

Status quo und gesundheitspolitischer Reformbedarf im ambulanten Vergütungssystem

DAVID HERR,
ROBERT MESSERLE,
JONAS SCHREYÖGG

Dr. David Herr und Robert Messerle sind wissenschaftliche Referenten in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin

Prof. Dr. Jonas Schreyögg ist Inhaber des Lehrstuhls für Management im Gesundheitswesen und wissenschaftlicher Direktor am Hamburg Center for Health Economics. Prof. Schreyögg ist Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Die Grundsätze der ambulanten Vergütung, die vor einem (GKV) bzw. zwei (PKV) Jahrzehnten gelegt wurden, sind bis heute weitgehend unverändert und haben zu einem Nebeneinander zweier unterschiedlicher Vergütungssystematiken geführt. Mit der ambulanten Öffnung der Krankenhäuser und der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung fanden weitere Regelungen Einzug, die zu einer großen Komplexität der Vergütung führten. Im Folgenden wird der Status quo des ambulanten Vergütungssystems betrachtet und es werden Reformpotenziale für die Zukunft identifiziert.

1. Nebeneinander unterschiedlicher Vergütungssystematiken

Der Wunsch nach einem modernen, morbiditätsorientierten Vergütungssystem wird seit Jahren regelmäßig erhoben. Angesichts des Nebeneinanders unterschiedlicher Vergütungssystematiken und widerstrebender Interessen folgten dieser Forderung bisher jedoch allenfalls Modifikationen im Detail. Ein modernes ambulantes Vergütungssystem sollte sich am Versorgungsbedarf orientieren, möglichst stark sektorenübergreifend angelegt und mit einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung verknüpft sein.

Derzeit erfolgt die ambulante Vergütung in Deutschland hingegen zunächst in Abhängigkeit vom Versichertenstatus. Für gesetzlich Versicherte sind Quartalspauschalen, ergänzt durch Einzelleistungs- und Komplexleistungsvergütungen, die Norm. Das Abrechnungssystem für privat Versicherte basiert hingegen auf Einzelleistungen und unterscheidet sich in vielen Aspekten grundsätzlich von dem der GKV (siehe Tabelle 1). Doch auch bei

gleichem Versichertenstatus kommen unterschiedliche Vergütungsregelungen zur Anwendung. So können Krankenhäuser bestimmte Leistungen ambulant erbringen. Hierzu existieren unterschiedliche Formen mit oft unterschiedlichen gesetzlichen Normen und Vergütungsarten, von Stundenfällen und Hochschulambulanzen über vor- und nachstationäre Behandlungen bis hin zu ambulanten Operationen (siehe SVR 2018). Darüber hinaus entsteht durch Selektivverträge, Modellvorhaben und weitere besondere Versorgungsformen, bei denen abweichende Vergütungen vereinbart werden können, eine zusätzliche Komplexität auch bei Leistungen von Vertragsärzten. Stationär erbrachte Leistungen werden nochmals anders vergütet, in der Regel in Form von DRG-Fallpauschalen.

In Anbetracht der Gegensätze ist die ambulante Vergütung seit langem Gegenstand intensiver Diskussionen. Durch die Trennung in die Vergütungssystematiken der GKV und PKV sowie die damit verbundenen unterschiedlichen Anreize ist dieser Diskurs verwoben mit Gerechtigkeitsdebatten um Wartezeiten im nieder-

gelassenen Bereich und auch um Verteilungsfragen innerhalb der Ärzteschaft. So unterscheidet sich der regionale Anteil an PKV-Versicherten deutlich. Auch unabhängig von Fragen des Versichertenstatus existieren weitere, zum Teil erhebliche Einkommensunterschiede zwischen den Facharzttrichtungen der Niedergelassenen.

Die Debatten um die ambulante Vergütung betreffen einerseits die Weiterentwicklung einzelner Vergütungsarten und andererseits auch das Verhältnis der Vergütungsarten untereinander. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fokussieren die jährlichen, oft langwierigen Vergütungsverhandlungen zwischen den Ärzte- und Krankenkassenvertretern zumeist auf die den Rechenmodellen zugrundeliegenden Annahmen, während bei der PKV-Vergütung seit längerer Zeit eine komplette Überarbeitung der Gebührenordnung ansteht.

Wenngleich die Regelungen zur Vergütung zuvorderst eine Angelegenheit der Selbstverwaltung sind, haben sie Relevanz für allgemeine gesundheitspolitische Versorgungsziele, da sie Anreize im Hinblick sowohl auf ärztliche Niederlassungsentscheidungen als auch auf das Leistungsangebot einzelner Praxen und MVZs setzen und damit eine gewisse Steuerungswirkung ausüben können (Bock et al. 2017). Die Vergütung ist des Weiteren relevant für das Ziel der sektorenübergreifenden Versorgung und für die wettbewerbliche Fairness zwischen Krankenhäusern und Niedergelassenen.

Vor diesem Hintergrund sind auch die aktuellen politischen Bestrebungen zu sehen. Mit der Berufung der „Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungswesen“ durch das Bundesministerium für Gesundheit wurde eine Ankündigung aus dem Koalitionsvertrag umgesetzt. Die Kommission soll unter Berücksichtigung aller medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen bis zum 31.12.2019 Vorschläge für ein modernes, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung und dem Stand der Medizin ausgerichtetes (potenziell gemeinsames) Vergütungssystem vorlegen. Neben diesem eher langfristigen Ziel werden die im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG; Stand bei Redaktionsschluss: Referentenentwurf) präsentierten Regelungen kurzfristig für relativ weitreichende Veränderungen der Anreizstrukturen sorgen.

