

Band
1

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Finanzielle Anreize bei der Vergütung
von Vertragsärzten:
Aktuelle Lage und ein Verbesserungsvorschlag*

~
Robert Arnold

ifgs Bulletin



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Robert Arnold

*Finanzielle Anreize bei der Vergütung von Vertragsärzten:
Aktuelle Lage und ein Verbesserungsvorschlag*

ifgs Bulletin der FOM, Band 1

Essen 2017

© 2017 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung der MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

***Finanzielle Anreize
bei der Vergütung von Vertragsärzten:
Aktuelle Lage und ein Verbesserungsvorschlag***

Robert Arnold

Dr. Robert Arnold: FOM Hochschule für Oekonomie & Management, Düsseldorf
E-Mail: vwf@robert-arnold.de

Inhaltsverzeichnis

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Abkürzungsverzeichnis..... | III |
| Abbildungsverzeichnis..... | III |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 2 Derzeit gültige Regelungen..... | 2 |
| 3 Finanzielle Anreize..... | 5 |
| 3.1 Die Arztpraxis als Unternehmen..... | 5 |
| 3.2 Gewinnmaximale Punktmenge..... | 6 |
| 3.3 Finanzieller Anreiz aus der Berechnung des Regelleistungsvolumens..... | 10 |
| 3.4 Ergebnis der Untersuchung finanzieller Anreize..... | 11 |
| 4 Vorschlag für eine Verbesserung des üblichen Vergütungssystems..... | 12 |
| 5 Vor- und Nachteile dieser Regelung..... | 14 |
| 6 Fazit..... | 15 |
| Literaturverzeichnis..... | 16 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|------|---------------------------------------|
| EBM | Einheitlichen Bewertungsmaßstab |
| KV | Kassenärztliche Vereinigung |
| KVNO | Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein |
| MGV | morbiditätsbedingte Gesamtvergütung |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|--------------------------------------------------------|----|
| Abbildung 1: | Vergütung niedergelassener Ärzte im Überblick | 2 |
| Abbildung 2: | Gewinnmaximum der Arztpraxis..... | 9 |
| Abbildung 3: | Gewinnmaximum der Arztpraxis mit Reformvorschlag | 13 |

1 Einleitung

Jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) muss jährlich den neuen Honorarverteilungsmaßstab beschließen. Er legt die Höhe und die Regeln fest, nach denen die Vertragsärzte für ihre Leistungen an Gesetzlich Versicherte vergütet werden.

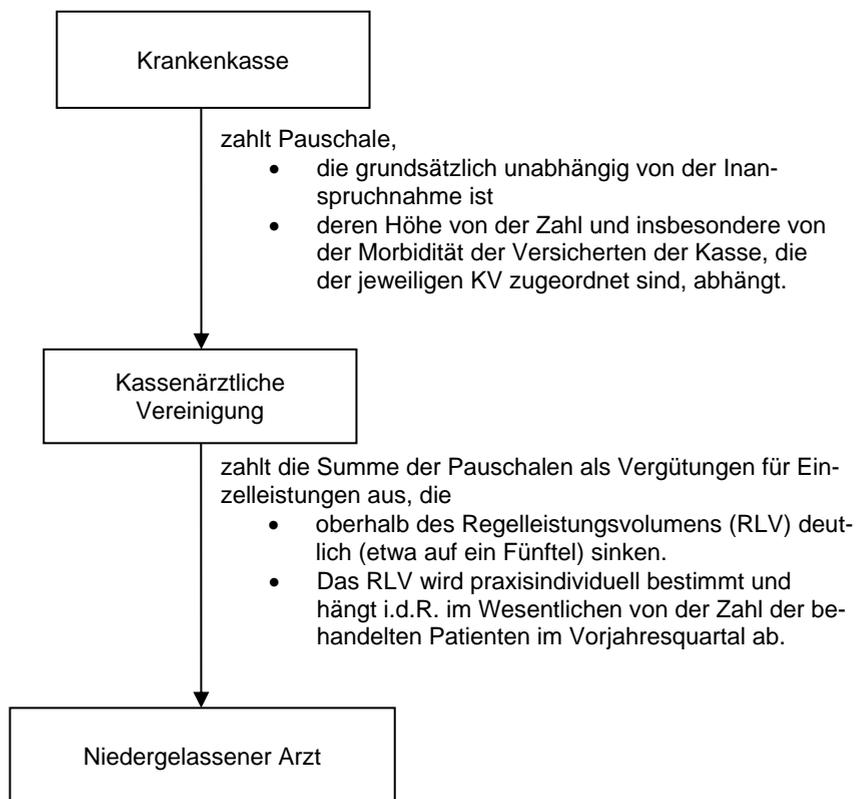
Vor diesem Hintergrund ist das Ziel dieser Untersuchung, innerhalb des gesetzlichen Rahmens einen Vorschlag vorzulegen, wie die durchschnittlichen Behandlungskosten durch verbesserte finanzielle Anreize gesenkt werden können. Dazu ist es notwendig, die wichtigsten bestehenden Regelungen im aktuell gültigen Honorarverteilungsmaßstab zu kennen. Sie werden am Beispiel der KV Nordrhein (KVNO) dargelegt (Abschnitt 2). Für untergesetzliche Veränderungen im Honorarverteilungsmaßstab ist wichtig, welche gesetzlichen Vorgaben dabei eingehalten werden müssen. Dies wird jeweils bei den entsprechenden Regelungen direkt im gleichen Abschnitt erläutert. Anschließend werden diese Regelungen auf ihre finanzielle Anreizwirkung untersucht (Abschnitt 3) und ein Vorschlag unterbreitet, wie die durchschnittlichen Behandlungskosten gesenkt werden können (Abschnitt 4). Abschließend werden kurz weitere Aspekte dieses Vorschlages diskutiert (Abschnitt 5) und im Fazit die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst (Abschnitt 6).

