

Ambulante Vergütung aus Patientensicht: Patientensicherheit, Zugang und Kommunikation im Zeitalter der Digitalisierung

ILONA KÖSTER-
STEINEBACH

Dr. Ilona Köster-Steinebach ist seit Juni 2018 Geschäftsführerin des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. in Berlin. Zuvor war Frau Köster-Steinebach acht Jahre beim Verbraucherzentrale Bundesverband als Referentin für Gesundheitspolitik tätig

Bisher diktiert der Interessensausgleich zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern die Gestaltung des (ambulanten) Vergütungssystems. Im Zuge einer Reform hätte ein Primat der Patientenperspektive das Potential, Richtschnur für Entscheidungen zu sein, die dazu führen, das Vergütungssystem als Lösung, nicht als Ursache für konkrete Patientenprobleme vor allem bei Kommunikation, Patientensicherheit und Zugänglichkeit zu begreifen. Mit der Digitalisierung sind entsprechende Werkzeuge in greifbarer Nähe.

1. Einleitung

Wenn über Gestaltungsoptionen für ambulante Vergütung gesprochen oder geschrieben wird, dann stehen häufig ökonomische Überlegungen im Fokus. Konkret geht es in der Regel um die Gegenüberstellung von Pauschalierung und Budgetierung vs. Einzelleistungsvergütung und Entbudgetierung. Die ökonomischen Interessen sind klar: Kostenträger fokussieren auf den Aspekt der Ausgabenbegrenzung mit Blick auf die Entwicklung der (Zusatz-)Beiträge zur Krankenversicherung. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte¹ und deren Vertretung wiederum sehen Einnahmenmaximierung bzw. insbesondere die Vermeidung „unbezahlter“ Anteile ihrer Arbeit als wichtige Ziele. Beide Betrachtungsweisen, das soll hier ganz

ausdrücklich gesagt werden, sind legitim. Einen Interessensausgleich zwischen diesen beiden gleichermaßen legitimen Ansprüchen zu schaffen, ist eine wichtige Aufgabe für die wohl anstehende Reform der ambulanten Vergütung.

In der Auseinandersetzung mit und zwischen den beiden organisatorisch wie argumentativ starken Repräsentanten des angesprochenen Interessensausgleichs wird leicht vergessen, dass es im Gesundheitswesen letztlich aber weder um die Geschäftsergebnisse der Krankenversicherungen noch um die Einkommenslage der Leistungserbringer geht. Existenzzweck

¹ Im Folgenden wird aus Gründen der Lesbarkeit auf die Nennung von weiblichen und männlichen Bezeichnungen verzichtet, ohne hierdurch eine Wertung zum Ausdruck bringen zu wollen.

des Gesundheitswesens ist die Versorgung von Patienten, ihre Unterstützung darin, gesund zu bleiben, zu werden, mit Krankheit zu leben oder am Lebensende. Diesem Ziel muss auch die Ausgestaltung des ambulanten Vergütungssystems untergeordnet werden: Bei allen Gestaltungsentscheidungen muss deshalb die Frage im Mittelpunkt stehen, welche Auswirkungen sich durch die geschaffene Anreizsituation auf die Patientenversorgung und -sicherheit ergeben. Denn eines ist sicher: Die Anreize, die durch das Vergütungssystem gesetzt werden, bekommen Patienten ganz unmittelbar zu spüren. Das gilt auch bei der Austarierung Pauschalierung vs. Einzelleistungsvergütung. Bei Ersterem drohen insbesondere sozial schwächeren und kränkeren Patienten Leistungsverweigerung und Risikoselektion, d.h. Patienten mit besonders schweren Erkrankungen haben besonders große Probleme, suffiziente Versorgung zu erhalten. Umgekehrt führt die Einzelleistungsvergütung zu vermeidbaren Schäden und Belastungen durch Überdiagnostik und -versorgung. Ein Vergütungssystem, das aus Patientenperspektive gestaltet wurde, muss folglich Lösungen für beide Patientenprobleme bieten.

2. Rahmenbedingungen einer Reform des Vergütungssystems

Die Umsetzung des Primats der Patientenperspektive an sich wäre bereits eine Revolution in der Diskussion rund um die (ambulante) Vergütung und ist dringend erforderlich. Darüber hinaus sind aber noch weitere Rahmenbedingungen unbedingt in die Gestaltung des ambulanten Vergütungssystems einzubeziehen. Eine ist der Bewusstseinswandel in der Gesellschaft: weg von patriarchalen hin zu partizipativen Strukturen und Selbstverständnissen, was sich in deutlich veränderten Anforderungen an die Kommunikation mit Patienten und zwischen medizinischen Berufsgruppen allgemein ausdrückt. Eine andere wichtige Rahmenbedingung ist der Aspekt der Patientensicherheit. Diese ist nicht nur zum akzeptierten gesellschaftlichen Wert avanciert, es hat sich auch die Erkenntnis wenn nicht durchgesetzt, so doch zumindest erkenntnistheoretisch etabliert, dass Patientensicherheit in allen Kontexten und auf allen Ebenen mitgedacht, ermöglicht und umgesetzt werden muss, um wirklich gewährleistet zu sein (vgl. Schrappe/APS 2018). Bereits von aktuellen Gesetzgebun-

gen erfasst (vgl. BMG 2018) sind Probleme, die aus regionalem Wandel in Verbindung mit fortschreitender Spezialisierung innerhalb der Ärzteschaft entstanden.

