

Bernd Rebmann | Elisabeth Leonhard
Andrea Kern-Schnur
Nadine Brohammer

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungs- struktur

Der Beitrag der Privaten
Krankenversicherung



Bernd Rebmann | Elisabeth Leonhard | Andrea Kern-Schnur | Nadine Brohammer

**Innovation und Diffusion
in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur**

Der Beitrag der Privaten Krankenversicherung



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV (WIP)

Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP)

Aufgrund der regulatorischen Unterschiede von Privater und Gesetzlicher Krankenversicherung ergeben sich Auswirkungen auf die Versorgung und die Finanzierung der Versicherten im deutschen Gesundheitswesen. Diese Auswirkungen betreffen sowohl Fragen im nationalen Kontext als auch die Positionierung des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Die Studien des Wissenschaftlichen Instituts der Privaten Krankenversicherung (WIP) bereichern den Diskurs um das deutsche Gesundheitssystem um Beiträge aus der Sicht der PKV. Das WIP widmet sich gesundheitspolitisch hochrelevanten Fragestellungen und bewertet Prozesse dabei sowohl qualitativ als auch quantitativ.

Bernd Rebmann | Elisabeth Leonhard
Andrea Kern-Schnur | Nadine Brohammer

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur

Der Beitrag der Privaten Krankenversicherung



Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Das Autoren-Team

Dr. Bernd Rebmann
Dr. Elisabeth Leonhard
Andrea Kern-Schnur
Nadine Brohammer
REBMANN RESEARCH GmbH & Co. KG
Mommsenstraße 36
10629 Berlin

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Unterbaumstraße 4
10117 Berlin
www.mwv-berlin.de

ISBN 978-3-95466-818-2 (eBook: ePDF)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Informationen sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2023

Dieses Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Im vorliegenden Werk wird zur allgemeinen Bezeichnung von Personen nur die männliche Form verwendet, gemeint sind immer alle Geschlechter, sofern nicht gesondert angegeben. Sofern Beitragende in ihren Texten gendergerechte Formulierungen wünschen, übernehmen wir diese in den entsprechenden Beiträgen oder Werken.

Die Verfasser haben große Mühe darauf verwandt, die fachlichen Inhalte auf den Stand der Wissenschaft bei Drucklegung zu bringen. Dennoch sind Irrtümer oder Druckfehler nie auszuschließen. Der Verlag kann insbesondere bei medizinischen Beiträgen keine Gewähr übernehmen für Empfehlungen zum diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen oder für Dosierungsanweisungen, Applikationsformen oder ähnliches. Derartige Angaben müssen vom Leser im Einzelfall anhand der Produktinformation der jeweiligen Hersteller und anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit hin überprüft werden.

Eventuelle Errata zum Download finden Sie jederzeit aktuell auf der Verlags-Website.

Produkt-/Projektmanagement: Susann Weber, Berlin
Layout, Satz und Herstellung: zweiband.media, Agentur für Mediengestaltung und -produktion GmbH, Berlin
Coverbild: bestber/Adobe Stock

Zuschriften und Kritik an:

MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Unterbaumstr. 4, 10117 Berlin, lektorat@mwv-berlin.de