Dieser Artikel gibt zunächst einen Überblick über die bestehenden, historisch gewachsenen Regelungen zur ambulanten Vergütung in der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung. Außerdem deutet er an, welche Weiterentwicklungen denkbar sind. Abschließend wird auf die Rolle der Vergütung für die sektorenübergreifende Versorgung eingegangen, zudem wird der aktuelle sowie der potenzielle zukünftige Stellenwert der Morbidität in den Vergütungssystemen beleuchtet.

2. Ambulante Vergütung in der GKV: Der EBM und die Gesamtvergütung

Die vertragsärztlichen Leistungen in der GKV werden im Rahmen von Pauschalen, Einzelleistungs- und Komplexleistungsvergütungen abgerechnet (SVR 2018). Welche Leistungen erstattet werden, legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zentral im Rahmen des GKV-Leistungskatalogs fest. Alle bundeseinheitlichen Leistungen werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Form von über 2.000 Gebührenordnungspositionen (GOPs) hinsichtlich ihres Inhaltes und ihres wertmäßigen, in Punkten ausgedrückten Verhältnisses zueinander festgelegt. Konkrete Preise entstehen durch die Kombination der Punkte einer Leistung mit dem Punktwert in Euro, der durch den Bewertungsausschuss jährlich als Orientierungswert (OW) festgelegt wird.

Die regionalen Vertragspartner, also die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, verfügen bei der Bewertung der Leistungen über einen gewissen Gestaltungsspielraum, indem sie beispielsweise Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen (oder Abschläge) oder einen regional abweichenden Punktwert (auf Grundlage des OW) vereinbaren.

Etwa zwei Drittel aller erbrachten Leistungen fallen in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV), die den Behandlungsbedarf wiedergeben soll und gemäß § 87a SGB V von der KV und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen jährlich prospektiv für das Folgejahr vereinbart wird. Die MGV dient durch die „Deckelung“ der Leistungsausgaben der Mengensteuerung. Besonders förde-

rungswürdige Leistungen – in Zukunft gemäß dem TSVG z. B. unter bestimmten Voraussetzungen offene Sprechstunden der Ärzte oder die Versorgung von Akut- und Notfällen – werden extrabudgetär (EGV), also außerhalb der Mengensteuerung vergütet. Der extrabudgetäre Anteil stieg von 26 % im Jahr 2010 auf 32 % im Jahr 2015. Dies liegt hauptsächlich daran, dass die antragspflichtige Psychotherapie 2013 aus der MGV herausgenommen wurde. Durch die zunehmende Verbreitung von Selektivverträgen ist der Überblick über die Vergütungssituation zusätzlich komplex geworden, weil die MGV grundsätzlich um die selektivvertraglichen Ausgaben zu bereinigen ist. Mit der Umsetzung des TSVG ist außerdem durch mehrere neue extrabudgetäre Vergütungen ein weiteres Absinken der Bedeutung der Mengensteuerung zu erwarten.

Die Summe aus MGV und EGV – die Gesamtvergütung – wird durch die Krankenkassen gemäß § 85 SGB V mit befreiender Wirkung an die KVen für die jeweils in einer KV-Region wohnenden Patienten gezahlt. Das bedeutet, dass für die Verteilung innerhalb der Ärzteschaft die KVen zuständig sind.

Für den einzelnen Arzt gilt infolge der Mengensteuerung ein Regelleistungsvolumen (RLV, „Budget“), welches er z. B. durch qualifikationsgebundene Zusatzvolumen ergänzen kann. Nur bis zu dessen Erreichen kann er Leistungen der MGV in vollem Umfang abrechnen, darüber hinausgehende Leistungen werden mit abgestaffelten Preisen vergütet. Extrabudgetäre Leistungen werden hingegen stets zum vollen Preis vergütet.

2.1 Berechnung und Anpassung der MGV

Die MGV bzw. die Gesamtsumme an EBM-Punkten orientierte sich initial an der historischen Leistungsmenge der ärztlichen Behandlungen. Sie wird seitdem anknüpfend an den Vorjahreswert jährlich angepasst, wobei neben der Zahl der Versicherten und der demografischen Entwicklung auch die Veränderung der Morbiditätsstruktur berücksichtigt wird.

Durch die Berücksichtigung der Morbidität in Form der morbiditätsbedingten Veränderungsrate wird die Vorgabe des Gesetzgebers erfüllt, dass die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko der Versicherten zu tragen haben (KBV 2018). Ihre

Tabelle 1: Unterschiede zwischen der ambulanten Vergütung in GKV und PKV / EBM und GOÄ

	GKV / EBM	PKV / GOÄ
Festlegung des Leistungskatalogs	Zentral durch G-BA, Ausnahme: Satzungsleistungen (definierte „freiwillige“ Zusatzleistungen der Krankenkassen)	Privatrechtlicher Vertrag zwischen Versichertem und Versicherung (zusätzliche Entscheidung seitens Beihilfeträger)
Rechtsgrundlage	EBM: Vertrag zwischen KBV und GKV-SV	GOÄ: Rechtsverordnung
Vertragsverhältnis bei der Behandlung	Vierecksverhältnis zwischen Versichertem, Krankenkasse, KV und Leistungserbringer	Zwischen Patient und Leistungserbringer
Abrechnung erfolgt zwischen	Leistungserbringer und KV sowie zwischen KV und Krankenkasse	Leistungserbringer und Patient
Abrechnungssystem	Sachleistungsprinzip	Kostenerstattung
Zahlungsausfallrisiko	Bei der Krankenkasse	Beim Arzt
Kostentransparenz für Versicherte	Im Regelfall nein	Ja
Eigenbeteiligung	Bei verschriebenen Arzneimitteln	Starke Variation nach Versicherungspolice. Beinhalten oftmals Selbstbehalte und Zuzahlungen bei verschriebenen Heil- und Hilfsmitteln. In der Beihilfe der meisten Bundesländer existieren Kostendämpfungspauschalen (je nach Besoldungsgruppe und Bundesland zwischen 20 und 770 Euro pro Jahr)
Preissystem	Bewertungsrelationen und Punktwert in Euro als vertragliche Vereinbarungen zwischen KV und GKV	Feste Punkte und Punktwerte
Steigerungsfaktoren / Variabilität der Preise	Auf Ebene des einzelnen Leistungserbringers: Nein, jedoch zwischen den KVEn unterschiedliche Punktwerte	Ja (1,0 bis 3,5-fach, ggf. höher bei individueller Vereinbarung, im Basistarif nur bis 1,2)
Anpassungszyklen	Jährliche Anpassungen des Punktwertes, Aufnahme neuer Leistungen erfolgt unterjährig	Zuletzt 1995, allerdings besteht Analogregelung
Regionale Anpassung	Ja, im Rahmen regionaler Vereinbarungen zwischen KV und Kassen → regionale Euro-Gebührenordnung	Nein
Art der Leistungseinheit	Quartalspauschalen bei einigen Leistungen, zusätzlich Einzelleistungsvergütungen und Leistungskomplexe	Einzelleistungsvergütungen
Budgetierung / Mengenbegrenzung für den einzelnen Arzt	Regelleistungsvolumen, darüber Abstufung der Preise	Nein
Kontrollverfahren	Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Plausibilitätsprüfungen der Abrechnungen durch KVEn und Krankenkassen	Die Prüfung der Rechnung obliegt dem Patienten, eine anschließende Rechnungsprüfung durch die PKV kann ggf. zur Ablehnung der Erstattung führen

