

Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung

JENS-OLIVER BOCK,
KLAUS FOCKE,
REINHARD BUSSE

Dr. Jens-Oliver Bock ist Referent im Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V., Berlin

Klaus Focke ist Leiter der Abteilung Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband e.V., Berlin

Prof. Dr. Reinhard Busse ist Inhaber des Lehrstuhls Management im Gesundheitswesen an der Fakultät Wirtschaft und Management der Technischen Universität Berlin

Seit mehreren Jahrzehnten bereits versucht der Gesetzgeber, die Sektorenbarrieren entlang der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden. Ein wesentlicher Kern der Fragmentierung blieb davon jedoch bislang vollständig unberührt: die Koexistenz von EBM und DRG. Der Beitrag stellt den negativen Einfluss des Zusammenspiels der unterschiedlichen Vergütungssysteme dar. Dabei geht er insbesondere auf den sektorenübergreifenden Versorgungsbereich, die Qualitätssicherung, die Kapazitätsplanung und die GOÄ ein. Darüber hinaus wird skizziert, wie ein einheitliches Vergütungssystem prinzipiell aussehen könnte und wie es sinnvoll eingeführt werden kann.

1. Einleitung

Im deutschen Gesundheitswesen existieren verschiedene Arten der Vergütung für ärztliche Leistungen. Gemessen an dem Umfang der damit vergüteten Leistungen dominieren die German Diagnosis Related Groups (G-DRG) für die meisten (teil-) stationären somatischen Krankenhausleistungen und der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für die über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVn) abgerechneten ambulanten ärztlichen Leistungen. Über diese beiden Vergütungssysteme allein werden jährlich über 90 Milliarden Euro als allgemeine voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen und der Großteil der Leistungen in der vertragsärztlichen Behandlung für Versicherte der Gesetzlichen Kranken-

versicherung vergütet (Bundesministerium für Gesundheit 2016).

Vergütungsformen werden international nicht primär nach Sektor der Leistungserbringung unterschieden, sondern danach, ob sie sich auf Leistungen (Prototyp: Einzelleistungsvergütung), Patienten (Prototypen: Kopf- und Fallpauschalen) oder Leistungserbringer (Prototyp: Budget) beziehen – jeweils verbunden mit spezifischen Anreizen, denen man durch Mischformen zu entgegnen versucht. Als zentrale Gütekriterien und Zielgrößen eines Vergütungssystems unabhängig vom betrachteten Versorgungssektor gelten die folgenden Merkmale (Busse 2016; Wasem 2016):

- 1) *Anreize* zu a) wirtschaftlicher Leistungserbringung, b) zur Qualität, c) zur Orientierung der Leistungserbrin-

- gung an gesundheitspolitischen Zielvorstellungen, d) zur Implementierung von medizinischem Fortschritt und e) zur Behandlung aller Patienten und dies entsprechend ihrer Bedarfe
- 2) *Leistungsgerechtigkeit* der Vergütung
 - 3) *Transparenz und geringer administrativer Aufwand* für Leistungserbringer und Finanzier

Dabei bleibt die Perspektive und die Analyse eines Vergütungssystems häufig auf die entsprechenden Anreizwirkungen, die Leistungsgerechtigkeit und Transparenz *innerhalb* des spezifischen Versorgungssektors beschränkt. Dabei gibt es eine zunehmend tiefere Integration der ambulanten mit der stationären Versorgung. Damit sind jedoch Vergütungssysteme auch dahingehend zu betrachten, wie sie die oben genannten Arten der verschiedenen Anreize

Dem Prinzip getrennter Töpfe zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entsprechend erfolgten auch die Reformen der Vergütungssysteme EBM und G-DRG getrennt voneinander.

setzen, Transparenz herstellen und zugleich leistungsgerecht über die Sektorengrenze hinweg sind. Dabei stellt sich der starre Sektorenbezug, in dem ein Vergütungssystem anzuwenden ist, zunehmend als Barriere verschiedener gewünschter Entwicklungen dar, die in diesem Artikel dargestellt werden sollen.