Und last but not least fällt die Diskussion um die Reform der ambulanten Vergütung in die Phase der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Diese endet nicht bei der Verwendung von Praxisverwaltungssystemen und digitaler Übermittlung von Abrechnungsdaten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), auch nicht bei der zögerlichen Etablierung von Videosprechstunden, sondern hat das Potential, die Versorgung und damit auch ihre Vergütung grundlegend zu durchdringen. Eine echte Reform der ambulanten Vergütung, die diesen Namen auch verdient und nicht nur an der Oberfläche der Auseinandersetzung zwischen Pauschalierung und Entbudgetierung kratzt, muss kreativ auf die Möglichkeiten zurückgreifen, die die Digitalisierung insbesondere auch mit Hinblick auf die Prozessgestaltung in der Gesundheitsversorgung bietet. Einzelne Produkte, etwa Apps oder digital vernetzte medizintechnische Geräte, können leicht von findigen Anbietern aus Wirtschaft, Industrie oder Hochschulen entworfen und (etwas weniger leicht) in die Versorgung eingebracht werden, aber weitreichende Prozessinnovationen, die möglicherweise sogar auf geänderten Arbeitsteilungen basieren oder diese voraussetzen, bedürfen bei ihrer Einführung zentraler Vorgaben mit hoher Durchsetzungskraft – entweder aus der Politik oder aus einer reformbereiten und am Patientenwohl orientierten Selbstverwaltung.

3. Patientenorientierte Ziele einer ambulanten Vergütungsreform

Um Ziele einer Umgestaltung der ambulanten Vergütung aus Patientensicht abzuleiten, empfiehlt es sich, die Probleme in den Blick zu nehmen, die Patienten im Rahmen der Inanspruchnahme berichten. Eine Quelle, die hierzu herangezogen werden kann, ist die jährliche Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Diese ist insofern mit Vorsicht zu verwenden, als natürlich das Motiv der positiven Darstellung der Leistung der niedergelassenen Ärzte bei einer Untersuchung, die durch ihre Interessensvertretung in Auftrag gegeben wird, grundsätzlich gegeben ist. So lassen sich auch Presseerklärungen mit hohen Zufriedenheitsraten oder einem hohen

ausgesprochenen Vertrauen gegenüber den Ärzten erklären (vgl. KBV 2017a). Schaut man sich die Detailergebnisse an, so zeigen sich jedoch auch in diesen Untersuchungen Ergebnisse und Entwicklungen, die auf Probleme hinweisen (KBV 2017b):

- Der Anteil der Versicherten, die mehr als drei Tage auf einen Termin warten mussten, stieg von 31 % im Jahr 2008 auf 40% im Jahr 2017. Auch in 28% der Fälle, bei denen Versicherte ein aktuelles Gesundheitsproblem als Anlass für den Arztbesuch angaben, mussten sie mehr als drei Tage warten.
- 15 % der Versicherten mussten auf Termine mehr als drei Wochen warten, wobei deutlich längere Wartezeiten aufgrund der Befragungsmethodik nicht entdeckt wurden.
- Gerade bei Notfällen sieht man eine deutliche Verlagerungstendenz. Während sich 2006 am Wochenende oder nachts noch 15 % der Patienten in diesen Fällen an ihren Hausarzt wandten und nur 29 % ans Krankenhaus, riefen 2017 nur noch 3 % den Hausarzt, während 47% ins Krankenhaus gingen.

Gerade die letztere Entwicklung macht deutlich, dass sich das Bild der hausärztlichen Versorgung in dieser Zeitspanne deutlich gewandelt hat: Diese wird nicht mehr als Rundum-Basisversorgung wahrgenommen, sondern hat mindestens zeitlich Lücken. Da allerdings gerade die hier aufgedeckten Problemlagen bereits im Rahmen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (BMG 2018) aufgerufen wurden, sollen sie im Weiteren nicht vertieft behandelt werden.