Quelle: Eigene Darstellung

KV-spezifische Berechnung erfolgt durch ein zweijährig prospektives Prognosemodell, das auf den von Ärzten kodierten ICD-10-Diagnosen und den Leistungsausgaben für die Versicherten beruht. Die Versicherten werden dabei in ca. 200 Risikokategorien klassifiziert. Eine ähnliche Berechnung erfolgt bei den ebenfalls KV-spezifischen demografischen Veränderungsrate, wobei hier ausschließlich Alters- und Geschlechtskategorien herangezogen werden. Während die morbiditätsbedingte Veränderungsrate im Jahr 2018 im Bundesdurchschnitt +0,66 % betrug, spielte die mittlere demografische Veränderungsrate mit -0,02 % nur eine untergeordnete Rolle.

2.2 Berechnung und Anpassung des Orientierungswertes

Die Ermittlung des OW erfolgt unter der normativen Prämisse, dass in einer Einzelpraxis mit durchschnittlicher Leistungs- und Kostenstruktur die Kosten vollständig gedeckt sind und zusätzlich ein Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohns erzielt wird. Als Vergleichsmaßstab für letzteren gilt – wenngleich nicht unumstritten – ein Krankenhaus-Oberarztgehalt. Bei der Berechnung der Bewertungen der GOP wird eine Unterteilung in den ärztlichen Leistungsanteil und den technischen Leistungsanteil vorgenommen. Die Investitionskosten sind somit im Preis

inbegriffen und werden bei jeder erbrachten Leistung vergütet.

Wie die MGV wird auch der Punktwert in Euro jährlich weiterentwickelt. Gleichwohl hierzu ein datenbasiertes Verfahren Anwendung findet, dass insbesondere die Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten, die Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Kostendegressionen bei Fallzahlsteigerungen berücksichtigen soll, erfolgt letztlich zumeist eine Verhandlungslösung im Bewertungsausschuss. Im Streitfall – der nicht selten gegeben ist – erfolgt die Festlegung durch den Erweiterten Bewertungsausschuss.

3. Ambulante Vergütung in der PKV: GOÄ

Die Abrechnung bei privat Versicherten erfolgt über ein anderes System als bei gesetzlich Versicherten. Grundlage für die Behandlung ist der individuelle, zumeist jedoch nicht verschriftlichte Behandlungsvertrag zwischen Patient und Leistungserbringer. Für den Katalog der zu erstattenden Leistungen ist der Vertrag zwischen PKV und Versichertem maßgeblich – oder es handelt sich um Selbstzahler. Darunter fallen auch GKV-Patienten, die „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) in Anspruch nehmen. Kollektive Verhandlungen wie in der gesetzlichen Krankenversicherung finden in der Regel nicht statt.

Die Vergütung erfolgt gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die als Rechtsverordnung nicht jährlich neu verhandelt wird. Die GOÄ enthält Gebührenordnungspositionen, die in Punkten bewertet sind. Diese werden mit einem über die Jahre konstanten Punktwert multipliziert, so dass Vergütungssteigerungen durch eine Preiserhöhung im Bereich der PKV seit Langem ausgeblieben sind. Darüber hinaus können die Ärzte jedoch einen Steigerungsfaktor je nach Schwierigkeit und Dauer der Behandlung ansetzen,

Die GOÄ wurde zuletzt 1995 aktualisiert, weswegen sie in der Kritik steht, die medizinisch-technische Entwicklung der letzten 20 Jahre nicht abzubilden.

wodurch die Abrechnung einer Variabilität unterliegt. Die Anwendung dieser Faktoren bedarf einer Begründung, die Überprüfbarkeit ist für private Krankenversicherungsunternehmen jedoch schwerlich möglich, was einen gewissen Ermessensspielraum der Ärzte zur Folge hat. Indes ist die Höhe der Steigerungsfaktoren in der Regel in den Versicherungspolizen begrenzt.

Die GOÄ wurde zuletzt 1995 aktualisiert, weswegen sie in der Kritik steht, die medizinisch-technische Entwicklung der letzten 20 Jahre nicht abzubilden. Allerdings gibt es die Möglichkeit der so genannten analogen Abrechnung, bei der

eine Gebührenordnungsziffer gewählt wird, die der erbrachten (neuen) Leistung ähnlich ist.