Dem langen und fortbestehenden Prinzip getrennter Töpfe zwischen ambulanter und stationärer Versorgung entsprechend erfolgten auch die wesentlichen Reformen zur Einführung der korrespondierenden Vergütungssysteme EBM und G-DRG getrennt voneinander. Der EBM wurde 1977 durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) eingeführt und wird seither durch den Bewertungsausschuss verbindlich ausgestaltet. Er basiert auf kassenartenübergreifend (bezüglich der Gesetzlichen Krankenversicherung; GKV) einheitlichen

Relationen von ärztlichen Leistungen zu korrespondierenden Punktzahlen. Diese werden schließlich mit einem Punktwert multipliziert, sodass sich die Vergütungshöhe ergibt. Einzelne Leistungen sind teilweise zu Komplexen zusammengefasst und haben jeweils eine zugehörige Gebührenordnungsposition (GOP). Die mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 eingeführten und tatsächlich ab 2004 verpflichtend anzuwendenden DRGs sind hingegen im Kern diagnosebezogene Fallpauschalen. Dabei ergibt sich grundsätzlich das Entgelt aus der Multiplikation des zugehörigen Relativgewichts mit dem jeweils gültigen Landesbasisfallwert.

Die permanente Weiterentwicklung und die damit einhergehende hohe Komplexität beider Systeme zeigt sich in ihrer Ausgestaltung als Mischsysteme. Dies bedeutet, es existieren zahlreiche gesondert abzurechnende Vergütungsbestandteile, wie bestimmte Zu- und Abschläge oder gesondert abzurechnende Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im DRG-Bereich oder Präventionsleistungen im EBM, die außerhalb des Krankenhausbudgets und des Regelleistungsvolumens vergütet werden. Durch die vielen Änderungen an den Vergütungssystemen seit ihrem Bestehen sollten im Sinne der oben genannten Ziele insbesondere spezifische Fehlanreize, mangelnde Leistungsgerechtigkeit und Transparenz reduziert und wenn möglich beseitigt werden.

Unabhängig davon, inwieweit diese Ziele bislang erreicht sind, gelang es jedenfalls nicht, jene Probleme zu adressieren, die (auch) durch den starren Sektorenbezug von EBM und DRG entstehen und fortbestehen. Zugleich versucht die Gesundheitspolitik seit mehreren Jahrzehnten in intensiven Bestrebungen, diese ambulant-stationäre Sektorengrenze zu überwinden. Diese Anstrengungen äußern sich zum Beispiel in politischen Appellen zu einer verbesserten, sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Darüber hinaus gibt es den Versuch der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung oder die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen. Letztere sind dabei in zahlreichen Rechtsnormen geregelt.

Dabei kann als eine wesentliche Barriere für die Überwindung der Sektorengrenze von ambulant und stationär die strikt sektoral isolierte Existenz der Vergütungssysteme identifiziert werden. Der vorliegende Artikel soll daher ein Plädoyer für ein sektorenübergreifendes, einheitliches Vergütungssystem darstellen. Dieses soll als eine notwendige Bedingung für einen wichtigen Fortschritt bei der Beseitigung der sektoralen Fragmentierung hervorgehoben werden. Im Folgenden werden die wesentlichen Gründe für ein einheitliches Vergütungssystem betrachtet. Hierbei steht die Vergütungssystematik im Fokus; Fragen der Budgetierung und Mengensteuerung sollen hier jedoch grundsätzlich nicht adressiert werden. Danach wird dafür argumentiert, dass ein neues einheitliches Vergütungssystem eher an den Prinzipien der G-DRG orientiert sein sollte als am EBM und schließlich wird skizziert, wie seine Einführung durch den Gesetzgeber gestaltet werden kann und welche Widerstände hierbei zu überwinden sind.

2. Hauptgründe für einheitliches sektorenübergreifendes Vergütungssystem

2.1 Leistungsgerechtigkeit und Transparenz

Ein Kern der Forderung nach einem einheitlichen sektorenübergreifenden Vergütungssystem resultiert aus dem unüberschaubaren Geflecht an verschiedenen Vergütungsformen in dem sektorenübergreifenden Versorgungsbereich von ambulant und stationär. Dabei ist nicht diese Vielzahl unterschiedlicher *Versorgungsformen* in diesem Bereich per se ursächlich dafür, dass die oben genannten Ziele von entsprechend gewünschten Anreizen, der Leistungsgerechtigkeit und hinreichender Transparenz verfehlt wird. Es sind vielmehr die unterschiedlichen *Vergütungsformen*, die diese Ziele verfehlen lassen.