2 Derzeit gültige Regelungen

Das aktuelle Vergütungssystem für Vertragsärzte ist recht komplex. An dieser Stelle werden nur die wichtigsten Prinzipien dargelegt, die zur Beurteilung der finanziellen Anreizwirkungen notwendig sind.

Die Krankenkassen zahlen im Wesentlichen eine pauschale Summe an die zuständige KV, die sogenannte „morbiditybedingte Gesamtvergütung“ (MGV).

Abbildung 1: Vergütung niedergelassener Ärzte im Überblick



Quelle: eigene Darstellung

Mit dieser Summe sind (von Ausnahmen und nicht vorhersehbarem Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes, § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V abgesehen) alle Leistungen, die die Vertragsärzte erbringen, abgegolten („mit be-

freiender Wirkung“, § 87a, Abs. 3, Satz 1 SGB V). Der Betrag, den eine Kasse an die KV zahlt, ist unabhängig davon, ob der einzelne Versicherte Leistungen in Anspruch genommen hat und auch unabhängig davon, welche und wie viele er in Anspruch genommen hat.

Die Höhe der Pauschale für einen Versicherten hängt nur von der Morbiditätsstruktur der Versicherten (insb. der Altersstruktur) einer Krankenkasse ab.

Der gemeinsam von Krankenkassen und KVen auf Bundesebene gebildete Bewertungsausschuss beschließt Empfehlungen für die Vereinbarungen auf Landesebene, unter welchen Umständen die Kassen wegen „nicht vorhersehbare[n] Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes“ (§ 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V) doch mehr zahlen müssen als die Pauschale. Dabei sind zwei Fälle zu unterscheiden: „besondere Ereignisse“, die von dem Robert-Koch-Institut oder der Weltgesundheitsorganisation festgestellt werden und eine Liste von (seit 2010: acht) Krankheiten, bei denen ein unvorhergesehener Anstieg eine zusätzliche Zahlungspflicht für die Krankenkassen bewirkt (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19.8.2015).

Im Ergebnis erhält die KV ein Budget, aus dem sie die Leistungen der Ärzte bezahlen muss. Früher wurde das Budget nach folgendem Verfahren auf die Praxen verteilt: Für jede Leistung, die ein Arzt erbringt, ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine bestimmte Anzahl abrechenbarer Punkte festgelegt. Zu Quartalsende legten die Ärzte die Punkte-Abrechnungen ihrer KV vor. Die KV summierte die Punkte über alle Ärzte und errechnete den Wert eines Punktes als Quotient aus dem Budget und der Summe der abgerechneten Punkte. Auf diese Weise konnte der einzelne Arzt nie sicher vorhersehen, wie viel Geld er für eine Leistung bekommen würde, weil der Wert eines Punktes davon abhing, wie viele Leistungen seine Kollegen abgerechnet haben.

Seit dem 1. Januar 2009 wurde den Ärzten diese Unsicherheit genommen (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V): Die KV schätzt jetzt im Voraus, wie viele Punkte wahrscheinlich abgerechnet werden und legt die Punktwerte und Regelleistungsvolumen in der Weise fest, dass das Budget (das gesetzlich nicht mehr so heißt, sondern nun „morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“ genannt wird) ausreicht. Es wird ein Punktwert festgelegt, der bezahlt wird, solange das Regelleistungsvolumen nicht erreicht ist. Er beträgt 2017 ca. zehn Ct. pro Punkt.¹ Wenn ein Arzt mehr Leistungen abrechnet als sein Regelleistungsvolumen vorsieht, sinkt der Punktwert für die übersteigenden Leistungen. Während diese

¹ In der KV Nordrhein 10,4361 Cent im Jahr 2017 (KVNO 2016, S. 11).

