ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Walendzik, Anke; Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen

Working Paper

Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung

Diskussionsbeitrag, No. 165

Provided in Cooperation with:
University of Duisburg-Essen, Institute of Business and Economic Studie (IBES)

Suggested Citation: Walendzik, Anke; Greß, Stefan; Manouguian, Maral; Wasem, Jürgen (2008) : Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag, No. 165, Universität Duisburg-Essen, Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Essen

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/32104

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Diskussionsbeitrag aus dem

Fachbereich Wirtschaftswissenschaften

Universität Duisburg-Essen

Campus Essen

Nr. 165

Februar 2008

Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung

Anke Walendzik, Stefan Greß, Maral Manouguian,

Jürgen Wasem

Februar 2008

Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung

Bericht zu einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt

Anke Walendzik[1], Stefan Greß[2], Maral Manouguian[1], Jürgen Wasem[1]

Februar 2008

[1] Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen
[2] Professur für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie, Hochschule Fulda

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 3

0. Kurzfassung 4

1. Einleitung 6

2. Vergütungsunterschiede in den Leistungsbereichen 9
   a) Ambulanter ärztlicher Bereich 9
   b) Ambulanter zahnärztlicher Bereich 15
   c) Arzneimittel 19

3. Methodische Vorüberlegungen 24
   a) Aggregation individueller Ausgabenprofile 24
   b) Vergleich einzelner Gebührenpositionen mit Frequenzstatistiken 26
   c) Ermittlung von Aufschlagsfaktoren für ein standardisiertes Leistungsniveau und Hochrechnung auf absolute Vergütungsdifferenzen 27

4. Messung von relativen Vergütungsdifferenzen im ambulanten ärztlichen Bereich 28
   a) Daten 28
   b) Methodik 30
   c) Ergebnisse 37

5. Messung von absoluten Vergütungsdifferenzen im ambulanten ärztlichen Bereich 40
   a) Daten 40
   b) Methodik 42
   c) Ergebnisse 46

6. Angleichung der Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich 52
   a) Annahmen für die Modellrechnung 52
   b) Modellrechnung 53

7. Literatur 60

Tabellenverzeichnis 61

Abbildungsverzeichnis 63

Abkürzungsverzeichnis 64

Anhang 65

0. Kurzfassung

Diese Studie verfolgt zwei Ziele. Erstens werden die Vergütungsunterschiede zwischen privat versicherten und gesetzlich versicherten Patienten in der ambulanten ärztlichen Versorgung sowohl relativ als auch in absoluten Zahlen quantifiziert. Zweitens wird berechnet, wie hoch die Belastung beziehungsweise die Entlastung für die jeweiligen Versicherungssysteme (gesetzliche Krankenversicherung und private Krankenversicherung bzw. Beihilfeträger) sein würde, wenn das Vergütungsniveau in der ambulanten ärztlichen Versorgung auf ein gemeinsames Niveau angepasst werden würde, welches für die Ärzteschaft umsatzneutral ist.

Für die Ermittlung der Vergütungsunterschiede zwischen privat versicherten und gesetzlich versicherten Patienten in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird im ersten Teil der Untersuchung zunächst ein standardisiertes Leistungsniveau auf der Basis der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung definiert. Die Datengrundlage für unsere Berechnungen besteht in einem Datensatz einer großen bundesweit tätigen Krankenkasse, die im Rahmen ihres Kostenerstattungsprogramms einen Algorithmus entwickelt hat, der die unterschiedlichen Vergütungssysteme in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung miteinander vergleichbar macht. Auf dieser Basis werden Aufschlagsfaktoren errechnet, die das höhere Vergütungsniveau in der privaten Krankenversicherung ausdrücken. Diese Aufschlagsfaktoren unterscheiden sich nach Alter und Geschlecht der jeweiligen Patienten, aber auch innerhalb der fachärztlichen Gruppen. Überdurchschnittlich hoch sind die Aufschlagsfaktoren bei Hausärzten (2,64) und bei Internisten (2,4) sowie bei Kinderärzten (2,45). Im Durchschnitt beträgt dieser Aufschlagsfaktor 2,28. Mit anderen Worten: Der behandelnde Arzt erhält im Durchschnitt für eine medizinisch im Grundsatz gleiche Leistung bei einem privat versicherten Patienten mehr als die doppelte Vergütung als für einen gesetzlich versicherten Patienten.

Im zweiten Teil der Untersuchung wird auf der Basis der relativen Vergütungsdifferenzen errechnet, wie hoch die absoluten Vergütungsunterschiede zwischen privat versicherten und gesetzlich versicherten Patienten in der ambulanten ärztlichen Versorgung sind. Auch in diesem Teil der Untersuchung wird ein standardisiertes Leis-

tungsniveau auf der Basis der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung angenommen. Nach unseren Berechnungen beträgt die Vergütungsdifferenz zwischen privat versicherten Patienten und gesetzlich versicherten Patienten für dieses Leistungspaket in absoluten Zahlen etwa 3,6 Mrd. €. Mit anderen Worten: Die Ärzte erhalten insgesamt für die Behandlung privat versicherter Patienten 3,6 Mrd. € mehr, als wenn sie diese Patienten auf der Basis des Vergütungssystems in der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt hätten.

Im letzten Schritt der Untersuchung haben wir die Belastungswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung beziehungsweise die Entlastungswirkungen für die private Krankenversicherung für den Fall quantifiziert, dass die Unterschiede in den Vergütungssystemen zwischen den beiden Krankenversicherungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgehoben werden würden. Dabei sind wir davon ausgegangen, dass sich das Vergütungsniveau – die Summe der Einnahmen aus der Behandlung von privat versicherten und gesetzlich versicherten Patienten – für die Ärzte insgesamt nicht verändert. In einem solchen Szenario würde sich für die gesetzliche Krankenversicherung eine Belastung von etwa 3,2 Mrd. € ergeben. Dies entspricht in etwa 0,34 Beitragssatzpunkten. Für die Ausgabenträger der privat krankenversicherten Patienten würde sich eine Entlastung in gleicher Höhe ergeben. Davon würden in etwa zwei Drittel auf die privaten Krankenversicherungen und etwa ein Drittel auf die Beihilfeträger entfallen. Die Frage möglicher Gegenfinanzierungen von Be- und Entlastungen der unterschiedlichen Kostenträger wird in diesem Papier nicht thematisiert.

1. Einleitung

In der Diskussion um die künftige Ausgestaltung des deutschen Gesundheitssystems werden regelmäßig auch die Vergütungsstrukturen der Leistungserbringer diskutiert. Dabei wird nicht nur gefragt, nach welchem Vergütungssystem Ärzte und Krankenhäuser für ihre Leistungen honoriert werden sollen. Vielmehr wird auch die unterschiedliche Vergütung in gesetzlicher und privater Krankenversicherung kritisch diskutiert: Einerseits wird von Ärzteschaft und Unternehmen der privaten Krankenversicherung darauf hingewiesen, dass bei Privatversicherten „Mehrerlöse“ im Vergleich zur Behandlung gesetzlich Versicherter entstehen, die zur Sicherung einer ausreichenden Versorgung notwendig seien (etwa: Niehaus/Weber 2005). Andererseits wird unter Gleichheits- und Gerechtigkeitsaspekten formuliert, dass diese Mehrumsätze zu einer bevorzugten Behandlung der PKV-Versicherten führten, z.B. zu einer schnelleren Terminvergabe und kürzeren Wartezeiten.[1] Eine mögliche Reaktion auf die zuletzt formulierte Kritik wird verschiedentlich in einer Angleichung der Vergütungsniveaus in PKV und GKV im ambulanten ärztlichen Bereich gesehen. Soll jedoch eine aus einer Verringerung der ärztlichen Umsätze möglicherweise resultierende Verschlechterung der Versorgung vermieden werden, wäre eine solche Angleichung der Vergütungssysteme für die Ärzte umsatzneutral zu gestalten, was faktisch bedeutet, die Vergütungen aus der Behandlung gesetzlich versicherter Patienten gleichzeitig zu einer Absenkung von Honoraren für Privatpatienten entsprechend anzuheben. Eine solche Anhebung der Vergütungen vertragsärztlicher Leistungen würde allerdings zu Beitragssatzanstiegen in der GKV führen. Die Frage möglicher Gegenfinanzierungen von Be- und Entlastungen der verschiedenen Kostenträger wird in diesem Papier nicht thematisiert.

Im Rahmen dieses Papieres soll zunächst gefragt werden, welche Vergütungsunterschiede überhaupt in den verschiedenen Leistungsbereichen existieren. Für eine mögliche Angleichung von Vergütungssystemen ist es sinnvoll, nicht pauschal alle Leistungen zu betrachten, sondern nur solche, die in beiden Versicherungssystemen vergütet werden – denn nur hier ist ja eine Angleichung möglich. Es geht hier also

[1] Vgl. etwa die empirische Untersuchung von Lüngen et (2008).

um die Ermittlung der Vergütungsdifferenzen für einen standardisierten Leistungsumfang auf Niveau der bisherigen GKV-Leistungen. Während die übrigen Leistungsbereiche nur in ihren Grundzügen dargestellt werden sollen (vgl. Abschnitt 2), werden die Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich genauer analysiert. Dies ist neben der ambulanten zahnärztlichen Versorgung gleichzeitig auch der Bereich, in dem die Vergütungssysteme am systematischsten differieren. In methodischen Vorüberlegungen werden verschiedene Ansätze zur Messung der Vergütungsdifferenz auf ihre Verwendbarkeit für das Ziel der Teilstudie hin überprüft und die Wahl der hier verwendeten Methodik begründet (vgl. Abschnitt 3). Mit Hilfe empirischer Daten aus dem Kostenerstatterprogramm der Techniker-Krankenkasse werden dann zunächst Aufschlagsfaktoren zur Messung relativer Vergütungsunterschiede ermittelt (vgl. Abschnitt 4). In einem weiteren Schritt können darauf aufbauend mit Hilfe von Daten aus RSA (Risikostrukturausgleich) und SOEP (Sozioökonomisches Panel) absolute Vergütungsdifferenzen im ambulanten ärztlichen Bereich ermittelt werden (vgl. Abschnitt 5).

Aufbauend auf diesen Ergebnissen werden Szenarien einer Angleichung der Vergütungssysteme entwickelt, wobei unterschiedliche Varianten betrachtet werden (vgl. Abschnitt 6). Denkbar – und entsprechend hier als Varianten analysiert – sind eine Angleichung von Vergütungssystem und Vergütungshöhe, aber auch eine alleinige Angleichung des Vergütungssystems mit gleichzeitigen Aufschlägen für PKV-Versicherte. Die Vergütung der über das standardisierte Leistungsniveau hinausgehenden Leistungen (im Bereich GKV-Versicherte unter Umständen über Zusatzversicherungen abgedeckt, bei den PKV-Vollversicherten weit überwiegend als erweiterter Leistungsumfang mitversichert) ist nicht Thema dieser Studie.

Mögliche Angleichungsszenarien wirken auch auf die Summe der Vergütungen der Leistungserbringer. Ausgehend davon, dass größere betriebswirtschaftliche Erschütterungen für einzelne Praxen zu vermeiden sind, werden deshalb alle Szenarien auf der Grundannahme einer gleich bleibenden Summe der ambulanten ärztlichen Vergütungen für Leistungen an GKV- und PKV-Versicherten entwickelt. Auf dieser Basis werden in einem letzten Schritt dann die Konsequenzen der entwickelten Szenarien für die Finanzierungsbeiträge der verschiedenen Finanzierungssysteme (GKV, PKV, Beihilfeträger, Eigenbeitrag der Versicherten) abgeleitet (Abschn. 7). Die sich daraus

ergebenden Mehr- und Minderbelastungen können weitere Reformnotwendigkeiten bedingen.

2. Vergütungsunterschiede in den Leistungsbereichen

Die sowohl durch GKV als auch durch PKV finanzierten Leistungsbereiche des hier betrachteten standardisierten Leistungsniveaus sind durch eine Vielfalt von Vergütungssystemen gekennzeichnet, und es zeigt sich auch schnell, dass die Vergütungsunterschiede für gleiche Leistungen je nach Leistungsbereich äußerst unterschiedlich sind. Deshalb sollen zunächst die Vergütungssysteme für die wichtigsten Leistungsbereiche dargestellt werden. In Hinblick auf die unterschiedlichen angewandten Vergütungssysteme lassen sich vier große Bereiche differenzieren: der ambulante ärztliche und der ambulante zahnärztliche Bereich, die Arzneimittel und der stationäre Bereich.

Das Vergütungssystem im stationären Bereich differenziert grundsätzlich nicht zwischen den Versichertengruppen der PKV und der GKV, d.h. die Vergütung ist für alle Patienten grundsätzlich gleich (§ 17 Abs. 1 KHG). Ausschließlich im Bereich der Zusatzleistungen, d.h. in erster Linie bei komfortabler Unterbringung und im Rahmen gesonderter wahlärztlicher Leistungen, ergibt sich ein gesonderter Abrechnungsmodus für PKV-Versicherte, seien dies nun Vollversicherte oder GKV-Patienten mit Zusatzversicherung in der PKV. Darum ist im Rahmen der Zielsetzung dieses Kapitels, der Untersuchung von Vergütungsunterschieden auf der Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV, eine nähere Auseinandersetzung mit dem Vergütungssystem im stationären Bereich entbehrlich. Kleinere Bereiche wie die Heil- und die Hilfsmittel werden ebenfalls nicht behandelt.

a) Ambulanter ärztlicher Bereich

Im ambulanten ärztlichen Bereich wird im Bereich der Vergütung für PKV-Versicherte (und andere Selbstzahler) die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) zugrunde gelegt, für GKV-Versicherte der EBM (einheitlicher Bewertungsmaßstab). Die Vergütungssysteme unterscheiden sich hier besonders stark in ihrer Struktur und sind insofern im Detail schwer vergleichbar.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Grundlage für die Abrechnung ambulanter ärztlicher Leistungen außerhalb des Bereichs der GKV-Versicherten ist die Gebührenordnung für Ärzte. Die GOÄ ist eine

Rechtsverordnung der Bundesregierung und stellt damit keine vertragliche Konstruktion zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern dar. Anders als im weiter unten dargestellten EBM ist hier darüber hinaus auch die wahlärztliche Vergütung im stationären Bereich geregelt.

Gebühren für ärztliche Leistungen setzen sich hier grundsätzlich zusammen aus den den einzelnen Leistungen zugeordneten Punkten des Gebührenverzeichnisses der GOÄ, multipliziert mit dem Punktwert (derzeit 0,0582873 €) und dem Steigerungsfaktor.

In ihrem Aufbau enthält die GOÄ zunächst allgemeine Bestimmungen zu Gebühren, Entschädigungen und Auslagenersatz und gestaltet sich im Folgenden als einzelleistungsorientiertes Gebührenverzeichnis in folgender Gliederung:

A. Gebühren in besonderen Fällen
B. Grundleistungen und allgemeine Leistungen
C. Nichtgebietsbezogene Sonderleistungen
D. Anästhesieleistungen
E. Physikalisch-medizinische Leistungen
F. Innere Medizin, Kinderheilkunde, Dermatologie
G. Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
H. Geburtshilfe und Gynäkologie
I. Augenheilkunde
J. Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
K. Urologie
L. Chirurgie, Orthopädie
M. Laboratoriumsuntersuchungen
N. Histologie, Zytologie und Zytogenetik
O. Strahlendiagnostik, Nuklearmedizin, Magnetresonanztomographie und Strahlentherapie
P. Sektionsleistungen

Die letzte Teilreform der GOÄ, vorwiegend die Laborleistungen betreffend, hat der Versordnungsgeber im Jahr 1996 vorgenommen. Die Leistungsbeschreibungen, Strukturen und Bewertungen, die zum großen Teil aus dem Jahre 1982 datieren, werden auch von der Ärzteschaft bereits seit mehreren Jahren als wenig aktuell und

nicht dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend kritisiert (Hess 1998).

Durch den Steigerungsfaktor ist trotz festen Punktwertes ein Gebührenrahmen gesetzt, der sich in den meisten Fällen vom einfachen bis zum 3,5-fachen erstreckt; im Bereich der technischen und Laborleistungen sind geringere Spannen vorgegeben. Variationen des Steigerungsfaktors sind je nach Schwierigkeit, Zeitaufwand und Ausführungsumständen der Leistungen möglich (Wezel/Liebold 2006). Dabei ist ein Regelhöchstsatz oder Schwellenwert definiert, dessen Überschreitung der Begründung durch Besonderheiten der medizinischen Behandlung bedarf. Nach Veröffentlichungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung wurden in 2003 86,64% der Leistungen im ambulanten Bereich mit dem Regelhöchstsatz abgerechnet, 5,04% darunter und 8,32% über dem Regelhöchstsatz (Verband der privaten Krankenversicherung 2005).

