

**Alfried Krupp von Bohlen und
Halbach-Stiftungslehrstuhl
für Medizinmanagement**

**Ein einheitliches Vergütungssystem für die ambulante
ärztliche Versorgung: Zur Diskussion um eine mögliche
Kompensation des zu erwartenden Honorarausfalls**

**Studie, unterstützt durch eine Förderung der
Techniker Krankenkasse, K.d.ö.R.**

**–Executive Summary–
Essen, März 2013**

Verfasser:

Prof. Dr. Jürgen Wasem^{1,3}
Prof. Dr. Florian Buchner^{2,3}
Dipl.-Kfm. Gerald Lux^{1,3}
Lennart Weegen MA BSc.^{1,3}
Dr. Anke Walendzik^{1,3}

¹ Lehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen

² Professur für Gesundheitsökonomie, Fachhochschule Kärnten

³ CINCH – Health Economics Research Center, Universität Duisburg-Essen

Executive Summary

1. Hintergrund: Einführung eines einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystems

Im Zusammenhang mit der Debatte um die Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems („Bürgerversicherung“, „Bürgerpauschale“ etc.) wird auch der Übergang zu einem einheitlichen Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung erörtert, welches die heutige Trennung zwischen GKV-Vergütungssystem (zweistufige Vergütung mit Gesamtvergütung und Honorarverteilung, EBM als Gebührenordnung) und PKV-Vergütungssystem (einstufige Vergütung über die GOÄ) aufheben würde. Würde bei einem einheitlichen Vergütungssystem die Honorierung der Ärzte für alle Patienten einheitlich auf das (niedrigere) Niveau der heutigen Vergütung in der GKV abgesenkt, entstünden den niedergelassenen Ärzten Umsatz- und Einkommensausfälle.¹ Unabhängig davon, dass die Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems auch Anlass bietet, über eine grundsätzliche Reform der Ärztevergütung jenseits der bisherigen Modelle in GKV und PKV nachzudenken, stellt sich die Frage nach einer möglichen Kompensation der Ärzte für die Umsatz- und Einkommensausfälle und ihre etwaige Ausgestaltung.

2. Modelle des Systemübergangs

Die Studie skizziert zunächst fünf Modelle eines Überganges zu einem einheitlichen Vergütungssystem, von denen im weiteren Verlauf die folgenden drei Modelle auch empirisch simuliert werden:

¹ Die GOÄ findet auch für die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus Anwendung; dies wird in der vorliegenden Studie nicht untersucht. Auf die Möglichkeit, ein einheitliches Vergütungssystem auch ohne den Übergang zu einem einheitlichen Versicherungssystem einzuführen, wird ebenfalls nicht eingegangen. Die Frage nach der Rechtsform der Krankenversicherungsträger im einheitlichen Versicherungssystem ist gleichfalls für die hier zu untersuchende Fragestellung unerheblich und wird daher von diesem Papier nicht behandelt.

(2.1) Modell 1: Alle PKV-Bestände werden sofort überführt; kein Neuzugang

In *Modell 1* werden zu einem Stichtag alle heutigen PKV-Vollversicherten komplett in das einheitliche Versicherungssystem und damit auch in das neue einheitliche Vergütungssystem für ambulante ärztliche Leistungen überführt.

Modell 1 stellt ein Extremszenario eines Umstellungsmodelles dar und verursacht insoweit den „äußersten Umfang“ zeitnah eintretender Honorarausfälle für niedergelassene Ärzte.

(2.2) Modell 2: Alle PKV-Bestände bleiben unberührt; kein Neuzugang (außer PKV-Kinder)

Das *Modell 2* geht davon aus, dass alle heutigen PKV-Vollversicherten *nicht* in das einheitliche Versicherungssystem und damit auch nicht in das einheitliche ambulante Vergütungssystem überführt werden, sondern das bisherige Vergütungssystem (GOÄ) für die PKV-Bestände fort gilt. Jedoch gibt es keinen Neuzugang mehr in das PKV-Versicherungs- und das bisherige GOÄ-Vergütungssystem. Eine Ausnahme soll annahmegemäß für künftige Kinder von PKV-Versicherten gelten, die auch künftig bis Alter 20² weiter in der PKV (bei ihren Eltern) versichert sind und für die das bisherige GOÄ-Vergütungssystem für diesen Zeitraum weiter gilt.

In diesem Modell besteht zum Umstellungszeitpunkt kein Honorarverlust für die Ärzte. Im Vergleich zu einem Szenario ohne Übergang zu einem einheitlichen Vergütungssystem baut sich aber in den Folgejahren c.p. ein Honorarverlust für die entgangenen Neuzugänge von Patienten in die Honorierung nach GOÄ auf.

² Bei einer vom Gesetzgeber anders festgelegten Altersgrenze ergäben sich geringfügig abweichende finanzielle Wirkungen als in dieser Studie ermittelt.