Eine Budgetierung existiert für privatärztlich abgerechnete Leistungen weder allein noch in Kombination mit GKV-Honoraren. Aus Sicht von Versicherten ist bedeutsam, dass die ambulante Vergütung in der PKV nicht nach dem Sachleistungsprinzip, sondern nach dem Prinzip der Kostenerstattung funktioniert, also die Ausgaben vom Patienten direkt bezahlt und dann von der Versicherung bzw. dem Beihilfeträger erstattet werden müssen. Mögliche Streitigkeiten zur Abrechnung können so auch direkt zwischen Leistungserbringer und Patient entstehen.

4. Vergütung im Krankenhaus

Für die Betrachtung von Optimierungspotenzialen an den Sektorenübergängen sind auch die Vergütung vollstationärer Aufenthalte und die ambulante Vergütung im Krankenhaus relevant. Die Abrechnung stationärer Fälle erfolgt in Deutschland – außer in der Psychiatrie und Psychosomatik – über DRG-Fallpauschalen (SVR 2018). Es handelt sich also um eine kategorial andere Preisbildung als im ambulanten Sektor. Bei der Vergütung stationärer Behandlungen besteht für das Krankenhaus allerdings zunächst kein kategorischer Unterschied zwischen gesetzlich und privat Versicherten. Auch Wahlleistungen wie die Chefarztbehandlung oder ein Einbettzimmer sind oftmals nicht Bestandteil von PKV-Policen.

In Krankenhäusern können bestimmte Leistungen auch ambulant erbracht werden. Hierfür gibt es sehr unterschiedliche Formen und Rechtsgrundlagen. Die früheren allgemeinen Rechtsgrundlagen zur ambulanten Behandlung von gesetzlich Versicherten im Krankenhaus wurden im Wesentlichen abgelöst durch die Regelungen in § 116b SGB V zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) (s. u.; G-BA 2013). Zusätzlich kommt es in bestimmten Fällen auch zur Ermächtigung von Krankenhäusern zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung bzw. zusätzlichem lokalem Behandlungsbedarf. In solchen Fällen greifen ähnliche Unterschiede zwischen gesetzlich und

privat Versicherten wie im niedergelassenen Bereich. Bei Abrechnung nach EBM entsteht eine spezielle Wettbewerbskonstellation gegenüber den niedergelassenen Ärzten: Durch höhere Vorhaltekosten, die durch die aufwendigere Krankenhausinfrastruktur bedingt sind, ist eine Behandlung zu EBM-Sätzen gegenüber den häufig auf bestimmte Eingriffe spezialisierten Praxen oft weniger lukrativ. Dies kann als Fehlanreiz gesehen werden, bestimmte Eingriffe im Zweifelsfall als stationären Eingriff durchzuführen.

Neben diesen Formen der Abrechnung gibt es einen Indikationskatalog für ambulantes Operieren, außerdem gibt es noch eigene Rechtsgrundlagen für Spezialambulanzen wie geriatrische oder psychiatrische Institutsambulanzen. Manche Krankenhausärzte sind auch persönlich, beschränkt auf bestimmte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, zur ambulanten Versorgung ermächtigt. Neben diesen Regelungen für die GKV kann jedes Krankenhaus analoge Behandlungsleistungen für privat Versicherte gemäß GOÄ abrechnen.

5. Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Seit 2011 gibt es für bestimmte seltene Krankheiten, Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sowie bestimmten hochspezialisierten Leistungen die ASV. Sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte können sich im Rahmen der ASV betätigen, was zu einem Qualitäts- und Preiswettbewerb führen soll (Klakow-Franck 2016). Seitens des Gesetzgebers ist für die ASV eine eigene Gebührenordnung mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro vorgesehen. Da diese jedoch bisher nicht vorliegt, gelten die Preise des EBM plus einzelne, definierte zusätzliche Leistungen. Dabei werden alle Leistungen der ASV extrabudgetär abgerechnet. Die ASV soll zur Realisierung sektorenübergreifender Versorgung beitragen, indem z.B. bei onkologischen Erkrankungen die Beteiligung ambulanter und stationärer Leistungserbringer eine Zulassungsvoraussetzung ist. Eine Besonderheit ist, dass wie im stationären Sektor der Verbots- und nicht der Erlaubnisvorbehalt gilt, so dass verglichen mit dem regulären ambulanten Sektor neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden früher angewendet werden können.

Bisher bleibt die ASV allerdings hinter den Erwartungen zurück. Bis Anfang 2018 gab es 163 ASV-Teams, wovon sich über 90 % mit gastrointestinalen Tumoren oder Tuberkulose beschäftigen (SVR 2018). Diese geringe Dynamik der ASV wird auf die recht bürokratischen Anforderungen an die Nachweise der Teilnahmevoraussetzungen, an den erforderlichen formalen Status der Leistungserbringer und weitere Erfordernisse zurückgeführt (SVR 2018). Insgesamt scheint die Anreizkonstellation so zu sein, dass sich bisher nur relativ wenige Leistungserbringer an der ASV beteiligen, obwohl sie an sich für die sektorenübergreifende Versorgung sinnvoll konzipiert ist. Eine teilweise Entbürokratisierung könnte die Verbreitung der ASV befördern.

6. Weiterentwicklungsmöglichkeiten der ambulanten Vergütung

6.1 Weiterentwicklung innerhalb der ambulanten Versorgung in GKV bzw. PKV

Die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen in der GKV ist komplex. Größere Änderungen an der Systematik wie z. B. eine seit Jahren diskutierte Reform des EBM wurden durch die Selbstverwaltung verschoben. Strittige Aspekte der aktuellen Regelungen betreffen u. a. die Gesamthöhe der MGV, Verteilungsfragen innerhalb der Ärzteschaft und Anreize in Richtung bestimmter Leistungen:

So ist das datenbasierte Verfahren zur Ermittlung der Veränderungsdaten des OW recht differenziert. Allerdings kommen die beteiligten Selbstverwaltungsinstitutionen zu bemerkenswert unterschiedlichen Ergebnissen, sodass am Ende oft dennoch eine Verhandlungsbzw. Kompromisslösung erfolgt. So wurden beispielsweise im Jahr 2018 von der GKV 0 % und von der KBV 2,4 % Erhöhung des OW gefordert, wobei sich der Erweiterte Bewertungsausschuss letztlich gegen die Stimmen der KBV für 1,18 % entschied (InBA 2017). Die großen Spannen stellen die aufwendigen Berechnungsverfahren gewissermaßen in Frage.