Die Vergütungsabrechnung nach der GOÄ betrifft in der Regel Personenkreise außerhalb der GKV-Versicherten. Zwei Ausnahmen sind allerdings zu nennen: Zum ersten werden ärztliche Leistungen außerhalb des Leistungsspektrums der GKV auch für deren Versicherte direkt per GOÄ abgerechnet. In 1998 prägte die KBV in diesem Zusammenhang den Begriff der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Sie sind definiert als Leistungen, die nicht zum Leistungsumfang der GKV gehören, aber dennoch von Patientinnen und Patienten nachgefragt werden, ärztlich empfehlenswert oder aufgrund des Patientenwunsches ärztlich vertretbar sind (Schorre 1998). Eine weitere Ausnahme stellt die Abrechnungsmöglichkeit von GKV-Patienten per Kostenerstattung dar, die es im Laufe der Zeit für unterschiedliche Gruppen (zum Beispiel zeitweise nur für freiwillig Versicherte) in unterschiedlichem Ausmaß gegeben hat (siehe unten). Seit dem 1.1.2004 können als Folge des GKV-Modernisierungsgesetztes (GMG) alle Versicherten die Kostenerstattung wählen, müssen dies allerdings mindestens für den kompletten ambulanten Bereich[2] und mindestens für den Zeitraum eines Jahres tun (§ 13 SGB V). Von ärztlicher Seite wird hier nach GOÄ abgerechnet, die GKV hingegen erstattet nur Leistungen aus

[2] Rechtstand 2006. Seit der Neuregelung durch das GKV-WSG können die Versicherten sich bei ihrer Wahl auch auf den ärztlichen ambulanten, den zahnärztlichen oder den Arzneimittelbereich beschränken.

ihrem Leistungskatalog bewertet nach EBM, reduziert um Abschläge für Verwaltungskosten und Zuzahlungen.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) ist die Grundlage der ambulanten kassenärztlichen Vergütung. Anders als die GOÄ ist er nach § 87 SGB V Gegenstand vertraglicher Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, die diese Aufgabe im Bewertungsausschuss erfüllen. Auch im EBM werden Leistungen und Leistungskomplexe mit Punkten bewertet, das heißt ihre Bewertungsrelation wird über diese Punkte festgelegt. Die konkrete monetäre Bewertung aber ergibt sich erst aus Verhandlungsergebnissen bezüglich des Punktwertes bzw. auch verschiedener Punktwerte für einzelne Leistungsgruppen sowie eventuellen Deckelungsregelungen auf der Landesebene zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesverbänden der Krankenkassen, wo entsprechende Honorarverteilungsmaßstäbe vereinbart werden. Die Verteilung der ärztlichen Vergütung erfolgt über ein zweistufiges Vergütungsverfahren: die Kassen zahlen eine ärztliche Gesamtvergütung auf Ebene der einzelnen KV, die diese dann an die einzelnen Vertragsärzte verteilt (Rosenbrock/Gerlinger 2006).

Die konkrete Abrechnung der Kassen findet dabei nach Kassenart getrennt über zwei verschiedene, vom EBM aber unmittelbar abgeleitete Gebührenordnungen statt, die sich nur durch einige zusätzliche Regelungen über Leistungsmodalitäten unterscheiden. Die Primärkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) legen hier den Bewertungsmaßstab Ärzte (BMÄ) zugrunde, die Ersatzkassen hingegen die Ersatzkassen-Gebührenordnung (E-GO).

Die letzte größere Veränderung des EBM trat am 1.4.2005 als so genannter EBM 2000plus in Kraft.[3] Tendenz der aktuellen EBM-Entwicklung ist eine Verlagerung weg von der Einzelleistungsvergütung hin zu Vergütungspauschalen, um Anreize zur Erbringung unnötiger Leistungen zu vermeiden.

Der EBM 2000plus ist in fünf Abschnitte gegliedert:

Allgemeine Bestimmungen

[3] Dies bezieht sich auch auf den Redaktionsschluss der Studie Ende 2006. Aufgrund des GKV-WSG tritt zum 1.1. 2008 der neue EBM 2008 mit einer weiter stärkeren Pauschalierung in Kraft.

Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen

Arztgruppenspezifische Leistungen

Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen

Pauschalerstattungen

Die allgemeinen Bestimmungen nehmen ähnlich wie in der GOÄ grundsätzliche Begriffsabgrenzungen und Allgemeinregelungen vor. Die arztübergreifenden allgemeinen Leistungen können grundsätzlich von jedem Vertragsarzt oder -therapeuten abgerechnet werden. Die Abrechnung der arztgruppenspezifischen Leistungen setzt jedoch die entsprechende Gebietsbezeichnung, den Schwerpunkt oder die Zusatzbezeichnung der jeweiligen Präambel des Abschnittes voraus. Auch die arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen setzen zur Abrechnung Fachkundenachweise und apparative Einrichtungen voraus.

Im Vergleich zum Vorgänger-EBM hat bei der letzten EBM-Reform eine Leistungskomplexierung stattgefunden, wobei jeweils obligatorische Leistungsinhalte definiert wurden. Neu ist die Differenzierung des Ordinationskomplexes nach Altersgruppen, die unterschiedliche Morbiditäten abbilden soll. Gleichzeitig erfolgt eine Steuerung des Leistungszugangs über die eindeutige Zuordnung von Leistungen zu Facharztgruppen.

Schon in der Konzeption und der stärkeren Gerichtetheit auch auf Steuerung der Leistungsmenge durch Leistungspauschalen unterscheidet sich der EBM deutlich von der GOÄ. Seine monetäre Umsetzung in konkrete ärztliche Vergütungen ist zudem abhängig sowohl von den Verhandlungsergebnissen der zuständigen Verbände über den Punktwert als auch von zusätzlichen Mengensteuerungsmaßnahmen, die seit den 90er Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen haben. Die monetäre Bewertung der ärztlichen Leistungen vollzieht sich insofern im Spannungsfeld zwischen einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bezüglich der Gesamtvergütung und einem zunächst einzelleistungsorientierten und inzwischen verstärkt auch behandlungsfallorientierten Bewertungssystem auf der Ebene der Arztpraxis (Rosenbrock/Gerlinger 2006).

Die Gesundheitsreformen seit den 90er Jahren haben verschiedene Formen von Budgetierung der Gesamtvergütung, aber auch der Vergütung der einzelnen Praxen vorgesehen. Die seit dem GMG gültige Regelung sieht die Vereinbarung arztgruppenspezifischer Regelleistungsvolumina vor, bis zu deren Erreichen die ärztlichen Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind und bei deren Überschreitung abgestaffelte Punktwerte vorzusehen sind (§ 85 Abs.4 SGB V).

Aufbauend darauf regelt der Bewertungsausschuss auf der Bundesebene die grundsätzliche Vorgehensweise bei der Ermittlung von Ausgabentöpfen nach Arztgruppen und sieht fallzahlbezogene davon abgeleitete Regelleistungsvolumina und arztspezifische Fallpunktzahlen für Einzelpraxen vor. Innerhalb der Regelleistungsvolumina soll der jeweils vereinbarte volle Punktwert gezahlt werden, danach eine Abstaffelung erfolgen. Die Ausführung in den einzelnen Bundesländern ist jedoch äußerst unterschiedlich nah an diesem Konzept, und es gibt eine Fülle an Sonder- und Übergangsregelungen, um größere Brüche für einzelne Arztpraxen im Vergleich zur Situation vor Einführung der Regelleistungsvolumina zu vermeiden.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das ärztliche Vergütungssystem über den EBM nur sehr begrenzt dem Vergütungssystem der GOÄ vergleichbar ist.

Tabelle 1: Vergleich der Gebührenordnungen im ambulanten ärztlichen Bereich

	EBM	**GOÄ**
rechtliche Form	Vertragliche Vereinbarung zwischen KBV und Spitzenverbänden der GKV	Rechtsverordnung
letzte Aktualisierung	EBM 2000plus zum 1.4.2004	Laborleistungen 1996, übrige Leistungen seit 1982 wesentlich gleich
monetäre Bewertung	vertragliche Vereinbarung von Punktwerten zwischen Kven und Landesverbänden der GKV	feste Punktwerte, Variationsmöglichkeit durch Steigerungsfaktor im Rahmen einer Gebührenspanne
Vergütungsformen	pauschalierte Vergütungen für Leistungskomplexe, Einzelleistungsvergütung	Einzelleistungsvergütung
Umfang der enthaltenen Leistungen	standardisierter Leistungsumfang der GKV	zusätzlicher Leistungsumfang auch außerhalb des standardisierten Leistungsumfangs der GKV

Quelle: Eigene Darstellung

b) Ambulanter zahnärztlicher Bereich

Auch im ambulanten zahnärztlichen Bereich regeln zwei verschiedene Vergütungsordnungen die zahnärztliche Vergütung. Im Bereich der PKV findet die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) Anwendung, wohingegen für GKV-Patienten grundsätzlich nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z) abgerechnet wird.

Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die Gebührenordnung für Zahnärzte ähnelt in ihrer Grundanlage der GOÄ. Auch hier handelt es sich um eine Rechtsverordnung der Bundesregierung, und auch hier bestimmen sich die zu errechnenden Gebühren aus der Punktzahl der entsprechenden Einzelleistung, dem Punktwert (derzeit 5,62421 Cent) und dem Steigerungsfaktor. Ähnlich wie die GOÄ ist die GOZ in Aufbau und Leistungsbeschreibungen eine relativ „alte“ Gebührenordnung und stammt in ihren wesentlichen Teilen aus dem Jahr 1987.

Nach dem Teil der allgemeinen Bestimmungen wie in der GOÄ gliedert sich die GOZ nach folgenden Teilgebieten, denen die Einzelleistungsvergütungen zugeordnet sind:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen

Prophylaktische Leistungen

Konservierende Leistungen

Chirurgische Leistungen

Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Paradontiums

Prothetische Leistungen

Kieferorthopädische Leistungen

Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen

Implantologische Leistungen

Die GOZ wird durch Leistungen ergänzt, die der Zahnarzt nach GOÄ abrechnen kann, wie z.B. im Bereich des Röntgens oder der Kieferchirurgie.

Auch die Spannweite des Steigerungsfaktors liegt ähnlich wie in der GOÄ im Bereich der persönlichen Leistungen zwischen 1 und 3,5, mit einem Schwellenwert von 2,3. Jedoch sind die Abrechnungsgewohnheiten diversifizierter als im ärztlichen Bereich. Die GOZ-Analyse, ein Projekt der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), ermittelt für 2005 auf Basis einer Stichprobe von 90.062 Rechnungen einen Anteil von 70,1 Prozent der privat abgerechneten Leistungen mit dem Steigerungsfaktor von 2,3. Bezieht man den Anteil auf das Honorarvolumen, handelt es sich sogar nur um 54,1 Prozent des gesamten Honorarumfangs (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung 2006). Nur 6,5 Prozent des Honorarvolumens wird dabei unter dem Schwellenwert, 39,4 Prozent werden oberhalb des Schwellenwertes abgerechnet.

Im zahnärztlichen Bereich gibt es für GKV-Versicherte eine längere Tradition der Abrechnung zusätzlicher Leistungen per GOZ. Durch die Einführung des Systems der befundbezogenen Festzuschüsse seit dem 1.1.2005 haben sich die Vergütungssysteme auch für die GKV-Patienten im Bereich Zahnersatz noch einmal stärker verflochten. Genauer soll dies im nächsten Abschnitt dargestellt werden. Außerdem gibt es natürlich auch hier die GKV-Patienten, die grundsätzlich nach § 13 SGB V Kostenerstattung gewählt haben.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA-Z)

Der BEMA-Z – letztmals im Jahr 2004 novelliert – ist das die zahnärztlichen Vergütungen betreffende Gegenstück zum EBM, also auch hier das Ergebnis vertraglicher Vereinbarung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen im Bewertungsausschuss für die zahnärztlichen Leistungen. Auch hier unterscheidet sich der Aufbau und die Beschreibung einzelner Leistungen von denen in der GOZ, allerdings ist der BEMA-Z deutlich stärker auf Einzelleistungsvergütungen ausgerichtet als der EBM. Dadurch lassen sich wesentlich leichter der GOZ vergleichbare Leistungen auffinden. Wie im übrigen ambulanten ärztlichen Bereich bestimmen sich die Vergütungsrelationen der Leistungen zueinander über die

Punktwerte des BEMA-Z, wohingegen der monetäre Wert der Punkte Gegenstand von Vergütungsverhandlungen ist.

Der BEMA-Z ist nach einem Kapitel mit allgemeinen Bestimmungen gegliedert nach wesentlichen zahnärztlichen Tätigkeitsgebieten:

Konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen

Behandlungen von Verletzungen des Gesichtsschädels (Kieferbruch), Kiefergelenkserkrankungen (Aufbissbehelfe)

Kieferorthopädische Behandlung

Systematische Behandlung von Paradontopathien

Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen

Die monetäre Umsetzung der Punktwerte in konkrete Vergütungssätze erfolgt ähnlich wie bei den Ärzten im zweistufigen Vergütungsverfahren. Auf Landesebene wird eine Gesamtvergütung an die kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZBV) gezahlt. Hierbei wird in der Regel Einzelleistungsvergütung zu bestimmten Punktwerten vereinbart und gleichzeitig eine Vergütungsobergrenze festgelegt, bei deren Überschreiten die weiteren Leistungen gar nicht mehr oder nur stark abgestaffelt vergütet werden. Die Honorarverteilung an die einzelnen Zahnärzte erfolgt durch die KZVs nach den mit den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbarten Honorarverteilungsmaßstäben. Das Gesetz sieht hier grundsätzlich die Abstaffelung der Punktwerte nach Überschreitung festgelegter Jahrespunktwerte pro Praxis vor (§ 85 Abs. 4b). Aber auch hier unterscheidet sich die konkrete Ausführung dieses Auftrags per Honorarverteilungsmaßstab in den einzelnen Bundesländern.

Eine stärkere Verflechtung der Vergütungssysteme ergibt sich durch die Einführung der befundbezogenen Festzuschüsse für Zahnersatz mit Wirkung vom 1.1.2005 (§ 55 SGB V). Dem jeweiligen Befund wird durch den gemeinsamen Bundesausschuss eine zahnprothetische Regelversorgung zugeordnet, die sich an zahnmedizinisch notwendigen zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen orientiert, die zu einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen gehören (§ 56 SGB V). Die Vergütung für diese Regelversorgung, die von der GKV getragen wird, richtet sich nach

dem BEMA-Z. Der Festzuschuss soll wie bisher 50 Prozent der Regelversorgung abdecken, zuzüglich Aufschlägen bei regelmäßiger Prophylaxe. Neu ist seit 2005, dass der Festzuschuss auch bei andersartigen Leistungen gezahlt wird, also nicht nur, wenn die gewählte Versorgung die Regelversorgung beinhaltet, sondern auch wenn sie sie ersetzt. Für die Vergütung ergibt das zwei verschiedene Fallkonstruktionen: im Falle der Regelversorgung zusätzlich so genannter „Add-on-Leistungen" wird die Regelversorgung per BEMA-Z abgerechnet und der Festzuschuss fließt dem Zahnarzt über die KBV zu, die Zusatzversorgung jedoch wird über die GOZ berechnet. Wird jedoch die andersartige Versorgung gewählt, so wird die Gesamtleistung per GOZ direkt mit dem Patienten abgerechnet, den Festzuschuss erhält dieser dann per Kostenerstattung von seiner gesetzlichen Krankenkasse (Klingenberger/Micheelis 2005).

Zwischen GOZ und BEMA-Z bestehen also ähnliche, wenn auch nicht völlig identische Strukturunterschiede wie zwischen GOÄ und EBM:

Tabelle 2: Vergleich der Gebührenordnungen im ambulanten zahnärztlichen Bereich

	BEMA-Z	**GOZ**
Rechtliche Form	Vertragliche Vereinbarung zwischen KZBV und Spitzenverbänden der GKV	Rechtsverordnung
Letzte Aktualisierung	letzte Novellierung in 2004	Im Wesentlichen gleichbleibend seit 1987
Monetäre Bewertung	vertragliche Vereinbarung von Punktwerten zwischen KZVen und Landesverbänden der GKV	Feste Punktwerte, Variationsmöglichkeit durch Steigerungsfaktor im Rahmen einer Gebührenspanne
Vergütungsformen	Einzelleistungsvergütung, pauschalierte Festzuschüsse im Bereich Zahnersatz	Einzelleistungsvergütung
Umfang der enthaltenen Leistungen	standardisierter Leistungsumfang der GKV	Zusätzlicher Leistungsumfang auch außerhalb des standardisierten Leistungsumfangs der GKV

Quelle: Eigene Darstellung

c) Arzneimittel

Sowohl zur Mengen- als auch zur Preisregulierung von Arzneimitteln hat der Gesetzgeber eine Reihe von Regelungen eingeführt, die hier zunächst dargestellt werden sollen. Diese Regelungen werden im Hinblick auf eventuelle Unterschiede zwischen GKV und PKV analysiert. Als Bezugsjahr für die Gesetzeslage wird das zum Zeitpunkt der Studie letzte abgeschlossene Jahr 2006 gewählt.

Preisregulierung

In Deutschland gibt es – abgesehen von ad-hoc Eingriffen wie Preismoratorien – nur wenige direkte staatliche oder korporatistische Regulierungen der Arzneimittelpreise auf der Ebene des Herstellerabgabepreises. Stattdessen findet sich eine relative Fülle von indirekt wirkenden Regelungen und Regulierungen auf den anderen Handelsstufen.