Obwohl, wie oben dargelegt, von der KBV nicht zu verlangen ist, eine aus Patientensicht problemzentrierte Studie zur ambulanten Versorgung zu veröffentlichen, ist ausgesprochen positiv zu bemerken, dass sie 2017 mit einer qualitativen Studie – wenn auch indirekt – Problembereiche der ambulanten Versorgung aufgedeckt hat. Teilweise eher zwischen den Zeilen, aber doch nachweisbar, finden sich hier u.a. folgende weitere Patientenprobleme (Schmidt-Kähler 2017):

- Für Krankschreibungen sind Patienten auch bei trivialen Erkrankungen (z.B. grippaler Infekt) gezwungen, den Hausarzt aufzusuchen (S. 12, 16).
- Aufgrund von unzureichender Kommunikation, Zeit bei der Behandlung

und ganzheitlicher Betrachtung des Patienten werden andere Versorgungsangebote gesucht (S. 15).

- Bei Personen ohne (regelmäßigen Besuch beim) Hausarzt, gibt es keine Stelle, an der die gesundheitlichen Informationen zu einem Patienten gesammelt dokumentiert werden (S. 17).
- Auch wenn Hausärzten eine i.d.R. verbesserte Kommunikation bescheinigt wurde, gibt es allgemein noch viel Verbesserungsbedarf: von unverständlichen Arztbriefen über Zeitmangel bei den Ärzten bis hin zu Laborwerten, deren Bedeutung nicht vermittelt wird (S. 26).
- Insbesondere die Einbeziehung von Informationen aus elektronischen Quellen in das Arzt-Patienten-Gespräch funktioniert noch nicht (S. 30).

In welchem Umfang Qualitätsprobleme in der ambulanten Versorgung bestehen, ist nicht bekannt. Die Stichprobenprüfungen nach §§ 135 Abs. 2 und 136 Abs. 2 SGB V ergeben hierzu kein klares Bild, da sie nur einen kleinen Anteil der Ärzte – nach der Vorgabe der Qualitätsprüfungsrichtlinie (QP-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) pro Jahr mindestens 4 % aller abrechnenden Ärzte – und für diese wiederum nur einen kleinen Teil ihrer Patienten erfassten. Obwohl die Verfahren z.T. schon lange etabliert sind, zeigten sich teilweise noch immer erhebliche Qualitätsdefizite z.B. in der Arthroskopie (vgl. KBV 2017c: 44). Dass aufgrund eines LSG-Urteils der G-BA am 19. Juli 2018 gezwungen war, die gesamte ambulante Qualitätsprüfung auszusetzen (vgl. G-BA 2018), wird weder die Qualität noch die Transparenz der ambulanten Versorgung verbessern.

Andere Hinweise auf Qualitätsprobleme finden sich insbesondere mit Blick auf die Arzneimitteltherapiesicherheit. Wie das Beispiel der potentiell inadäquaten Medikation im Alter (PIM) zeigt, kann es selbst bei Verordnungen nur durch einen einzelnen Arzt zu einem hohen Anteil von (potentiellen) Fehlverordnungen kommen: Mehr als ein Viertel der älteren Patienten erhielt (zugegeben im Jahr 2007) mindestens ein für sie wahrscheinlich ungeeignetes Medikament (Amann/Schmedt/Garbe 2012). Noch viel größere Probleme ergeben sich bei Verordnungen durch mehrere Ärzte, wenn Wechselwirkungen beachtet werden müssen. Um diesem Problem Herr zu werden, wurde zum 01. Oktober 2016 ein Rechtsanspruch auf einen Medikati-

onsplan für Patienten mit mindestens drei Medikamenten eingerichtet – vorläufig papierbasiert (vgl. BMG 2016). Noch liegen keine gesicherten Erkenntnisse dazu vor, wie lückenlos diese Medikationspläne erstellt, aktualisiert und die darauf notierten Medikamente auf Wechselwirkungen überprüft werden, aber auch hier ist sicher noch mit dringendem Verbesserungsbedarf zu rechnen.

Wenn es sich auch nicht um eine auf Repräsentativität angelegte Studie handelt, so bietet der Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung (UPD) die möglicherweise komprimierteste Übersicht über konkrete Probleme, die Patienten mit der (ambulanten) Versorgung bzw. dem Gesundheitssystem haben. Die drei wichtigsten Problemfelder, die von den Beratern der UPD im Jahr 2017 dokumentiert wurden, waren demnach, in der Reihenfolge der Häufigkeit (UPD 2018: 31):

1. Kommunikation: Unvollständige, fehlende oder falsche Informationen, wobei nicht klar wird, ob dies aufgrund von mangelndem Willen zur Patientenorientierung, mangelnden kommunikativen Fähigkeiten oder mangelnder Zeit aufgrund von Vergütungsvorgaben und/oder Personal-mangel auftrat.
2. Zugang zur Versorgung: Neben Problemen mit Wartezeiten und räumlicher Erreichbarkeit wurde hier insbesondere die Leistungsverweigerung genannt.
3. Qualitätsmängel: Hierunter sind neben unzureichenden Ergebnissen und Prozessen insbesondere auch fehlende Qualifikation, Lücken bei der Koordination der Versorgung und die Befürchtung von Überversorgung zu nennen.