Der Gesetzgeber reformierte das Verhältnis der Krankenhäuser zum ambulanten Bereich zunehmend seit Beginn der 1980er Jahre mit zahlreichen neuen Versorgungsstrukturen, die sich im Bereich zwischen ambulant und stationär befinden (Scheller-Kreinsen et al. 2017). Häufig betrifft dies regulatorische Neuerungen, die es Krankenhäusern erlauben, Leistungen ambulant

zu erbringen. Dies ist zum Beispiel bei Hochschulambulanzen der Fall ebenso wie bei Ermächtigungen oder dem ambulanten Operieren im Krankenhaus und Disease-Management-Programmen sowie Verträgen zur Integrierten Versorgung (IV) und dem Belegarztwesen. Für diese an verschiedenen Stellen des Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) geregelten Leistungen existieren jeweils individuelle Vergütungsformen, die von relativ undifferenzierten (Kalender-)Quartalspauschalen (z.B. bei Hochschulambulanzen) bis hin zur Anwendung des detaillierten und differenzierten Leistungsbezugs des EBM bei ambulanten Operationen reichen.

Es ist insbesondere dieser sektorenübergreifende Versorgungsbereich, der die Frage nach einem einheitlichen konsistenten Rechtsrahmen und damit vor allem auch einem einheitlichen Vergütungssystem aufwirft (Leber und Wasem 2016). Dabei erscheint das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit gefährdet, da identische ärztliche Leistungen unterschiedlich vergütet werden, je nachdem in welchem Rechtsrahmen sie erbracht werden. In diesem Zwischenbereich entscheidet damit eher der Ort der Behandlung über die Vergütung als die Schwere und Art einer Erkrankung, die relevanten Begleitumstände oder notwendige ärztliche und nicht-ärztliche sächliche Aufwände. Diese Variabilität der Vergütung abhängig von der rechtlichen Grundlage der Behandlung lässt sich exemplarisch anhand von Leistungen zeigen, die auch durch Belegärzte erbracht werden können (Hahn und Mussinghoff 2017).

Diese Umstände ermöglichen es vor allem Krankenhäusern, Patienten einem bestimmten für den Leistungserbringer günstigen Rechtsrahmen zuzuordnen, um eine höhere Vergütung zu erhalten. Aus Sicht der Kostenträger mangelt es an Transparenz bedingt durch unterschiedliche Vorgaben zur Kodierung und Abrechnung. Diese müssen im Kern auf einem einheitlichen Vergütungssystem basieren, denn einzig ein solches kann effektiv divergierende Preise bei gleichen Leistungen unterbinden und so identische Leistungen wieder einem eindeutigen Preis zuordnen.

Der einheitliche Vergütungsrahmen sollte sich jedoch nicht nur auf diesen Zwischenbereich erstrecken, sondern den gesamten ärztlichen Bereich umfassen.

In dem zitierten Zwischenbereich treten die negativen Konsequenzen der zahllosen Vergütungsformen mit zugehörigen Dokumentation- und Kodieranforderungen zwar besonders hervor, sie beziehen sich jedoch in derselben Weise auf den gesamten stationären und ambulanten Leistungsbereich.

2.2 Anreiz zur Ambulantisierung

Die Gesundheitspolitik verfolgt das Ziel, zunehmend Leistungen, die im Status quo stationär erbracht werden, in den ambulanten Bereich zu verlagern. Verglichen mit dem internationalen Kontext beinhaltet dieser Prozess jedoch noch viel Potenzial. Laut dem Gutachten des Sachverständigenrats von 2012 ist die sektoral fragmentierte Vergütung ein Grund für dafür, dass bestimmte Leistungen aus ökonomischen Erwägungen im stationären Setting erbracht werden, wengleich eine ambulante Behandlung medizinisch ebenfalls möglich sei. Das ambulante Potential sei also bei weitem nicht ausgeschöpft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012).

In einer neuen sektorenübergreifenden, einheitlichen und als Fallpauschale ausgestalteten Vergütung ist das konkrete Setting, in dem die Leistung erbracht wird, unerheblich für die Vergütung. Die

In einer neuen sektorenübergreifenden, einheitlichen und als Fallpauschale ausgestalteten Vergütung ist das konkrete Setting, in dem die Leistung erbracht wird, unerheblich für die Vergütung.