Die Aufschläge der Handelsstufen sind in der Arzneimittelpreisverordnung (AMPVO) festgelegt. Dies geschieht in Form von Großhandelshöchstzuschlägen und seit dem GMG 2004 eines Apothekenzuschlags nur noch für verschreibungspflichtige Medikamente kombiniert aus einem prozentualen Zuschlag in Höhe von 3 Prozent in Kombination mit einem Festzuschlag von 8,10 €, um Lenkungsmechanismen in Richtung der Abgabe teurerer Medikamente zu vermeiden. Diese Form der Preisregulierung wirkt sich also sowohl auf GKV- als auch auf PKV-finanzierte Arzneimittel aus.

Als indirekt wirksames Preisregulierungsinstrument hat sich das Festbetragssystem erwiesen, das nach § 35 SGB V Erstattungsgrenzen der GKV für Arzneimittelgruppen festlegt. Nach dem SGB können in diesen Gruppen jeweils Arzneimittel mit

- identischen Wirkstoffen
- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen
- therapeutisch vergleichbarer Wirkung

zusammengefasst werden. Die konkrete Entscheidung über die Gruppen erfolgt im Gemeinsamen Bundesausschuss. Nach dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz dürfen ab dem 1.5.2006 die Festbeträge in allen Gruppen nicht höher als das untere Preisdrittel der Gruppe liegen.

Die Festbeträge gelten zwar nur für zu Lasten der GKV abgegebene Arzneimittel, haben aber faktisch eine Preislenkungsfunktion für den gesamten Markt der in Festbetragsgruppen eingeordneten Arzneimittel (Niehaus/Weber 2005), da die GKV-Versicherten die weitaus größere Gruppe der Nachfrager sind.

Die im Jahre 2002 eingeführte sogenannte „Aut-Idem-Regelung“ nach § 129 SGB V und dem in 2004 dazu geschlossenen Rahmenvertrag verpflichtet den Apotheker, bei GKV-Versicherten eines unter den drei preisgünstigsten vergleichbaren Präparaten auszuwählen, wenn der Arzt dies nicht aktiv durch Ankreuzen auf dem Rezept ausschließt. Die Regelung hatte allerdings durch fehlende Anreize und durch Preisgestaltungsreaktionen der Pharmaunternehmen eine eher geringe Wirkung auf die Preisbildung – auch ein Faktor, der zur Verminderung der Festbeträge in 2006 führte (Schröder et al. 2006).

Ein weiteres in unregelmäßigen Abständen genutztes Instrument sind Preismoratorien. Das letzte Mal wurde über das AVWG 2006 ein zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel festgesetzt. Eventuelle Preiserhöhungen des Herstellers müssen als Rabatt an die GKV erstattet werden. Auch diese Regelung wirkt im Wesentlichen sowohl auf GKV- als auch auf PKV- Preise, solange keine Preiserhöhungen durch die Hersteller vorgenommen werden, was aber in den wenigsten Fällen geschieht.

Weitere den Preis steuernde Elemente, die aber eindeutig auf den GKV-Markt zugeschnitten sind, sind Rabattregelungen für die GKV, die auf unterschiedlichen Handelsebenen angesiedelt sein können und in Höhe und Gestaltung in den letzten Jahren häufig gewechselt haben. Derzeit, d.h. in 2006, erhält die GKV auf der Ebene der Apotheken für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel einen Abschlag von 2 € je Arzneimittel, für sonstige Medikamente einen Rabatt von 5 Prozent. Weiterhin kommt ihr ein Herstellerrabatt in Höhe von 6 Prozent für Nicht-Festbetragsarzneimittel zugute. Seit dem AVWG 2006 gilt ein weiterer 10prozentiger Herstellerrabatt für patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel, also Generika und ihre Originale. Seit 2003 können einzelne Krankenkassen auch mit Arzneimittelherstellern Rabattverträge abschließen. All diese Instrumente wirken nur auf die Arzneimittelvergütung durch die GKV, nicht aber die PKV.

Ein weiteres Instrument zur Absenkung des Preisniveaus für Arzneimittel ist die Nutzung von preisgünstigeren Importarzneimitteln inklusive von Reimporten, d.h. in Deutschland hergestellter Arzneimittel, die zum niedrigeren ausländischen Preis reimportiert werden. Die Importquote ist abhängig von der Anzahl der als solche verfügbaren Arzneimittel, den Preisunterschieden zu den Originalarzneimitteln und von der Rahmenvereinbarung nach § 129 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der Apotheker und der Krankenkassen (Schröder et al. 2006). Zurzeit sind die Apotheken verpflichtet, Importarzneimittel abzugeben, wenn ihr Preis 15 Prozent oder 15 € unterhalb des innerdeutschen Preises liegt und sie haben eine Importquote von 5 Prozent des GKV-Umsatzes zu realisieren. An dieser Stelle ist eine deutlich stärkere Preissenkungswirkung zugunsten der GKV denn der PKV zu vermuten.

Mengenregulierung

Durch die Ausgrenzung von Arzneimitteln wie über die Negativliste für unwirtschaftliche Arzneimittel, den Leistungsausschluss für Arzneimittel zur Behandlung von Bagatellerkrankungen sowie für sogenannte „Lifestyle“-Arzneimittel, den Ausschluss rezeptfreier Arzneimittel bis auf umgrenzte Ausnahmen wird eine Verringerung des Gesamtvolumens der zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel bewirkt. Da das Ziel dieser Studie jedoch darin besteht, Vergütungsunterschiede auf Basis des derzeitigen Leistungsspektrums der GKV zu untersuchen, wirken sich diese Maßnahmen im Rahmen einer solchen Betrachtungsweise allenfalls indirekt über die Zusammensetzung des Leistungsspektrums aus.

Ein zentraler Ansatzpunkt zur Mengensteuerung der Arzneimittelausgaben ist die Einwirkung auf die verordnende Arztebene. Nachdem in den neunziger Jahren bis zum Jahr 2000 die GKV-Ausgaben für Arzneimittel budgetiert waren – verbunden mit der Sanktionsmöglichkeit per Kollektivregress – wurde dieses Verfahren ab 2001 abgelöst durch die jährliche Vereinbarung von Obergrenzen der Arzneimittelausgaben durch die Verbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene. Bei der Anpassung dieser Obergrenze sollen nach § 84 SGB V unter anderem Veränderungen von Zahl und Altersstruktur der Versicherten, Preisveränderungen der Arzneimittel und der Umfang der Leistungspflicht der GKV berücksichtigt werden. Bei drohender Überschreitung der Obergrenze sind die Vertragspartner ge-

halten, Gegenmaßnahmen einzusetzen. Allerdings sind hier keine Sanktionsmöglichkeiten mehr vorgesehen.

Ein mit Sanktionsmöglichkeit versehenes Instrument der Mengensteuerung auf Arztebene sind die arztbezogenen Richtgrößen zur Verordnung von Arzneimitteln, die – auch hier auf der Grundlage von bundesweiten Rahmenvorgaben – zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen auf der Landesebene für einzelne Arztgruppen vereinbart werden. Als Kontrollinstrumente sind sowohl Auffälligkeits- (bei Überschreitung des individuellen Arzneimittelbudgets) als auch Zufälligkeitsprüfungen durch einen Prüfungsausschuss auf KV-Ebene vorgesehen. Bei Überschreitung der Richtgröße um mindestens 15 Prozent ist zunächst eine Vorabprüfung und Beratung vorgesehen, wird die Richtgröße um mindestens 25 Prozent überschritten und ist dies ist nicht durch Praxisbesonderheiten erklärlich, ist der finanzielle Mehraufwand der GKV zu erstatten.

Die Bonus-Malus-Regelung auf Basis definierter Dosiereinheiten für verordnungsstarke Arzneimittelgruppen mit relevanten Wirtschaftlichkeitsreserven auf Basis des AVWG schließlich soll weitere finanzielle Anreize zu wirtschaftlichem Verordnungsverhalten schaffen. Da sie aber erst in 2007 in Kraft tritt, betrifft sie nicht mehr den Untersuchungszeitraum unserer Studie.

Insgesamt ist die regulierende Wirkung der zuletzt beschriebenen Instrumente kaum zu beziffern, und somit können erst recht keine Annahmen über die Höhe der dadurch entstehenden Ausgabendifferenz zwischen GKV und PKV im Bereich der grundsätzlich durch die GKV erstattungsfähigen Arzneimittel aufgestellt werden. Es ist nur festzustellen, dass die Ärzte bei PKW-Patienten freier in ihrem Verordnungsverhalten sind als bei GKV-Patienten.

Klar messbare Vergütungsdifferenzen lassen sich insgesamt also nur über die Rabattregelungen für die GKV ermitteln. Bei den übrigen Maßnahmen der Preis- und der Mengenregulierung ist in einigen Fällen eine einseitige, aber nicht monetär zu beziffernde Wirksamkeit auf die Vergütungshöhe von Seiten der GKV, in anderen auf beide Systeme anzunehmen. Vgl. einen abschließenden Überblick in Tabelle 3.

Tabelle 3: Vergleich der Arzneimittelvergütung in GKV und PKV: Wirksamkeit der regulierenden Maßnahmen

regulierende Wirkung für	Preisregulierung	Mengenregulierung
GKV- und PKV-Patienten	Großhandelshöchstzuschläge, Apothekenzuschlag für verschreibungspflichtige Medikamente, Festbetragssystem[4], Preismoratorium	
nur GKV-Patienten	Aut-Idem-Regelung, Rabattregelungen für GKV-Patienten, Rabattverträge einzelner Kassen mit Arzneimittelherstellern, Importquote für preisgünstigere Importarzneimittel	Arztbezogene Richtgrößen zur Verordnung von Arzneimitteln

Quelle: Eigene Darstellung.

[4] In den Fällen, in denen der Arzneimittelpreis oberhalb des Festbetrages liegt, entsteht ein zusätzlicher isolierter Einspar-Effekt für die GKV.

3. Methodische Vorüberlegungen

Bei der Entwicklung und Beurteilung von möglichen methodischen Ansätzen zur Messung von Vergütungsunterschieden im ambulanten Bereich ist zunächst zu fragen, für welchen Leistungsumfang diese Unterschiede beziffert werden sollen. Da es, wie oben schon beschrieben, in unseren Modellrechnungen um eine potentielle Vergütungsangleichung geht, können nur Vergütungsunterschiede für vergleichbare Leistungen relevant sein. Das heißt, es ist sinnvoll, sich auf den gemeinsamen Leistungsumfang zu beschränken. Am nächsten kommen wir einem solchen Leistungsumfang, wenn wir den Umfang der GKV-Pflichtleistungen betrachten. Wir wollen also wissen, wie hoch die Vergütung derjenigen ambulanten Leistungen für PKV-Patienten ist, die auch GKV-Patienten erhalten würden. Mögliche oder auch in der Vergangenheit praktizierte methodische Ansätze zur Untersuchung von Vergütungsunterschieden sind deshalb zunächst daraufhin zu untersuchen, ob mit ihrer Hilfe diese Differenz überhaupt ermittelbar ist oder ob sie eher für andere Fragestellungen relevant sind. Weiterhin ist dann zu fragen, inwieweit überhaupt verwertbare Daten vorliegen, die eine empirisch fundierte Annäherung an unseren Untersuchungsgegenstand erlauben. In Bezug auf die denkbare Untersuchungsmethodik ist also auch die Datenlage zu eruieren. Erst auf dieser Grundlage können wir dann entscheiden, welcher Weg uns zu empirisch möglichst abgesicherten Annahmen über die Höhe und eventuell auch arztgruppenbezogene Verteilung der Vergütungsunterschiede als Grundlage für unsere Angleichungsmodellbildung führen kann. Auf dieser Basis werden im Weiteren drei Ansätze überprüft: derjenige über die Aggregation individueller Ausgabenprofile, der über den Vergleich einzelner Gebührenpositionen gewichtet mittels Frequenzstatistiken und schließlich ein Weg über die Ermittlung von relativen Vergütungsdifferenzen und ihrer Hochrechnung in absolute Werte.

a) Aggregation individueller Ausgabenprofile

Den Weg der Aggregation individueller Ausgabenprofile von PKV- und GKV-Patienten geht die Studie von Niehaus und Weber (Niehaus/Weber 2005). Die grundsätzliche Vorgehensweise ist es hier, Ausgaben der GKV für nach Alter und Geschlecht

differenzierte Personengruppen mit entsprechenden Ausgaben der PKV zu vergleichen. Die Datengrundlage sind einerseits die Vollerhebungsdaten aus dem Risikostrukturausgleich, andererseits die Kopfschadenstatistiken der privaten Versicherungswirtschaft. So lassen sich den Ausgaben der PKV für ihre Versicherten entsprechenden GKV-Ausgaben für diese Altersgruppen gegenüberstellen.

Für unsere Zwecke wirft diese Vorgehensweise eine Reihe von Problemen auf. Zunächst werden hier die gesamten Mehrausgaben der PKV-Versicherten gemessen. Es findet keine Differenzierung statt zwischen dem in der entsprechenden Studie durchaus benannten Preis- und dem Struktureffekt. Wir wollen jedoch den Vergütungsunterschied für gleiche Leistungen ermitteln. Die Kopfschadenstatistik der PKV umfasst aber naturgemäß auch im ambulanten Bereich den gesamten Leistungsumfang der PKV, d.h. auch Leistungen, die über die GKV-Leistungen hinausgehen. Hier stellt sich die Frage, wie und ob auf diesem Wege eine empirisch fundierte Trennung von Preis- und Struktureffekt stattfinden kann.

Zusätzlich hat die beschriebene Vorgehensweise in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung den Nachteil, dass die (veröffentlichten) Kopfschadenstatistiken der PKV den ambulanten Bereich nicht nach ärztlichen Leistungen, Heil- und Hilfsmitteln und Arzneimitteln differenzieren. Die Ausgaben der PKV für die ambulante ärztliche Versorgung werden hier nur über Annahmen zur Ausgabenhöhe im Arznei- und im Heil- und Hilfsmittelbereich indirekt ermittelt. D.h. dass gerade für den Bereich, der in unserer Studie im Fokus steht, die Zahlen auf der PKV-Seite die notwendige Trennschärfe vermissen lassen.

Erschwerend kommt hinzu, dass zwar die Daten des Risikostrukturausgleichs öffentlich zugänglich sind, hingegen die Kopfschadenstatistiken der PKV (jenseits der für diese Zwecke nicht hinreichend differenzierten Veröffentlichung der Wahrscheinlichkeitstafeln durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht[5]) nur selektiv dem wissenschaftlichen Gebrauch zur Verfügung stehen und insofern Ergebnisse, die auf diesen Zahlen basieren, nur begrenzt dem Kriterium der Nachprüfbarkeit unterliegen.

[5] Vgl. Wahrscheinlichkeitstafeln für die private Krankenversicherung unter http://www.bafin.de/cln_011/nn_722552/sid_34A86FD8B60712F95FD168F9FDEB27AF/DE/Service/Statistiken/st__wahrsch__vu.html?__nnn=true

Insgesamt erscheint also die hier beschriebene Vorgehensweise nicht geeignet, um gerade im ambulanten ärztlichen Bereich Vergütungsunterschiede für das gleiche Leistungsspektrum zu ermitteln.

b) Vergleich einzelner Gebührenpositionen mit Frequenzstatistiken

Denkbar erscheint zunächst auch der Vergleich auf der Mikroebene, indem einzelne Gebührenpositionen verglichen und in ihrer Häufigkeit gewichtet werden.

Tabelle 4: Umsatzstärkste Leistungen nach EBM 2004

Rang	Leistung	% des Gesamt-leistungsbedarfes
1	Ordinationsgebühr	19,3
2	Erörterung, Planung, Koordination	5,3
3	Konsultationsgebühr	4,8
4	Sachkosten bei Dialyse	3,6
5	Hausärztliche Grundvergütung	2,7
6	Intensive ärztliche Beratung	2,2
7	Besuch	1,8
8	MRT-Untersuchung von Schädel oder Extremitäten-Gelenk	1,7
9	Wirtschaftliche Erbringung/Veranlassung von Leistungen des Kap. O	1,6
10	Erhebung des Ganzkörperstatus	1,6
11	MRT-Untersuchung von Körperregionen	1,3
12	Sonographische Untersuchung der Urogenitalorgane	1,2
13	Nacht-, Wochenend-, Feiertagsgebühr	1,1
14	Sonographische Untersuchung des Abdomens	1
15	CT-Untersuchung von Körperregionen	0,9
16	Elektrokardiographische Untersuchung	0,8
17	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie)	0,7
18	Krebsfrüherkennung Frauen	0,7
19	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie)	0,7
20	Betreuung einer Schwangeren	0,7

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Eine erste Grundlage könnten die Frequenzstatistik der KBV und entsprechende Statistiken des PKV-Verbandes sein. Die Problematik dieser Vorgehensweise jedoch ergibt sich aus der unterschiedlichen Struktur der beiden Gebührenordnungen.