Regelung lange gesetzlich vorgegeben war, ist sie inzwischen einem Auftrag an die jeweilige KV gewichen, „Regelungen vorzusehen, die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag [...] hinaus übermäßig ausgedehnt wird;“ (§ 87b Abs. 2 SGB V). Viele KVen wenden eine Art Regelleistungsvolumen weiterhin an, um dieser gesetzlichen Vorgabe zu entsprechen. Dabei wird das praxisindividuelle Regelleistungsvolumen i.w.S. typischerweise aus zwei Komponenten gebildet (KVNO 2016, S. 6-7):

- Regelleistungsvolumen i.e.S.
- Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina

Das Regelleistungsvolumen i.e.S. wird dabei für Fachärzte aus der Zahl der Fälle, d.h. im Regelfall der Zahl unterschiedlicher Patienten, die im Vorjahresquartal behandelt wurden, und dem sog. Fallwert berechnet.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina können nur Ärzte erhalten, die bestimmte Leistungen aufgrund ihrer Qualifikation erbringen dürfen und dies für mindestens einen Patienten im Vorjahresquartal auch gemacht haben (KVNO 2016, S. 11).

Das Regelleistungsvolumen i.w.S. ergibt sich aus der Addition dieser beiden Komponenten.

Der Fallwert, die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina und der abgesenkte Punktwert werden von der KV so festgelegt, dass das Budget (in dem Honorarverteilungsmaßstab „Verteilungsvolumen“ genannt) der KV voraussichtlich ausreicht. Dazu werden beispielsweise bei der KVNO für die Vergütung von Leistungen über dem Regelleistungsvolumen i.w.S. 2 Prozent des Vergütungsvolumens im Vorhinein reserviert.

Die KVen legen diese Regelungen im sog. Honorarverteilungsmaßstab „im Benehmen“ mit den Landesverbänden der Krankenkassen fest (§ 87b Abs. 1 Satz 2). Das bedeutet, die KV muss die Landesverbände der Krankenkassen anhören und darf erhebliche Einwände nicht einfach übergehen. Aufgetretene Differenzen sind nach Möglichkeit in beiderseitigem Zusammenwirken zu bereinigen. Letztlich kann aber die KV die Entscheidung auch gegen den Willen der Landesverbände der Krankenkassen treffen (Freudenberg in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 87b SGB V, Rn. 41).

3 Finanzielle Anreize

Um einen Verbesserungsvorschlag zur Senkung der durchschnittlichen Behandlungskosten und gleichzeitig finanzielle Anreize zu Qualitätsverbesserung zu erarbeiten, wurden im vorhergehenden Abschnitt die Prinzipien des bestehenden Vergütungssystems dargelegt. Im Folgenden werden die sich daraus ergebenden finanziellen Anreize als Grundlage für entsprechende Verbesserungsvorschläge analysiert.

Die finanziellen Anreize ergeben sich aus der Analyse, wie sich die Ärzte verhalten müssen, wenn sie vor allem ihren Gewinn maximieren wollen. Diese Analyse wird in drei Schritten durchgeführt: Als erstes wird dargelegt, inwiefern sich Arztpraxen von einem „normalen“ Unternehmen unterscheiden (Abschnitt 3.1). Anschließend wird nach der gewinn-maximalen Punktmenge gefragt (Abschnitt 3.2) und sodann die Anreizwirkung aus der Berechnung des Regelleistungsvolumens analysiert (Abschnitt 3.3). Die Ergebnisse werden in darauffolgenden Abschnitt 3.4 zusammengefasst.

3.1 Die Arztpraxis als Unternehmen

Zur Analyse der Entscheidungen, die zur Gewinnmaximierung führen, wird vom Modell eines „normalen“ Unternehmens ausgegangen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich eine Arztpraxis in vielerlei Hinsicht von einem normalen Unternehmen unterscheidet:

Erstens werden nicht Standardprodukte erstellt, sondern individuelle Dienstleistungen, die genau auf den Kunden/Patienten zugeschnitten sind (individuelle Dienstleistung).

Zweitens kann der Kunde/Patient kaum selbst beurteilen, ob die Leistung, die er erhalten hat, gut war. Anders als beispielsweise bei Computern, die in der Herstellung ähnlich wie bei ärztlichen Produkten sehr aufwändig sind, kann der Patient auch im Nachhinein häufig nicht beurteilen, ob die Diagnose und die Therapie richtig durchgeführt wurden, und daher zum richtigen Ergebnis gekommen sind und angemessen waren (Vertrauensgut).

Drittens kann die Behandlung nicht rückgängig gemacht werden, während industriell hergestellte Waren umgetauscht werden können (Irreversibilität).

Viertens spielt häufig die Mitarbeit des Patienten eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg (Uno-actu-Prinzip und Compliance).

Fünftens tragen kaum Patienten/Kunden die Behandlungskosten direkt selbst. Vielmehr werden sie in der Regel von einer Versicherung vollständig oder zum größten Teil übernommen.

Diese ökonomischen Besonderheiten ärztlicher Dienstleistungen führen zu einer besonderen Verantwortung des Arztes für die Qualität und Quantität seiner Dienstleistung. Einerseits kann der Arzt die Nachfrage nach seinen Dienstleistungen quasi selbst erzeugen (angebotsinduzierte Nachfrage). Dies kann beispielsweise dadurch geschehen, dass er zur Kontrolle wiedereinbestellt oder Untersuchungen „zur Sicherheit“ durchführt, die er selbst bei sich im gleichen Fall nicht durchführen würde.