Von Seiten der Ärzteschaft wird die Entbudgetierung der ambulanten Vergütung gefordert. Die Vertreter der Krankenkassen sprechen sich dagegen aus, wobei es einzelne Krankenkassen

gibt, die dieser Forderung grundsätzlich offen gegenüber zu sein scheinen. Hier bestehen gegensätzliche Interessen eines höheren Verdienstes gegenüber der Vermeidung einer Ausgabensteigerung.

Hinsichtlich des Verhältnisses der Leistungen bestehen im ambulanten Sektor gewisse Anreize, verstärkt technische Leistungen durchzuführen. Denn durch die Berücksichtigung der Investitionskosten in der Bewertung der GOPs ohne Obergrenzen oder Schwellenwerte besteht der Anreiz, die Leistungen häufig abzurechnen, da ab dem Punkt der Amortisation der anteiligen Vergütung keine zusätzlichen (rechnerischen) Kosten mehr entgegenstehen.

In diesem Zusammenhang wird seit längerem gefordert, insbesondere zur Vermeidung von Überversorgung die „sprechende Medizin“ stärker zu fördern. Hierzu enthält der aktuelle Entwurf des TSVG Vergütungsanreize, die durch Einsparungen bei der Bewertung technischer Leistungen zumindest teilweise gegenfinanziert werden sollen. Bis zum 30.09.2018 ist der EBM entsprechend zu überarbeiten. Neben dieser einmaligen Aktualisierung erlegt das TSVG der Selbstverwaltung eine regelmäßige Anpassung des EBM vor allem im Hinblick auf technische Leistungen auf.

Die aktuelle Regelung mit Quartalspauschalen als Hauptvergütungsanteil besonders bei Hausärzten führt zu einem Anreiz, bei Überschreiten des RLV Termine von Patienten auf das nächste Quartal zu verschieben oder die Praxis sogar zeitweise zu schließen. Der Sachverständigenrat regt ein Modell an, bei Hausärzten die quartalsbezogene Pauschale durch eine jahresbezogene Pauschale zu ersetzen und mit weiteren Vergütungsbestandteilen zu flankieren (SVR 2018).

Im Zuge allgemeiner Bestrebungen hin zu einer stärkeren Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen wird auch über qualitäts- bzw. outcomeorientierte Vergütung diskutiert: Konkrete Probleme ergeben sich bei der Auswahl der Indikatoren und auch durch die Möglichkeit einer zunehmenden Risikoselektion seitens der Leistungserbringer (SVR 2018). Auch Anreize zu einem interessegeleiteten Kodierverhalten könnten verstärkt werden.

Ein Dilemma ergibt sich bei Selektivverträgen: diese sind zur Fortentwicklung der Versorgung und Erprobung neuer Versorgungsformen grundsätzlich wünschenswert, führen aber zu aufwendigen Bereinigungen der MGV und teilweise zu Intransparenzen der Vergütung.

Bei der PKV-Vergütung finden die Auseinandersetzungen auf einer grundsätzlichen Ebene statt: Bereits seit 2010 wird zwischen den Institutionen der Ärzteschaft und weiteren Verbänden eine vollständige Reform der GOÄ verhandelt. Bisher konnte allerdings keine Einigung gefunden werden. Während auf Seiten der PKV und der Beihilfet Träger die Sorge vor Ausgabensteigerungen im Vordergrund steht, ist die Ärzteschaft an einem für sie möglichst attraktiven Honorarergebnis interessiert.

Bei der ASV scheint die Anreizkonstellation so zu sein, dass sich bisher nur relativ wenige Leistungserbringer beteiligen: Eine teilweise Entbürokratisierung könnte die Verbreitung befördern.

Innerhalb der bisherigen Vergütung im PKV-System stellt sich beispielsweise die Frage, ob Steigerungsfaktoren möglicherweise inflationär verwendet werden und dadurch wenig zielgerichtet sind. So wurde der „Regelhöchstsat“ (2,3-fach) im Jahr 2016 bei 77 % der ambulanten Behandlungen angewendet (Verband der privaten Krankenversicherung 2017), höhere Steigerungsfaktoren (z. B. der „Höchstsat“ 3,5-fach oder darüber) zusätzlich in ca. 18 % der Fälle. Der Anteil der Fälle, für die oberhalb des Regelhöchstsatzes abgerechnet wurde, ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen. Die Anwendung von Steigerungsfaktoren bedarf erst über dem Regelhöchstsat einer Begründung, die Überprüfbarkeit der tatsächlichen Schwierigkeit ist für Krankenkassen jedoch ohnehin schwerlich möglich, was eine gewisse Manipulationsanfälligkeit zur Folge hat. Es erscheint kohärent, eine zukünftige GOÄ tendenziell so zu gestalten, dass Steigerungsfaktoren nicht von vornherein schon erforderlich oder „einzupreisen“ sind, damit die Behandlung angemessen honoriert wird, sie dann aber auch sparsam angewendet werden.