(2.3) **Modell 3:** Einmaliges Wahlrecht für PKV-Versicherte; kein Neuzugang (außer PKV-Kinder)

In *Modell 3* erhalten PKV-Bestandsversicherte in einem begrenzten Zeitrahmen (z. B. Optionszeit 1 Jahr nach Inkrafttreten der Neuregelung) ein Wahlrecht, ob sie weiter in der bisherigen PKV versichert bleiben oder in das einheitliche Versicherungssystem einbezogen werden wollen, wobei die einmal getroffene Entscheidung dann unwiderruflich ist. Auch hierfür wird angenommen, dass Kinder bis Alter 20 ggfs. bei ihren Eltern PKV-versichert sind. Wer für die PKV optiert, dessen ärztliche Behandlung wird weiterhin nach dem bisherigen GOÄ-System vergütet.

Für die Zwecke der Berechnung wird für Modell 3 angenommen, dass aufgrund des eingeräumten Wahlrechtes von den jüngeren PKV-Versicherten (≤ 50 Jahre) 20 Prozent in das einheitliche Versicherungssystem wechseln werden, bei den Älteren (> 50 Jahre) betrage dieser Anteil 50 Prozent.

Bei Realisierung von Modell 3 besteht ab dem Umstellungszeitraum ein Honorarverlust für die Ärzte im Umfang, in dem Versicherte von der Option für das einheitliche Versicherungs- und Vergütungssystem Gebrauch machen. Darüber hinaus baut sich auch hier c.p. ein Honorarverlust für den „ausfallenden“ Neuzugang von Patienten in die Honorierung nach GOÄ auf.

(2.4) Die vorliegende Studie geht in den empirischen Untersuchungen davon aus, dass die in den drei Modellen skizzierten Regelungen jeweils auch für Beamte (und ihre Kinder) Anwendung finden.³

3. Kompensation des ärztlichen Honorarausfalls? – Konzeptionelle Überlegungen zu möglichem Umfang und Ausgestaltungsvarianten

(3.1) Diskutiert wird, inwieweit die sich bei Umstellung auf das einheitliche Versicherungs- und Vergütungssystem ergebenden Umsatz- und Einkommens-

³ Vgl. knappe alternative Überlegungen dazu in den Modellen 4 und 5 im Haupttext.

ausfälle den niedergelassenen Ärzten durch entsprechende Kompensationszahlungen ausgeglichen werden sollten. Solche Kompensationszahlungen werden etwa damit begründet, dass die Ärzte Investitionsentscheidungen im Vertrauen auf den Fortbestand einer überproportionalen Vergütung für Privatversicherte getroffen hätten. Ein anderes Argument für eine mögliche Kompensation zielt nicht auf die Vergütungsverluste einzelner Ärzte, sondern darauf, dass insgesamt das bisherige Honorarvolumen aus GKV und PKV für die Aufrechterhaltung der Versorgung erforderlich ist. Aus dieser Perspektive darf es also bei der Umstellung auf ein einheitliches Versicherungs- und Vergütungssystem nicht zu einer Absenkung des an die Ärzte gezahlten Honorarvolumens kommen, weil die Versorgung darunter leiden würde.

- (3.2) Den Argumenten für eine Kompensationszahlung wird entgegengehalten, dass Bestandsschutz vor negativen Wirkungen etwa von Gesundheitsreformen auch anderen Berufsgruppen, den Versicherern oder den Versicherten nicht gewährt werde. Auch wird vor dem Hintergrund vermuteter künftiger Ausgabenprobleme der PKV in der ambulanten ärztlichen Vergütung aufgrund der Morbiditätsverdichtung diskutiert, ob die heutigen Vergütungsunterschiede trotz Bildung von Alterungsrückstellungen ohnehin künftig abgeschmolzen werden müssten. Vor diesem Hintergrund wird auch vorgeschlagen, etwaige Kompensationszahlungen nur teilweise und zudem nur für einen begrenzten Anpassungszeitraum zu gewähren, sie degressiv auszugestalten oder auch sie mit erwarteten künftigen Honorarzuwächsen teilweise zu verrechnen. Auch könnte gut begründet werden, etwaige Ausgleichszahlungen auf Ärzte zu beschränken, die zum Umstellungszeitpunkt bereits niedergelassen sind, hingegen Ärzte, die erst nach der Umstellung in das System eintreten, nicht einzubeziehen. Für ein Modell obligatorischer Überführung von PKV-Versicherten in das einheitliche Versicherungssystem wäre eine Kompensation besser begründbar als in einem Modell, in dem der Gesetzgeber zwar den Rahmen neu gestaltet, die Wechselentscheidung in das einheitliche Versicherungssystem von den einzelnen bisherigen PKV-Versicherten jedoch jeweils freiwillig ausgeübt

wird.