Auf der Grundlage dieser drei Problembereiche, die sich mehr oder minder auch durch die übrigen, hier genannten Quellen ziehen, sollen im Folgenden Erwartungen daran formuliert werden, was eine Reform der ambulanten Vergütung aus Patientensicht leisten sollte.

4. Anreize zu mehr Kommunikation und Förderung von Gesundheitskompetenz und Selbstfürsorgefähigkeit

In den Gründungszeiten der gesetzlichen Krankenversicherung oder auch bis in die erweiterte Nachkriegszeit hinein war

das Selbstverständnis vieler Menschen hinsichtlich ihrer eigenen Rolle deutlich passiver und patriarchaler ausgeprägt als heute. Der Anspruch einer modernen Gesellschaft ist, dass die Bürgerinnen und Bürger informiert und mündig sind und die sie betreffenden Entscheidungen selbst treffen oder zumindest maßgeblich einbezogen werden. Dass die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung von diesem Idealbild teilweise deutlich abweicht (vgl. Schaeffer et.al 2016) tut der Forderung keinen Abbruch, dass das Gesundheitssystem und insbesondere die ambulante Versorgung so ausgestaltet sein muss, dass der Aufbau eben dieser Gesundheitskompetenz und nachfolgend die Selbstfürsorgefähigkeit der Patienten gefördert werden müssen. Da Ansätze der Erwachsenenbildung hier kaum eine Rolle spielen können, nimmt die intensive, kompetenzfördernde und vor allem auch auf Beteiligung angelegte Kommunikation von Leistungserbringern mit Patienten eine Schlüsselrolle ein. Die beste Grundlage für informiertes *shared decision making* (SDM), wachsende Fähigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurecht zu finden und die Übernahme von Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit sowie Patientensicherheit ist das Arzt-Patienten-Gespräch. Unglücklicherweise wird für das deutsche Gesundheitssystem und damit auch die ambulante Versorgung ein erhebliches Defizit bei der sprechenden Medizin konstatiert, das auf das Vergütungssystem zurückzuführen ist (vgl. dazu Interview mit Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des G-BA, in UPD 2018: 7).

Tatsächlich ist die Benachteiligung der Patienteninformation und -beratung gegenüber technisierten Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung aufgrund der Logik des bisherigen Vergütungs- und Prüfsystems nachvollziehbar: Während die Durchführung technischer oder manueller Leistungen klar dokumentiert und damit überprüft werden kann, gilt das für Gespräche keinesfalls. Diese sind auch, wenn sie über das Minimum hinausgehen, nicht zeitlich oder inhaltlich normierbar, sondern eben an den individuellen Bedürfnissen der Patienten ausgerichtet. Ob sie im Einzelfall zwei oder zwanzig Minuten gedauert haben, ist derzeit nicht belegbar. Im Interesse eines wirtschaftlichen Umgangs mit den Beiträgen der Versicherten ist das grundlegende Misstrauen der Kostenträger verständlich. Daraus resultiert

die Ablehnung, Gesprächsleistungen so hoch zu dotieren, dass sie für Ärzte mit ähnlicher Wirtschaftlichkeit zu erbringen sind wie Gerätemedizin oder Laborleistungen, denn: Je besser die Dotierung, desto höher ist der finanzielle Anreiz, mehr zu dokumentieren und abzurechnen als erbracht wurde. So ergibt sich ein Teufelskreis aus geringer relativer Vergütung von Gesprächsleistungen, unzureichender Dauer und Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation und dem Bestreben der Krankenkassen, für vorenthaltene oder reduzierte Leistungen nicht zu zahlen.

Wenn das Vergütungssystem zu dem Dilemma rund um die Arzt-Patienten-Kommunikation führt, dann sollten auch Lösungen in diesem Bereich zu finden sein. Eine Möglichkeit, gute Arzt-Patienten-Kommunikation durch Vergütungsanreize zu fördern, wäre eine Verknüpfung mit der Einschätzung der behandelten Patienten, eine Art *pay for performance* (P4P) also. Insbesondere vor dem Hintergrund der Digitalisierung wären hier zwei grundsätzliche Ausgestaltungen denkbar: direkt oder datengestützt. Bei einer direkten Lösung würden Patienten z.B. über ihre elektronische Patientenakte (ePA) bzw. eine damit verbundene App auf ihrem Smartphone dazu aufgefordert, den Ärzten, bei denen sie im letzten Quartal in Behandlung waren, einen Anteil aus einem individuellen „Vergütungsbudget“ zuzuordnen, der diesen dann für gute Kommunikation zusätzlich zu den sonstigen Behandlungspauschalen ausgezahlt wird. Wichtig wäre, dass strikt sichergestellt ist, dass die Ärzte nur die Gesamtsumme über alle Patienten bzw.