Schon aus der letztveröffentlichten Frequenzstatistik der KBV aus 2004, das heißt noch in der Geltungszeit des alten EBM mit weniger Pauschalvergütungen als ab 1.4.2005, zeigt sich, dass die am meisten abgerechneten Leistungen zu einem großen Teil pauschaliert sind (vgl. Tabelle 3). Darum ist nicht klar, welche und wie viele Einzelleistungen der GOÄ zugeordnet werden können, denn die Pauschalen vergüten in den meisten Fällen eine Mischung verpflichtend und fakultativ zu erbringender Einzelleistungen. Dies dürfte beim neuen EBM eher ein gravierenderes Problem sein, da der Weg in die Pauschalierung und Komplexierung von Leistungen weiter beschritten wurde. Umgekehrt lassen sich aus einer reinen Frequenzstatistik von Einzelleistungsvergütungen, wie sie eventuell auf der Seite der PKV nach der GOÄ gebildet werden könnte, auch schwerlich komplexe Leistungen des EBM zuordnen, die ja oft einer Zusammenstellung mehrerer Einzelleistungsvergütungen der GOÄ entsprechen. Dieser Weg führt also ebenso wenig weiter wie der oben vorgestellte.

c) Ermittlung von Aufschlagsfaktoren für ein standardisiertes Leistungsniveau und Hochrechnung auf absolute Vergütungsdifferenzen

Für die letztendliche Auswahl des Vorgehens entscheidend war, wie schon oben beschrieben, das Vorliegen empirischer Daten, die dazu den Vergütungsunterschied für gleiche Leistungen abbilden. Beide Bedingungen erfüllt der von der TK im Rahmen der Kostenerstattung entwickelte Algorithmus besser als die übrigen methodischen Ansätze. Hieraus lassen sich zunächst relative Vergütungsdifferenzen für das standardisierte Leistungsniveau in Gestalt von Aufschlagsfaktoren für einzelne Alters- und Geschlechtsgruppen ermitteln (vgl. Abschnitt 4). In einem nächsten Schritt werden daraus dann absolute Vergütungsdifferenzen für die Gesamtheit der PKV-Vollversicherten berechnet. Empirische Daten über deren Struktur werden dabei aus den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) berechnet. Ausgabenprofile der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen auf dem standardisierten Leistungsniveau der GKV mit GKV-Vergütung liegen in den Daten des Risikostrukturausgleichs (RSA) vor.

4. Messung von relativen Vergütungsdifferenzen im ambulanten ärztlichen Bereich

In diesem Abschnitt geht es darum zu ermitteln, in welchem Verhältnis die ärztliche Vergütung für PKV-Patienten zu der für GKV-Patienten auf der Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV steht. Dabei sollen Unterschiede nach Geschlechts- und Altersklassen der Patienten berücksichtigt werden. Soweit wie die empirische Datenlage es erlaubt, soll auch untersucht werden, inwiefern diese relativen Vergütungsdifferenzen für einzelne Facharztgruppen variieren.

Im Folgenden sollen zunächst Funktion und Aufbau der erhobenen Daten dargestellt werden. Darauf aufbauend soll die Methodik der Ermittlung der relativen Vergütungsdifferenzen entwickelt werden. Dabei soll auch berücksichtigt werden, welche Verzerrungen sich durch die spezielle Verwendung dieses Datenmaterials ergeben können. Schließlich sollen die Ergebnisse vorgestellt werden.

a) Daten

Strukturprinzip in Bezug auf die Leistungserbringung ist in der GKV grundsätzlich das Sachleistungsprinzip. Es sind jedoch Ausnahmen möglich. Nach dem GKV-Modernisierungsgesetz können seit dem 1.1.2004 nicht mehr nur freiwillig Versicherte der GKV, sondern alle Versicherten das Kostenerstattungsprinzip wählen. Nach § 13 Abs. 2 SGB V können Versicherte nach einer Beratung durch ihre Krankenkasse für mindestens ein Jahr die Kostenerstattung wählen, wobei sie dies auch auf den Bereich der ambulanten Versorgung beschränken können.[6] Eine wahlweise Kostenerstattung z.B. je Arztbesuch innerhalb des Jahreszeitraumes ist nicht mehr möglich. Die Krankenkassen regeln in ihrer Satzung das Kostenerstattungsverfahren, die Rückvergütung soll jedoch höchstens in Höhe der im vergleichbaren Falle entstandenen Sachkosten geleistet werden. Dabei sind entsprechende Abzüge für Verwaltungskosten, fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Zuzahlungen zu tätigen.

[6] Wie erwähnt, wird in dieser Arbeit der Rechtsstand des Jahres 2006 berücksichtigt.

Die Techniker-Krankenkasse hat traditionell vergleichsweise viele Mitglieder, die die Kostenerstattung wählen. Im Jahr 2006 hatten etwa 20.000 Versicherte Kostenerstattung im ambulanten Bereich gewählt. Insofern ergab sich für die TK ein starker Anreiz, die Kostenerstattung möglichst nachvollziehbar zu organisieren. Den Versicherten in Rechnung gestellten Vergütungspositionen der GOÄ mussten entsprechende EBM-Vergütungen gegenübergestellt werden, ergänzt durch ein transparentes Abschlagsverfahren für Praxisgebühren und Verwaltungskosten des Kostenerstattungsverfahrens. Hierzu wurde in der TK ein Umrechnungsprogramm entwickelt, das im Wesentlichen auf dem Kommentar zu EBM und GOÄ von Wezel und Liebold (Wezel/Liebold 2006) beruht, ergänzt durch Materialien der Bundesärztekammer und eigene Praxiserfahrung im Bereich der GKV.

Bei der Erfassung der Rechnungen der Versicherten übernimmt die TK nur grundsätzlich auch als GKV-Sachleistungen abrechenbare Positionen – nur diese können auch im Programm gespeichert werden. Insofern erfüllen die erfassten Daten die Voraussetzungen, dass nur Vergütungsdifferenzen im gemeinsamen Leistungsumfang der Versicherungssysteme erfasst werden.

Zwar erscheint es grundsätzlich einfacher, von der eher auf Einzelleistungsvergütung gerichteten GOÄ in den stärker pauschalierten EBM umzurechnen. Jedoch stellte sich auch für das TK-Abrechnungsprogramm das Problem, wie mit Pauschalen des EBM umzugehen ist, die erst durch mehrere Einzelleistungen der GOÄ „aufgefüllt“ werden. In der seit Juni 2006 eingesetzten Programmversion wurde durch die so genannte „Aufstockungsregelung“ eine Lösung gefunden, die vorsieht, dass auf der Seite der GOÄ einer pauschalierten Leistung des EBM solange Einzelbeträge zugeordnet werden, bis die Höhe der Pauschale erreicht wird.[7]

Da mit dieser neuesten Programmversion gerechnet werden sollte, wurden nur die Kostenerstattungsrechnungen einbezogen, die zwischen Juni 2006 – dem Zeitpunkt des Programmwechsels – und dem Jahresende 2006 verarbeitet wurden. Da die zugrunde liegenden Ersatzkassen-Punktwerte dem Jahre 2005 entstammen, eignen sich diese auch verhältnismäßig gut, um mit Hilfe der neuesten Ergebnisse anderer Datenkörper, wie zum Beispiel des RSA oder des SOEP, ergänzende Berechnungen

[7] Siehe Anhang: Der „Aufstockungregelung“ unterliegende EBM-Positionen mit zeitlicher Einschränkung

vorzunehmen. Abrechnungsdaten des Jahres 2006 haben auch den Vorteil, dass hier das Jahr über nicht wie in 2005 ein neuer EBM eingeführt wurde. Insgesamt liegen für den angegebenen Zeitraum Abrechnungen für 422.438 Positionen vor.

Die für die Studie zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten sind anonymisiert, das heißt, sie enthalten weder Versicherten- noch Arztnummer. Enthalten sind aber das Rechnungs- und das Behandlungsdatum, die Rechnungssumme, der Erstattungsbetrag sowohl insgesamt als auch der Einzelposition (Positionserstattungsbetrag), Alter und Geschlecht des Patienten, die zugeordnete Facharztgruppe und die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Dazu sind die Gebührenpositionen der GOÄ, die zugeordneten Entsprechungen im EBM, der in Rechnung gestellte Positionspreis der GOÄ und der entsprechende Vertragspreis nach EBM sowie die Anzahl der abgerechneten gleichen Leistungen abgebildet (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Begriffe des TK-Programms

Begriff	Definition
Positionspreis	Preis der ärztlichen Leistung nach GOÄ
Vertragspreis	Preis der ärztlichen Leistung nach EBM, berechnet mit Ersatzkassenpunktwerten des Vorjahres
Positionserstattungsbetrag	Betrag, der von der TK dem Versicherten für eine Gebührenposition der GOÄ erstattet wird

Quelle: Eigene Darstellung

Für die Berechnung dieser Vertragspreise verwendet die TK die Ersatzkassen-Punktwerte des Vorjahres, differenziert nach Kassenärztlichen Vereinigungen, in der Version, wie sie für den Risikostrukturausgleich verwendet werden. Erstattet wird, nachdem dann in einem weiteren Schritt Abzüge für Verwaltungskosten und Zuzahlungen bzw. Praxisgebühr getätigt werden, grundsätzlich der Vertragspreis nach EBM. Ist dieser allerdings höher als der in Rechnung gestellte Positionspreis nach GOÄ, so wird nur dieser niedrigere Positionserstattungsbetrag erstattet.

b) Methodik

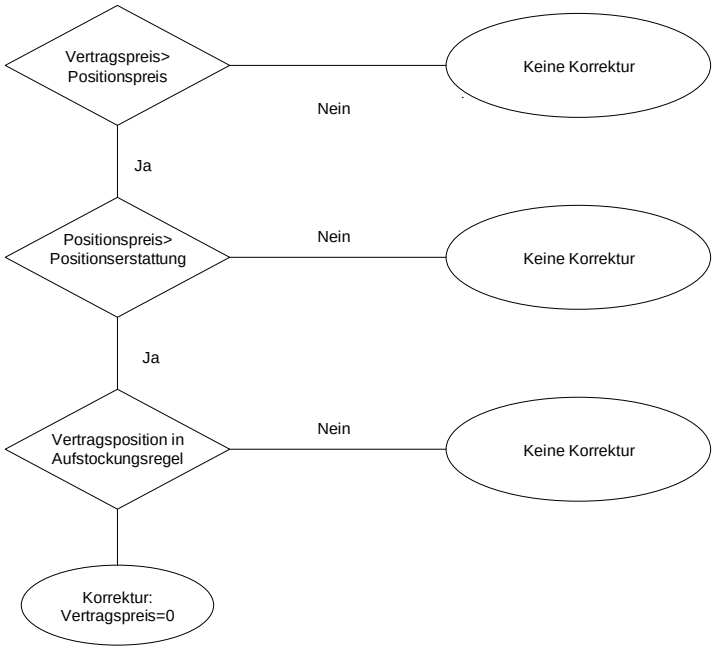
Berechnung der Aufschlagsfaktoren

Direkt aus den Daten des TK-Programms lassen sich Aufschlagsfaktoren berechnen, die das Verhältnis der Vergütung nach GOÄ zu der nach EBM wiedergeben.

Für die Zwecke des Vergleichs der Vergütungen beider Systeme kann nicht der Positionserstattungsbetrag verwendet werden, da ja, wie oben beschrieben, die TK immer den niedrigeren Betrag erstattet, auch dann also, wenn der Positionspreis (GOÄ) niedriger ist als der Vertragspreis (EBM). Die Vergleichswerte sind also der Positionspreis GOÄ und der Vertragspreis EBM. Das hat allerdings zur Folge, dass die Aufstockungsregelung nicht mehr automatisch in die Ergebnisse einfließt, sondern anhand der zur Verfügung gestellten Positionsliste der TK noch einmal datenverarbeitungstechnisch nachvollzogen werden muss.

Eine entsprechende Korrektur war in zwei Schritten möglich, wie auch in Abbildung 1 und 2 verdeutlicht. Zunächst wurden Abrechnungspositionen ermittelt, in denen der Positionspreis kleiner war als die Pauschale, deren Positionspreis aber so hoch war, dass bei mehrfacher Abrechnung die Positionserstattung kleiner war als der abgerechnete Positionspreis. Wenn die entsprechende Vertragsposition in die Aufstockungsregelung aufgenommen war, setzten wir den Vertragspreis in dem Falle auf 0.

Abbildung 1: Nachvollzug Aufstockungsregelung Schritt 1



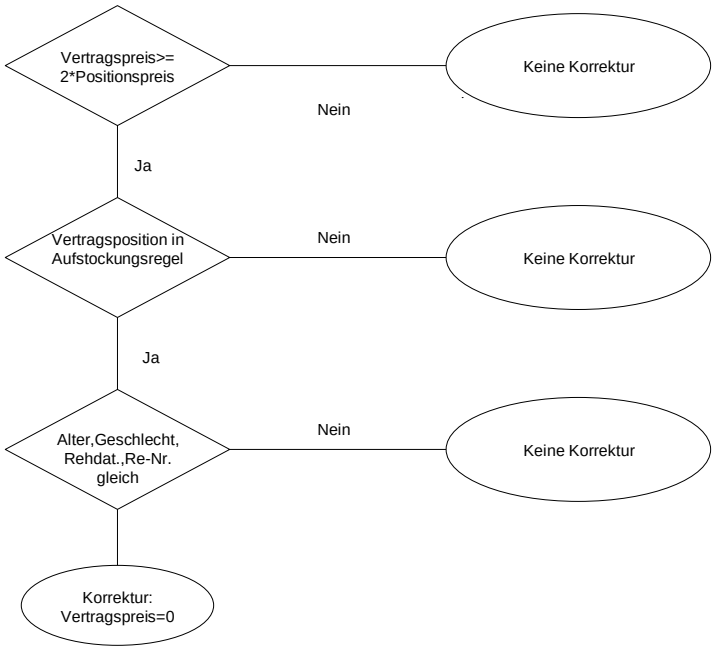
Quelle: Eigene Darstellung

Um auch die Abrechnungen weitgehend zu erfassen, in denen einzelne Positionspreise so klein sind, dass sie auch doppelt in den Vertragspreis der zugeordneten

Pauschale passen, haben wir gezielt nach diesen kleinen Vertragspreisen gesucht und dann überprüft, inwiefern hier im konkreten Falle die Aufstockungsregelung zieht.

Wegen der Anonymisierung der Daten ist dies nur dann möglich, wenn die zusammengehörigen Leistungen in einer Arztrechnung abgerechnet wurden – anhand der übrigen Daten ist dann die Identifizierung problemlos. Verzerrungen können auftreten, wenn in die Aufstockungsregelung fallende Leistungen der GOÄ in getrennten Rechnungen eingereicht werden. Dies wird allerdings nur dann vereinzelt geschehen, wenn der zeitliche Bezugsrahmen das Quartal ist. Insofern kann durch die Anonymisierung eine leichte, aber nicht bezifferbare Verzerrung hin zu höheren Vergütungen nach EBM erzeugt werden.

Abbildung 2: Nachvollzug Aufstockungsregelung Schritt 2



Quelle: Eigene Darstellung

Während des Projektzeitraums ergaben sich bei der Bearbeitung der Daten außerdem kleinere Korrekturen bei offensichtlichen Unplausibilitäten, die dann teilweise auch in den Weiterentwicklungsprozess des Programms eingingen. Falsche Eintragungen bezüglich der Anzahl der erbrachten Leistungen wurden aufgefunden durch

Berechnung des GOÄ-Multiplikators und Überprüfung von unplausibel hohen Multiplikatoren.

Mit den nun so korrigierten Daten ist es möglich, für jede Alters- und Geschlechtsgruppe einen Faktor zu ermitteln, um den die gesamte ärztliche Vergütung nach GOÄ sich von der nach EBM unterscheidet. Um Zufallsausschläge zu vermeiden, geschieht dies in dieser Studie in Altersgruppen der Versicherten mit einer Spannbreite von 5 Jahren. Auch für die größten Facharztgruppen können Daten ermittelt werden – hier macht es wegen des fehlenden Vorliegens von veröffentlichten Basisdaten über die Ausgaben der GKV nach Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten nach Facharztgruppen jedoch für die Zwecke der Studie keinen Sinn, die Aufschlagsfaktoren in einer entsprechenden Differenzierung zu ermitteln.

Verzerrungen und Korrekturansätze

Zusätzlich zu den oben erwähnten notwendig werdenden Einzelkorrekturen der TK-Daten sind einige grundsätzliche Verzerrungen zu beachten und so weit wie möglich zu korrigieren. Dies betrifft erstens das andere Rechnungslegungsverhalten der Ärzte gegenüber den Patienten mit Kostenerstattung der TK im Vergleich mit den privat versicherten Personen und zweitens die Korrektur der verwendeten Punktwerte im TK-Programm.

Rechnungslegungsverhalten der Ärzte

Es ist anzunehmen, dass zumindest in Bezug auf einen Teil der Kostenerstatter der TK die Ärzte über deren Status informiert sind und wissen, dass sie keine privat versicherten Personen behandeln. In wenigen Fällen führte dies dazu, dass die Rechnungslegung nach EBM erfolgte – diese Fälle wurden nicht in die Berechnung aufgenommen. Es war aber auch das Phänomen zu beobachten, dass einige Ärzte dazu neigten, bei der Abrechnung einen Steigerungsfaktor unterhalb des Regelhöchstsatzes zu wählen. Dies bewirkt eine Verzerrung der Vergütung nach GOÄ nach unten gegenüber dem Abrechnungsverhalten bei „echten“ Privatpatienten. Insofern ist der Steigerungsfaktor rechnerisch an den durchschnittlichen Steigerungsfaktor der privat Versicherten anzupassen. Die letzten öffentlich vorliegenden Daten über die Verteilung der Steigerungsfaktoren im Bereich der privat Versicherten stammen aus dem Jahr 2004 (Verband der privaten Krankenversicherung 2005). Hier wurden

Klassen anhand der Relation zum Schwellenwert und zum Höchstwert gebildet. Laut Angaben des PKV-Verbandes wurde diese Verteilung nach Anzahl der Rechnungen vorgenommen, also ohne eine Gewichtung nach Rechnungshöhe. Aus dem Datensatz der TK lässt sich eine entsprechende Verteilung der Steigerungsfaktoren (ebenfalls ungewichtet nach Rechnungshöhe) errechnen. Beide Ergebnisse werden in Tabelle 6 gegenübergestellt. Die Tabelle bestätigt, dass der Anteil der Rechnungen unterhalb des Schwellenwertes bei den TK-Versicherten höher und der Anteil der Rechnungen oberhalb des Schwellenwertes bei den TK-Versicherten niedriger ist als bei den PKV-Versicherten.