- (3.3) In jedem Falle ist davon auszugehen, dass sich ein eventueller Kompensationsbedarf nur auf den Leistungskatalog des einheitlichen Versicherungssystems bezieht. Demgegenüber sollte er sich nicht auf Leistungen beziehen, die heute in verschiedenen Tarifen der PKV auch über den Leistungsumfang der GKV hinaus erbracht und abgerechnet werden können. Sofern bisherige PKV-Versicherte als künftige Versicherte des einheitlichen Versicherungssystems auch in der Zukunft solche Leistungen jenseits des Leistungskataloges des einheitlichen Versicherungssystems nachfragen und darüber etwa eine Zusatzversicherung abschließen, entsteht den Ärzten im Übrigen insoweit auch kein Honorarverlust.
- (3.4) In diesem Zusammenhang wird kontrovers diskutiert, ob es bei einem einheitlichen Vergütungssystem für den Patienten künftig möglich sein soll, für die von diesem System vergüteten Leistungen im Rahmen von Kostenerstattung eine abweichende Honorierung „als Privatpatient“ zu praktizieren. Die in dieser Studie berechneten Modelle gehen (wegen der unerwünschten Auswirkungen dieser Möglichkeit auf die Gleichheit der Zugangschancen zur Versorgung) davon aus, dass eine solche abweichende Honorierung nicht zulässig sein würde. Dies entspricht etwa auch der Situation in den einheitlichen Versicherungssystemen der Schweiz und der Niederlande. Der Privatpatientenstatus wäre damit auf zusätzliche Leistungen jenseits des Leistungskataloges des einheitlichen Versicherungssystems beschränkt.
- (3.5) Eine etwaige (vollständige oder teilweise) Kompensation für den Honorarverlust durch die Einführung des einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystems würde realistischerweise als laufende Zahlung ab dem Zeitpunkt des eintretenden Honorarverlustes erfolgen. Eine einmalige Ausgleichszahlung erscheint demgegenüber weniger sinnvoll. Höhe und Anpassungsregeln für eine mehrperiodige Ausgleichszahlung können zu Beginn des Kompensationszeitraumes abschließend festgelegt oder für die

Dauer der Kompensation variabel an die jeweiligen Entwicklungen angepasst werden.

- (3.6) Besonderer Aufmerksamkeit bedarf bei Durchführung von Kompensationszahlungen der Umgang mit Selektivverträgen. Dies gilt einerseits für die Ermittlung des Kompensationsbedarfs, da das in Selektivverträgen (z. B. Hausarztverträgen nach § 73b SGB V) gezahlte Honorarniveau im Allgemeinen oberhalb des in den Kollektivverträgen gezahlten Honorars liegt. Es gilt aber andererseits auch für die Frage, ob die Kompensationszahlungen im Rahmen der Kollektivverträge erfolgen sollen oder auch die Selektivverträge hier einbezogen werden. Auch muss bei der Festsetzung der Kompensation berücksichtigt werden, dass die spezialfachärztliche Versorgung mit ihrem vom Kollektivvertrag sich ggfs. unterscheidenden Honorarniveau (so ist aktuell keine Budgetierung dieses Bereichs vorgesehen) eingeführt wird.
- (3.7) Schließlich wird bei der Umsetzung der Kompensation zu berücksichtigen sein, ob das vertragsärztliche Vergütungssystem nach wie vor zweistufig (bestehend aus Gesamtvergütung und Honorarverteilung) oder künftig nur noch einstufig ausgestaltet ist. In der vorliegenden Studie wird davon ausgegangen, dass es beim zweistufigen Vergütungssystem bleibt; in den meisten Modellen wird daher davon ausgegangen, dass die Kassenärztliche Vereinigung zunächst Empfänger etwaiger Kompensationszahlungen ist, die sie im Binnenverhältnis an die ihr angeschlossenen Ärzte weiterleitet. Unabhängig davon stellt sich die Frage, ob mittelfristig ein künftiges ärztliches Honorierungssystem in einem einheitlichen Versicherungssystem einstufig (wie heute in der PKV) oder zweistufig (wie heute in der GKV mit Gesamtvergütung und Honorarverteilung) ausgestaltet sein sollte – der Übergang zu einem einheitlichen Vergütungssystem könnte jedenfalls für eine grundlegende Reform der Arzthonorierung genutzt werden.

4. Modellierung und Abschätzung des Umfangs des bundesweiten Honorarausfalles und möglicher Kompensationen in den unterschiedlichen Übergangsmodellen

- (4.1) Modellrechnungen zum Umfang des etwaigen Honorarverlustes und möglicher Kompensationen in den unterschiedlichen Übergangsmodellen basieren auf der Verknüpfung unterschiedlicher Datenkörper zur Versicherungs- und Vergütungsstruktur in GKV und PKV heute. Auch müssen Annahmen über künftige Entwicklungen in einem Szenario mit Übergang im Vergleich zu einem Referenzszenario ohne Übergang in das einheitliche Versicherungs- und Versorgungssystem auf Basis u. a. der Bevölkerungsvorausrechnungen des Statistischen Bundesamtes gemacht werden. Diese Annahmen und die dahinter liegenden statistischen Verfahren ihrer Verknüpfung werden in der Studie detailliert beschrieben. Es wird angenommen, dass die Umstellung mit der Versichertenstruktur und auf dem Ausgabeniveau des Jahres 2010, unter Verwendung der (auf das Jahr 2010 adjustierten) alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenrelationen in der GKV (RSA-Profil im Hauptleistungsbereich Ärzte) des Jahres 2008 erfolgt. Weitere Einflüsse auf das Honorar (insbesondere: jährliche oder punktuelle Honorarerhöhungen) wurden bei Berechnungen für künftige Jahre nicht berücksichtigt, die Simulationen insoweit also c.p. durchgeführt.
- (4.2) Die Berechnungen gehen davon aus, dass – wie in älteren Studien ermittelt – die Vergütung der Leistungen nach GOÄ das 2,3-fache der Vergütung in der GKV beträgt. Inwieweit diese Annahme nach den teilweise kräftigen Honorarerhöhungen in der GKV in den vergangenen fünf Jahren noch realistisch ist, bedürfte einer eingehenden empirischen Überprüfung, die mit der vorliegenden Studie nicht geleistet werden konnte. Es wird zudem davon ausgegangen, dass die heute in der PKV versicherten Personen bei Wechsel in das einheitliche Versicherungssystem Leistungen in dem Umfang wie heute in der GKV versicherte Personen gleichen Alters und Geschlechts in Anspruch nehmen würden. Ein Honorarverlust entsteht daher in Höhe des 1,3-fachen der GKV-Vergütungen, wenn ein bislang nach