Abkürzungsverzeichnis

AfA	Absetzung für Abnutzung
AMD	altersbedingte Makuladegeneration
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BÄK	Bundesärztekammer
BDOC	Bundesverband Deutscher Ophthalmochirurgen
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
CNV	choroidale Neovaskularisation
CT	Computertomografie
DMÖ	diabetisches Makulaödem
DR	diabetische Retinopathie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
EPA	Europäisches Patentamt
ESWT	extrakorporale Stoßwellentherapie
FA	Facharzt
FFR	fraktionelle Flussreserve
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
HNO-Ärzte	Hals-Nasen-Ohren-Ärzte
HTA	Health Technology Assessment
IID-Prozess	Inventions-Innovations-Diffusionsprozess
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IVM auch IVOM	intravitreale operative Medikamentenapplikation
KHK	koronare Herzkrankheit
LDR	Low-Dose-Rate
MRT	Magnetresonanztomografie
MTRA	medizinisch-technische Radiologieassistentin
MVZ	medizinisches Versorgungszentrum
OCT	optische Kohärenztomografie
PET	Positronenemissionstomografie
PKV	Private Krankenversicherung
RFITT	radiofrequenzinduzierte Thermotherapie
ROI	Return on Investment
SCORAD	Severity Scoring of Atopic Dermatitis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1	Mehrumsatz der Privatversicherten nach Leistungssektoren 2020 _____	4
Abb. 2	Dimensionen von Innovationen im Gesundheitswesen _____	6
Abb. 3	Der Inventions-Innovations-Diffusionsprozess _____	7
Abb. 4	Erstattungswege von neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden im System der GKV und PKV _____	10
Abb. 5	Prozess bei der Aufnahme von neuen Leistungen in die GKV _____	11
Abb. 6	Balneophototherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	50
Abb. 7	Balneophototherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	51
Abb. 8	Balneophototherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	52
Abb. 9	Balneophototherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	53
Abb. 10	Balneophototherapie: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	54
Abb. 11	ESWT: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	57
Abb. 12	ESWT: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	58
Abb. 13	ESWT: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	59
Abb. 14	ESWT: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	60
Abb. 15	ESWT: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	61
Abb. 16	LDR-Brachytherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	63
Abb. 17	LDR-Brachytherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	64
Abb. 18	LDR-Brachytherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	65
Abb. 19	LDR-Brachytherapie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	66
Abb. 20	LDR-Brachytherapie: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	67
Abb. 21	Magnetresonanz-Mammografie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	70
Abb. 22	Magnetresonanz-Mammografie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	71
Abb. 23	Magnetresonanz-Mammografie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	72
Abb. 24	Magnetresonanz-Mammografie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	73
Abb. 25	Magnetresonanz-Mammografie: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	74

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 26 Myokardiale FFR: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	77
Abb. 27 Myokardiale FFR: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	78
Abb. 28 Myokardiale FFR: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	79
Abb. 29 Myokardiale FFR: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	80
Abb. 30 Myokardiale FFR: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	81
Abb. 31 OCT-Verfahren zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	85
Abb. 32 OCT-Verfahren zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	86
Abb. 33 OCT-Verfahren zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	87
Abb. 34 OCT-Verfahren zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	88
Abb. 35 OCT-Verfahren zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	89
Abb. 36 PET, PET/CT zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	92
Abb. 37 PET, PET/CT zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	93
Abb. 38 PET, PET/CT zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	94
Abb. 39 PET, PET/CT zur Diagnostik und Therapiesteuerung: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	95
Abb. 40 PET, PET/CT: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	96
Abb. 41 Tonsillotomie (Laserverfahren): Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 1 (Dualität) _____	98
Abb. 42 Tonsillotomie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 2 (PKV) _____	99
Abb. 43 Tonsillotomie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 3 (GKV) _____	100
Abb. 44 Tonsillotomie: Refinanzierungsdauer und Liquiditätsbeitrag – Szenario 4 (GKV+) _____	101
Abb. 45 Tonsillotomie: Refinanzierungsdauer und kumulierte Liquidität im Vergleich der Szenarien 1–4 _____	102
Abb. 46 Relative Refinanzierungsdauer – Szenario 1 (Dualität) und Szenario 4 (GKV+) im Vergleich _____	108