6.2 Politischer Kontext: Überlegungen zu einer Zusammenführung von EBM und GOÄ

Manche Kritik am bestehenden Vergütungssystem mit den parallelen Systemen für gesetzlich und privat Versicherte zielt auf die Annahme, dass niedergelassene Ärzte über privat abgerechnete Leistungen mehr Geld pro Zeit bzw. pro medizinisch im Wesentlichen gleicher Leistung verdienen können – und dies ohne Mengensteuerung –, sodass sie einen Anreiz haben, PKV-Patienten bevorzugt zu behandeln und an die Praxis zu binden (Niehaus 2009). Dass der Verdienst je Leistung höher ist, wird von Studien durchaus gestützt (z. B. mit dem Faktor 2,28 eine mehr als doppelt so hohe Vergütung für Privatversicherte in Walendzik et al. 2008). Auch auf der Makroebene generiert ein vergleichbarer PKV-Versicherter deutlich höhere Ausgaben (Wasem 2018).

Aus der Literatur lassen sich auch Hinweise entnehmen, dass sich die Wartezeiten zwischen GKV- und PKV-Patienten unterscheiden (Lüngen et al. 2008). Weniger klar bleibt hingegen, in welchem Umfang dies allgemein und speziell bei terminkritischen Indikationen geschieht – und ob es daher letztlich zu medizinisch relevanten Nachteilen führt (Roll et al. 2012). Eine Angleichung der Wartezeiten würde statistisch die Wartezeiten für die 90 % GKV-Patienten wohl eher wenig verändern, da Wartezeitenunterschiede stark durch bestimmte Fälle mit sehr langen Wartezeiten getrieben werden. Gleichwohl könnte sie gegebenenfalls der Befriedung eines von nicht wenigen Patienten als ungerecht empfundenen Zustands dienen.

Aus diesen Erkenntnissen wird bisweilen die Forderung abgeleitet, die Gebührenordnungen zu vereinheitlichen, um die Anreize für eine vorrangige Behandlung von PKV-Patienten zu minimieren. Auch im Kontext der politischen Kontroverse um eine mögliche generelle Zusammenführung von GKV und PKV spielt das Thema der Vergütung und einer möglichen Zusammenführung von EBM und GOÄ eine große Rolle. Schließlich wäre ein Übergang in ein einheitliches Versicherungssystem, in welcher Variante auch immer, nur mit einer Vereinheitlichung der Vergütung sinnvoll vorstellbar.

Die eingangs erwähnte Honorarkommission soll insbesondere Leitfragen zu den durch die unterschiedlichen Honorarordnungen verursachten Problemen und deren Lösungsmöglichkeiten bearbeiten. Sie soll sich dabei auch mit einer möglichen Zusammenführung von EBM und GOÄ befassen. Durch den Zeitpunkt der Einsetzung der Kommission wird sich die Arbeit sowohl mit der weiteren Verhandlung der GOÄ-Reform als auch der Erarbeitung der nun gesetzlich mit Frist vorgeschriebenen EBM-Reform überschneiden. Es bleibt abzuwarten, inwieweit es hier zu wechselseitigen inhaltlichen Einflüssen kommen wird. Je nach politischer Entscheidung, ob potenzielle Empfehlungen der Honorarkommission umgesetzt werden, könnte dies die Reform der GOÄ sogar überholen.

Unstrittig ist, dass es sich bei einer Annäherung oder gar vollständigen Zusammenführung technisch und politisch um ein sehr komplexes Unterfangen handeln würde. Schon ein Vergleich zwischen EBM und GOÄ ist grundsätzlich schwierig und auch nur eingeschränkt möglich, da die Systeme unterschiedlichen Funktionsweisen folgen und auch die EBM- und GOÄ-Ziffern nicht deckungsgleich sind. Verschieden weitgehende Szenarien einer Zusammenführung sind denkbar (Bock et al. 2017, Wasem 2018). Eine „kleinere“, begrenzte Lösung wäre ein gemeinsames Gebührenverzeichnis. Eine Hauptschwierigkeit dabei wäre die Frage, ob in Richtung von Pauschalen, Einzelleistungen oder Komplexleistungen angepasst wird. Deutlich vielschichtiger wäre die vollständige Zusammenführung mit Auflösung der bisherigen Gebührenordnungen. Hier müssten finanzielle Prioritäten gesetzt werden: Eine Angleichung des EBM an die GOÄ wäre hinsichtlich der Beitragsentwicklung in der Krankenversicherung sehr teuer. Eine Angleichung der GOÄ an die EBM würde – zumindest ohne Nutzung von Steigerungsfaktoren – deutliche Honorareinschnitte für die Ärzte bedeuten, die politisch kaum durchsetzbar wären. Es sind auch Varianten denkbar, in denen das Honoraraufkommen für die Ärzte insgesamt neutral bliebe und dennoch das Vergütungssystem angeglichen würde (Walendzik et al. 2008), etwa über eine begrenzte Anhe-

bung und ggf. weitere Modifikation des EBM bei gleichzeitiger Abschaffung der GOÄ. Die Einnahmenseite spielt bei der Finanzierbarkeit selbstverständlich eine zentrale Rolle.

6.3 Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden Vergütung

Die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung gilt als Schlüsselherausforderung der kommenden Jahre. Um diese erfolgreich umzusetzen, muss eine Weiterentwicklung sowohl die Vergütung als auch die Bedarfsplanung sektorenübergreifend gestalten. Der Sachverständigenrat hat in seinem aktuellen Gutachten verschiedene Empfehlungen und Ansätze hierzu veröffentlicht (SVR 2018). Diese sehen eine Bedarfsplanung vor, die für den ambulanten und stationären Sektor stärker aus einer Hand und insgesamt zeitlich wie auch operational deutlich abgestimmter als bisher erfolgt.