GOÄ abgerechneter Patient künftig nach dem bisherigen GKV-Niveau vergütet würde. Die Berechnung möglicher Honorarverluste (und entsprechender Kompensationen) der Ärzte setzt insoweit an einem Vergleich der Honorarsituation der Ärzte in einer Situation mit einheitlichem Versicherungs- und Vergütungssystem gegenüber der Honorarsituation ohne Übergang in das einheitliche System an.

- (4.3) Unter den skizzierten (und im Hauptteil der Studie ausführlich beschriebenen) Annahmen beläuft sich der Honorarverlust der Ärzte in *Modell 1* (sofortige vollständige Überführung der PKV-Bestände in das einheitliche Versicherungs- und Vergütungssystem) im Umstellungsjahr auf 4,3 Milliarden Euro. Bei einer vollständigen Kompensation dieser 4,3 Milliarden Euro müssten die Vergütungen im einheitlichen Vergütungssystem im Umstellungsjahr damit um 12,8 Prozent gegenüber dem heutigen Vergütungsniveau in der GKV angehoben werden (Kompensationsfaktor).⁴
- (4.4) Soll der Honorarverlust auch in den Folgejahren nach dem Umstellungsjahr ganz oder teilweise ausgeglichen werden, wäre eine Möglichkeit, den für das Umstellungsjahr in *Modell 1* ermittelten Zuschlagsfaktor auf die Gesamtvergütungen von 12,8 Prozent fest zu schreiben. Alternativ könnte der mögliche Honorarverlust, der in den Folgejahren eintreten würde, genauer errechnet werden. Dafür müssen Annahmen zur künftigen Entwicklung der Zahl und Struktur der Versicherten von GKV und PKV für den Fall eines Fortbestehens der gegenwärtigen Rechtslage (als Benchmark gegenüber dem Übergang zum einheitlichen Vergütungssystem) getroffen werden. Eine erste Überlegung könnte darin bestehen, zur Simulation der Situation „ohne“ einheitliches Versicherungssystem die heutigen alters- und geschlechtsspezifischen Anteile der PKV-Versicherten ebenso wie die der GKV-Versicherten an der Gesamtbevölkerung für die künftigen Jahre (modelliert bis zum Jahr 2030) konstant zu halten. Für *Modell 1* ergäben sich

⁴ Dies bedeutet nicht – wie in Kapitel 5 des Haupttextes ausführlicher diskutiert - , dass die Erhöhung aller bisherigen GKV-Vergütungen um den Zuschlagsfaktor der einzige Weg einer Kompensation ist; mit der Nennung des Kompensationsfaktors soll vielmehr nur die Größenordnung verdeutlicht werden.

daraus nur geringfügige Schwankungen des Honorarausfalles gegenüber dem Übergangsjahr, die zwischen 4,3 Milliarden Euro und 4,4 Milliarden Euro liegen. Entsprechend läge bei einer vollständigen Kompensation der Honorarverluste der notwendige Zuschlagsfaktor zwischen 12,6 und 12,8 Prozent.

- (4.5) Allerdings kann kritisch diskutiert werden, ob für die Situation ohne Einführung des einheitlichen Versicherungssystems die Annahme „realistisch“ ist, dass die heutigen alters- und geschlechtsspezifischen Anteile von GKV- und PKV-Versicherten an der Bevölkerung in den Folgejahren konstant bleiben. Denn während es lange Zeit vergleichsweise einfach möglich war, im fortgeschrittenen Lebensalter aus der PKV in die GKV zurückzukehren, hat der Gesetzgeber diese Rückkehrmöglichkeit in den letzten zwei Jahrzehnten in mehreren Schritten zunehmend abgeschnitten. Daher ist in Zukunft mit steigenden Anteilen von PKV-Versicherten an der Bevölkerung in den höheren Altersstufen zu rechnen. Wird angenommen, dass eine Rückkehr in höheren Altersstufen künftig (wie derzeit gesetzlich angelegt) gar nicht mehr möglich wäre, ergäben sich deutlich stärker besetzte ältere Jahrgänge im Szenario ohne einheitliches Versicherungssystem. In diesem Zusammenhang könnte wiederum kritisch diskutiert werden, inwieweit die PKV ihrerseits trotz der Bildung von Alterungsrückstellungen diese demografische Last ohne Veränderung in den Rahmenbedingungen schultern könnte.