Bei der Gestaltung eines zukünftigen Vergütungssystems sollten Experten mit Erfahrung in die Entwicklung von datengestützten Qualitätssicherungsverfahren einbezogen werden.

im Benchmarking mit anderen Ärzten die durchschnittliche Ausschüttung pro Patient mitgeteilt bekommen, nicht aber individuelle Werte. Nachteile hätte ein solches System möglicherweise, indem es von nötigen Überweisungen zu Fachärzten abhält, damit die Patienten ihr Budget

nicht dort vergeben. Und natürlich gäbe es erhebliche Disparitäten (und daraus folgende Anreize zu Risikoselektion) bei unterschiedlichem sozioökonomischem Status der Patienten, die durch das System ausgeglichen werden müssten. Deshalb wäre es möglicherweise leichter, wenn die Patienten regelmäßig im Sinne von *patient reported experience measures* (PREMs) zu ihren Erfahrungen mit der Kommunikation der Ärzte befragt würden und die Ergebnisse – wiederum um soziodemographische Komponenten „risikoadjustiert“ – zur Festlegung von Vergütungszuschlägen genutzt würden. Die Logistik einer solchen Befragung könnte ebenfalls durch die Digitalisierung erheblich erleichtert werden.

Eine andere Möglichkeit wäre eine Art *pay for time*. Mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte der Versicherten und der Praxisverwaltungssysteme der Ärzte könnte direkt erfasst werden, wie viel Zeit der Arzt im Gespräch bzw. bei der körperlichen Untersuchung zweifelsfrei mit dem jeweiligen Patienten verbringt. Ein solches „Stechkartenprinzip“ der Vergütung für sprechende Medizin mutet auf den ersten Blick ausgesprochen wenig wertschätzend, ja sogar abwertend für beide beteiligten Personen an, könnte sich aber möglicherweise als praktikabelste Lösung des Problems des Nachweises für die im Gespräch erbrachte Arztleistung herausstellen. Nachteil wäre natürlich, dass nur die Dauer, nicht aber die Qualität der Kommunikation erfasst würde.

Letztlich ist es unabhängig davon, ob die hier skizzierten oder andere Lösungen für die bessere Verankerung der kommunikativen Leistung von Ärzten im ambulanten Vergütungssystem gewählt wird. Sicher ist aber, dass eine Gestaltung explizit mit Blick auf die Verbesserung der Arzt-Patienten-Kommunikation erforderlich ist, damit der bestehende Teufelskreis durchbrochen wird. Die Stärkung des Nachweises und insbesondere der Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation hätte auch wesentliche

Auswirkungen auf die Verbesserung der Patientensicherheit. Nur, wenn sich der Arzt die Zeit nimmt, seinen Patienten zuzuhören, kann er auch verdeckte Hinweise auf Gesundheitsprobleme wie z.B. Depressionen wahrnehmen. Und umgekehrt wäre es wichtig, Patienten durch

entsprechende Informationsvermittlung besser z.B. zur Reaktion auf plötzliche Verschlechterungen ihres Gesundheitszustandes oder zur sicheren Medikamenteneinnahme zu befähigen. Und schließlich kann bedarfsgerechte Versorgung nur in einem Prozess des SDM erfolgen, der nun einmal Kommunikation voraussetzt.

5. Patientensicherheit durch Qualitätssicherung und -steigerung im Vergütungssystem

Die Möglichkeiten, die sich aus einer gezielten Gestaltung des ambulanten Vergütungssystems unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit in Verbindung mit den Möglichkeiten der Digitalisierung ergeben, sind bisher nicht einmal ansatzweise angedacht, geschweige denn verwirklicht. Eine Richtung, die zumindest in der stationären Versorgung bereits getestet wurde, ist die Nutzung von Routinedaten, sprich: Daten aus der Abrechnung von Leistungen beispielsweise für die Qualitätssicherung (oder auch die Versorgungsforschung, die aber hier nicht im Fokus steht). Viele mögliche Fragestellungen scheitern derzeit an der Pauschalierung der Leistungen im ambulanten Sektor und am Quartalsbezug der vorliegenden Daten (statt tagesgenauen Angaben). Dass im ambulanten Bereich keine verpflichtenden Kodierrichtlinien gelten, erschwert die Nutzung der dort generierten Routinedaten zusätzlich. Als Folge gibt es heute nur ein datengestütztes Verfahren der Qualitätssicherung im ambulanten Sektor (Dialyse), das aber mit speziell dokumentierten und übermittelten Werten arbeitet, nicht mit Routinedaten. Routinedatenverfahren gibt es derzeit in der Qualitätssicherung der Vertragsärzte nicht. Deshalb sollten bei der Gestaltung eines zukünftigen Vergütungssystems, insbesondere bei der Festlegung der in diesem Zusammenhang zu übermittelnden Daten zu Leistungen und Diagnosen, auch Experten mit Erfahrung in der Entwicklung von datengestützten Qualitätssicherungsverfahren einbezogen werden. Ergänzend ist zu fordern, dass institutionell in die Weiterentwicklung des ambulanten Vergütungssystems eine Art Antragsweg eingebettet würde, auf dem die mit der datengestützten Qualitätssicherung beauftragten Institutionen, also der G-BA und das ihm angegliederte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), die