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Motive niedergelassener Ärzte für Investitionen in innovative Verfahren _____	16
Tab. 2	Anteil der Abschreibungen an den Praxisaufwendungen gesamt je Praxis/Inhaber (Einzelpraxen und Berufsausübungsgemeinschaften) _____	17
Tab. 3	Einflussgrößen von Investitionsentscheidungen _____	20
Tab. 4	Übersicht über die ausgewählten neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden _____	24
Tab. 5	Analogziffern und Abrechnungsregeln nach GOÄ für ausgewählte neue Diagnose- und Behandlungsmethoden _____	27
Tab. 6	GOP, Bewertung und Abrechnungsregeln nach dem EBM einschließlich Selektivverträge für ausgewählte neue Diagnose- und Behandlungsmethoden _____	34
Tab. 7	Auszug der Einflussfaktoren zur wirtschaftlichen Betrachtung der ausgewählten Diagnose- und Behandlungsmethoden _____	40
Tab. 8	Refinanzierungsberechnung: Determinanten und Annahmen _____	47
Tab. 9	Absolute Refinanzierungsdauer der untersuchten innovativen Diagnose- und Behandlungsmethoden, Szenario 1 (Dualität) und Szenario 4 (GKV+) im Vergleich _____	106
Tab. 10	Wirtschaftlichkeitsgrad zu Beginn und Ende der Nutzungsdauer – Szenario 1 (Dualität) _____	110
Tab. 11	Wirtschaftlichkeitsgrad zu Beginn und Ende der Nutzungsdauer – Szenario 4 (GKV+) _____	111
Tab. 12	Kumulierte Liquidität von Investitionen in neue Diagnose- und Behandlungsmethoden – Szenario 1 (Dualität) und 4 (GKV+) im Vergleich _____	113

Zusammenfassung

In Deutschland ist die Absicherung der Bevölkerung im Krankheitsfall von der sogenannten Dualität gekennzeichnet. Neben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht die Private Krankenversicherung (PKV). Der Anteil der Versicherten in der PKV an der Gesamtbevölkerung liegt bei 10,5%. Die wirtschaftliche Bedeutung der Privatversicherten für die niedergelassenen Vertragsarztpraxen liegt allerdings über dem Anteil der PKV-Versicherten in der Bevölkerung. Zurückzuführen ist das auf einen sogenannten Mehrumsatz der Privatversicherten, der sich unter anderem als Folge der für die GKV und PKV geltenden unterschiedlichen Vergütungssystematiken und Mengenregulierungen ergibt.

Mit diesem Mehrumsatz, der sich ausschließlich auf die Privatversicherten zurückführen lässt, gehen positive medizinische Versorgungseffekte einher. Zu den medizinischen Versorgungseffekten gehört auch der Bereich der medizinischen Innovationen. Über die aus dem Zusammenspiel von GKV und PKV resultierenden Effekte zum Zugang der Versicherten zur modernen, innovativen Medizin existiert bislang nur wenig wissenschaftliche Literatur. Der Weg von medizinisch-technischen Innovationen in den Regelleistungsbereich der ambulanten Versorgung ist komplex und unterliegt hinsichtlich Zulassung und Leistungsübernahme insbesondere im GKV-Bereich einem strengen und zeitaufwendigen Prozess. Eine wissenschaftliche Studie unter anderem von Wasem et al. (2021) zeigt in diesem Zusammenhang, dass die PKV aufgrund der vergleichsweise schnelleren Adoption innovativer Verfahren neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die entsprechenden medizinischen Leistungen zum Teil erheblich früher erstattet.

Die vorliegende Studie schließt sich an Wasem et al. (2021) an und widmet sich den Auswirkungen des dualen Versicherungssystems in Bezug auf die (flächendeckende) Verbreitung und Diffusion medizinischer Innovationen im ambulanten Versorgungsbereich. Im Fokus stehen innovative medizinisch-technische Leistungen, die in der Zeitspanne von 2008 bis 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) neu für die ambulante vertragsärztliche Versorgung zugelassen worden sind. Ausgangspunkt ist dabei die Perspektive der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Anreize zur Investition in medizinische Innovationen, die sich aus den Vergütungs- und Regulierungsmechanismen sowohl in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch in der Privaten Krankenversicherung (PKV) ergeben.