Unter der skizzierten Annahme, dass im Referenzszenario ohne einheitliches Versicherungssystem eine Rückkehr älterer PKV-Versicherter in die GKV nicht möglich wäre und daher die älteren Jahrgänge in der PKV absolut und relativ deutlich stärker als heute besetzt wären, ergäbe sich bei Einführung eines einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystems entsprechend Modell 1 ein in den kommenden Jahren deutlich ansteigender Honorarverlust. Dieser würde bis zum Jahr 2030 auf 6,0 Milliarden Euro anwachsen. Sollte er über die gesamte Zeit vollständig kompensiert werden, würde sich der hierfür notwendige Zuschlagsfaktor auf die Vergütung

gen im einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystem kontinuierlich auf bis 17,2 Prozent in 2030 erhöhen. Die folgende Tabelle 1 zeigt die Entwicklung des Kompensationsvolumens einer vollständigen Kompensation in Modell 1 unter diesen Annahmen bis zum Jahre 2030.

Tabelle 1: Honorarausfall und notwendiger Zuschlagsfaktor bei vollständiger Kompensation bei Modell 1 (*)

Jahr	Absolut (in Millionen Euro)	Zuschlagsfaktor (in %)
2010	4.324	12,8%
2011	4.435	13,1%
2012	4.546	13,4%
2013	4.652	13,7%
2014	4.756	14,0%
2015	4.858	14,2%
2016	4.958	14,5%
2017	5.056	14,7%
2018	5.150	15,0%
2019	5.243	15,2%
2020	5.333	15,4%
2021	5.420	15,7%
2022	5.503	15,9%
2023	5.581	16,1%
2024	5.654	16,3%
2025	5.721	16,5%
2026	5.782	16,6%
2027	5.837	16,8%
2028	5.886	16,9%
2029	5.930	17,1%
2030	5.969	17,2%

Quelle: Eigene Berechnungen.

(*) Annahme: Im Referenzszenario ohne Einführung eines einheitlichen Versicherungssystems ist analog dem geltenden Recht keine Rückkehr älterer PKV-Versicherter in die GKV möglich. Der Zuschlagsfaktor beschreibt die Größenordnung in Bezug zur Summe der Vergütungen im einheitlichen Vergütungssystem ohne Kompensation und stellt kein konkretes Verteilungsmodell dar.

Denkbar ist eine Variante von Modell 1, bei der nur die PKV-Versicherten kompensiert werden, die zu Beginn der Modellierung bereits in der PKV alten Typs versichert waren und in das einheitliche Versicherungssystem überführt wurden. Hingegen würde in dieser Variante kein fehlender Neuzugang beim Kompensationsbedarf berücksichtigt. Der Kompensationsbedarf läge in 2010 auf gleichem Niveau wie im ursprünglichen Modell 1; an-

ders als in Modell 1 bliebe er aber auch in den Folgejahren weitgehend stabil: Der Kompensationsbedarf stiege bis zum Jahr 2030 c.p. auf etwa 4,5 Milliarden Euro an.

- (4.6) In *Modell 2* (heutige PKV-Bestände bleiben unberührt; künftig kein Neuzugang außer Kinder von PKV-Versicherten) entsteht im Jahr der Umstellung – wie beschrieben – kein Honorarausfall. In den Folgejahren würde sich – im Vergleich zu einem Referenzszenario, in dem der Neuzugang in die PKV weiterhin möglich, die Rückkehr jedoch entsprechend des heutigen Rechtsrahmens weitgehend versperrt würde – ein Honorarausfall langsam aufbauen und würde 2030 ein Volumen von 1,5 Milliarden Euro erreichen. Der Zuschlagsfaktor, um den das Vergütungsniveau im einheitlichen Vergütungssystem gegenüber dem heutigen GKV-Niveau bei einer vollständigen Kompensation angehoben werden müsste, würde bis 2030 langsam auf 4,7 Prozent ansteigen.
- (4.7) In *Modell 3* (Einmaliges Wahlrecht für PKV-Versicherte; kein Neuzugang außer Kinder von PKV-Versicherten) beträgt unter den beschriebenen Wechselannahmen (20 Prozent bei den bis 50-jährigen und 50 Prozent bei den über 50-jährigen verlassen die PKV „alten Typs“ zugunsten des einheitlichen Versicherungssystems) der Honorarausfall im ersten Jahr nach Ausübung des Optionsrechts 1,6 Milliarden Euro. Der Zuschlagsfaktor, um den das Vergütungsniveau im einheitlichen Vergütungssystem gegenüber dem heutigen GKV-Niveau bei vollständiger Kompensation angehoben werden müsste, würde entsprechend bei 5,0 Prozent liegen. In den kommenden Jahren würde unter den Annahmen von Modell 3 der Honorarausfall gegenüber dem Referenzszenario, in dem auf die Einführung des einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystems verzichtet wird und eine Rückkehrmöglichkeit älterer PKV-Versicherter in die GKV weiterhin wie im geltenden Rechtsrahmen ausgeschlossen würde, auf 3,1 Milliarden Euro in 2030 ansteigen; der bei einer vollständigen Kompensation notwendige Zuschlagsfaktor auf die Vergütungen im einheitlichen Vergütungssystem gegenüber dem heutigen GKV-Niveau würde bis auf 9,5 Prozent in 2030 an-

wachsen.