Aufnahme bzw. Änderung von relevanten Datenfeldern im Zusammenhang mit der Abrechnung erreichen können.

Ein Beispiel, an dem die Bedeutung des Vergütungssystems für die Qualitätssicherung abzulesen ist, ist die (gescheiterte) Initiative des G-BA, eine datengestützte Qualitätssicherung für Kataraktoperationen zu etablieren. Aus dem Abschlussbericht des AQUA-Instituts zur Machbarkeitsprüfung für das bereits fertig entwickelte Verfahren geht hervor, dass einer der zentralen Indikatoren, nämlich die durch die Operation erreichte Sehfähigkeit, nicht erhoben werden konnte, weil im ambulanten Vergütungssystem keine spezielle Abrechnungsposition hierfür vorgesehen ist, sondern die Leistung, wenn sie überhaupt erbracht wurde, in der allgemeinen Betreuungspauschale verschwand (AQUA 2013: 16). Für die sinnvolle Etablierung des – ebenso sinnvollen – Qualitätssicherungsverfahrens hätte es der Einführung einer speziellen

Das Vergütungssystem muss so gestaltet werden, dass nur Leistungen und Untersuchungen abgerechnet werden können, die in der ePA für den Patienten zugänglich sind.

Gebührenordnungsposition für die Nachuntersuchung bedurft, die in den seitdem vergangenen fünf Jahren nicht erfolgt ist. Folglich gibt es heute kein Qualitätssicherungsverfahren Katarakt.

Das Beispiel Katarakt ist aber noch in weiteren Hinsichten gut geeignet, um die Potentiale einer engen Verknüpfung der Gestaltung des Vergütungssystems mit Qualitätsaspekten aufzuzeigen. Bei der Auswertung ergänzend hinzugezogener Daten zeigte sich, dass ein erheblicher Anteil der operierten Patienten die dringend empfohlene Nachsorgeuntersuchung nach der Operation nicht in Anspruch genommen hat. Die Hintergründe können nur vermutet werden, liegen aber wahrscheinlich darin, dass sie von den Operateuren weder nachdrücklich auf die Nachuntersuchung hingewiesen werden noch ein finanzieller Anreiz (eben durch eine gesonderte Abrechnungsziffer) besteht, die Leistung überhaupt zu erbringen. Das macht deutlich, dass

alle Leistungen, die aus Gründen der Patientensicherheit bedeutsam sind, im Vergütungssystem so abgebildet werden müssen, dass zumindest ihre Durchführung überprüfbar ist. Im Fall z.B. von Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen ist das bereits heute der Fall. Zukünftig sollte diesem Aspekt dringend noch weitere Beachtung geschenkt werden.

Insbesondere im Bereich der Anamnese und der Arzneimitteltherapiesicherheit bietet die Digitalisierung auch neue Anknüpfungspunkte. Beispielsweise könnte die Erstellung bzw. Ergänzung von Anamnesedaten für die Patienten wesentlich genauer nachvollzogen und damit vergütungsrelevant werden, wenn nicht mehr die Aufnahme der Angaben in die Dokumentation beim Arzt die zahlungsbegründende Handlung darstellen würde, sondern der Eintrag in der ePA, damit der Patient und weiterbehandelnde Ärzte darauf zugreifen können. Dass vollständige und aktuelle Anamnesedaten die Patientensicherheit

wesentlich erhöhen, dürfte außer Frage stehen. Derzeit besteht hier aber ein ähnlicher Teufelskreis wie bei der sprechenden Medizin generell. Und im Zuge der Arzneimitteltherapiesicherheit könnten wesentliche Verbesserungen erreicht werden, wenn die Überprüfung des Medikationsplans, der hoffentlich bald auch elektronisch vorliegt, ebenfalls unter Einbe-

zug der ePA genutzt, dokumentiert und nur in dieser Verbindung auch abgerechnet werden dürfte. Wenn dann noch automatisiert auf IT-gestützte Expertensysteme z.B. zur Vermeidung von PIM oder gefährlichen Interaktionen mehrerer Medikamente zurückgegriffen würde, könnten Patientenschäden in erheblichem Umfang vermieden werden.