Andererseits bewirken die Besonderheiten der ärztlichen Dienstleistungen, dass der Gewinn des Vertragsarztes in besonderem Maße durch sein Gewissen begrenzt wird. Wenn er sich für Diagnose und Behandlung Zeit nimmt, kann er nicht so viele Patienten behandeln und reduziert damit – je nach Vergütungssystem – seinen Gewinn.

Inwiefern die bestehenden Regeln finanzielle Anreize setzen, die den Arzt unterstützen, dieses Dilemma aufzulösen, ergibt sich aus der Analyse, wie sich ein Arzt verhalten würde, wenn er nur seinen Gewinn im Auge hätte. Dazu ist einerseits die gewinnmaximale Punktmenge (Abschnitt 3.2) und andererseits die Wirkung des Regelleistungsvolumens auf den Gewinn zu untersuchen (Abschnitt 3.3). Dabei wird zunächst unterstellt, dass die Qualität der Leistungen unabhängig von der Menge konstant ist.

3.2 Gewinnmaximale Punktmenge

Die gewinnmaximale Punktmenge hängt von dem Punktwert und von den Kosten zur „Produktion“ einer Leistung, für die ein Punkt abgerechnet werden kann (Grenzkosten) ab. Natürlich gibt es kaum Leistungen, für die nur ein Punkt abgerechnet werden kann. Ein Punkt wird hier lediglich als Bezugsgröße verwendet.

Wenn beispielsweise für eine Leistung 1.000 Punkte abgerechnet werden können und der Arzt für die Produktion dieser Leistung 25 € aufwenden muss (einschließlich seines kalkulatorischen Unternehmerlohnes²), so kostet ihn die Produktion eines Punktes 2,5 Ct.

Bei einer geringen Auslastung bleiben mit zunehmender Produktionsmenge die Produktionskosten einer weiteren Einheit typischerweise solange ungefähr konstant, bis sich die Auslastung der Grenze nähert, die mit der vorhandenen Ausstattung behandelt werden kann.

Wenn Überstunden geleistet werden müssen, dann steigen die Produktionskosten pro Punkt, insbesondere weil die Überstunden höher vergütet werden (auch der kalkulatorische Unternehmerlohn für Überstunden sollte höher sein³) oder bei Anstellung weiterer Arzthelfer der Koordinationsaufwand steigt.

Die Kosten pro Punkt steigen auch, wenn durch eine verbesserte Ausstattung mehr Leistungen erbracht werden können. So ist in der Regel die teuerste Kostenkomponente die Zeit des Arztes. Das bedeutet, dass Anschaffungen, die deren Inanspruchnahme verringern, häufig den Gewinn erhöhen, auch wenn dadurch die Kosten pro Leistungseinheit steigen. Dies kann beispielsweise durch ein zusätzliches Ultraschallgerät geschehen, wenn es vorkommt, dass der Arzt warten muss, bis das Ultraschallgerät gereinigt ist oder in den richtigen Behandlungsraum transportiert wurde. Wenn der Arzt durch Anschaffung eines zweiten Ultraschallgerätes seltener oder nie mehr auf das Gerät warten muss, hat er mehr Zeit, Leistungen zu erbringen. Allerdings müssen nun die Kosten des Einsatzes von zwei Ultraschallgeräten getragen werden – sie sind also höher als bei nur einem. Im Ergebnis kann der Arzt durch erhöhte Kosten pro Leistung (Grenzkosten) mehr Leistungen erbringen.

Auch durch zusätzliche Behandlungszimmer kann der Arzt seine Leistung steigern, beispielsweise weil die Patienten sich im Behandlungszimmer bereits

² Der Vertragsarzt ist freiberuflich/selbständig. Er bekommt daher keinen Lohn, sondern den Gewinn aus dem Betrieb der Arztpraxis. Wenn er den Aufwand für seine verschiedenen Dienstleistungen vergleicht, muss er aber nicht nur die Arbeitszeit seiner Angestellten, sondern auch seine eigene Arbeitszeit berücksichtigen. In der Kosten- und Leistungsrechnung wird daher von „kalkulatorischem Unternehmerlohn“ gesprochen, der wie Kosten zu berücksichtigen ist.

³ Der Lohn wird für den Verzicht auf Freizeit gezahlt und je weniger Freizeit bleibt, desto höher ist in der Regel der Preis, der verlangt wird, um auf weitere Freizeit zu verzichten. Dies gilt für Angestellte ebenso wie für Freiberufler, das bedeutet, dass sowohl Überstunden der Angestellten i.d.R. höher vergütet werden müssen als auch im kalkulatorischen Unternehmerlohn für Überstunden ein höherer Satz berücksichtigt werden sollte.