5. Verteilung einer möglichen Kompensationszahlung auf die Regionen (KV-Bezirke): Modelle und ihre empirische Abschätzung

(5.1) Während in Abschnitt 4 das gesamte mögliche Kompensationsvolumen auf Bundesebene und seine Entwicklung bis 2030 für die unterschiedlichen Übergangsmodelle in ein einheitliches Versicherungssystem untersucht wurden, stehen im Mittelpunkt von Abschnitt 5 die möglichen Modelle (A bis E) der Verteilung der möglichen Kompensation. Dabei wird in den Modellen A bis D davon ausgegangen, dass entsprechend des heutigen Regulierungsrahmens der GKV die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Empfänger der Ausgleichszahlungen sind und diese weiter verteilen. Es werden unterschiedliche Kriterien identifiziert, nach denen das Kompensationsvolumen verteilt werden könnte. Damit werden zugleich unterschiedliche Ziele, die durch Vergütungssysteme adressiert werden können, angesprochen, Zielkonflikte identifiziert und die Modelle der Verteilung der Kompensationszahlungen unter diesen Zielsetzungen beurteilt.

(5.2) Modell A: Verteilung entsprechend der Vergütungsverluste

In Modell A bemessen sich die Anteile der KVen an der Gesamtsumme der Kompensation daran, wie hoch der Anteil der aggregierten Vergütungsverluste der in ihnen organisierten Ärzte an den bundesweit errechneten Vergütungsverlusten ist.

Das Modell würde es – bei einer vollständigen Kompensation – ermöglichen, dass – vorbehaltlich einer entsprechenden Weiterverteilung innerhalb der KV – den einzelnen Ärzten ihre individuellen Honorarverluste ausgeglichen werden. Allerdings erscheint das Modell aus der Perspektive der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung problematisch, da die regionalen Vergütungsunterschiede, die durch die bisherige ungleiche Vergütung für gleiche Leistungen für GKV- und PKV-Patienten zustande kommen, für die Dauer der Kompensationszahlungen aufrechterhalten würden.

(5.3) „Echtdaten“ über die Vergütungsverluste, die den Ärzten in den einzelnen KVen bei Einführung eines einheitlichen Vergütungssystems und vollständigem Wechsel aller PKV-Versicherten in das einheitliche Vergütungssystem (oben Modell 1) entstehen würden, liegen allerdings nicht vor. Sie müssen daher simuliert werden. Hierfür können unterschiedliche Annahmen getroffen werden. In einer ersten Variante (Modell A VAR1) wird der gesamte Honorarverlust nach dem Anteil der PKV-Versicherten in den einzelnen Bundesländern⁵ verteilt – hier ist also die Annahme, dass sich die je PKV-Versicherten erzielbaren GOÄ-Honorare zwischen den Bundesländern nicht unterscheiden. Dies dürfte allerdings eine sehr grobe Annäherung sein. In einer zweiten Variante (Modell A VAR2) ist die Alters- und Geschlechtsverteilung der PKV-Versicherten in den einzelnen Bundesländern Ausgangspunkt und es wird für die Ermittlung des Honorarverlustes und Kompensationsbedarfes angenommen, dass die Honorare je PKV-Versicherten in allen Bundesländern in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen identisch sind.

Die folgende Tabelle 2 zeigt die Honorarverluste und für den Fall einer vollständigen Kompensation den Kompensationsbedarf für die einzelnen Bundesländer für die beschriebenen beiden Varianten der Simulation des Honorarverlustes für das Jahr 2010. Es zeigt sich, dass die Unterschiede zwischen den beiden berechneten Varianten relativ gering ausfallen.

⁵ Bis auf Nordrhein-Westfalen besteht in jedem Bundesland eine KV, so dass eine Verteilung nach Bundesländern der nach KV-Bezirken entspricht. Für Nordrhein-Westfalen konnte in der vorliegenden Studie keine Differenzierung nach den KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe vorgenommen werden.

Tabelle 2: Kompensationsbedarfe entsprechend Modell A in Millionen Euro nach Bundesländern in 2010

Bundesland	Modell A VAR 1	Modell A VAR 2
Schleswig-Holstein	159	170
Hamburg	102	105
Niedersachsen	406	418
Bremen	24	25
Nordrhein-Westfalen	951	974
Hessen	353	358
Rheinland-Pfalz	257	266
Baden-Württemberg	668	664
Bayern	788	790
Saarland	47	50
Berlin	188	183
Brandenburg	110	95
Meckl.-Vorpommern	43	37
Sachsen	108	89
Sachsen-Anhalt	57	48
Thüringen	62	52
Bund	4.324	4.324

Quelle: Eigene Berechnungen

(5.4) Modell B: Verteilung im Verhältnis der bisherigen Gesamtvergütungen

In diesem Verteilungsmodell B würde der Gesamtkompensationsbetrag entsprechend der bisherigen Anteile der Gesamtvergütungen der KVen an der Summe der Gesamtvergütungen an die einzelnen KVen verteilt, adjustiert jeweils entsprechend der Zahl der zu versorgenden Versicherten im neuen System.⁶ Dies würde zu einer gleichmäßigen Weiterentwicklung der bisherigen regionalen Versorgungssituationen in der GKV führen. Die bisherigen überproportionalen Honorare in Regionen mit überdurchschnittlichem PKV-Versichertenanteil entfielen. Das Modell würde allerdings damit auch von einer Kompensation der tatsächlichen Honorarausfälle einzelner Ärzte oder Ärztekollektive auf regionaler Ebene abrücken.