An den Sektorengrenzen machen

An den Sektorengrenzen machen sich Vergütungsanreize auf entscheidende Weise bemerkbar.

sich außerdem Vergütungsanreize auf entscheidende Weise bemerkbar. Wie deutlich geworden ist, bestehen im ambulanten und stationären Sektor sehr unterschiedliche „Spielregeln“. Die Fehlanreize, die sich durch die Heterogenität ergeben können, betreffen sowohl die notfallmäßige als auch die elektive Versorgung. Die Notfallversorgung ist ein komplexes Thema für sich und kann hier nur angeschnitten werden. Jedenfalls kann es zur Generierung unnötiger stationärer Fälle führen, wenn die ambulante Behandlung für Notaufnahmen in Krankenhäusern nicht kostendeckend möglich ist (Schreyögg et al. 2014). Der SVR hat hierzu ein detailliertes Konzept mit einem eigenständigen Budget für „Integrierte Notfallzentren“ vorgeschlagen (SVR 2018).

Bei elektiven Operationen könnten zur Reduktion von Fehlanreizen Mischpreise eine Option sein. Es gibt bereits

erste Modellprojekte in zunächst regionalem Kontext (Lehmann 2016). Der SVR schlägt einen relativ weit gefassten Hybridbereich vor. Die Vergütung würde bei der Zusammenführung der Sektoren eine zentrale Rolle einnehmen, das Leitprinzip lautet „gleicher Preis für gleiche Leistung“. Der SVR schlägt konkret für einen definierten Katalog an ambulanten Leistungen vor, eine Mischvergütung von EBM und DRGs zu kalkulieren und einzuführen (SVR 2018). Diese könnte sich zunächst eher am DRG-Preis orientieren, damit die Krankenhäuser kostendeckend arbeiten können und nicht zu starke Anreize haben, stationäre Fälle zu generieren (Schreyögg 2017). So würden die Markteintrittsbarrieren gerade zu Beginn reduziert. Im weiteren Zeitverlauf könnten diese Mischvergütungen fortwährend evaluiert und im Sinne einer Senkung angepasst werden. Bei entsprechender Begründung durch z. B. Begleiterkrankungen könnten weiterhin vollstationäre DRG-Fälle abgerechnet werden. Ermächtigungen von Krankenhäusern könnten im Zuge der neuen Mischpreise ausgeweitet werden, um den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten zu stärken. Einheitliche Qualitätssicherungsvorgaben sind eine wichtige Voraussetzung, um sicherzustellen, dass die Prämisse gleichwertiger Leistungserbringung gewährleistet ist. Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung steht gleichwohl noch am Anfang ihrer Entwicklung (Willms et al. 2013).

Die Bereinigung der entsprechenden Budgets ist an der ambulanten-stationären Schnittstelle stets eine besondere Herausforderung. Bereits jetzt soll die Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a SGB V etwaige Verlagerungen von Leistungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor berücksichtigen. In der Praxis wird dies jedoch, nicht nur aus Gründen der Datenverfügbarkeit, kaum umgesetzt. Denkbar wäre perspektivisch, durch eine konsequent sektorenübergreifende Planung von vornherein die budgetäre Aufteilung auf den ambulanten und stationären Sektor flexibler zu handhaben, um weniger nachträglich anpassen zu müssen (SVR 2018).

Sehr weitgehend wäre eine weitere Harmonisierung stationärer und ambulanter Vergütung, also eine Annäherung der unterschiedlichen „Spielregeln“, die

sich nicht nur auf einen bestimmten Hybridbereich konzentriert. Hier stellt sich die Kernfrage, ob eher das Paradigma von Fallpauschalen oder von Einzelleistungsvergütungen oder eine andere Art der Vergütung als primäre Größe zu Grunde gelegt würde. Für eine solche Angleichung ist erschwerend relevant, dass bereits in der ambulanten Vergütung zwei verschiedene Systeme existieren. Ein Argument für eine Annäherung von EBM und GOÄ könnte insofern sein, dass dies eine spätere sektorenübergreifende Verzahnung mit der stationären Vergütung vereinfachen könnte.

6.4 Zukunftsperspektiven des Morbiditätsbezugs bei der sektorenübergreifenden Planung und Vergütung

Möchte man Planung und Vergütung am Bedarf ausrichten und damit Anreize für Behandlungsprioritäten setzen, so ist eine wesentliche Herausforderung, den Bedarf zu objektivieren. Dies gilt umso mehr, wenn sektorenübergreifende Lösungen gesucht werden. Die Morbidität ist hier ein naheliegender Anknüpfungspunkt, da sie einen wesentlichen „Nachfrageparameter“ abbildet. Jedoch ist auch die Morbidität nur näherungsweise über ambulante und stationäre, initial zu Abrechnungszwecken erhobene Diagnosedaten (SVR 2018) und teilweise über epidemiologische Daten zugänglich.

Während die so gemessene Morbidität in der Finanzierung der Krankenkassen von herausragender Bedeutung ist, spielt sie auf Seiten der Abrechnung der Leistungserbringer eine kleinere Rolle. Zwar geht im stationären Sektor die Morbidität von Patienten über die DRGs in die Vergütung ein, jedoch spielt sie bei der ambulanten Vergütung eine eher untergeordnete Rolle. So wird die MGV jährlich weiterentwickelt, wobei die Veränderung der Gesamtmorbidität einer der zu berücksichtigenden Faktoren ist. Doch bei der Erbringung und Abrechnung der einzelnen Leistungen geht die Morbidität abseits von Altersstaffelungen zumeist nicht ein. Ebenso wenig spielt bisher die Morbidität einzelner Patienten für den Arzt, z. B. hinsichtlich der hausärztlichen Quartalspauschale, eine Rolle. Sie geht in der hausärztlichen Versorgung allenfalls

über gegebenenfalls zusätzliche GOPs wie die Chronikerpauschale ein.