Die Verwendung einer innovativen Diagnose- und Behandlungsmethode in der ambulanten Versorgung erfordert in den Praxen eine zum Teil nicht unerhebliche Investition in die technische Ausstattung sowie die Vorhaltung ausreichender und entsprechend qualifizierter personeller Ressourcen. Voraussetzung für eine Investitionsentscheidung zugunsten von medizinischen

Innovationen ist aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, dass sowohl die Zahlungsfähigkeit als auch der wirtschaftliche Fortbestand der Praxen durch diese nicht gefährdet sind. Ferner ist ein Zusammenhang zwischen der Refinanzierungsdauer der Investitionen und der Diffusionsgeschwindigkeit von Innovationen in der Fläche anzunehmen. Je länger die Refinanzierung und somit der Rückfluss der eingesetzten finanziellen Investitionsmittel an die Praxen dauert, desto langsamer wird die Verbreitung und Diffusion der innovativen Diagnose- und Behandlungsmethoden bei den Ärztinnen und Ärzten zulasten der Patientinnen und Patienten voranschreiten. Kurze Refinanzierungsdauern von medizinischen Innovationen sorgen im Umkehrschluss dafür, dass ärztliche Praxen und Einrichtungen über ausreichend Liquidität verfügen, um jederzeit Ersatzinvestitionen zugunsten einer modernen, personell gut besetzten Praxisausstattung vornehmen zu können.

Die Anreize für Ärztinnen und Ärzte, in innovative Diagnose- und Behandlungsmethoden zu investieren, misst und quantifiziert die vorliegende Studie anhand mehrerer einschlägiger Kennzahlen u. a. im Vergleich zwischen dem heutigen Status Quo (GKV-PKV-Systemwettbewerb) und dem fiktiven Szenario einer einheitlichen Gebühren- und Regulierungsordnung (GKV+) nach Vorbild der heutigen GKV. Zu den betrachteten Kennzahlen gehören u. a. die Refinanzierungsdauer der Investitionen in neue Diagnose- und Behandlungsmethoden in Jahren und Monaten sowie die über die gesamte Nutzungsdauer der Innovationen ermittelte Liquidität als Euro-Betrag zum wirtschaftlichen Betrieb von Arztpraxen. Dabei gilt, dass es Innovationen bei negativen Liquiditäts-Werten i. d. R. nicht in die Versorgung schaffen. Praxisinhaberinnen und -inhaber würden ansonsten einen nicht wirtschaftlichen Negativ-Beitrag in den Betrieb der Arztpraxis einbringen.

Die in den Vergleichsszenarien hinterlegten potenziellen Leistungsmengen leiten sich aus der gegebenen Morbiditätsstruktur der Bevölkerung unter Berücksichtigung der jeweiligen Zugangs- und Regulierungsmechanismen in den Versicherungssystemen ab. Dabei ist zu beobachten, dass bei privat versicherten Patienten der Anwendungsbereich innovativer Diagnose- und Behandlungsmethoden in der Regel breiter gefasst ist als im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die zugrunde gelegten Vergütungen und Preise wiederum werden dem privatärztlichen Honorarsystem, der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), sowie dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EMB) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entnommen. Als Kosten gehen neben den jeweiligen Kapitalkosten der neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden auch die im Zusammenhang mit der Nutzung von Innovationen zusätzlich entstehenden Betriebs-, Raum- und Wartungskosten in Form variabler oder fixer Kosten mit in die Investitions- und Kalkulationsrechnungen der Studie ein. Die Berechnungen der unterschiedlichen Vergleichsszenarien stützen sich auf die standardisierte Auswertung mit dem von Rebmann Re-

search speziell für den niedergelassenen Bereich entwickelten Analyse- und Planungsinstrument Atlas Medicus®.

Das Spektrum der in dieser Studie betrachteten neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden ist an Wasem et al. (2021) angelehnt und reicht von der optischen Kohärenztomografie (OCT) bei der Diagnostik von Netzhauterkrankungen bis hin zur in der Radiologie und Nuklearmedizin genutzten indikationsabhängigen Diagnostik mittels Positronenemissionstomografie/Computertomografie (PET-CT). Dabei zeigt ein Blick zum Beispiel auf die optische Kohärenztomografie (OCT), dass sich im Status Quo (GKV-PKV-Systemwettbewerb) Investitionen von Augenärzten und Augenärztinnen in die OCT innerhalb von 1,8 Jahren refinanzieren. Der kumulierte Liquiditätsbeitrag der Innovation zum wirtschaftlichen Betrieb der Augenarztpraxis liegt bei 282.452 €. Bei einem einheitlichen Regulierungs- und Vergütungsrahmen (GKV+) würde sich dagegen die Refinanzierungsdauer um 3,6 Jahre auf dann 5,4 Jahre verlängern. Der Liquiditätsbeitrag zum Betrieb der Facharztpraxis würde auf 30.087 € sinken. Im Ergebnis käme die Verbreitung der neuen Diagnose- und Behandlungsmethode bei niedergelassenen Augenärzten und Augenärztinnen in der Fläche entsprechend langsamer voran.

