akteure im Gesundheitswesen und umfangreichen Auswertungen der wissenschaftlichen Literatur zunächst die Ziele für ein modernes Vergütungssystem definiert (KOMV 2019, 368-380). Sie ist dabei auch der falschen Vorstellung entgegengetreten, dass es zwei Gebührenordnungen gebe.

Eine einheitliche Gebührenordnung gibt es in Gestalt der GOÄ nur für die Behandlung der PKV-Versicherten. Sie entfaltet Rechtswirkungen lediglich im Verhältnis der Versicherten zu den behandelnden Ärzten und den Kosten erstattenden Kostenträgern (PKV-Unternehmen und Beihilfeträger). Sie enthält die für diese Rechtsverhältnisse maßgeblichen Leistungsbeschreibungen, ohne einen abschließenden Leistungskatalog und – unmittelbar damit zusammenhängend – regelmäßige Anpassungsverpflichtungen vorzusehen. Das Vergütungsrecht ist geprägt durch den Tatbestand der „medizinischen Notwendigkeit“, während die Wirtschaftlichkeit als Rechtsprinzip praktisch bedeutungslos ist. Das kommt darin zum Ausdruck, dass stets Einzelleistungen vergütet werden und mengensteuernde Elemente fehlen. Die GOÄ begründet aber keine Rechtsbeziehungen zwischen Ärzten und Kostenträgern. Vergütungsstreitigkeiten werden daher stets über den Versicherten vermittelt. Zudem ist das privatärztliche Vergütungsrecht wegen des Fehlens eines Leistungserbringungsrechts auch nicht institutionell mit Systemen der Qualitätssicherung und Bedarfsplanung verknüpft.

Die GKV kennt hingegen keine einheitliche Gebührenordnung, sondern zunächst zweistufige korporatistische Verhandlungsregime zwischen Krankenkassenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen, deren Ergebnis eine Gesamtvergütung ist, die dann in einem abschließenden Honorarverteilungsregime durch die Kassenärztlichen Vereinigungen anteilig an die einzelnen Ärzte ausgekehrt wird (§§

87ff. SGB V). Kernelement des korporatistischen Verhandlungsregimes auf Bundesebene ist der EBM, der zwar einen abschließenden Leistungskatalog enthält, aber den Leistungen lediglich Punktzahlen zuordnet, die später mit regional vereinbarten und ausdifferenzierten Punktwerten multipliziert werden. Daraus entstehen dann 17 regionale Gebührenordnungen, die aber nicht individuelle Honoraransprüche begründen, sondern für die Bemessung einer Gesamtvergütung maßgebend sind, die sodann unter den Vertragsärzten verteilt werden. Die Vergütungen sind häufig pauschaliert, auf allen Ebenen wirken ebenso Anreiz- wie mengen- und fallzahlbegrenzende Elemente. Dieses System ist wegen seiner gesetzlich vorgesehenen jährlichen Anpassungen permanent in Bewegung.

Vor diesem Hintergrund verfehlt eine Diskussion, die von der Vorstellung geleitet ist, dass zwei Vergütungsordnungen zusammenzuführen sind, die Sache. Es geht vielmehr um die Entwicklung von Kernelementen eines parlamentsgesetzlichen Regulierungsrechts: Für die durch Selbstverwaltungskörperschaften abgeschlossenen Kollektivverträge in der GKV muss ebenso wie für die als ministerielle Rechtsverordnung ergehende GOÄ gefragt werden, was ein gutes Vergütungsrecht ausmacht und welche parlamentsgesetzlichen Anforderungen dementsprechend an Vergütungsregelungen gestellt werden müssen – wie auch immer sie zustande kommen. Ein gutes Vergütungsrecht muss vor allem folgende Anforderungen erfüllen und die dabei auftretenden Interessenkonflikte moderieren:

- Es muss gleichberechtigten Zugang zur ärztlichen Versorgung nach Maßgabe medizinischer Notwendigkeit und Dringlichkeit gewährleisten. Dazu gehört auch, regionale Unterschiede etwa bei der Altersstruktur und der Morbidität durch entsprechend differenzierte Anzelelemente zu berücksichtigen.
- Es darf nur Leistungen vergüten, die dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse genügen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Daher muss es institutionell mit Mechanismen der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeitskontrolle verknüpft sein.
- Es muss periodisch angepasst werden und anpassungsfähig sein, um den medizinischen Fortschritt ebenso wie veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen und -anschauungen aufgreifen zu können.
- Es darf und muss Anreize durch unterschiedliche Vergütungsformen setzen, indem etwa Einzelleistungsvergütungen für besonders förderungswürdige Leistungen vorgesehen und zugleich fallzahl- und mengenbegrenzende Instrumente bei Leistungen eingesetzt werden, die übermäßig erbracht werden.
- Es muss die sektorenübergreifenden Anreizwirkungen berücksichtigen, also insbesondere verhindern, dass ambulant erbringbare Leistungen in Krankenhäusern erbracht werden.
- Es muss den Ärzten ein angemessenes Einkommen sichern und ihren Bedarf nach Planungssicherheit berücksichtigen.
- Es muss schließlich die Entscheidung fällen, ob diese Anforderungen und der Ausgleich der Interessen besser durch staatliches Recht oder durch Verhandlungsregime gewährleistet werden kann oder ob es insoweit bei den bestehenden Unterschieden verbleiben soll.