Aus den genannten Beispielen ergibt sich der Dreiklang bzw. die wechselseitige Ergänzung des Abrechnungssystems, der Kommunikation mit zunehmend souveränen Patienten und der Patientensicherheit. Vor diesem Hintergrund ist die Schlussfolgerung unvermeidlich, dass das Vergütungssystem so gestaltet werden muss, dass nur Leistungen und Untersuchungen abgerechnet werden können, die auch in der ePA für den Patienten zugänglich (und verständlich) dokumentiert und für Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zugänglich sind.

6. Zugänglichkeit durch Digitalisierung und differenziertere Vergütung

Finanzielle Anreize im Vergütungssystem zur Lösung von Problemen insbesondere bei der Versorgung im ländlichen Raum oder bei der Erlangung von Facharztterminen zu nutzen, hat sich bereits das Terminservice- und Versorgungsgesetz zum Ziel gesetzt (BMG 2018), weshalb an dieser Stelle keine ausführliche Darstellung erforderlich ist. Ergänzend zu den bereits breit diskutierten Aspekten sollen hier noch zwei Gesichtspunkte in die Diskussion gebracht werden. Der eine steht im Zusammenhang mit Digitalisierung bzw. Gesundheitskompetenz. Viele Patienten sind angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems damit überfordert, ihre Versorgung zu koordinieren. Idealtypisch wird dem Hausarzt diese Lotsenfunktion zugewiesen. Hier wären weiterreichende und vor allem neutrale Untersuchungen erforderlich, inwieweit Hausärzte überhaupt die Kapazitäten haben bzw. angesichts des sich in diesem Bereich abzeichnenden Ärztemangels in Zukunft noch haben werden, diese wichtige Aufgabe zu erfüllen. Bei näherer Betrachtung dürfte sich auch schnell herausstellen, dass sie häufig strukturell weder über die notwendigen Informationen noch Kompetenzen verfügen, um zu leisten, was derzeit von ihnen erwartet wird. Viele Bürgerinnen und Bürger wollen oder können zudem aufgrund ihrer Lebenssituation auch keinen betreuenden Hausarzt mit umfassender Lotsenfunktion haben. All diese Faktoren sprechen dafür, dass die ePA – natürlich nur mit individueller Zustimmung des Patienten – in Zukunft auch informierende, edukative oder gar koordinierende Funktionen bieten sollte. Ärzte würden in diesem Szenario keineswegs überflüssig, aber ihre Aufgaben und insbesondere ihre Interaktion mit Daten, die auch dem Patienten und ggf. anderen Ärzten zur Verfügung stehen, müssten sich grundlegend wandeln. Das ist nur durch entsprechende radikale Umgestaltung des Vergütungssystems zu erreichen.

Ein zweites, noch ungelöstes Problem, sind implizite Rationierungen und Leistungsverweigerungen (vgl. UPD 2018:31). Der Hintergrund ist wiederum im Vergütungssystem zu sehen, das aufgrund von Pauschalierungen dann die beste Rendite pro Zeiteinheit ver-

spricht, wenn der Versorgungsaufwand pro Patient möglichst gering ist. Das benachteiligt insbesondere Patienten mit besonders hohem Versorgungsbedarf, z.B. Menschen mit ausgeprägten körperlichen oder auch geistigen Behinderungen oder mit komplexen seltenen Erkrankungen. Derzeit sind besondere Betreuungspauschalen insbesondere an den Chronikerstatus geknüpft. Tatsächlich kann hinterfragt werden, ob die routinemäßige Dauerbetreuung eines stabilen Chronikers tatsächlich diese finanzielle Sonderstellung rechtfertigt, während z.B. der Aufwand, den ein Arzt allein für die Aneignung des nötigen Spezialwissens zur Versorgung einer besonders seltenen und komplizierten Erkrankung benötigt, in keiner Weise refinanziert wird. So werden die betreffenden Patienten heute quasi zum „Hobby“ des behandelnden Arztes gemacht und sind darauf angewiesen, entsprechende Idealisten mit altruistischer Neigung zu finden. Der Patient wird zum Bittsteller, die Ärzte gezwungen, entweder ihre finanziellen Interessen oder ihr ethisches Selbstbild zu schädigen. Hier sind dringend Ände-

rungen erforderlich, die durch genauere Abrechnung mit digitaler Unterstützung auch möglich sind.