Die Verzögerungswirkungen bei der Verbreitung von neuen Diagnose- und Behandlungsmethoden durch das Szenario GKV+ unterscheiden sich bei den in der Studie betrachteten Innovationen aufgrund der Unterschiede bei Anschaffungskosten, voraussichtlicher Nutzungsdauer, Vergütung und nachgefragten Leistungsmengen zum Teil deutlich. Während sich bei einem einheitlichen Regulierungs- und Vergütungsrahmen nach Vorbild der GKV die Refinanzierungszeiten bei der interstitiellen LDR-Brachytherapie zur verbesserten Behandlung von lokal begrenzten Prostatakarzinomen nur unwesentlich um 1–2 Monate verlängern würden, liegt die zeitliche Verzögerung bei der innovativen Anwendung der Magnetresonanz-Mammografie zur verbesserten Brustkrebsdiagnostik bei erheblichen 5,6 Jahren. Ähnliches gilt für den Verlust von Praxisliquidität. Je nach betrachteter Innovation liegen die mit dem fiktiven Szenario eines einheitlichen Regulierungs- und Vergütungsrahmens verbundenen Liquiditätseinbußen zwischen 3.200 € und 1,38 Mio. €. Dabei gilt, dass Investitionen in Innovationen mit negativem Liquiditätssaldo aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte nicht nur unwirtschaftlich sind, sondern auch zu einer ernsthaften Gefährdung des wirtschaftlichen Fortbestands der Praxen führen können. Der Entfall der GOÄ-basierten Umsatzeffekte würde dem Ziel einer langfristigen Sicherung der Versorgung nach neuestem wissenschaftlichem Stand entgegenstehen.

Im Gesamtergebnis zeigt sich, dass ein einheitlicher Regulierungs- und Vergütungsrahmen nach Vorbild der GKV im Vergleich zum Status Quo zu einem Anreiz- und Investitionsumfeld führt, das die Verbreitung von Innovationen in der ambulant-fachärztlichen Versorgung leicht (um Monate) verlangsamt, erheblich (um Jahre) verzögert oder auch von vornherein verhindert. Dabei

gilt i.d.R.: Je höher die Investitionskosten in einem einheitlicher Regulierungs- und Vergütungsrahmen, desto negativer die Effekte auf das Anreiz- und Investitionsumfeld niedergelassener Ärztinnen und Ärzte zugunsten innovativer Diagnose- und Behandlungsmethoden. Häufig wäre dann die Verbreitung und Diffusion von Innovationen in der ambulanten Versorgung von Anfang an nicht realistisch.

Als Fazit lässt sich aus dem Vergleich der Auswertungen der verschiedenen Szenarien schließen, dass aus Sicht der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte von dem gegebenen dualen Versicherungssystem deutlich höhere Anreize zur Investition in innovative Diagnose- und Behandlungsmethoden ausgehen als von einem hypothetischen rein GKV-basierten Modell. Mit Blick auf die Refinanzierungszeiten von Innovationen sowie die Finanzierungskraft und Liquidität der Praxen trägt die Private Krankenversicherung (PKV) zu kürzeren Innovationszyklen und einer beschleunigten Innovationsdiffusion bei. Sie übernimmt in der Gesundheitsversorgung trotz des in Relation zur Gesamtversichertenanzahl geringen Privatversichertenanteils eine unverzichtbare Rolle bei der Sicherstellung einer flächendeckenden Verwendung von neuen, innovativen Diagnose- und Behandlungsmethoden.