Tabelle 6: Steigerungsfaktoren GOÄ im TK-Kostenerstattungsprogramm und bei PKV-Patienten

Bereich Steigerungsfaktor	Prozent TK-Programm	Prozent PKV
Schwellenwert	83,85	87,54
unter dem Schwellenwert	12,73	5,41
Höchstwert	1,54	4,95
über dem Höchstwert	1,00	0,21
Schwellenwert bis Höchstwert	0,88	1,89
Gesamt	100,00	100,00

Quellen: (Verband der privaten Krankenversicherung 2006), Kostenerstattungsprogramm der TK

Um eine Anpassung der Verteilung der Steigerungsfaktoren an die der Gesamtheit der privat versicherten Personen vorzunehmen, müssen zusätzliche Annahmen über die durchschnittliche Höhe des Steigerungsfaktors innerhalb der einzelnen Klassen getroffen werden. Von Seiten des PKV-Verbandes liegen hier keine veröffentlichten Angaben vor. Jedoch lassen sich entsprechende Mittelwerte der Multiplikatoren aus dem TK-Programm errechnen. Diese wurden gewichtet mit den Preisen der Einzelleistungsvergütungen ermittelt, da dies der genauere Weg ist und hier – anders als bei den Daten des PKV-Verbandes – von der Datenlage her möglich. Unter der Annahme, dass die Mittelwerte innerhalb der Klassen bei den PKV-Versicherten vergleichbar liegen, lässt sich nun ein Aufschlagsfaktor für die Gesamtvergütung nach GOÄ im TK-Programm ermitteln. Dieser Aufschlagsfaktor gleicht den Effekt des anderen Rechnungslegungsverhaltens der Ärzte gegenüber den Patienten mit Kostenerstattung in der GKV im Vergleich zu PKV-Patienten aus. Nach unseren Berechnungen ergibt sich ein Aufschlagsfaktor für die Vergütung nach GOÄ von 1,0234. Multiplizieren wir die Summe der Einzelvergütungen nach GOÄ aus dem TK-

Programm mit diesem Faktor, so ergibt sich die Vergütung, die die Ärzte bei PKV-Patienten für diese Leistungen durchschnittlich in Rechnung gestellt hätten.

Korrektur der Punktwerte

Die Punktwerte, mit denen die TK rechnet, sind Ersatzkassenpunktwerte in den Honorarverteilungsverträgen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese liegen über den durchschnittlichen Punktwerten der GKV. Hierdurch wird eine Verzerrung der Vergütung nach EBM nach oben hervorgerufen, die durch rechnerische Anpassung an die Durchschnittspunktwerte korrigiert werden muss.

Die Schwierigkeit einer rechnerischen Anpassung beruht darauf, dass sich drei Verzerrungseffekte vermischen:

- Punktwertvariation nach Krankenkassenarten
- nur unvollkommen wiedergegebene Abschläge und Deckelungen über die jeweiligen Honorarverteilungsmaßstäbe in den KVen
- Effekt von schon im Abrechnungsprozess zwischen KV und Arzt nicht vergüteten Leistungen, die den faktischen Punktwert für die einzelne Praxis noch einmal verringern.

Angesichts der Datenlage wurde für die Studie eine rechnerische Anpassung auf Grundlage der einzig vorliegenden Zahlen aus der Frequenzstatistik 2004 der KBV vorgenommen. Hierzu wurden die ambulanten Leistungsausgaben der einzelnen Kassenarten aufgeteilt in Ausgaben für in Euro bemessene Leistungen und in „Punktleistungen“. Durch Division der Punktleistungen durch die Gesamtzahl der abgerechneten Punkte wird ein kassenartspezifischer Punktwert errechnet; analog wird ein Punktwert für die gesamte GKV errechnet (vgl. Tabelle 7). Auf diese Art und Weise kann der Punktwert der Ersatzkassen zu einem rechnerischen durchschnittlichen GKV-Punktwert in Beziehung gesetzt werden. Diese Rechnung dient also vorrangig der Korrektur der ersten oben beschriebenen Verzerrung aufgrund der unterschiedlichen Punktwerte der Krankenkassenarten. Die beiden weiteren genannten Verzerrungseffekte sind mit den uns vorliegenden Daten nicht korrigierbar – es ist anzunehmen, dass die von der TK verwendeten Punktwerte leicht oberhalb der Punktwerte liegen, die die Ärzteschaft tatsächlich erhalten haben. Ein weiterer möglicher Verzerrungseffekt kann sich durch das frühere Basisjahr (Punktwerte im TK-Programm

aus 2005 versus Frequenzstatistik aus 2004) ergeben. Es ist allerdings anzunehmen, dass sich die Relationen der Punktwerte innerhalb der GKV-Kassenarten nicht wesentlich verändert haben.

Tabelle 7: Empirische Punktwerte nach Kassenarten

Kassenart	GKV-Leistungsausgaben und Zuzahlungen (in Mio. €)	Ausgaben „Euro--Leistungen" (in Mio. €)	Ausgaben "Punkt-leistungen" (in Mio. €)	Punktzahl-volumen (in Mio.)	Punktwert (in €)
AOK	9.500.356	2.076.431	7.423.925	206.570.441	0,0359
EK	9.373.240	1.445.455	7.927.785	191.690.761	0,0415
BKK	5.223.526	826.922	4.396.604	104.772.102	0,0420
IKK	1.284.263	224.879	1.059.384	29.529.406	0,0359
Sonstige	1.000.561	217.817	782.745	20.066.309	0,0390
Gesamt	26.381.946	4.791.503	21.590.442	552.629.018	0,0391

Quelle KBV-Frequenzstatistik 2004, eigene Berechnungen

Daraus ergibt sich dann der von uns verwendete Abschlagsfaktor für die Ersatzkassenpunkte in Höhe von 0,9447.[8] Mit diesem Abschlagsfaktor wurde nach Abzug der sogenannten „Euro-Leistungen“[9] die Summe der Abrechnungen nach EBM des TK-Programms multipliziert, so dass sich die ermittelten Vergütungsaufschläge entsprechend der – im Vergleich zum Ersatzkassenpunktwert erhöhten - Abweichung vom GKV-Punktwert erhöhten.

Zusammenfassend lässt sich die Vorgehensweise bei der Ermittlung der Vergütungsaufschläge in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in folgender Formel darstellen:

$$VA_{ij} = \frac{\sum PP_{ij} * AFsteig}{\sum VPe_{ij} + \sum VPp_{ij} * AFpw}$$

VA= Vergütungsaufschlag

i = Geschlecht

j = Altersgruppe

[8] Wie beschrieben: Punktwert Ersatzkassen dividiert durch durchschnittlicher GKV-Punktwert

[9] Laborleistungen, die im EBM mit festen Eurobeträgen bewertet sind

PP = Positionspreis nach GOÄ

AFsteig =Aufschlagsfaktor zur Angleichung des Steigerungsfaktors GOÄ

VPe= Vertragspreis „Euro-Leistungen“

VPp=Vertragspreis Punktleistung

AFpw=Abschlagsfaktor Punktwert

Ins Verhältnis gestellt werden also die Summen der Vergütungen nach GOÄ (im TK-Programm: Positionspreise) und die Summen der entsprechenden Vergütungen nach EBM (im TK-Programm: Vertragspreise) für die einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen. Die Summe der Positionspreise wird dabei korrigiert mit einem Aufschlagsfaktor, der den unterschiedlichen Umgang der Ärzte mit TK-Kostenerstattungspatienten gegenüber PKV-Patienten bezüglich des verwendeten Steigerungsfaktors korrigiert. Bei den Vergütungen nach EBM dagegen wird nur ein Teil, nämlich die Punktleistungen, mit einem Abschlagsfaktor multipliziert, der auf durchschnittliche GKV-Punktwerte an Stelle von Ersatzkassenpunktwerten, wie im TK-Programm verwendet, herunterrechnet.

c) Ergebnisse

Als Ergebnis der im vorangegangen Abschnitt erläuterten Berechnung wurden Vergütungsaufschlagsfaktoren ermittelt, die die ärztliche Mehrvergütung für das gleiche Leistungsniveau bei PKV-Patienten gegenüber GKV-Patienten wiedergeben. Diese Aufschlagsfaktoren wurden in zwei verschiedenen Formen entwickelt. Für die Gesamtheit der ambulanten ärztlichen Versorgung ist es sinnvoll, sie differenziert nach Alters- und Geschlechtsgruppen der Versicherten auszugeben, da in vergleichbarer Form aus dem RSA verlässliche Daten über die Vergütung auf GKV-Niveau vorliegen und darum eine strukturelle Anpassung an die Struktur der PKV-Versicherten möglich ist (vgl. Abschnitt 5.b). In der Differenzierung nach Facharztgruppen macht dies wegen der oft nur mit wenigen Beobachtungen besetzten Zellen im TK-Datensatz keinen Sinn.

Für die Vergütungsaufschlagsfaktoren nach Alter und Geschlecht ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 8: Aufschlagfaktoren aus dem TK-Programm für die Vergütung auf PKV-Niveau

Alter	Aufschlagsfaktor Männer PKV	Aufschlagsfaktor Frauen PKV
<= 5	2,25	2,22
6 - 10	2,40	2,18
11 - 15	1,99	2,25
16 - 20	2,12	2,41
21 - 25	2,03	2,29
26 - 30	2,04	2,23
31 - 35	2,14	2,03
36 - 40	2,17	2,22
41 - 45	1,97	2,26
46 - 50	2,27	2,44
51 - 55	2,28	2,37
56 - 60	2,32	2,35
61 - 65	2,36	2,38
66 - 70	2,37	2,32
71 - 75	2,45	2,24
76 - 80	2,31	2,34
81 - 85	2,51	2,49
86+	2,35	2,17

Quelle: Eigene Berechnungen

Im Vergleich der Alters- und Geschlechtsgruppen zeigen sich einige Schwankungen. Dabei ist systematisch nur erkennbar, dass besonders bei den Männern im Durchschnitt höhere Aufschlagssätze in den höheren Altersgruppen anfallen.

Wie schon oben beschrieben, macht es aufgrund der Datenlage keinen Sinn, die Aufschlagsfaktoren innerhalb der einzelnen Facharztgruppen nach Alter und Geschlecht der Versicherten zu differenzieren. Hier werden also nur unmittelbar aus dem TK-Programm entsprechend der dort vorhandenen Alters- und Geschlechtsstruktur Aufschlagsfaktoren ermittelt. Insofern bieten diese im Weiteren auch nur Anhaltspunkte dafür, welche Gruppen von Arztpraxen besonders von Vergütungsunterschieden für PKV-und GKV-Patienten betroffen sind. Dagegen ist weder eine Hochrechnung auf absolute Vergütungsdifferenzen (wie in Abschnitt 5) noch eine strukturelle Anpassung an die Versichertenstruktur der PKV möglich.

Tabelle 9: Aufschlagsfaktoren nach größeren Facharztgruppen

Facharztgruppe	Aufschlagsfaktor
Augenärzte	1,52
Chirurgen	1,46
Frauenärzte	2,13
Hausärzte	2,64
Hautärzte	1,69
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte	1,73
Fachärzte für innere Medizin	2,40
Kinderärzte	2,45
Labormediziner	1,97
Orthopäden	1,92
Psychiater	2,29
Radiologen	2,99
Urologen	2,10
Alle	2,28

Quelle: Eigene Berechnungen

Wegen fehlender Basisdaten zur Anpassung an die Alters- und Geschlechtsstruktur der PKV-Versicherten und wegen der zu geringen Fallzahlen für kleinere Facharztgruppen lassen sich nur Tendenzen für größere Facharztgruppen konstatieren.

Nach diesen relativ unscharfen Ergebnissen profitieren insbesondere Radiologen, aber auch Hausärzte, Fachärzte für innere Medizin und Kinderärzte stärker von der Vergütung auf PKV-Niveau als beispielsweise Chirurgen, Augenärzte und HNO-Ärzte. Der durchschnittliche Aufschlagsfaktor für alle Arztgruppen beträgt 2,28.

5. Messung von absoluten Vergütungsdifferenzen im ambulanten ärztlichen Bereich

Wie oben beschrieben lassen sich aus den Daten des Kostenerstatterprogramms der TK keine direkten Schlussfolgerungen über die absolute Vergütungsdifferenz für die Behandlung von privat versicherten und gesetzlich versicherten Personen ableiten. Dazu müssen die ermittelten Mehrvergütungen für gleiche Leistungen an die Struktur der Privatversicherten angepasst werden. Dies wird in dieser Studie mit Hilfe der Daten des Sozioökonomischen Panels 2005 über die Struktur der Privatversicherten durchgeführt. Um dann absolute Werte für die Vergütungsdifferenz zu erhalten, bedarf es auch einer absoluten Basis – diese wird gefunden in den entsprechend umgerechneten Daten des Risikostrukturausgleichs.

a) Daten

Während vollerhobene Daten über Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung in Form des RSA öffentlich verwendbar vorliegen, stellte der PKV-Verband seine Daten über die Alters- und Geschlechtsstruktur der PKV-Vollversicherten nur selektiv zur Verfügung, so dass sie für unsere Studie nicht zugänglich waren. Deshalb wurde auf die öffentlich zugänglichen repräsentativen Daten des Sozioökonomischen Panels zurückgegriffen.

Struktur des privat versicherten Personen aus dem SOEP

Das Sozioökonomische Panel (SOEP) ist eine repräsentative Längsschnittstudie privater Haushalte in der Bundesrepublik Deutschland mit Sitz am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung in Berlin, die seit 1984 durchgeführt wird. Bei ihren Unterstichproben A bis G handelt es sich um mehrfach geschichtete mehrstufige Zufallsstichproben. Die Unterstichproben sind folgendermaßen charakterisiert:

A: Inländer (bezogen auf den Haushaltsvorstand) in der BRD seit 1984, Startumfang 4528 Haushalte

B: Ausländer in der BRD seit 1993, Startumfang 1393 Haushalte

C: Inländer in der DDR seit 1990, Startumfang 2179 Haushalte

D: Immigranten mit zwei Unterstichproben seit 1994 und 1995, Startumfang 236 und 295 Haushalte

E: Auffrischung aus allen privaten Haushalten in Deutschland seit 1998, Startumfang 1067 Haushalte

F: Innovation: Unterstichprobe aller privaten Haushalte seit 2000, Startumfang 6052 Haushalte

G: Haushalte mit höherem Einkommen seit 2002, Startumfang 1224 Haushalte

Für die Ermittlung der Alters- und Geschlechtsstruktur der privat krankenversicherten Personen wurden die Stichproben A bis F im Rahmen der 95%-Scientific-Use-Files des Sozioökonomischen Panel aus dem Jahr 2005 genutzt.

Ausgabenprofile des RSA

Um aus den ermittelten Aufschlagssätzen aus dem TK-Kostenerstatterprogramm mit Hilfe der Struktur der privat Krankenversicherten absolute Vergütungsdifferenzen ermitteln zu können, bedarf es einer monetären Basis. D.h. es müssen empirisch fundierte Daten darüber herangezogen werden, wie hoch die Ausgaben in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen für den Leistungsumfang der GKV im Bereich der ambulanten Versorgung nach den Vergütungsregeln der GKV sind. Solche Daten werden im Rahmen des Risikostrukturausgleichs ermittelt.

Der Risikostrukturausgleich (RSA) als Finanzausgleichsverfahren zwischen den verschiedenen Kassen der GKV dient der Sicherung gleicher Chancen für die verschiedenen Kassen im Wettbewerb (eingeführt 1994 im Zusammenhang mit der Kassenwahlfreiheit) und der Vermeidung eines nicht erwünschten Wettbewerbs der Krankenkassen per Risikoselektion. Grundsätzlich soll er Einnahmenunterschiede der Kassen aufgrund von Unterschieden bei den beitragspflichtigen Einnahmen ihrer jeweiligen Versicherten und Leistungsausgabenunterschiede aufgrund unterschiedlicher Risikostruktur der Versicherten ausgleichen.

Zu diesem Zweck sind von den Kassen Daten zur Ermittlung ihrer Finanzkraft und ihres Beitragsbedarfs zu liefern, durch deren Gegenüberstellung sich dann der Ausgleichsanspruch bzw. die Ausgleichsverpflichtung ergibt. Ausgangspunkt für unsere Berechnungen sind die Daten zur Ermittlung des Beitragsbedarfs.

Hier werden die reinen Leistungsausgaben der Krankenkassen erfasst, ausgeschlossen sind also Verwaltungsausgaben, aber auch besondere Satzungsleistun-

gen der Einzelkassen. Die Leistungsausgaben werden differenziert nach neun Hauptleistungsbereichen (HLB). HLB 1 umfasst die ambulanten ärztlichen Leistungen, die für unsere Studie interessant sind, und hat in 2005 einen Anteil von 18,0% an den Gesamtausgaben (Bundesversicherungsamt 2006b).