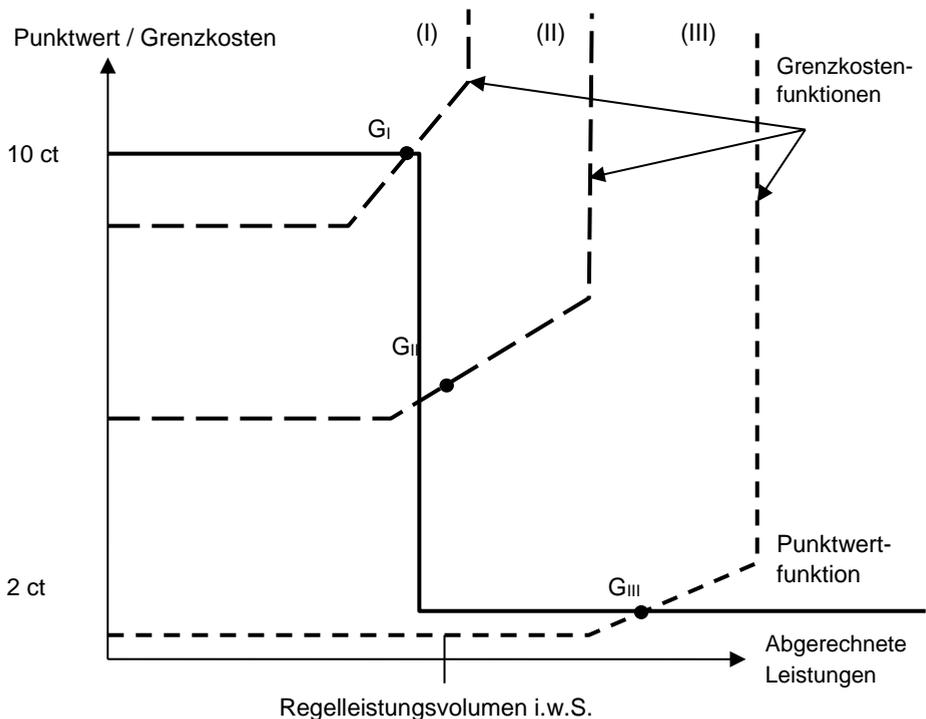
entkleiden können und der Arzt nicht darauf warten muss. Aber ein drittes Behandlungszimmer bringt nicht so viel zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten wie das zweite Behandlungszimmer ermöglicht hat. Wenn die Grenze (Punktmenge) erreicht ist, bei der nur ein weiteres Behandlungszimmer eine Leistungsausweitung ermöglicht, steigen bei dieser Punktmenge also die Grenzkosten.

Außerdem kann der Arzt manche Leistungen an entsprechend ausgebildete Kräfte delegieren und dadurch den Einsatz seiner eigenen Zeit verringern. Entsprechend ausgebildete Kräfte sind teurer. Dies ist eine weitere Möglichkeit durch die Inkaufnahme höherer Grenzkosten die Leistungsmenge auszuweiten.

Solange nur ein Arzt die Behandlungen durchführt, erreicht aber irgendwann jede Praxis eine Kapazitätsgrenze, über die hinaus keine Steigerung der Zahl der Behandlungen mehr möglich ist, ohne die Behandlungsqualität zu beeinträchtigen.

Je nachdem, wie die Praxis organisiert ist – beispielsweise wie viele Ultraschallgeräte sie hat und wie alt diese sind (bei bereits vollständig abgeschriebenen Geräten sind die Kosten i.d.R. niedriger) – unterscheiden sich die Grenzkosten. Es ist daher sinnvoll anzunehmen, dass die Grenzkosten je nach Praxis unterschiedlich hoch sind. Darum werden in der folgenden Abbildung drei mögliche Grenzkostenverläufe dargestellt, die alle der obigen Argumentation entsprechen: Sie beginnen in einem Bereich, in dem die Grenzkosten unabhängig von der Leistungsmenge, also konstant sind (waagerechter Verlauf). Daran schließt sich ein Bereich an, in dem sich die Grenzkosten mit steigender Leistungsmenge erhöhen (steigender Verlauf). Schließlich wird eine Leistungsmenge erreicht, die auch nicht durch Inkaufnahme höherer Grenzkosten überschritten werden kann, ohne die Behandlungsqualität zu beeinträchtigen (senkrechter Verlauf).

Abbildung 2: Gewinnmaximum der Arztpraxis



Quelle: eigene Darstellung

In Abbildung 2 sind drei unterschiedliche, fiktive Grenzkostenverläufe gestrichelt eingezeichnet. Alle drei entsprechen der Beschreibung: sie sind zunächst konstant, ab einem bestimmten Auslastungsgrad steigen die Grenzkosten bis schließlich keine weiteren Behandlungen durchgeführt werden können, selbst wenn dafür fast beliebig hohe Kosten in Kauf genommen würden.