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Verteilung der Kompensation nach den Bundesländern entsprechend Modell B. Im Vergleich zu dem zuvor (in unterschiedlichen Abschätzungen) berechneten Modell A des Ausgleichs des

⁶ D. h. es wird berücksichtigt, dass in den einzelnen KVen künftig auch für die bisherigen PKV-Versicherten Gesamtvergütungen im Rahmen des einheitlichen Versicherungssystems gezahlt werden.

tatsächlichen Honorarverlustes ergibt sich in Modell B insbesondere ein stärkerer Finanzfluss aus dem Kompensationsvolumen in die neuen Länder (in denen in Modell A aufgrund des geringen Anteils der PKV-Versicherten weniger Honorarausfall angefallen und daher zu kompensieren wäre) und entsprechend geringere Zahlungen nach Westdeutschland – besonders ausgeprägt sind (im Vergleich von Tabelle 3 zu Tabelle 2) hier die Unterschiede für Baden-Württemberg und Bayern.

Tabelle 3: Kompensationsbedarfe entsprechend Modell B in Millionen Euro nach Bundesländern in 2010

Bundesland	Modell B
Schleswig-Holstein	148
Hamburg	98
Niedersachsen	447
Bremen	38
Nordrhein-Westfalen	920
Hessen	330
Rheinland-Pfalz	212
Baden-Württemberg	541
Bayern	648
Saarland	55
Berlin	197
Brandenburg	132
Meckl.-Vorpommern	95
Sachsen	220
Sachsen-Anhalt	126
Thüringen	119
Bund	4.324

Quelle: Eigene Berechnungen.

(5.5) Modell C: Verteilung der Kompensation nach nationalen Kostengewichten des einheitlichen Versicherungssystems

Das Modell C verteilt den bundesweit ermittelten Kompensationsbetrag nach demografischen oder diagnosebasierten (also insoweit „morbidity-orientierten“) Kriterien zwischen den KVen. Das Modell ist daher ein Schritt in Richtung einer gleichmäßigeren Verteilung der Vergütungen je Patient zwischen den KVen und „korrigiert“ insoweit teilweise die überkommenen

historisch bedingten interregionalen Vergütungsunterschiede in der heutigen GKV. Die bisherigen überproportionalen Honorare in Regionen mit überdurchschnittlichem PKV-Versichertenanteil entfielen zudem. Das Modell beabsichtigt entsprechend nicht, die tatsächlichen Honorareinbußen einzelner Ärzte oder in einzelnen Regionen, die durch die Einführung des einheitlichen Versicherungs- und Vergütungssystems entstehen, auszugleichen.

(5.6) Modell D: Verwendung der Kompensation zur Einführung eines Aufteilungsmodelles zwischen den KVen

Während Modell C zwar den bundesweiten Kompensationsbetrag nach Morbidität aufteilt, jedoch die regionalen Beträge auf die historischen Honorarvolumen der KVen aufsetzt, geht Modell D weiter und verteilt die Kompensationsbeträge so, dass damit ein möglichst weitgehender Schritt in Richtung auf ein „Aufteilungsmodell“ der Honorarvolumina nach Morbidität zwischen den KVen durchgeführt wird. Das Modell hat daher einen erheblichen interregionalen Umverteilungseffekt. Es beabsichtigt nicht, die konkreten Honorarverluste durch Einführung des einheitlichen Vergütungssystems in den Regionen auszugleichen.

(5.7) Modell E: Verwendung der Kompensation für Selektivverträge der Krankenkassen

Bei der Diskussion der Gründe für eine mögliche Kompensation wurde dargestellt, dass ein mögliches Argument lautet, der ambulanten Versorgung dürften keine Mittel entzogen werden, wenn die bisherige Versorgungsqualität aufrechterhalten werden soll. Der Erhalt der Mittel für die ambulante Versorgung setzt allerdings nicht zwingend voraus, dass der Kompensationsbetrag an die KVen im Rahmen der Kollektivverträge verteilt wird. Alternativ wäre auch denkbar, dass die Krankenkassen die entsprechenden Mittel erhalten und verpflichtet werden, sie im Rahmen von Selektivverträgen für die ambulante Versorgung zu verwenden. Hierbei sind unterschiedliche Freiheitsgrade hinsichtlich der regionalen Verwen-

dung möglich. Eine Orientierung an den Honorarverlusten, die in einzelnen Regionen durch Einführung des einheitlichen Vergütungssystems entstehen, dürfte hierbei keine Rolle spielen.