Abgrenzung verschiedener Fallpauschalen sollte wie bei den DRGs ausschließlich auf Patientencharakteristika und bestimmte, die Kosten determinierende diagnostische und therapeutische Maßnahmen liegen. Somit wäre für die Therapieentscheidung für einen Patienten, dessen Erkrankung aus medizinischen Gründen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Behandlung zulässt, der

Ort der Leistungserbringung für die Art und Höhe der Vergütung nicht relevant. Damit verschwindet der ökonomische Anreiz, einen Patienten bevorzugt in einem bestimmten Setting zu behandeln. Dadurch haben die jeweiligen Leistungserbringer einen finanziellen Anreiz, den Patienten in der kostengünstigsten Variante, also eher ambulant als stationär, zu behandeln.

2.3 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Ein weiteres wichtiges Argument für die Schaffung eines neuen umfassenden Vergütungssystems entspringt zudem den zentralen Defiziten bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. So gibt der Gesetzgeber bereits seit 2007 im § 137a SGB V vor, dass das einzusetzende Institut (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) „für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität *möglichst sektorenübergreifend* abgestimmte risikoadjustierte Indikatoren und Instrumente einschließlich Module für ergänzende Patientenbefragungen zu entwickeln“ habe und trägt damit der fortschreitenden Ambulantisierung im Gesundheitswesen Rechnung. Bislang

werden im Rahmen dieser Vorgaben lediglich die zwei Indikationen der Koronarangiographie und postoperative Wundinfektionen berücksichtigt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016).

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung war bei der Verfahrensentwicklung dieser beiden Indikationen mit dem Hindernis der korrekten Identifikation für ein Qualitätssicherungsverfahren relevanter Fälle, der Fallauslösung, konfrontiert (Willms et al. 2013). Dieses Problem besteht auch bei der Entwicklung weiterer Verfahren und Indikationen fort. Dabei erweisen sich die fehlende einheitliche Kodierrichtlinie im ambulanten Sektor ebenso wie die stark fragmentierte Abrechnungssystematik in den ambulanten selektivvertraglichen Bereichen als grundlegende Hürden (Willms et al. 2013). Zudem ist etwa einem nachgela-

gerten Leistungserbringer nicht erkennbar, ob ein Patient behandelt wird, für den ein Qualitätssicherungsverfahren zu dokumentieren ist. Die Longitudinalbetrachtung über die Sektorengrenze hinweg ist also erheblich erschwert mit Blick auf die Vergleichbarkeit von Leistungen und führt damit zu Problemen bei der Qualitätssicherung-Auslösung und Datenvalidierung (AQUA 2015). Der eigentliche Kern dieser Problematik, die nur mit erheblichen Aufwand für die zwei bestehenden Verfahren überwunden werden kann, liegt jedoch in den unterschiedlichen Vergütungssystemen.

Diese tolerieren prinzipiell unterschiedliche Kodierungen für identische Sachverhalte – selbst wenn diese in (nahezu) dieselbe Klassifikation münden wie die Internationale statistische Klassifikation der Krankheitsarten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Dabei ist es zwar notwendig, einheitliche verbindliche ambulante und stationäre Kodiervorgaben zu implementieren. Dieser Forderung schlossen sich auch jüngst

Ein einheitliches Vergütungssystem stellt die Existenz der PKV keinesfalls notwendigerweise infrage.

die Länder in der 90. Gesundheitsministerkonferenz an (Gesundheitsministerkonferenz 2017). Jedoch besteht die erst hinreichende Maßnahme in einer einheitlichen Vergütungssystematik mit konsistenter Abrechnung und zugehöriger Abrechnungsprüfung. Erst dies gewährleistet die tatsächlich einheitliche und valide Kodierung, sodass die Verwendung von Routinedaten für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung erst systematisch und umfassend ermöglicht wird.

2.4 Kapazitätsplanung

Eine auf diese Weise vereinheitlichte Kodierung, Abrechnung und Vergütung ist auch für die relevanten Planungsprozesse von erheblichem Mehrwert. Planung bezieht sich dabei auf die Planung der Versorgung und die Finanzplanung, wobei beide Aspekte von einem einheitlichen Vergütungssystem profitieren können.