Der RSA erfasst die Leistungsausgaben differenziert nach Risikofaktoren. Dabei berücksichtigt er Alter in Lebensjahren (Einzelalter) und Geschlecht, aber auch das Vorhandensein und die Art des Krankengeldanspruchs, den eventuellen Status des Erwerbsminderungsrentners und die Einschreibung in strukturierte Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) bei bestimmten ernsteren oder chronischen Erkrankungen. Die Kombination dieser verschiedenen Risikofaktoren wird durch die Bildung von Zellen mit Versichertengruppen dargestellt (Bundesversicherungsamt 2006c). Die Altersgruppen ab 90 Jahren werden in eine Altersgruppe zusammengefasst, die Versichertengruppen der Erwerbsminderungsrentner werden nur in den Altersgruppen „bis 35“ und „35 bis 65“ Jahre belegt. Zusätzlich werden die verschiedenen Statusgruppen bezüglich des Krankengeldes in den Leistungsbereichen außerhalb der Krankengeldausgaben zusammengefasst.

Die Krankenkassen melden dem Bundesversicherungsamt zum Zwecke des RSA also die Leistungsausgaben nach Hauptleistungsbereichen (HLB) und nach Versichertengruppen und entsprechend auch die Versichertentage nach Versichertengruppen. Im Falle des HLB 1 handelt es sich um eine Vollerhebung. Daraus werden – nach einigen Korrekturverfahren – die Pro-Tag-Werte (PTW) oder standardisierte Leistungsausgaben pro Versichertengruppe ermittelt. Diese Werte geben also im HLB 1 wieder, wie hoch die Leistungsausgaben der GKV im Schnitt für einen Versicherten der jeweiligen Risikogruppe bzw. Zelle pro Tag für ambulante ärztliche Leistungen sind.

b) Methodik

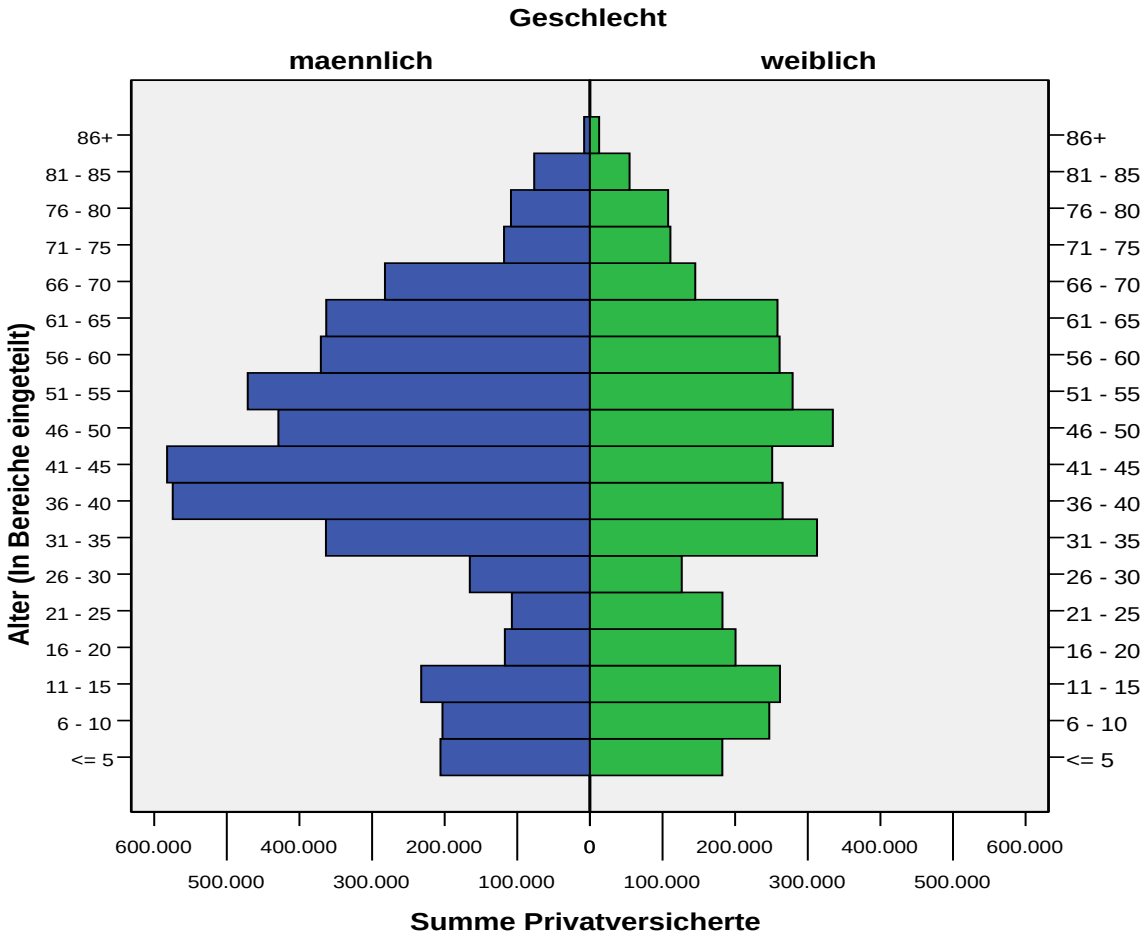
Die Kostenerstatter der TK weichen in ihrer Struktur von den Versicherten der PKV ab. Eine Anpassung der Merkmale Alter und Geschlecht ist relativ einfach möglich, wenn wir, wie oben beschrieben, aus dem TK-Programm Aufschlagsätze nach Alter und Geschlecht bilden und dann bei unseren weiteren Berechnungen mit der Alters- und Geschlechtsstruktur der Privatversicherten gewichten. Nicht direkt ermittelbar

sind Morbiditätsunterschiede – hier können sich Verzerrungen ergeben. Allerdings ist anzunehmen, dass die Selbstselektionsmechanismen bei beiden Personenkreisen tendenziell in die gleiche Richtung gehen. Wahrscheinlich findet sowohl bei den „Kostenerstattern“ als auch bei den privat Versicherten tendenziell ein Selbstselektionseffekt statt, so dass beide Personenkreise eine geringere Morbidität aufweisen dürften als der Bevölkerungsdurchschnitt. Letztendlich lässt sich diese These mit den uns zur Verfügung stehenden Daten allerdings nicht verifizieren.

Die Alters- und Geschlechtsstruktur der PKV-Vollversicherten wurde also zunächst aus dem oben beschriebenen Datensatz des SOEP ermittelt. Da im SOEP keine Angaben über den Krankenversicherungsstatus von Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren erfasst werden, wurde der Versichertenstatus dieser Gruppe abgeleitet vom Versichertenstatus ihrer Eltern und deren Einkommensverhältnissen. Die Zuordnung basiert auf den Regelungen des § 10 Abs. 3 SGB V. Dabei wurde die selten in Anspruch genommenen Möglichkeit, Kinder auch beim mehr und oberhalb der Einkommensgrenze verdienendem (Stief-)Elternteil freiwillig in der GKV zu versichern, nicht berücksichtigt. Zur Gewichtung und Hochrechnung auf die Gesamtzahl der Privatversicherten in der Bundesrepublik wurde der personenbezogene Hochrechnungsfaktor des SOEP verwendet.

Als Ergebnis der Hochrechnung erhielten wir die Anzahl der Privatversicherten gegliedert nach Alters- und Geschlechtsgruppen. Um zufällige Ausschläge zu vermeiden, arbeiteten wir auch hier mit Altersstufen im Umfang von 5 Jahren (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: PKV-Versicherte nach Alter und Geschlecht 2005



Quelle: Eigene Berechnungen auf der Basis des SOEP 2005

Aufbauend auf den aus dem RSA zu errechnenden Basiswerten der Ausgaben der GKV in Alters- und Geschlechtsgruppen konnte nun ermittelt werden, wie stark die ambulante ärztliche Vergütung der PKV von der der GKV für gleiche Leistungen in absoluten Zahlen abweicht.

Für die Ermittlung einer monetären Basis zur rechnerischen Erschließung der von uns gesuchten Vergütungsdifferenz werden die Zellen gewichtet nach Versichertentagen nach den Risikofaktoren Alter und Geschlecht zusammengefasst, da auch im TK-Kostenerstatterprogramm nur diese Risikofaktoren erhoben werden. Aufgeschlagen werden dann die Praxisgebühren für 2005 in Höhe von 1.632.672 T€.[10] Sie wurden den Pro-Tag-Werten der einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen anteilig zu-

[10] Quelle: persönliche Mitteilung durch die KBV

geordnet unter der Annahme, dass ihre Verteilung etwa der der Jahresausgaben für diese Gruppen entspricht. Dabei wurden die unter 18jährigen nicht berücksichtigt, da sie keine Praxisgebühren zahlen.

Daraus ergeben sich die in Tabelle 10 dargestellten durchschnittlichen Leistungsausgaben nach Alter und Geschlecht in Euro pro Tag:

Tabelle 10: Durchschnittliche Leistungsausgaben GKV pro Tag (PTW) in Euro nach Alter und Geschlecht für ambulante ärztliche Leistungen

Alter (in Altersklassen)	PTW männlich	PTW weiblich
<= 5	0,85699	0,77360
6 – 10	0,61288	0,51053
11 – 15	0,47324	0,46080
16 – 20	0,37956	0,67756
21 – 25	0,36536	0,81850
26 – 30	0,41164	0,99800
31 – 35	0,48660	1,03152
36 – 40	0,54052	0,98161
41 – 45	0,59497	0,95889
46 – 50	0,69087	1,04562
51 – 55	0,83786	1,18908
56 – 60	1,07433	1,33473
61 – 65	1,24236	1,42324
66 – 70	1,44483	1,54160
71 – 75	1,68686	1,65867
76 – 80	1,86434	1,73810
81 – 85	1,94007	1,77372
86+	1,98545	1,80823

Quelle: Eigene Berechnungen nach (Bundesversicherungsamt 2006a)

Die Auswahl dieser monetären Basis für unsere weiteren Berechnungen führt jedoch auch zu einer nicht bezifferbaren Verzerrung: Im RSA spiegelt sich die durchschnittliche Risikostruktur der GKV wider. Diese wird sich vermutlich sowohl im Vergleich zu der der PKV-Versicherten als auch zu der der TK-Kostenerstatter hinsichtlich ihrer Morbidität auch jenseits der Risikofaktoren Alter und Geschlecht unterscheiden. Anzunehmen ist, dass das Erkrankungsrisiko der GKV-Versicherten tendenziell höher ist. Da dieser Annahme entsprechend die monetäre Berechnungsbasis in Gestalt der PTW höher ist als die eines durchschnittlichen PKV-Versicherten der entsprechenden Alters- und Geschlechtsgruppe und sich aus den bisherigen Berechnungen nur ein Aufschlagssatz ermitteln ließ, führt dies im Zusammenwirken zu einem tendenziellen Überzeichnen der absoluten Vergütungsdifferenz für gleiche Leistungen. Die-

se wahrscheinliche Verzerrung muss also bei der Beurteilung der Studienergebnisse berücksichtigt werden.

Per Kombination der Ergebnisse aus den Daten des TK-Programms in Gestalt der Aufschlagsfaktoren nach Alters- und Geschlechtsgruppen mit der monetären Basis aus den entsprechend aufbereiteten Daten des RSA und den ebenso bearbeiteten Strukturdaten der PKV-Versicherten lässt sich nun eine monetäre Differenz in der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung für das gleiche Leistungsspektrum ermitteln.

Diese Differenz für eine Zeiteinheit, hier für ein Jahr, kann ermittelt werden, indem folgendes Produkt gebildet wird:

$$VDambÄ = 365 \cdot \sum_{i=1}^{2} \sum_{j=1}^{90} PTW_{ij} \cdot (VA_{ij} - 1) \cdot PV_{ij}$$

VDambÄ = Vergütungsdifferenz ambulante ärztliche Versorgung

PTW= Pro-Tag-Werte aus dem RSA

VA= Vergütungsaufschläge aus dem TK-Kostenerstatterprogramm

PV= Anzahl der Privatversicherten

i = Geschlecht

j = Altergruppen

Dieses Produkt gibt mit anderen Worten Anhaltspunkte dafür, wie hoch die Mehrzahlung der Gesamtheit der PKV-Versicherten für das Leistungsspektrum der GKV ist.

c) Ergebnisse

Summe der absoluten Vergütungsdifferenz

Als Ergebnis unserer vorangegangenen Berechnungen entsprechend der obigen Formel lässt sich folgende Tabelle 11 herleiten: Aus der Anzahl der PKV-Versicherten gemäß SOEP in den einzelnen Alters- und Geschlechtsgruppen in Spalte 3 multipliziert mit dem Jahreswert der Ausgaben für Individuen dieser Gruppen aus dem RSA in Spalte 5 ergibt sich in Spalte 6 die Gesamtvergütung, die ge-

mäß unserer Annahmen die GKV zahlen würde für diese Versichertengruppen. Multipliziert man diese mit den aus dem TK-Programm errechneten Aufschlagsfaktoren in Spalte 7, so erhält man in Spalte 8 die Vergütung, die die PKV für die entsprechenden Patientengruppen auf Basis des Leistungsniveaus der GKV gezahlt hätte. Aus der Differenz zwischen Spalte 8 und Spalte 6 ergibt sich die jeweilige Vergütungsdifferenz in Spalte 9 und in der Summe dann die Gesamtvergütungsdifferenz. Aus dem Verhältnis der Summen der Spalten 8 und 6 ergibt sich wiederum der Aufschlagsfaktor insgesamt auf die GKV-Vergütung für PKV-Patienten.

Nach unseren Berechnungen betragen die Ausgaben für Privatversicherte für einen GKV-Leistungskatalog 6,365 Mrd. €. Bei Vergütung mit GKV-Vergütungsniveau wären bei diesem Leistungskatalog Ausgaben von 2,791 Mrd. € entstanden. Damit ergibt sich für alle PKV-Versicherten eine Gesamtvergütungsdifferenz von ca. 3,573 Mrd. € für Leistungen auf GKV-Niveau. Der über alle Alters- und Geschlechtsgruppen gewichtete Aufschlagsfaktor liegt damit bei 2,28, d.h. im Durchschnitt werden die Leistungen für Privatversicherte den Ärzten rd. 2,28 mal so gut vergütet wie die gleichen Leistungen gegenüber GKV-Versicherten.

Ergebnisse anderer Studien

Spezifisch an der Vorgehensweise unserer Studie ist, dass sie zwar auf der Basis von erhobenen Ausgaben der GKV in absoluten Beträgen ausgeht, die PKV-Ausgaben jedoch aufgrund von – allerdings empirisch ermittelten - Aufschlagssätzen konstruiert. Gerade darum ist es sinnvoll, die Ergebnisse auf Plausibilität zu überprüfen anhand von statistischen Daten und Ergebnissen, die auch mit Ausgabendaten der PKV operieren. Verzerrungen unserer Ergebnisse können, wie oben erwähnt, insbesondere durch die unterschiedliche Risikostruktur von GKV- und PKV-Patienten und die gegebenenfalls unzureichende Punktwertkorrektur entstehen. Dabei könnte eine zu hohe Basis in Gestalt der Pro-Tag-Werte aus dem Risikostrukturausgleich wegen einer eventuellen geringeren Morbidität der PKV-Patienten auch innerhalb der Alters- und Geschlechtsgruppen die Vergütungsdifferenz nach oben verzerren. Die Annahmen über die Punktwerte dagegen könnten einerseits richtungsunklare leichte Verzerrungen hervorrufen aufgrund der Verwendung der uns einzig zugänglichen Daten aus der KBV-Frequenzstatistik 2004, andererseits eine leichte Unterzeichnung der Vergütungsdifferenz durch die Nichtberücksichtigung von schon bei den KVen