Ein eher theoretisches Argument für eine doch morbiditätsabhängige Pauschalvergütung könnte sein, dass sich die Abrechnungssystematiken stationär und ambulant damit in gewisser Weise etwas annähern würden. Dagegen sprechen u. a. Risiken der Überkodierung im ambulanten Sektor oder auch denkbare Verzerrungen, wenn eine höhere Morbidität nicht zu tatsächlich höherem Aufwand führt. Schließlich ist für DRGs eine gewisse, empirisch erfasste Kostenhomogenität eine wesentliche Rechtfertigung. Mit dem TSVG sollen die Quartalsgrundpauschalen nun so angepasst werden, dass sie „sachgerecht nach Morbiditätskriterien zur Abbildung des Schweregrads der Erkrankung [...] differenzieren.“ Gleichzeitig ist absehbar, dass durch die Förderung der extrabudgetären Vergütung die Bedeutung des Morbiditätsbezuges, wie sie bisher im Rahmen der diagnosebezogenen Veränderungsrate Einzug findet, sinken wird.

Hinsichtlich der Verwendbarkeit und Validität von ärztlichen Diagnosedaten stellen sich auch grundsätzliche methodische Fragen. Diagnosedaten, insbesondere die ausschließlich zu Abrechnungszwecken erhobenen, haben naturgemäß Schwächen wie eine mögliche Unter- und Überkodierung. Auch beim Morbi-RSA zeigt sich, dass die näherungsweise über die erhobenen Diagnosedaten bestimmte Morbidität Beeinflussungen unterliegen kann. Die Kontroverse um Betreuungsstrukturverträge hat exemplarisch gezeigt, wie schnell Einflüsse auf das Kodierverhalten wirken können. Manche empfehlen

Möchte man Planung und Vergütung am Bedarf ausrichten, ist eine wesentliche Herausforderung, den Bedarf zu objektivieren.

die Einführung von ambulanten Kodierrichtlinien, die sich bisher aber nicht durchgesetzt haben. Die Erfahrungen aus dem stationären Bereich zeigen jedoch auch, dass entsprechende Anreize wie die im DRG-System notwendige

exakte Kodierung zu Verhaltensanpassungen führen und auch Upcoding nicht vermeiden können.

Epidemiologische Daten liegen nicht flächendeckend und für alle wichtigen Diagnosen vor. Insbesondere für bundesweit erforderliche, aber auf regionaler Ebene zu realisierende Planungs- oder Vergütungszwecke eignen sie sich daher eher wenig.

Für die Zukunft ist wünschenswert, die Abrechnungsdaten sinnvoll mit Studien- und Registerdaten zu ergänzen und diese dann sowohl für die Planung als auch die Vergütung zu nutzen. Von Bedeutung ist dabei, dass systematische Verzerrungen – wie sie zeitweise wohl

auch durch die Betreuungsstrukturverträge nicht ausgeschlossen werden konnten – minimiert werden.

Die Erfahrungen aus anderen Ländern ermutigen aber eher zu der Annahme, dass unter der Voraussetzung sorgfältiger Erhebung und guter Datentransparenz Morbiditätsdaten für durchaus weitreichende Entscheidungen – beispielsweise Kapazitätsplanungen – geeignet sein können. So wird in der Schweiz leistungsorientierter geplant als in Deutschland, dabei wird stark auf Diagnose- und Prozedurenkodierungen gesetzt (Herr et al. 2018, SVR 2018).

Trotz der Beschränkungen sollten daher auch die in Deutschland verfügbaren

Diagnosedaten optimistisch daraufhin geprüft werden, wie ihre Rolle als Näherung für Morbidität zukünftig stärker eingesetzt werden kann. Ein entsprechendes Konzept für eine stärker morbiditätsorientierte Kapazitätsplanung hat der SVR vorgelegt (SVR 2018). Der nächste Schritt wäre eine auch stärker morbiditätsorientierte Vergütung.

Mit einer sektorenübergreifenden Planung könnten auch Schritte in Richtung einer sektorenübergreifenden Vergütung unternommen werden, die aber auf Grund der gezeigten Komplexität der Sachverhalte sorgsam umgesetzt werden sollten. ■

Literatur

Bock J-O, Focke K, Busse R (2017): Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik 6: 9–15.

G-BA (2013): Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V – ASV-RL, URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/80/>.

Herr D, Hohmann A, Varabyova Y, Schreyögg J (2018): Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer, Stuttgart: 22–38.

InBA – Institut des Bewertungsausschusses (2017): Bekanntmachung der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 52. Sitzung am 19.09.2017 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und [...]. URL: institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19_eba52.pdf.

KBV (2018): Honorarverhandlungen. <http://www.kbv.de/html/2054.php>.

Klakow-Franck R (2016): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gemäß § 116b SGB V. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016.

Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart: 97–110.

Lehmann G (2016): Hybrid-DRG: Eine für alle. f&w 2/2016.

Lüngen M, Stollenwert B, Messner P, Lauterbach K W, Gerber A (2008): Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. Int J Equity Health 7: 1.

Niehaus F (2009): WIP-Diskussionspapier 7/09 – Ein Vergleich der ärztlichen Vergütung nach GOÄ und EBM. URL: http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Vergleich_der_aerztlichen_Verguetung_nach_GOAE_und_EBM.pdf.

Roll K, Stargardt T, Schreyögg J (2012): Einfluss von Versichertenstatus und Einkommen auf die Wartezeit im ambulanten Bereich, Monitor Versorgungsforschung 05/2012, 5. Jahrgang.

Schreyögg J, Bäuml M, Krämer J, Dette T, Busse R, Geissler A (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. InEK, Siegburg.

Schreyögg J (2017): Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer, Stuttgart: 13–25.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

(2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606>.

Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (2017): Zahlenbericht 2016. Berlin, <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2016.pdf>.

Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen Campus Essen Nr. 165.

Wasem J (2018): Die Versorgungswirklichkeit ist nicht schwarz/weiß – Gesetzliche und private Krankenversicherung in der Versorgung. ZfWP 2018; 67(1): 42–53.

Willms G, Bramesfeld A, Pottkämper K, Broge B, Szecsenyi J (2013): Aktuelle Herausforderungen der externen Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen 107: 523–527.

Zi (Hrsg.) (2017): Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2015, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.