Der Arzt erhöht seinen Gewinn, indem er solange mehr Leistungen erbringt, wie die zusätzlichen Kosten (Grenzkosten), die er für die Behandlung aufwenden muss, kleiner sind als der Preis, den er für die zusätzliche Leistung erhält (Punktwert). Sein Gewinnmaximum ist also bei der Leistungsmenge erreicht, bei der die Grenzkosten genauso hoch sind wie die zusätzliche Einnahme (Punktwert), die er für die letzte Leistung erhält (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2003, S. 353-371). In der Abbildung ist dies bei der Leistungsmenge der Fall,

bei der sich die Grenzkostenkurve und die Punktwertfunktion schneiden, nämlich an den Punkten G_I , G_{II} und G_{III} . Je nach Grenzkostenverlauf ist damit das Gewinnmaximum bei unterschiedlichen Mengen erreicht. Allerdings macht die Punktwertfunktion bei dem Regelleistungsvolumen einen starken Sprung nach unten, so dass alle Praxen, deren Grenzkosten zwischen dem abgesenkten Punktwert von gegenwärtig etwa zwei Ct. und dem normalen Punktwert von etwa zehn Ct. liegen, die gleiche Menge gewinn-maximierend ist, nämlich die Menge, die dem Regelleistungsvolumen entspricht (siehe Punkte G_I , G_{II} und G_{III} in Abbildung 3). Im Ergebnis ist demnach zu erwarten, dass alle Praxen versuchen werden, möglichst genau so viele Leistungen abzurechnen, dass sie ihr Regelleistungsvolumen i.w.S. möglichst genau treffen. Für die meisten Praxen würde eine Ausweitung der Leistungen über ihr Regelleistungsvolumen i.w.S. hinaus eine Verminderung des Gewinns bedeuten, weshalb mit restriktiver Terminvergabe zu rechnen ist, wenn innerhalb eines Quartals das Regelleistungsvolumen erreicht ist.

3.3 Finanzieller Anreiz aus der Berechnung des Regelleistungsvolumens

Das Regelleistungsvolumen kann der Arzt selbst durch die Zahl der Patienten, die er in einem Quartal behandelt (bzw. im Vorjahresquartal behandelt hat), beeinflussen.

Wenn der Arzt vor der Wahl steht, für einen Patienten, den er das Quartal bereits behandelt hat, mehr Leistungen zu erbringen oder für einen neuen, wie wird er sich entscheiden? Die Entscheidung hängt in erster Linie von medizinischen Notwendigkeiten ab, aber wenn es aus medizinischer Sicht Spielraum gibt, dann können finanzielle Anreize eine Rolle spielen. Wie wirken diese finanziellen Anreize?

Zunächst erhält der Arzt für beide Patienten gleich viel, wenn er bei beiden gleich viele Punkte abrechnen kann. Wenn er sich für die Behandlung des in diesem Quartal neuen Patienten entscheidet, so steigt das Regelleistungsvolumen, das im gleichen Quartal ein Jahr später seine Einnahmen begrenzt. Aus der Behandlung eines in dem aktuellen Quartal neuen Patienten hat er demnach im Vergleich zu einem bereits behandelten Patienten keinen Nachteil, nur den Vorteil, dass sein Regelleistungsvolumen im Folgejahresquartal steigt. Wenn es die Situation zulässt, wird er sich zur Gewinnmaximierung also immer für den neuen Patienten entscheiden.

3.4 Ergebnis der Untersuchung finanzieller Anreize

Im Ergebnis hat der Arzt keinen finanziellen Anreiz zur Ausweitung seiner Leistungen bei gleicher Patientenzahl, wenn er das Regelleistungsvolumen bereits erreicht hat. Er hat einen finanziellen Anreiz zur Erhöhung der Fallzahl (Anzahl unterschiedlicher Patienten) pro Quartal, um sein Regelleistungsvolumen im Folgejahresquartal zu erhöhen. Im Ergebnis führt das gegenwärtige Vergütungssystem dazu, dass der Arzt i.d.R. seinen Gewinn erhöht, indem er mit möglichst vielen Patienten möglichst wenig Zeit verbringt. Das bedeutet, der Arzt wird im gegenwärtigen Vergütungssystem von dem inneren Konflikt zwischen seinem Gewinn/Einkommen und der Behandlungsqualität (wenn der Zeitaufwand des Arztes darauf Einfluss hat) nicht entlastet.

Außerdem hat der Arzt einen finanziellen Anreiz, seine Kosten zu senken, denn dadurch steigt sein Gewinn in gleichen Umfang. Von der Kostensenkung profitiert niemand anders als der Arzt. In einem normalen Markt, wie beispielsweise für Notebooks, profitieren die potenziellen Kunden von Kostensenkungen, weil sie (evtl. durch den Wettbewerb) zu Preissenkungen führen und dadurch mehr Notebooks verkauft werden. Dies ist im gegenwärtigen Vergütungssystem für Vertragsärzte nicht der Fall.

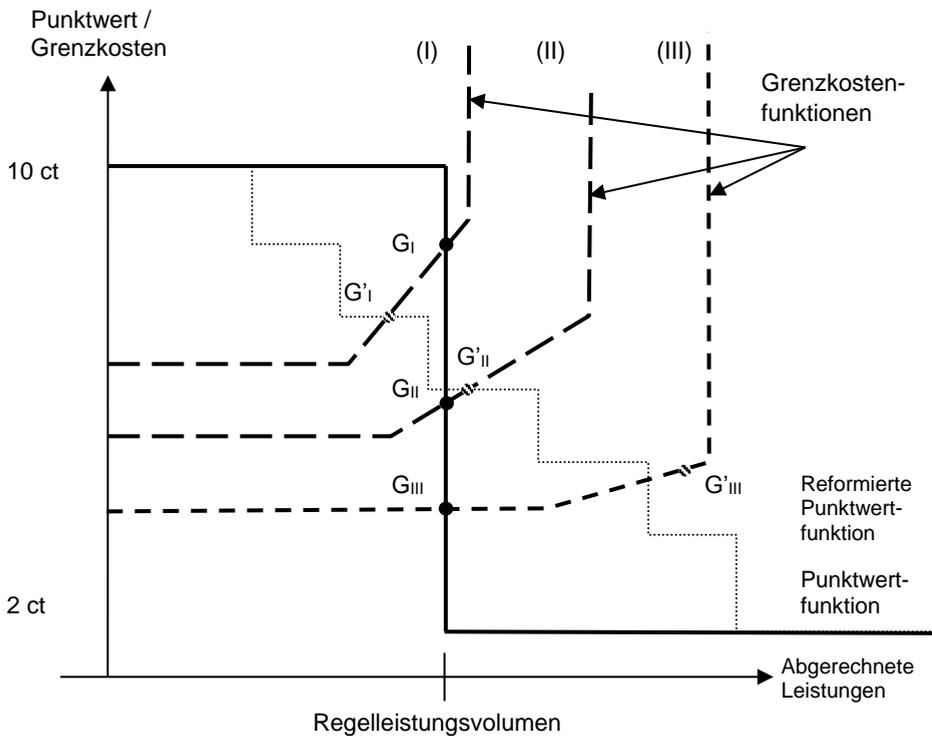
4 Vorschlag für eine Verbesserung des üblichen Vergütungssystems

Aus dem vorherigen Abschnitt kann abgeleitet werden: Wenn eine Praxis im gegenwärtig üblichen Vergütungssystem sich bemüht, ihre Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, indem sie durch Einführung von organisatorischen oder technischen Verbesserungen die Grenzkosten senkt, dann kommt der zusätzliche Gewinn dem Arzt zugute und niemand sonst hat einen Nutzen davon. Mit dem folgenden Vorschlag kann das System so verbessert werden, dass von einer Senkung der Grenzkosten auch die Patienten profitieren.

Wenn der Punktwert nicht abrupt fallen, sondern in mehreren Stufen abgesenkt würde, dann würde sich die gewinn-optimale Leistungsmenge vergrößern, wenn die Praxis die Grenzkosten senkt. Auf diese Weise würden auch die Patienten durch ein gestiegenes Angebot von der höheren Wirtschaftlichkeit profitieren.

In Abbildung 3 ist dieser Reformvorschlag als gepunktete Punktwertfunktion eingezeichnet. Die gewinn-optimalen Mengen würden sich dann zu G'_I , G'_{II} und G'_{III} ergeben. Die gewinn-maximale Leistungsmenge wäre dann für Praxis I bei einer niedrigeren Menge erreicht als gegenwärtig. Der Grund dafür liegt darin, dass ihre Grenzkosten recht hoch sind. Auf der anderen Seite würde Praxis III versuchen, mehr Leistungen zu erbringen, weil sie zu geringen Grenzkosten behandeln kann. Aus Effizienzgesichtspunkten heraus ist dieses Ergebnis erwünscht: Diejenigen Arztpraxen, die hohe (Grenz-) Kosten haben, schränken ihr Angebot ein, während die effizienteren Praxen das Angebot ausweiten. Im Ergebnis sinken die durchschnittlichen Produktionskosten.

Abbildung 3: Gewinnmaximum der Arztpraxis mit Reformvorschlag



Quelle: eigene Darstellung

Für die Umsetzung dieses Reformvorschlags bedarf es keiner gesetzlichen Änderung. In § 87b Abs. 2 SGB V ist lediglich vorgegeben, dass die KV Regelungen treffen muss, „...die verhindern, dass die Tätigkeit des Leistungserbringers über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt wird;“. Das bedeutet, jede KV kann die vorgeschlagene Regelung einführen.

5 Vor- und Nachteile dieser Regelung

Ein Vorteil dieses Vorschlages wäre, dass die Ärzte in dem inneren Konflikt zwischen Gewinn-/Einkommenssteigerung und dem Umfang erbrachter Leistungen an einem Patienten etwas entlastet werden. Denn das aktuelle Vergütungssystem sieht bei Überschreiten des Regelleistungsvolumens eine sehr starke Kürzung der Leistungsvergütung pro Punkt vor, so dass solche Leistungen den Arzt Zeit kosten, aber kaum vergütet werden. Im Ergebnis gibt es einen finanziellen Anreiz, solche Leistungen zu vermeiden. Wenn die Absenkung des Punktwertes dagegen nicht abrupt, sondern schrittweise erfolgt, können entsprechende Leistungen erbracht werden und der Arzt erhält noch eine angemessene, wenn auch verringerte Vergütung. Damit würde der Arzt bei seinem inneren Konflikt zwischen Gewinn/Einkommen und guter Behandlung gegenüber dem bestehenden System etwas entlastet.

Ein weiterer Vorteil ist, dass die Neuregelung so ausgestaltet werden könnte, dass alle Ärzte die gleichen Gewinne erzielen könnten, wie im bestehenden System. Sie könnten ihren Gewinn erhöhen oder senken – das hätten die jeweiligen Ärzte selbst in der Hand. Wenn die Umstellung schrittweise erfolgt, können die Ärzte ihr Leistungsverhalten und ihre (Grenz-) Kosten den neuen Regelungen entsprechend anpassen, ohne dass große Verwerfungen zu erwarten sind.

Ein Nachteil dieser Regelung wäre, dass sich die KV und die Krankenkassen von der Vorstellung verabschieden müssten, dass eine klare Leistungsmenge festgelegt werden kann, die ein Arzt erbringen soll, aber darüberhinausgehende Leistungen nicht mehr sinnvoll wären. Das könnte die Bedarfsplanung erschweren, die aber ohnehin derart grob ist und zu sehr langsamen Anpassung der örtlichen Behandlungskapazität an veränderte Bedarfe führt, dass hier ohnehin Reformbedarf besteht (vgl. Etgeton 2015).

6 Fazit

Das bestehende Vergütungssystem innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung für niedergelassene Ärzte erzeugt folgende Anreize:

- Die meisten Praxen erzielen das Gewinnmaximum bei der abgerechneten Leistungsmenge, die genau dem Regelleistungsvolumen i.w.S. entspricht.
- Die Berechnung des praxis-individuellen Regelleistungsvolumens i.w.S. schafft einen Anreiz, möglichst viele Patienten (aber nicht viele Leistungen) innerhalb eines Quartals zu behandeln.

Dass eine Leistung, die bei Überschreitung des Regelleistungsvolumens abgerechnet wird, deutlich geringer vergütet wird als innerhalb des Regelleistungsvolumens, ist als Maßnahme zur Beschränkung von angebotsinduzierter Nachfrage gedacht. Innerhalb der bestehenden gesetzlichen Regelungen könnte die Wohlfahrt verbessert werden, in dem der Punktwert für eine Arztleistung in mehreren kleinen Schritten abgesenkt wird, statt in einem großen. Dies würde dazu führen, dass Praxen mit hohen Grenzkosten einen finanziellen Anreiz hätten, ihr Leistungsangebot zu verringern und Praxen, die geringe Grenzkosten haben, einen Anreiz hätten, mehr Behandlungen als gegenwärtig durchzuführen. Im Ergebnis würden die Kosten für die gleiche Behandlungsmenge sinken.

Dieser Vorschlag ist zur Verbesserung der aktuellen Lage innerhalb des bestehenden gesetzlichen Rahmens gedacht. Nicht untersucht wurde, ob gänzlich andere Vergütungssysteme noch bessere Ergebnisse liefern würden.⁴

Der Vorschlag kann von jeder Kassenärztlichen Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen umgesetzt werden.

⁴ Für eine Übersicht über Vergütungssysteme für Ärzte siehe Schulenburg/Greiner (2007), S. 153-199.

Literaturverzeichnis

- Bewertungsausschuss (2015): Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 360. Sitzung am 19.8.2015,
https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2015-08-19_ba360_3.pdf,
abgerufen am 4.5.2017.
- Breyer, Friedrich / Zweifel, Peter / Kifmann, Matthias (2013): Gesundheitsökonomik, Berlin/Heidelberg.
- Etgeton, Stefan (2015): Ärztedichte. Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei, in: Bertelsmann-Stiftung: Spotlight Gesundheit. Daten, Analysen, Perspektiven 03/2015, Gütersloh,
http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/Grauepublikationen/Spotlight_Gesundheit_Thema_Aerztedichte_03-2015.pdf,
abgerufen am 6.5.2017.
- Freudenberg (2016), in: Schlegel/Voelzke: juris PraxisKommentar SGB V, 3. Auflage, Saarbrücken.
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein [KVNO] (2016): Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein. Endfassung ab I/2017,
<https://www.kvno.de/downloads/honorar/hvm1701.pdf>,
abgerufen am 4.5.2017.
- Schulenburg, Matthias Graf von / Greiner, Wolfgang (2007): Gesundheitsökonomik, Tübingen.
- Sozialgesetzbuch fünf [SGB V], zuletzt geändert durch Artikel 1 des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes [HHVG] vom 4.4.2017, veröffentlicht am 10.4.2017 im Bundesgesetzblatt I, S. 778-790, Bonn.



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Eine Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 42.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de