Tabelle 11: Absolute Vergütungsdifferenzen im ambulanten ärztlichen Bereich

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ge-schlecht	Alter	PKV-Vers.	PTW RSA in Euro	Jahreswert RSA in Euro	PKV-Vers. mit GKV-Vergütung in Tausend Euro	AF TK-Progr.	Verg. PKV GKV-Leist. in Tausend Euro	Vergütungsdifferenz in Tausend Euro
m	<= 5	205.738	0,85699	312,80	64.355	2,25	144.798	80.443
	6 - 10	203.021	0,61288	223,70	45.416	2,40	108.822	63.406
	11 - 15	232.326	0,47324	172,73	40.130	1,99	79.730	39.600
	16 - 20	117.135	0,37956	138,54	16.228	2,12	34.453	18.225
	21 - 25	107.448	0,36536	133,36	14.329	2,03	29.047	14.718
	26 - 30	165.307	0,41164	150,25	24.837	2,04	50.738	25.901
	31 - 35	363.488	0,48660	177,61	64.558	2,14	138.225	73.666
	36 - 40	574.434	0,54052	197,29	113.330	2,17	245.366	132.036
	41 - 45	582.311	0,59497	217,16	126.457	1,97	248.732	122.275
	46 - 50	428.971	0,69087	252,17	108.172	2,27	245.930	137.757
	51 - 55	471.214	0,83786	305,82	144.106	2,28	327.860	183.754
	56 - 60	370.486	1,07433	392,13	145.279	2,32	337.363	192.084
	61 - 65	363.070	1,24236	453,46	164.638	2,36	389.077	224.439
	66 - 70	282.281	1,44483	527,36	148.864	2,37	352.616	203.752
	71 - 75	118.139	1,68686	615,70	72.739	2,45	178.026	105.288
	76 - 80	108.785	1,86434	680,48	74.027	2,31	170.636	96.609
	81 - 85	76.746	1,94007	708,12	54.346	2,51	136.474	82.128
	86+	7.944	1,98545	724,69	5.757	2,35	13.547	7.790
w	<= 5	182.364	0,77360	282,37	51.493	2,22	114.533	63.040
	6 - 10	246.932	0,51053	186,34	46.014	2,18	100.188	54.174
	11 - 15	261.689	0,46080	168,19	44.014	2,25	99.223	55.209
	16 - 20	200.502	0,67756	247,31	49.586	2,41	119.574	69.988
	21 - 25	182.548	0,81850	298,75	54.536	2,29	125.042	70.506
	26 - 30	126.595	0,99801	364,27	46.115	2,23	103.056	56.941
	31 - 35	312.704	1,03152	376,50	117.734	2,03	238.603	120.869
	36 - 40	265.353	0,98161	358,29	95.073	2,22	210.613	115.540
	41 - 45	251.003	0,95890	349,99	87.850	2,26	198.576	110.726
	46 - 50	334.635	1,04562	381,65	127.714	2,44	311.160	183.446
	51 - 55	279.112	1,18908	434,01	121.138	2,37	287.562	166.423
	56 - 60	261.335	1,33473	487,18	127.317	2,35	299.600	172.283
	61 - 65	258.300	1,42324	519,48	134.182	2,38	319.127	184.944
	66 - 70	145.154	1,54160	562,68	81.676	2,32	189.626	107.950
	71 - 75	110.902	1,65867	605,41	67.141	2,24	150.391	83.250
	76 - 80	107.722	1,73810	634,41	68.339	2,34	160.211	91.871
	81 - 85	54.672	1,77372	647,41	35.395	2,49	87.957	52.562
	86+	12.633	1,80823	660,00	8.337	2,17	18.058	9.721
	Summe	8.373.000			2.791.226	2,28	6.364.539	3.573.314

Quelle: Eigene Berechnungen

nicht abgerechneten Punkten sowie auch über die nicht berücksichtigten Deckelungseffekte bei den in Euro abgerechneten Laborleistungen. Besonders wegen einer potentiellen Überzeichnung der Vergütungsdifferenz bietet es sich an zu fragen, in-

wieweit die Ergebnisse unserer Studie mit sonst verfügbaren Daten und Untersuchungsergebnissen kompatibel sind. Dies soll hier geschehen in Bezug auf die Daten der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes 2005 und auf die Ergebnisse der Studien von Niehaus/Weber über den Finanzierungsbeitrag der PKV.

Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes 2005

Das Informationssystem der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes sammelt zentral in Form einer Online-Datenbank Gesundheitsdaten aus verschiedenen Quellen. In der Gesundheitsausgabenrechnung werden die Anteile verschiedener Ausgabenträger den Einrichtungsarten, im für uns relevanten Falle auch den privaten Arztpraxen, zugeordnet. Hier ergibt sich im für die Einordnung der berechneten Werte der Vergütungsdifferenz interessanten Bereich folgendes Bild für 2005 (Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2005):

Tabelle 12: Ausgaben für Arztpraxen 2005

Träger	Ausgaben in Mio Eu
PKV	4.549
Arbeitgeber	2.522
Private Haushalte	3.270
Praxisgebühren	1.633
Private Haushalte ohne Praxisg.	1.637
Obergrenze Ausgaben PKV-Versicherte	8.708

Quelle: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, eigene Berechnungen

In Tabelle 12 sind die Ausgaben der Kostenträger für PKV-Leistungen im Bereich der Arztpraxen insgesamt zusammengefasst, die natürlich auch den Bereich der Leistungen an die Vollversicherten jenseits des GKV-Leistungsniveaus sowie die vermutlich eher gering ausfallenden Leistungen an Zusatzversicherte umfassen. Bei den Kostenträgern handelt es sich um die PKV, die Arbeitgeber in Gestalt der Beihilfeträger sowie über die Selbstbeteiligungsregelungen die privaten Haushalte selber. Bei den Ausgaben der privaten Haushalte für Arztpraxen wird im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung nicht unterschieden zwischen Eigenanteilen der PKV-Versicherten, Praxisgebühren der GKV-Versicherten oder in vermutlich geringerem Umfang frei eingekauften Leistungen der GKV-Versicherten oder gar Nichtversicherten. Als größerer identifizierbarer Betrag wurden aber von uns die Praxisgebühren der GKV-Versicherten abgezogen. Entsprechend ergibt sich eine Obergrenze der

Ausgaben für PKV-Versicherte von insgesamt 8.708 Mio. €. Die tatsächlichen Ausgaben für die PKV-Patienten dürften jedoch noch deutlich darunter liegen, da im Beitrag der privaten Haushalte auch individuelle Gesundheitsleistungen oder andere aus eigenem Budget erworbene ärztliche Leistungen enthalten sind. Die 6,365 Mrd. €, die wir oben als Ausgaben für PKV-Versicherte auf dem Leistungsniveau der GKV ermittelt haben, betragen damit ca. 73% der PKV-Gesamtausgaben, was plausibel erscheint.

Studie des Wissenschaftlichen Instituts der PKV

Wie in Abschnitt 3.a beschrieben, ist die Studie von Weber und Niehaus ein Versuch, die Vergütungsunterschiede für PKV- und GKV-Patienten auf globaler Ebene zu ermitteln und dabei zwischen den größeren Vergütungsbereichen zu differenzieren. Im Ergebnis werden so auch Zahlen für den ambulanten ärztlichen Bereich errechnet. Die Studie liegt in umfangreicherer Form vor aus dem Jahr 2005 basierend auf Zahlen des Jahres 2003 (Niehaus/Weber 2005); in 2006 wurden die Berechnungen dann, veröffentlicht in gekürzter Form, auf der Basis von statistischem Material aus 2004 (Niehaus 2006) und später auch 2005 (Niehaus 2006b) wiederholt. Tabelle 13 fasst die Ergebnisse der drei Studien zusammen.

Tabelle 13: Ergebnisse der Studien des Wissenschaftlichen Instituts der PKV für den ambulanten ärztlichen Bereich

Jahr	Gesamtumsatz PKV-Versicherte in Mio. Eu	Mehrumsatz PKV-Versicherte in Mio. Eu
2003	6.537	3.660
2004		4.106
2005	7.145	4.201

Quelle: Weber u. Niehaus 2005, Niehaus 2006, Niehaus 2006b

Hier ergibt sich also für 2005 ein Gesamtumsatz von ca. 7.145 Mio. €, also deutlich unterhalb der von uns errechneten Obergrenze aus der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes (8.708 Mio €) liegend. Stellt man das Ergebnis unserer Studie (Vergütungsdifferenz auf dem Niveau des GKV-Leistungskataloges: 3,573 Mrd. €) ins Verhältnis zu diesen Ergebnissen, so wären ca. 85% des von Weber u. Niehaus ermittelten Betrages die Preisdifferenz für Leistungen, die sowohl von der PKV als auch von der GKV finanziert werden. Insgesamt liegt also das Ergebnis unserer Studie durchaus im Rahmen sowohl zugänglicher statistischer Daten der Gesundheits-

ausgabenrechnung des Bundes als auch vergleichbarer Studien mit abweichender Methodik.

Die Ergebnisse unserer Studie erscheinen plausibel sowohl im Rahmen der Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes als auch der Ergebnisse der Studien des Wissenschaftlichen Instituts der PKV.

6. Angleichung der Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich

Im letzten Teil der Studie soll gefragt werden, wie eine mögliche für die Gesamtheit der Vertragsärzte vergütungsneutrale Angleichung der Vergütungssysteme in verschiedenen Varianten aussehen könnte und welche Wirkungen auf die Kostenträger PKV und GKV zu erwarten wären. Dabei werden verschiedene Modellvarianten bearbeitet. Die Frage einer möglichen Gegenfinanzierung von Be- und Entlastungen für die Kostenträger wird in diesem Papier nicht thematisiert.

a) Annahmen für die Modellrechnung

Grundannahme für die Modellrechnung ist die fiktive Geltung einer gemeinsamen Vergütungsordnung für alle Leistungen im gemeinsamen Leistungsbereich von GKV und PKV. Dies gilt unabhängig von der Form der rechtlichen Realisierung (formal gemeinsame Vergütungsordnung, Anlehnung der privatrechtlichen Vergütungsordnung an die korporativ vereinbarte Vergütungsordnung).

Eine weitere Annahme für die Modellrechnung ist es, dass die Summe der Vergütungen im ambulanten ärztlichen Bereich sich nicht verändert, d.h. dass im Durchschnitt der Umsatz der Vertragsärzte unverändert bleibt. Bei konkreter Umsetzung eines solchen Modells müsste allerdings berücksichtigt werden, dass, wie aus den obigen Ergebnissen ersichtlich, schon alleine verschiedene Facharztgruppen sehr unterschiedlich von den sich aus den bisherigen Vergütungssystemen ergebenden Differenzen betroffen sind. Da unsere Daten jedoch keine validen Aussagen über die Verteilung über alle Facharztgruppen erlauben, sondern sich nur Tendenzen für größere Gruppen herleiten lassen, ist eine differenziertere Rechnung nur auf Basis weiterer gezielter empirischer Untersuchungen möglich.

Wie oben erwähnt, muss analytischer Ausgangspunkt für eine Modellrechnung eine gemeinsame Gebührenordnung sein. In der gesundheitspolitischen Realität würde dies wahrscheinlich eine angepasste veränderte Version der Gebührenordnungen der bisherigen Systeme sein. In der Modellbildung kann dies jedoch wegen der Komplexität der zu erwartenden Veränderungen nicht vorausgenommen werden. Sinnvoll ist es also, diejenige Gebührenordnung zu Grunde zu legen, die von ihrer

Struktur her zukunftsträchtiger ist. Dies ist aus verschiedenen Gründen der EBM. Zum Ersten ist er wesentlich häufiger überarbeitet und angepasst worden, ist also wesentlich näher am aktuellen medizinischen Wissensstand orientiert als die teilweise veraltete GOÄ. Zudem basiert seine letzte Version – auch wenn eine Reihe normativer Setzungen enthalten sind – grundsätzlich auf betriebswirtschaftlichen Modellrechnungen. Es ist also anzunehmen, dass seine Bewertungsrelationen tendenziell stärker mit Kostenrelationen für die entsprechenden Leistungen korreliert sind, auch wenn der aktuelle Punktwert nicht auf der Basis betriebswirtschaftlicher Kostenkalkulationen ermittelt wird. Aus Gründen ökonomischer Steuerung der Leistungserbringung schließlich spricht die stärker pauschalierte Struktur für den EBM, die eine geringere Tendenz zur rein wirtschaftlich motivierten Leistungsausweitung bewirkt als eine rein einzelleistungsorientierte Vergütungsordnung wie die GOÄ.

b) Modellrechnung

Auch wenn wir ein grundsätzlich gleiches Vergütungssystem zu Grunde legen, d.h. gleiche Vergütungsrelationen bezüglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe, sind Variationen denkbar bezüglich der Angleichung der konkreten Leistungshöhe. Diese Variationsbreite soll hier im Rahmen von zwei Eckversionen möglicher Modellrechnungen abgedeckt werden.

Mit einer Angleichung der Vergütungssysteme können verschiedene gesundheitspolitische Ziele angestrebt werden. Zunächst kann eine bloße größere Übersichtlichkeit, aber auch medizinische Aktualität, betriebswirtschaftlicher Kostenbezug sowie ökonomische Leistungssteuerung angestrebt werden. Auch die größere Wirtschaftlichkeit des Erstellungs- und Abstimmungsprozesses bei einem statt zweier Vergütungssysteme kann ein Argument sein. Will man alleine dieser Linie folgen, so ist ein Vergütungssystem denkbar, das zwar gleiche Vergütungsrelationen vorsieht, jedoch absolute Vergütungsunterschiede für die Patienten aus den zwei Versicherungssystemen weiter zulässt oder anstrebt.

Andererseits können – was den Leistungsumfang der gemeinsamen Leistungen angeht – auch darüber hinaus Steuerungseffekte in Richtung einer stärkeren Gleichbehandlung von Patienten aus beiden Versicherungssystemen erwünscht sein. So kann gleicher Zugang zu ambulanten medizinischen Leistungen in diesem Bereich

ein Ziel sein, z.B. in Form gleicher Wartezeiten und gleichen Komforts des Zugangs. Will man solche Ziele anstreben, so muss auch die absolute Höhe der Vergütung angepasst werden.

Hier sollen nur zwei Eckvarianten vorgestellt werden. In der ersten soll nur das Vergütungssystem in seiner Struktur vereinheitlicht und in den Vergütungsrelationen angepasst werden; der Vergütungsunterschied soll genauso konstruiert werden, dass die Finanzierungsanteile der beiden Versicherungssysteme gleich bleiben. In der zweiten Variante soll berechnet werden, wie die Vergütungshöhe eines fiktiven gemeinsamen EBM angepasst werden müsste, um arztvergütungsneutral ein System mit auch der absoluten Höhe nach gleicher Vergütung für Patienten beider Versicherungstypen konstruieren zu können.

Variante 1: Anpassung der Vergütungsstruktur

Die erste Eckvariante bedarf in der einfach modellierten Form (also ohne Berücksichtigung der auf bisheriger Datenbasis nicht vollständig zu ermittelnden Unterschiede bei den Facharztgruppen) so gut wie keiner zusätzlichen Rechnung. Da der aus dem Verhältnis von PKV- zu GKV-Vergütung sich ergebende gewichtete Durchschnittsaufschlag bei den PKV-Versicherten wie oben errechnet knapp 2,3 beträgt, wäre die einfachste Variante, bei PKV-Versicherten diesen Faktor auf die bestehende EBM-Vergütung aufzuschlagen.

Hier sind real natürlich Varianten vorstellbar. Will man z.B. die historisch gewachsene Variabilität des Aufschlages nach Leistungsarten (z.B. Laborleistungen, personale Leistungen etc.) beibehalten, so müsste sich ein entsprechender gewichteter Durchschnittsaufschlag ergeben. Will man weiterhin die Freiheit der Ärzte nicht beeinträchtigen, innerhalb eines Rahmens individuelle Aufschläge zu nutzen, so müssten unter Nutzung der Daten über den bisherigen Umgang der Ärzte mit den Steigerungsfaktoren entsprechende Korridore festgelegt werden.

Variante 2: Anpassung von Vergütungsstruktur und Vergütungshöhe

Wesentlich stärkere Veränderungen auch im Finanzierungssystem sind bei der zweiten Eckvariante zu erwarten. Ausgangspunkt der Berechnung ist hier zunächst eine

Situation, bei der alle Leistungen für einen der GKV entsprechenden Leistungsumfang nach EBM vergütet würden.

Tabelle 14: Gesamtausgaben 2005 und ihre Verteilung bei fiktiver Vergütung nach EBM2000+

Gesamtausgaben GKV-Versicherte	24.871.378 T€
Gesamtausgaben PKV-Versicherte für einen GKV-Leistungsumfang	6.364.539 T€
davon:	
Mehrausgaben für PKV-Versicherte	3.573.314 T€
Ausgaben für PKV-Versicherte auf Basis EBM	2.791.226 T€
Gesamtausgaben auf Basis EBM	27.662.604 T€

Quelle: RSA 2005 und eigene Berechnungen

Tabelle 14 zeigt die Grunddaten einer solchen Berechnung: Die ersten beiden Zeilen zeigen die Ausgaben auf Basis der derzeit geltenden Vergütungssysteme für beide Versichertengruppen auf der Basis der bisherigen Ergebnisse unserer Studie. Die Ausgaben für PKV-Versicherte werden dann auch hier entsprechend den von uns oben errechneten Daten aufgeteilt auf diejenigen, die auf Basis EBM anfallen würden und auf zusätzliche Ausgaben durch Anwendung der GOÄ bei gleichen Leistungen. Durch Addition der Gesamtausgaben für GKV-Versicherte und der Ausgaben für PKV-Versicherte auf Basis EBM in der letzten Zeile ergibt sich die neue fiktive Summe der Vergütungen bei Systemangleichung ohne Punktwertanpassung im EBM.