Bezüglich der *Versorgungsplanung* hat beispielsweise der G-BA bundeseinheitliche Voraussetzungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für basisversorgungsrelevante und im Krankenhausplan des jeweiligen Landes aufgenommene Krankenhäuser festgelegt. Damit wird letztlich das Ziel verfolgt, die Versorgung durch Krankenhäuser flächendeckend sicherzustellen. Dazu werden im Wesentlichen die Anzahl der betroffenen Einwohner (mindestens 5.000 Bewohner) und ihre Distanz zum nächsten Krankenhaus (mindestens 30 Fahrminuten) als Faktoren identifiziert, die erfüllt sein müssen, damit Sicherstellungszuschläge an ein Krankenhaus gezahlt werden können. Das in Frage kommende Krankenhaus muss zudem mindestens bestimmte Fachabteilungen vorhalten (Innere Medizin und Chirurgie) und darf sich nicht in einem Gebiet mit „geringem Versorgungsbedarf“ befinden.

Die nur rudimentäre Abbildung der Versorgungsrealität im fachärztlichen Bereich, die daher nach einer Reform hin zu mehr Leistungs- und Datentransparenz verlangt (Malzahn und Jacobs 2016), beeinträchtigt dabei die Möglichkeiten der G-BA-Richtlinie zu den Sicherstellungszuschlägen. So ist die zentrale Größe der planmäßig zu behandelnden Patientencluster nicht *direkt* durch die den Bedarf determinierenden Patientencharakteristika dargestellt, sondern ausschließlich anhand von Strukturmerkmalen des Krankenhauses („Innere Medizin“, „Chirurgie“).

Es werden damit relevante Patientencluster, für welche die Versorgung sichergestellt werden soll, nicht anhand etwa von bestimmten Indikationen charakterisiert, sondern ausschließlich indirekt über Strukturvorgaben wie dem Vorhalten bestimmter Fachabteilungen. Damit fehlt der direkte Bezug zu den zu versorgenden Patientenclustern, die erst durch ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem auf Grundlage eines Kodiersystems akkurat beschrieben werden können. So ermöglicht dies erst die bundeseinheitliche Beschreibung der Patientencluster, auf die sowohl Regelungen zur Sicherstellung als auch generell eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung ansetzen könnten.

Darauf aufbauend kann die akkurate Abbildung der Patientencluster in den Routinedaten zugleich die ambulante ärztliche Bedarfsplanung in derselben Weise verbessern.

Bezüglich der *Finanzplanung* ermöglicht die Einheitlichkeit in der Vergütung, eine wesentliche Schranke zwischen ambulant und stationär im deutschen Gesundheitswesen zu durchbrechen. Die ambulanten wie stationären Finanzplanungen würden sich dann nach identischen Größen, wie dem Case Mix, ausrichten lassen.

2.5 Beseitigung unterschiedlicher Vergütung nach Kostenträger

Ein neu geschaffenes einheitliches Vergütungssystem kann auch die Frage der bestehenden Fragmentierung innerhalb des ambulanten ärztlichen Sektors adressieren. So wird häufig die Differenzierung der Vergütung je nach Zugehörigkeit zur GKV oder zur Privaten Krankenversicherung (PKV) als ein wichtiges Kernproblem der ambulanten Versorgung ausgemacht (Walendzik 2013). Die Differenzierung bezieht sich dabei – anders als im stationären Bereich – nicht nur auf zusätzliche Wahlleistungen, sondern betrifft das gesamte Spektrum ärztlicher Leistungen. Dabei sind die Vergütungen der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) in der Regel mit deutlich höheren Entgelten verbunden als die des EBM (Niehaus 2009). Daraus resultiert unter anderem das Problem des finanziellen Anreizes für den Arzt, PKV-Patienten vorrangig zu behandeln, was zu belegbaren Unterschieden bei fachärztlichen Wartezeiten nach Versichertenstatus führt (Roll et al. 2012). Darüber hinaus verfehlt die Kombination aus EBM und GOÄ auch das Kriterium der Gerechtigkeit, da der Praxisumsatz maßgeblich vom Anteil privat versicherter Patienten abhängt.