7. Fazit

Ärzte ergreifen ihren Beruf zu einem ganz wesentlichen Anteil, weil sie Patienten helfen wollen. Dazu zählt die Zeit für eine unterstützende und wertschätzende Kommunikation mit dem Patienten. Dazu zählt auch ein ausgeprägtes Interesse daran, Patienten nicht unabsichtlich zu schaden. Und dazu zählt der Wunsch, die Patienten nach ihrem individuellen Bedarf zu behandeln, nicht nach den Vorgaben von Pauschalierungen und Einkommensmaximierung. Zu oft steht das (ambulante) Vergütungssystem diesen Wünschen, die absolut mit den Erwartungen von Patienten konform gehen, entgegen. Ein wesentlicher Hintergrund dafür war und ist, dass die Verfahren der Transparenz und Kontrolle (ebenso wie der Einbezug der Patienten) in der Vergangenheit nicht so weit entwickelt waren, dass finanzieller Missbrauch von flexibleren, am individuellen Patientenbedarf ausgerichteten Ab-

rechnungsmöglichkeiten ausgeschlossen war. Um diesem vorzubeugen bzw. als Reaktion auf einschlägige Vorkommnisse wurde dann im Zweifelsfall eher zulasten der bestmöglichen Patientenversorgung entschieden. Hinzu kommt sicher, dass sich die taktischen Manöver der beteiligten Selbstverwaltungspartner zur Wahrung ihrer – daran sei hier nochmals erinnert! – legitimen Interessen verselbstständigt haben und das Ziel der sicheren und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung mindestens partiell aus dem Blick geriet. Eine Reform der ambulanten Vergütung zu einer Zeit, in der sich die digitalen Möglichkeiten exponentiell entwickeln, bietet die Gelegenheit zu einem radikalen Neubeginn unter dem Primat der Patientenperspektive. Lösungen, die auf den ersten Blick inakzeptabel erscheinen, können so letztlich doch gangbar werden. Ganz unwissenschaftlich formuliert wäre es doch wunderbar, wenn am Ende Ärzte dafür bezahlt werden, dass sie Patienten transparent, bedarfsgerecht, ihre Selbstfürsorgefähigkeit fördernd und qualitativ hochwertig versorgen – und nur dafür. ■

Literatur

Amann, U., Schmedt, N., Garbe, E. (2012):

„Potentiell inadäquate Medikamente bei Älteren“, in: *Deutsches Ärzteblatt* 2/2012, zitiert nach: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/124349/Potentiell-inadaequatemedikamente-bei-Aelteren-Zusammenfassung-Summary> (abgerufen am 02.08.2018).

AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) (2013):

„Ergebnisbericht zum Probetrieb für das Qualitätssicherungsverfahren Kataraktoperation“, Göttingen, AQUA, zitiert nach: https://sqg.de/upload/CONTENT/Neue-Verfahren/Kataraktoperationen/Ergebnisbericht_Probetrieb_Kataraktoperation_Stand_2013-06_05.pdf (abgerufen am 06.08.2018).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

(2016): „Medikationsplan unterstützt Patienten, Ärzte und Apotheker“, zitiert nach: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2016/medikationsplan.html> (abgerufen am 03.08.2018).

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

(2018): „Schnellere Termine, mehr Sprechstunden, mehr Angebote: „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz)“, zitiert nach: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html>

(abgerufen am 05.08.2018).

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

(2018): „Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL), der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL), der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie (QBR-RL) und der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Kernspintomographie (QBK-RL): Aussetzung der Stichprobenprüfungen“, zitiert nach https://www.g-ba.de/downloads/40-268-5146/2018-07-19_QP-RL_Aussetzung_Pr%C3%BCfung_2018_TrG.pdf (abgerufen am 02.08.2018).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

(2017a): „Jetzt sprechen 6.000 Patienten: Wir vertrauen unseren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten!“, zitiert nach: http://www.kbv.de/html/2017_30688.php (abgerufen am 01.08.2018).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

(2017b): „Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Mai/Juni 2017“, zitiert nach: http://www.kbv.de/media/sp/Praesentation_Ergebnisse_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf (abgerufen am 02.08.2018).

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

(2017c): „Qualitätsbericht 2017 – Berichtsjahr 2016“, zitiert nach: http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2017.pdf (abgerufen am 02.08.2018).

Schaeffer, D. (et.al.) (2016): „Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Ergebnisbericht“, Bielefeld: Universität Bielefeld, zitiert nach: http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf (abgerufen am 01.08.2018).

Schmidt-Kaehler, S. (2017):

„Patientenperspektiven – Qualitative Studie zu Erfahrungen, Erwartungen und Nutzungsmustern von Patientinnen und Patienten in Deutschland“, Vermold: Patientenprojekte GmbH, zitiert nach: http://www.kbv.de/media/sp/KBV_Patientenperspektiven_2017_qualitative_Studie.pdf (abgerufen am 02.08.2018).

Schrappe, M.; Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) (Hg.) (2018): *APS-Weißbuch Patientensicherheit*, Berlin: Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH

(UPD) (Hg.) (2018): *Monitor Patientenberatung 2017 – Berichtszeitraum 01.01.2017 – 31.12.2017*, Berlin: UPD Patientenberatung Deutschland gGmbH.