Um aber ein in Bezug auf die Vergütungssumme für die Ärzte neutrales Modell zu konstruieren, muss die Absenkung der Gesamtvergütung durch den Systemwechsel in Höhe der Mehrausgaben für PKV-Versicherte durch eine entsprechende Punktwerterhöhung ausgeglichen werden. Unter Verwendung des Durchschnittspunktwerts, der der Studie zu Grunde gelegt wurde, ergibt sich folgende Rechnung (vgl. Tab. 15):

Tabelle 15: Fiktive durchschnittliche Punktwerterhöhung bei Arztvergütungsneutralität

Gesamtausgaben GKV- und PKV-Vers.	31.235.918 T€
Gesamtausgaben GKV- und PKV-Vers. EBM	27.662.604 T€
Faktor für Punktwerterhöhung	1,1292
Durchschnittspunktwert der Studie	0,0391 €
Durchschnittspunktwert nach Punktwertanpassung	0,0441 €

Quelle: Eigene Berechnungen

Der Faktor für die Punktwerterhöhung ergibt sich aus dem Verhältnis der ursprünglichen Gesamtausgaben für alle Versicherten für einen GKV-Leistungsumfang zu den neuen Ausgaben nach EBM mit nicht angepasstem Punktwert. Legt man dann den in der Studie verwendeten Durchschnittpunktwert zu Grunde, so ergibt sich ein neuer Durchschnittspunktwert von 0,0441 €, der nach unserer Rechnung ausreichen würde, um die Vergütungssystemanpassung im Bereich der den Systemen gemeinsamen Leistungen auszugleichen.[11] Insofern ist er auch Ausdruck der faktischen Vergütungshöhe in diesem Bereich bei Geltung einer einheitlichen Vergütungshöhe über beide Vergütungsordnungen. Dieser Durchschnittspunktwert liegt interessanterweise immer noch stark unter dem im Rahmen der Novellierung des EBM auf Basis betriebswirtschaftlicher Berechnungen ermittelten Kalkulationspunktwert von 0,0511 €.

Die Punktwertanpassung verteilt sich dann auf die beiden Versichertensysteme im Verhältnis ihres Ausgabenanteils an den Gesamtausgaben auf Basis EBM (vgl. Tabelle 16).

Tabelle 16: Ausgabenanteilswerte GKV und PKV bei Vergütung nach EBM auf GKV-Leistungsniveau

Anteilswert Ausgaben GKV-Vers. in %	89,91%
Anteilswert Ausgaben PKV-Vers. In %	10,09%

Quelle: Eigene Berechnungen

Entsprechend ergibt sich für die Ausgabenträger in den Versicherungssystemen folgende Mehr-/Minderbelastung (vgl. Tabelle 17):

Tabelle 17: Mehr- und Minderbelastungseffekte der Versicherungssysteme

Mehraufwand GKV/Minderaufwand PKV	3.212.757 T€
davon Mehraufwand PKV erhöhter EBM	360.556 T€
davon Minderaufwand PKV Übernahme EBM	3.573.314 T€

Quelle: Eigene Berechnungen

[11] Diese Punktwertberechnung ist unter der Voraussetzung erfolgt, dass die Euro-Leistungen um den gleichen Prozentsatz angehoben werden

Die Minderbelastung auf der PKV-Seite in Höhe von rd. 3,212 Mrd. € ergibt sich durch zwei gegenläufige Effekte, nämlich einer starken Minderbelastung durch die Übernahme des EBM in Höhe von rd. 3,573 Mrd. €und einer entsprechend gegenläufigen und kleineren Mehrbelastung durch die Erhöhung des Durchschnittspunktwertes in Höhe von rd. 0,361 Mrd. €.

Bei genauerer Betrachtung der Auswirkungen der zweiten Eckvariante auf die Finanzierungssysteme ist zu berücksichtigen, dass verschiedene Kostenträger be- und entlastet werden können. Relativ einfach ist es auf der GKV-Seite, wo - bei gleich bleibenden Praxisgebühren - die Mehrkosten tatsächlich voll von den gesetzlichen Kassen getragen werden müssten (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18: Ausgabenerhöhung und potentielle Beitragserhöhung GKV

Ausgaben GKV 2005	Betrag in Mio Eu	Ausgabenanteil	Beitragssatzpunkte GKV
Gesamtausgaben	135.868		
pot. Mehrausgaben EBM-Erhöhung	3.213	2,36%	0,34

Quelle: Eigene Berechnungen

Es würde sich hier also eine mögliche Erhöhung der Gesamtausgaben der GKV von ca. 2,4 Prozent ergeben, was ceteris paribus zu Beitragserhöhungen von durchschnittlich 0,34 Beitragssatzpunkten führen würde, wenn der durchschnittliche Beitragssatz des Bezugsjahres 2005 von 14,2 Prozent zu Grunde gelegt wird.[12]

Auf der PKV-Seite würden sich die Entlastungen hingegen auf mehrere Kostenträger verteilen. Auch hier soll zunächst die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes als Berechnungsgrundlage genommen werden, um die Entlastungen auf die PKV selber, die Beihilfeträger sowie die Versicherten in ihren jeweiligen Eigenanteilen zu verteilen. Zunächst gehen wir davon aus, dass die Kostenträger entsprechend ihrem angenommenen, wie oben beschrieben ja relativ grob umrissenen, Finanzierungsanteil an der ambulanten ärztlichen Versorgung von den Entlastungen profitieren (vgl. Tabelle 19):

[12] Wenn die Mehrausgaben auf die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen in der GKV in 2005 in Höhe von 969,3 Mrd. € bezogen wird, ergibt sich ein Beitragssatzeffekt von 0,33 Beitragssatzpunkten.

Tabelle 19: Aufteilung des Minderaufwandes auf Seiten der PKV auf die Ausgabenträger 1. Variante

Ausgabenträger Arztpraxen	Betrag in Mio. €	Anteil in %	Minderaufwand in Mio. €
PKV	4.549	52,24%	1.678
Arbeitgeber	2.522	28,96%	930
Private Haushalte ohne Praxisgeb.	1.637	18,80%	604
Summe PKV-rel. Träger	**8.708**	**100,00%**	**3.213**

Quelle: Eigene Berechnungen

Besonders problematisch erscheint diese Annahme im Bereich der privaten Haushalte, und dies aus zwei Gründen: erstens handelt es sich hier, wie oben erwähnt, bei dem nominalen Betrag um eine Art Obergrenze, die tatsächlichen Ausgaben der PKV-Versicherten aus Eigenanteilen dürften schon alleine wegen individueller Gesundheitsleistungen und sonstiger privat finanzierter Leistungen darunter liegen. Zweitens ist es sehr von der Form der Selbstbeteiligung abhängig sowie auch von Anzahl und Struktur der in Anspruch genommenen Leistungen, ob und wie stark sich über eine Leistungsverbilligung, die der Übergang zum EBM ja letztendlich bedeutet, der Versichertenanteil über Selbstbeteiligungen sinkt. Dieses Problem ist ohne gesicherte Daten über die Struktur von Selbstbeteiligungen und Leistungen der PKV-Versicherten empirisch kaum modellierbar. Es lässt sich allerdings sagen, dass schon von daher der direkte Vorteil der Privathaushalte geringer ausfallen dürfte.

Im Hinblick auf das erste Problem könnte es ein Ansatz einer Sensitivitätsanalyse sein, den Anteil der Privathaushalte nach unten zu begrenzen, indem wir die Gesamtausgaben der PKV-Kostenträger nach oben auf den auf 2005 hochgerechneten Betrag der Weber/Niehaus-Studie begrenzen und unter Beibehaltung der realistischeren zwei Ausgabenwerte von PKV und Beihilfe den Ausgabenwert der privaten Haushalte nochmals reduzieren. Dies ergäbe dann folgendes Bild (vgl. Tabelle 20):

Tabelle 20: Aufteilung des Minderaufwandes auf Seiten der PKV auf die Ausgabenträger, 2. Variante

Ausgabenträger Arztpraxen	Betrag in Mio €	Anteil in %	Minderaufwand in Mio. €
PKV	4.549	61,72%	1.983
Arbeitgeber	2.522	34,22%	1.099
Private Haushalte ohne Praxisgeb.	299	4,06%	130
Summe PKV-rel. Träger	**7.370**	**100,00%**	3.213

Quelle: Eigene Berechnungen

Je nach Annahmen über die direkten Finanzierungsanteile der privaten Haushalte sind also mindestens die obigen Schwankungen in den Anteilen der einzelnen Finanzierungsträger möglich.

7. Literatur

Bundesversicherungsamt (2006a). *Jahresausgleich 2005*. Bonn.

Bundesversicherungsamt (2006b). Kurzbericht über den Jahresausgleich 2005 im Risikostrukturausgleich. Bonn.

Bundesversicherungsamt (2006c). RSA-Leitfaden. Bonn.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes (2005). Gesundheitsausgaben in Deutschland in Mio. Eu**:** Ad-Hoc-Tabelle.

Hess, R. (1998). "Gebührenordnung für Ärzte: Essentials für die Reform." *Deutsches Ärzteblatt* **17/1998**: A 998.

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2006). *KZBV Jahrbuch 2006, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung*. Köln.

Klingenberger, D./W. Micheelis (2005). Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin. Köln, Institut der deutschen Zahnärzte.

Lüngen, M./ Stollenwerk, B./ Messner, P. / Lauterbach, KW. / Gerber, A. (2008): Waiting Times for elective Treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *International Journal for Equity in Health 7: doi 10.1 186-1475-9276-7-1*

Niehaus, F. (2006). Der überproportionale Finanzierungsbeitrag der PKV im Jahr 2004. Köln, Wissenschaftliches Institut der PKV WIP.

Niehaus, F. (2006b): Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten im Gesundheitswesen im Jahr 2005. WIP-Diskussionspapier 10/06. Köln.

Niehaus, F./C. Weber (2005). *Der überproportionale Finanzierungsbeitrag privat versicherter Patienten zum Gesundheitswesen*. Köln.

Rosenbrock, R./T. Gerlinger (2006). *Gesundheitspolitik, Eine systematische Einführung*. Bern.

Schorre, W. (1998). Vorstellung des Konzeptes der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). *Pressekonferenz der KBV*. Bonn.

Schröder, H./K. Nink/C. Lankers (2006). Versorgung, Ausgaben und Wettbewerb im Arzneimittelbereich. *Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit*. IGES, D. Cassel, E. Wille, WIdO. Berlin.

Verband der privaten Krankenversicherung (2005). *Zahlenbericht 2004/2005*. Köln.

Verband der privaten Krankenversicherung (2006). *Zahlenbericht 2005/2006*. Köln.

Wezel, H./R. Liebold, Hrsg. (2006). *Der Kommentar zu EBM und GOÄ*. Sankt Augustin.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vergleich der Gebührenordnungen im ambulanten ärztlichen Bereich 14

Tabelle 2: Vergleich der Gebührenordnungen im ambulanten zahnärztlichen Bereich 18

Tabelle 3: Vergleich der Arzneimittelvergütung in GKV und PKV: Wirksamkeit der regulierenden Maßnahmen 23

Tabelle 4: Umsatzstärkste Leistungen nach EBM 2004 26

Tabelle 5: Begriffe des TK-Programms..... 30

Tabelle 6: Steigerungsfaktoren GOÄ im TK-Kostenerstattungsprogramm und bei PKV-Patienten..... 34

Tabelle 7: Empirische Punktwerte nach Kassenarten 36

Tabelle 8: Aufschlagfaktoren aus dem TK-Programm für die Vergütung auf PKV-Niveau 38

Tabelle 9: Aufschlagsfaktoren nach größeren Facharztgruppen 39

Tabelle 10: Durchschnittliche Leistungsausgaben GKV pro Tag (PTW) in Euro nach Alter und Geschlecht für ambulante ärztliche Leistungen..... 45

Tabelle 13: Ergebnisse der Studien des Wissenschaftlichen Instituts der PKV für den ambulanten ärztlichen Bereich 50

Tabelle 14: Gesamtausgaben 2005 und ihre Verteilung bei fiktiver Vergütung nach EBM2000+..... 55

Tabelle 15: Fiktive durchschnittliche Punktwerterhöhung bei Arztvergütungsneutralität..... 55

Tabelle 16: Ausgabenanteilswerte GKV und PKV bei Vergütung nach EBM auf GKV-Leistungsniveau 56

Tabelle 17: Mehr- und Minderbelastungseffekte der Versicherungssysteme 56

Tabelle 18: Ausgabenerhöhung und potentielle Beitragserhöhung GKV..... 57

Tabelle 19: Aufteilung des Minderaufwandes auf Seiten der PKV auf die Ausgabenträger 1. Variante..... 58

Tabelle 20: Aufteilung des Minderaufwandes auf Seiten der PKV auf die Ausgabenträger, 2. Variante..... 58

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Nachvollzug Aufstockungsregelung Schritt 1 31

Abbildung 2: Nachvollzug Aufstockungsregelung Schritt 2 32

Abbildung 3: PKV-Versicherte nach Alter und Geschlecht 44

Abkürzungsverzeichnis

AMPVO	Arzneimittelpreisverordnung
AOK	Allgemeine Ortskrankenkassen
AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BEMA-Z	Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen
BKK	Betriebskrankenkassen
BMÄ	Bewertungsmaßstab Ärzte
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
DMP	Disease Management Program
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
E-GO	Ersatzkassen-Gebührenordnung
EK	Ersatzkassen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HLB	Hauptleistungsbereich
HNO-Ärzte	Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IKK	Innungskrankenkassen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
PKV	Private Krankenversicherung
PTW	Pro-Tag-Wert
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SOEP	Sozioökonomisches Panel
TK	Techniker Krankenkasse
vgl.	vergleiche

Anhang

Gebührenpositionen EBM mit zeitlicher Einschränkung, die im Kostenerstattungsprogramm der TK der „Aufstockungregelung“ unterliegen

Gebührenposition	8=Behandlungstag 9=Behandlungsfall	Häufigkeit
01210	9	1
01310	9	1
01311	9	1
01312	9	1
01420	9	1
01422	9	1
01424	9	2
01430	8	1
01520	9	1
01521	9	1
01530	9	1
01531	9	1
01770	9	1
01772	9	1
01773	9	1
01774	9	1
01775	9	2
01822	9	1
01839	9	1
01850	9	1
01857	9	1
01900	9	1
01901	9	1
01902	9	1
01903	9	1
01910	9	1
01911	9	1
01912	9	1
01952	9	4
02300	8	1
02301	8	1
02302	8	1
02310	9	1
02360	9	1
03000	9	1
03001	9	1
03002	9	1

03005	9	1
03110	9	1
03111	9	1
03112	9	1
03210	9	1
03211	9	1
03312	9	1
03313	9	1
03314	9	3
03333	9	1
03340	9	1
03341	9	1
03351	9	1
04000	9	1
04001	9	1
04002	9	1
04005	9	1
04110	9	1
04111	9	1
04112	9	1
04210	9	1
04211	9	1
04311	9	1
04312	9	1
04313	9	1
04332	9	1
04340	9	1
04350	9	2
04352	9	1
04353	9	1
05210	9	1
05211	9	1
05212	9	1
05310	9	1
06210	9	1
06211	9	1
06212	9	1
06312	9	1
06320	9	1
06321	9	1
06332	9	1
06340	9	1
06341	9	1
06342	9	1
06343	9	1
06350	8	1

06351	8	1
06352	8	1
07210	9	1
07211	9	1
07212	9	1
07310	9	1
07311	9	1
07320	9	1
07330	9	1
07340	9	1
08210	9	1
08211	9	1
08212	9	1
08310	9	1
09210	9	1
09211	9	1
09212	9	1
09340	9	2
09351	8	2
09360	8	1
09361	8	1
09362	8	1
10210	9	1
10211	9	1
10212	9	1
10340	8	1
10341	8	1
10342	8	1
11210	9	1
11211	9	1
11212	9	1
13210	9	1
13211	9	1
13212	9	1
13250	9	1
13258	9	1
13260	9	1
13300	9	1
13500	9	1
13501	9	1
13502	9	1
13550	9	1
13561	9	1
13600	9	1
13601	9	1
13602	9	1

13610	8	1
13650	9	1
13700	9	1
13701	9	1
14210	9	1
14211	9	1
14313	9	1
14330	9	1
14331	9	2
15210	9	1
15211	9	1
15212	9	1
15310	9	1
15321	8	1
15322	8	1
15323	8	1
16210	9	1
16211	9	1
16212	9	1
16230	9	1
16231	9	1
16320	9	1
16321	9	2
16322	9	2
16340	9	3
16371	9	1
17210	9	1
17320	9	1
17321	9	1
17371	8	4
18210	9	1
18211	9	1
18212	9	1
18310	9	1
18320	9	1
18331	9	1
18340	9	1
18700	9	1
19210	9	1
20210	9	1
20211	9	1
20212	9	1
20370	9	4
20371	9	1
21210	9	1
21211	9	1

21212	9	1
21216	9	5
21217	9	3
21230	9	1
21231	9	1
21232	9	1
21320	9	1
21321	9	2
21340	9	3
22210	9	1
22211	9	1
22212	9	1
22230	9	1
23210	9	1
23211	9	1
23212	9	1
23214	9	1
24210	9	1
24211	9	1
24212	9	1
25210	9	1
25211	9	1
25310	8	1
25330	8	1
25331	8	1
25332	8	1
25333	8	1
26210	9	1
26211	9	1
26212	9	1
26313	9	1
26350	8	1
26351	8	1
26352	8	1
27210	9	1
27211	9	1
27212	9	1
27310	9	1
27311	9	1
27321	9	1
27331	9	2
27332	9	1
27333	9	3
30110	9	1
30120	8	2
30121	9	5

30200	9	2
30201	9	2
30500	9	1
30610	9	4
30611	9	4
30701	9	1
30811	9	2
31010	9	1
31011	9	1
31012	9	1
31013	9	1
32149	9	2
32822	9	1
32823	9	1
32824	9	1
32825	9	1
32826	9	1
32827	9	1
32828	9	1
33042	9	2
33060	9	2
33072	8	2
33073	8	2
34283	9	2
34492	9	1