Die Implementierung eines neuen, sektorenübergreifenden Vergütungssystems stellt damit einen guten Anlass dar, auch diese Barrieren entlang der Kostenträgergrenzen zu überwinden. In jedem Fall böte die Einführung einer streng regelgebundenen, empirisch getriebenen und mit dem stationären Bereich kompatiblen Vergütung eine überzeugende Gelegenheit, diese Problematik anzugehen. Dabei stellt ein solches einheitliches Vergütungssystem

die Existenz der PKV keinesfalls notwendigerweise infrage: Ihren für sich reklamierten überproportional großen Anteil an den Gesamthonoraren der niedergelassenen Ärzte kann sie etwa durch gewährte Steigerungssätze bewahren. Solche Steigerungssätze erlaubten dann zwar wieder oben skizzierte Ungleichheiten beim Honorar je nach Anteil der privat Versicherten unter den Patienten eines Arztes; der entscheidende Gedanke bezieht sich auf die einheitliche Vergütungssystematik und den damit unmittelbar anknüpfenden Aspekten der Kodierung, Abrechnung und Abrechnungsprüfung. Mithin wären auch die Daten für die privat Versicherten für die oben skizzierte Qualitätssicherung und Planung nutzbar.

3. Entwicklung

3.1 Grundstruktur

Das neue Vergütungssystem muss sektorenübergreifend sein. Sein Anwendungsfeld muss es im somatischen stationären Bereich ebenso wie im entsprechenden ärztlichen ambulanten Bereich finden. Von hoher praktischer Relevanz ist es, jene Aspekte des DRG-Systems in der Entwicklung der ambulanten Pauschalen zu übertragen, in denen es seinem derzeitigen ambulanten Pendant überlegen ist. Dies betrifft seine Konzeption als „lernendes System“ gemäß § 17b Absatz 2 SGB V mit jährlicher Weiterentwicklung und Anpassung, wobei das grundlegende Fundament und die prinzipielle Weiterentwicklung streng regelgebunden ist (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus 2016). Entsprechende ambulante Fallpauschalen sollten rein nach der Aufwandshomogenität innerhalb einer Pauschale und möglichst großer Heterogenität zwischen Pauschalen auf Basis empirischer Kostendaten konstruiert werden.

Relevant für die Konstruktion der Pauschalen und die zugehörigen Merkmale wie die Relativgewichte sind einzig die Kostenverteilungen in den betroffenen Arztpraxen für spezifische Indikationen. Willkürliche normative Eingriffe müssen dabei rigoros ausgeschlossen sein. Für klar definierte selten auftretende Regelungsbedarfe können Funktionsmechanismen außerhalb der Vergütungssystematik gefunden werden. So sind die fortwährend erforderlichen

Verhandlungslösungen im (erweiterten) Bewertungsausschuss nicht förderlich, die drei oben dargestellten Ziele der Anreize, Gerechtigkeit und Transparenz von Vergütungssystemen besser zu erreichen. Die strikte Gebundenheit an Kalkulationsregeln verhindert somit Verhandlungskompromisse, welche die EBM-Systematik auf die Dauer unterminiert haben und den EBM nur noch historisch erklärbar machen.

Der Gesetzgeber kann die relevanten Selbstverwaltungspartner, also insbesondere den GKV-Spitzenverband, den Verband der PKV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) adressieren. Diese wären mit dem Ziel zu beauftragen, ein sektorenübergreifendes einheitliches Vergütungssystem innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens aufzubauen, das den oben ausgeführten Eckpunkten genügen muss. Dabei sollte ein umfangreiches Durchgriffsrecht des Bundesministeriums für Gesundheit analog dem DRG-System im § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) die faktische Entwicklung und Weiterentwicklung des Vergütungssystems garantieren und Blockaden verhindern.