6. Verteilung einer möglichen Kompensationszahlung an die Ärzte in einer KV

- (6.1) Während in Abschnitt 5 in den Modellen A bis D untersucht wurde, nach welchen Kriterien eine mögliche Kompensationszahlung auf die einzelnen KVen verteilt werden könnte (und mit Modell E ein Modell vorgestellt wurde, bei dem die Krankenkassen die Mittel erhalten, um sie in Selektivverträgen zu verwenden), wird in Abschnitt 6 der Studie untersucht, welche Kriterien für die Verteilung der erhaltenen Kompensationszahlungen an die Ärzte innerhalb einer KV vorstellbar sind.
- (6.2) Die Untersuchung kommt hierbei zu dem Ergebnis, dass die Kriterien sehr ähnlich zu denen der Verteilung der Kompensationszahlungen auf die KVen sind. Die Mittel können entweder nach dem tatsächlichen Honorarverlust der Arztpraxen, nach dem bisherigen Honoraranteil der einzelnen Versorgungsbereiche und Arztgruppen oder nach der Morbiditätslast der Patienten, die von den Arztgruppen versorgt werden, verteilt werden. Auch die hiermit realisierbaren Ziele sowie die Zielkonflikte sind ähnlich wie bei der Frage der Aufteilung auf die KVen gelagert: Eine Orientierung an den Honorarverlusten, die durch Einführung des einheitlichen Vergütungssystems entstehen, kann aus der Perspektive des einzelnen betroffenen Arztes als fair empfunden werden, zementiert hingegen die historisch gewachsenen höchst unterschiedlichen Vergütungssituationen, die aus den unterschiedlichen Anteilen Privatversicherter in den Praxen resultieren. Eine stärker an den bisherigen Vergütungen der Arztgruppen in der GKV oder am Versorgungsbedarf orientierte Verteilung kann entsprechend Versorgungsziele realisieren, hingegen die konkret in der einzelnen Arztpraxis anfallenden Honorarverluste durch Wegfall von Privatvergütungen nicht aus-

gleichen.

7. Verteilung der Finanzierung der Kompensation zwischen den Krankenkassen

- (7.1) Abschließend wird in der Studie untersucht, welche Wirkungen von der Finanzierung etwaiger Kompensationszahlungen in den unterschiedlichen Verteilungsmodellen auf die KVen (Abschnitt 5) auf die einzelnen Krankenkassen ausgehen. Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die unterschiedlichen Verteilungsmodelle mit je verschiedenen Belastungen für die einzelnen Krankenkassen einhergehen, wenn die bisherigen Strukturen der Verteilung der Gesamtvergütungen auf die Krankenkassen, wie sie zuletzt durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz modifiziert worden sind, beibehalten werden.
- (7.2) Eine Orientierung der Verteilung der Kompensationszahlungen an die KVen an den Honorarverlusten (Verteilungsmodell A in Abschnitt 5) führt für Krankenkassen in Regionen mit hohen PKV-Anteilen zu erheblichen Mehrbelastungen. Soweit diese Krankenkassen auch einen großen Anteil der bisher PKV-Versicherten erhalten, hängt der finanzielle Gesamteffekt für diese Kassen unter den Bedingungen des Risikostrukturausgleichs auch vom Deckungsbeitrag dieser Versicherten ab.
- (7.3) Erfolgt die Verteilung der Kompensation auf die KVen entsprechend des Verhältnisses der bisherigen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (Verteilungsmodell B in Abschnitt 5), würde die Mehrbelastung der Kassen durch die Kompensation entsprechend ihrer bisherigen Vergütungsanteile verteilt.
- (7.4) Wird die Kompensation an die KVen nach auf nationaler Ebene errechneten demografie- oder diagnosebasierten Kostengewichten verteilt (Verteilungsmodell C in Abschnitt 5), bewirkt dies, dass Kassen mit hohem Anteil von Versicherten in KV-Regionen mit in Relation zur demografischen Struktur bzw. Morbiditätsstruktur unterdurchschnittlichen ambulanten Kosten im

Vergleich stärker belastet werden als im Falle der Umsetzung von Modell B.

- (7.5) Wird die Kompensation so zwischen den KVen verteilt, dass damit ein Aufteilungsmodell nach Morbidität zwischen den KVen realisiert wird (oder zumindest ein großer Schritt in diese Richtung vollzogen werden kann) (Modell D in Abschnitt 5), wirkt dies bei unveränderten Regeln für die Finanzierung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen durch die Kassen in gleicher Richtung wie Modell C auf die Belastung und Entlastung einzelner Kassen, jedoch sind stärkere Be- und Entlastungen zu erwarten, die sich auch in Zukunft in Hinblick auf das Ziel eines Aufteilungsmodells fortsetzen.
- (7.6) Alternativ zu der Finanzierung der Kompensation durch die jeweils „betroffenen“ Krankenkassen ist eine Finanzierung der Ausgleichszahlungen an die KVen (bzw. im Modell E an die Krankenkassen zur Verwendung in Selektivverträgen) auch über Mittel des Gesundheitsfonds denkbar. Dies gilt insbesondere für den Fall, dass der Gesundheitsfonds durch die Einführung des einheitlichen Versicherungssystems über Netto-Mehreinnahmen aus den Beitragseinnahmen bislang in der PKV versicherter Personen verfügt.