7: Bündnis90/Die Grünen, Deutschland. Alles ist drin. Bundestagswahlprogramm 2021 (vorläufig), https://cms.gruene.de/uploads/documents/Vorlaufiges-Wahlprogramm_GRUENE-Bundestagswahl-2021.pdf, S. 59: „Außerdem heben wir die strikte Trennung der ambulanten Gebührenordnung EBM und GOÄ auf.“

Empfehlungen der Kommission für ein modernes Vergütungssystem

Gemessen an diesen Zielen für ein modernes Vergütungssystem wäre ein einheitliches Vergütungsrecht für ambulante ärztliche Leistungen mit einer Reihe von Vorteilen verbunden (KOMV 454-460). Es entstünden langfristig wirtschaftliche Synergieeffekte, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse mit darauf aufbauenden Kalkulationssystemen parallel weiterentwickelt werden müssten. Wissen und Daten könnten zusammengeführt und so die Kostenkalkulation verbessert werden, so dass finanzielle Fehlanreize bei der Behandlungsentscheidung reduziert und die Versorgungsqualität verbessert werden könnten. Die Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Praktikabilität im medizinischen Alltag würden erhöht.

Ein einheitliches Vergütungsrecht wäre jedoch auch mit erheblichen Herausforderungen verbunden. Angesichts des unterschiedlichen Vergütungsniveaus in GKV und privatärztlichem Bereich würde infolge einer Vereinheitlichung entweder das aktuelle ärztliche Honorarvolumen sinken oder es müssten zur Aufrechterhaltung desselben zusätzliche Mittel durch GKV-Beitragserhöhungen oder einen Bundeszuschuss aus Steuermitteln erfolgen. Auch stellt sich die Frage nach dem Erhalt von im privatärztlichen Bereich nicht greifenden GKV-Steuerungsmechanismen, wie der Budgetierung (von MGV-Leistungen), der Regionalisierung (regionale Euro-Gebührenordnung) und der KV-individuellen Honorarverteilungsmaßstäbe.

Die Kommission hat sich daher für das Konzept einer partiellen Harmonisierung ausgesprochen. Ihr Charme besteht darin, dass sie Systemtrennung formal aufrechterhält und damit auch im konservativen politischen Lager akzeptabel sein sollte, aber auch als erster Schritt zu einer Vollharmonisierung verstanden werden kann, wenn sich die partielle Harmonisierung als geeignet erweisen sollte, den genannten Zielen eines modernen Vergütungssystems gerecht zu werden.

Der Vorschlag differenziert zwischen der Definition der ärztlichen Leistungen (Leistungslegendierung) und der relativen Kostenbewertung von Leistungen einerseits und den Preisen für diese Leistungen andererseits. Während die Leistungslegendierung und die relative Kostenkalkulation von gemeinsamen Gremien der vertrags- und privatärztlichen Versorgung entwickelt werden sollen, sollen die Preise auf dieser Grundlage weiterhin in dualen Verhandlungsregimen (gemeinsame GKV-Selbstverwaltung bzw. PKV/BÄK) ausgehandelt werden. Dabei können neben den Kosten auch regionale, fachspezifische, mengenbezogene und andere – übergeordnete – Gesichtspunkte einfließen, insbesondere der medizinische Nutzen bzw. die Förderungswürdigkeit einer Leistung oder das generelle Vergütungsniveau.

Ein zentrales Element des Vorschlags ist die Überführung des schwerfälligen Rechtsverordnungsregimes in der PKV in ein Verhandlungsregime. Dieser Vorschlag ist der Kommission nicht allzu schwer gefallen, weil Bundesärztekammer und PKV-Verband schon seit Jahren über eine neue GOÄ „verhandeln“. Dass privatrechtliche Akteure den Inhalt staatlicher Rechtsverordnungen aushandeln, ist rechtskonstruktiv nicht haltbar, zeigt aber eben auch, dass das bisherige Regime nicht geeignet war, um medizinische Innovationen sowohl zügig als auch rechtssicher in der Vergütung abzubilden. Der Vorschlag ist daher „rollenehrlich“ und weist Bundesärztekammer und PKV-Verband diejenigen Rollen zu, die sie faktisch ohnehin schon eingenommen haben.