3.2 Potentielle Hürden und Risiken

Ein einheitliches Vergütungssystem bedingt eine einheitliche Kodierung. Der einstige politische Wunsch zur Einführung einer ambulanten Kodierrichtlinie stieß dabei auf erheblichen Widerstand der niedergelassenen Ärzteschaft. Dieser führte dazu, dass die ambulante Kodierrichtlinie nicht verpflichtend wurde. Dabei dürfte das Ziel eines einheitlichen sektorenübergreifenden Vergütungssystems durchaus auf Akzeptanz (zumindest in Teilen) der KBV stoßen. Denn die oben genannten Problemdarstellungen, insbesondere die fehlende Leistungsgerechtigkeit zwischen Niedergelassenen und Krankenhäusern im gemeinsamen Grenzbereich und die gravierenden Unterschiede in der Vergütung nach GKV und PKV, werden innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft ebenfalls als wichtige Herausforderungen wahrge-

nommen und artikuliert. So stieß bereits zu Beginn der DRG-Einführung die Aussicht auf ein einheitliches sektorenübergreifendes Vergütungssystem für stationäre und ambulante Leistungen auch im Bereich der Vertragsärzte auf Interesse (Maus 2000).

Der Geltungsbereich eines neuen einheitlichen Vergütungssystems auf Basis von Fallpauschalen kann nur schwer bis in den hausärztlichen Bereich hinein ausgeweitet werden. Dieser primärärztliche Bereich dient vor allem

Ein einheitliches Vergütungssystem wäre ein Garant für eine verbesserte sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Planung und bietet zudem die Gelegenheit zur Integration der GOÄ.

auch der Koordination der Patienten durch das Gesundheitswesen und soll Versorgungskontinuität auch über längere Zeiträume und ggf. unabhängig von einer akuten oder auch chronischen Beschwerde hinweg sicherstellen. Damit wäre die Berechnung entsprechender diagnosespezifischer Fallpauschalen nach entsprechend homogenen Fällen in einer Pauschale nur schwerlich möglich. Vermutlich könnten jedoch andere Kriterien ausgemacht werden (wie die bloße Anzahl verschiedener Diagnosen, der Grad der Selbstständigkeit o.ä.), die eine pauschalierende Kalkulation erlauben; diese würden dann wohl substantielle Ähnlichkeit zu Kopfpauschalen, also Pauschalen mit klarem Zeitbezug, aufweisen. Daraus könnte der kritische Einwand resultieren, die geforderte einheitliche Vergütung über die Sektoren hinweg separiere den haus- vom gebietsärztlichen Bereich. Dem kann jedoch entgegengehalten werden, dass diese Trennung bezogen auf das Vergütungssystem weit weniger folgenreich ist als die bestehende. Darüber hinaus gehen auch aktuelle Vorschläge der KBV hin zu einer differenzierten Vergütungsmethodik von Primär- und Sekundärärztlichen Bereich (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016). Im

Übrigen sind haus- und gebietsärztlicher Bereich bezogen auf die Vergütung bereits im Status quo separat betrachtet im § 87 Abs. 2a SGB V.

Für die Kalkulation selbst müssen zunächst genügend niedergelassene und ärztlich tätige Teilnehmer als Kalkulationspraxen gewonnen werden. Im Zweifel müssen entsprechende finanzielle Anreize gesetzt werden, um die notwendige Stichprobengröße zu erreichen. Für die Kalkulation kann auf die Erfahrung des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) zurückgegriffen werden, das mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) fusioniert werden könnte. Das dann entstehende Institut hat mit spezifischen neuen Problemen zu tun. Dazu gehören, dass ambulant behandelte Patienten, anders als stationär behandelte, bei mehreren gleichartigen Gebietsärzten gleichzeitig in Behandlung sein können bzw. eine gleichartige Erkrankung durch verschiedene Gebietsärzte behandelt werden kann. Daneben müsste die neue Vergütung auch Patienten abbilden können, die innerhalb einer Krankheitsperiode ambulant *und* stationär behandelt werden; es wird somit (i) ausschließlich ambulante Fälle geben, (ii) ambulant vor stationärer Weiterbehandlung und/oder ambulant nach stationärer Behandlung. Die Kalkulation wird darüber hinaus auch etwa dadurch erschwert, dass die bisherigen DRGs keinen Anteil für Investitionskosten beinhalten.

Dass auch die DRGs im Status quo ihre Einschränkungen haben, zu denen die fehlende Indikationsqualität oder die mangelnde Eignung zum Abbau von Überkapazitäten und damit einhergehend eine induzierte Mengenausweitung zählen, bleibt eine wichtige

Herausforderung. Diese stellen aber auch im niedergelassenen Bereich keine neuen Probleme dar. