

Ambulanter Sektor: Systemfrage im Fokus

Auf dem Bonner Gesundheitskongress des Westens diskutierten Experten über einen einheitlichen Vergütungsmodus für den ambulanten Sektor. Dabei geriet auch die Systemfrage in den Fokus.

von Jürgen Brenn

Wo liegt die Zukunft der Krankenversicherung in Deutschland? Manche Parteien und Parteistrategen spekulieren auf eine Einheitsversicherung – die Bürgerversicherung – statt des bisherigen dualen Systems von gesetzlicher und privater Krankenversicherung. Ein anderes Gedankenspiel ist, den Hebel beim Vergütungssystem anzusetzen und dem stationären Sektor in ein einheitliches Vergütungssystem zu folgen.

Der Lehrstuhlinhaber für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Professor Dr. Jürgen Wasem, rechnete für die Techniker Krankenkasse aus, dass ohne die PKV-Patienten und die Abrechnung über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zwischen vier und fünf Milliarden Euro Honorar wegbrechen würden. Diese Zahl nannte der Gesundheitswissenschaftler wenige Tage vor Veröffentlichung der Studie auf dem Gesundheitskongress des Westens in Bonn. Der Vorstandsvorsitzende der DAK, Professor Dr. Herbert Rebscher, schätzt die Einbußen auf 2,5 Milliarden pro Jahr und Dr. Volker Leienbach, Direktor des PKV-Verbandes, geht von über fünf Milliarden Honorarverlust für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte aus.

EBM versus GOÄ

Derzeit existiert in Deutschland das duale System bei den Kostenträgern. Auf der einen Seite stehen die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV), die den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zur Grundlage haben. Darüber werden rund 90 Prozent aller ambulant erbrachten Leistungen abgerechnet. Die verbleibenden zehn Prozent werden über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet, die die Basis für die Honorarabrechnungen mit den privaten Versicherern darstellt. Beide Vergütungssysteme haben eine eigene Historie und folgen

verschiedenen Grundideen, erklärte Wasem. Beide Gebührenordnungen bezeichnete er als „träge“, wobei der Gesetzgeber in der Vergangenheit den EBM immer wieder verändert hat. Die GOÄ, die aus der Preußischen Gebührenordnung entwickelt wurde, sei noch träger, da hier eine Weiterentwicklung seit gut 30 Jahren nicht mehr stattfindet.

Dem Verdacht, dass die verschiedenen Abrechnungsmodi auch zu deutlichen Behandlungsunterschieden führen würden, widersprach der Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Klaus Reinhardt, in Bonn. Er sprach von „geringen Komfortvorteilen“ für PKV-Patienten wie kürzere Wartezeiten. Dies sei allerdings kein Grund für eine „Skandalisierung“, so Reinhardt. „Bei uns gibt es einheitliche Versorgungsstrukturen trotz der dualen Finanzierung“, sagte der Verbandschef und niedergelassene Hausarzt. Dies sei ein Unterschied zu staatlich finanzierten Systemen. Reinhardt sprach sich für den Erhalt der unterschiedlichen Vergütungssysteme aus, denn nur so sei es möglich, den Arztberuf frei auszuüben.

Dr. Stefan Etgeton von der Bertelsmann-Stiftung und früherer Verbraucherschützer machte „Unwuchten“ bei der PKV aus, da Privatpatienten Gefahr liefen, Opfer von Über- und Fehlversorgung zu werden. Bei der Abrechnung über die GOÄ stünden nicht die sogenannten WANZ-Prinzipien im Vordergrund wie beim EBM: Die Behandlung eines GKV-Patienten müsse „wirtschaftlich, ausreichend, notwendig und zweckmäßig“ sein. Etgeton sieht in dem Gedankenspiel eines einheitlichen Systems in puncto Honorierung durchaus Vorteile: Eine pauschalierte Vergütung im hausärztlichen Bereich mache durchaus Sinn. Auch sei die fachärztliche Versorgung über Einzelvergütung vorstellbar, wenn diese abhängig gemacht werde von der Qualität der Leistung, sodass das Prinzip „Pay for Performance“ greife.

Auch der GKV-Vertreter Rebscher nannte die Qualität der Leistung als ein wichtiges Anreizmerkmal für das Vergütungssystem. Dieses Instrument fehle in der GOÄ, hier seien die GKV und der EBM weiter entwickelt. „Die PKV leidet darunter“, so Rebscher. Das Bestreben der PKV, Selektivverträge abzuschließen zu können, sei nichts anderes als der Einstieg, Qualitätskriterien einzuführen. Als Diskussionsgrundlage für

den Einstieg in ein einheitliches Vergütungsmodell könne nur der EBM herangezogen werden, da dieser seit Jahren weiterentwickelt werde und Kriterien wie Evidenz der Medizin oder der Bezug auf Indikationen darin enthalten seien. Die GOÄ sei als reines Preismodell dafür ungeeignet.

Grundsätzlich sieht Rebscher kaum noch Unterschiede zwischen den verschiedenen Kassensystemen. Zum Beispiel säßen im stationären Bereich die privaten Krankenversicherer beim Thema DRG mit am Tisch. Der DAK-Vorstandsvorsitzende konstatierte einen „Interessengleichklang“ zwischen GKV und PKV. An einem bestimmten Punkt müsse man sich die Frage stellen, ob man die PKV noch brauche, so Rebscher und fügte provokant hinzu: „Man braucht sie ja nicht wirklich.“

Droht eine Zweiklassen-Medizin?

Der Vertreter der PKV, Volker Leienbach, konterte mit dem Hinweis, dass auch das GKV-System in Deutschland nicht gerecht sei, sondern historisch gewachsen mit unterschiedlich geprägten und geografisch agierenden Versicherungsträgern wie Ortskrankenkassen oder Betriebs- und Innungskrankenkassen. Würde das GKV-System neu konzipiert, gäbe es diese unterschiedlichen Formen nicht. Das gewachsene System der GKV „kann nicht Referenz für die Zukunft sein“, so Leienbach. Denn es sei nicht bewiesen, dass die Versorgung der Patienten verbessert werde, wenn die Säule der kapitalgedeckten privaten Krankenversicherung aus dem System genommen würde.

Leienbach befürchtet, dass ein einheitliches System der Kostenträger zu verschiedenen Versorgungssystemen auf Seiten der Leistungserbringer führen könnte – wie das Beispiel Großbritannien zeige, wo sich Strukturen einer Zweiklassenmedizin etabliert haben. Die Menschen wollten Differenzierung. Dieses Bedürfnis werde in einem Einheitssystem über Zusatzversicherungen aufgefangen, sagte er. Auch innerhalb der GKV gebe es Unterschiede im Leistungskatalog. Der Verbandsdirektor warnte: ein einheitliches Versicherungssystem würde eine Ausdifferenzierung im Versorgungssektor nach sich ziehen und zu einer Zwei- oder Drei-Klassen-Medizin führen.