Auch im Hinblick auf die Qualitätssicherung ist die Differenzierung nach gemeinsamen und separaten Bausteinen sinnvoll. Mindeststandards werden für die vertrags- und privatärztliche Versorgung aus Gründen des Patientenschutzes gemeinsam und einheitlich definiert. Darüber hinaus gehende Anforderungen werden im Sinne eines vergleichenden Systemwettbewerbs jedoch zur Verhandlung freigegeben.

Die Kommission bilanziert daher wie folgt: „Das vorgeschlagene Modell bietet zahlreiche Vorteile im Hinblick auf die Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem. Transparenz und Praktikabilität werden erhöht, und nach einem kurz- und mittelfristigen Mehraufwand sind langfristig Synergieeffekte zu erwarten, da nicht mehr zwei Leistungsverzeichnisse separat weiterentwickelt werden müssen. Das Zusammenführen von Wissen und Daten aus dem vertrags- und privatärztlichen Bereich kann die Kostenkalkulation verbessern. Eine aufwandsgerechte Kostenkalkulation als Grundlage für die Preisverhandlungen wiederum ist Voraussetzung, um Fehlanreize zur Unter- und Überversorgung zu vermeiden. Zugleich werden größere Umverteilungswirkungen und die Gefahr eines Sekundärmarktes vermieden, da Preisunterschiede zwischen vertrags- und privatärztlichem Bereich erhalten bleiben können. Verfassungs- und unionsrechtliche Bedenken bestehen in diesem Modell nicht; bei der Ausgestaltung im Detail sind die im Kapitel 3 enthaltenen Vorgaben zu berücksichtigen“ (KOMV, 460). <<

Literatur

- Huster, S. (2011): Soziale Gesundheitsgerechtigkeit, Berlin: Klaus Wagenbeck.
 Jacobs, K. (2020): Arzthonorare. Gutachten für die Schublade?, *Gesundheit und Gesellschaft (GUG)* 3/2020, 14-15.
 Kingreen, T. (2013): Welche gesetzlichen Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung?, *Verhandlungen des 69. Deutschen Juristentages 2012 Bd. II/1*, 2013, K9.
 Kingreen, T. (2017): Perspektiven für eine „Jamaika-Krankenversicherungsordnung“, *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 2017, 26, 22: 841-847.
 Kingreen, T. (2018): Einwohnerversicherung „light“? Reformen und Reformoptionen für die Weiterentwicklung der dualen Krankenversicherungsordnung:: *Die Krankenversicherung (KrV)* 2018, 2, 45-52.
 Koalitionsvertrag (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 19. Wahlperiode des Deutschen Bundestages.
 KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
 Monopolkommission (2017): Stand und Perspektiven des Wettbewerbs im deutschen Krankenversicherungssystem, *Sondergutachten 2017*, 75.
 Sachverständigenrat (2014): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, *Gutachten 2014*
 Wild, F. (2016): Mehrumsatz und Leistungsausgaben in der PKV, *WIP Diskussionspapier 1/2016*.

A modern remuneration system for an integrated health insurance scheme

The Scientific Commission for a Modern Remuneration System set up by the Federal Ministry of Health has presented proposals for partial harmonization of remuneration law and quality requirements in medical care. They represent an important building block for an integrated health insurance system, for which the course should be set in the coming legislative period.

Schlüsselwörter

Uniform assessment scale, fee schedule for doctors, statutory health insurance, private health insurance, citizens' insurance.

Crossref/doi

doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2335>

Autorenerklärung

Der Autor erklärt, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Zitationshinweis

Kingreen, T.: „Ein modernes Vergütungssystem für eine integrierte Krankenversicherungsordnung, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (04/21), S.72-76. doi: <http://doi.org/10.24945/MVF.04.21.1866-0533.2335>

Prof. Dr. jur. Thorsten Kingreen

ist Inhaber des Lehrstuhls für Öffentliches Recht, Sozialrecht und Gesundheitsrecht an der Universität Regensburg. Er ist gemeinsam mit Prof. Dr. Ulrich Becker Herausgeber eines Standardkommentars zum Sozialgesetzbuch V, Autor diverser Fachpublikationen im Gesundheitsrecht und unparteiisches Mitglied des Bundesschiedsamts für die vertragsärztliche Versorgung. Er war Mitglied der Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, die dem Bundesminister für Gesundheit am 28.01.2020 ihren Abschlussbericht übergeben hat. Kontakt: Thorsten.Kingreen@jura.uni-regensburg.de

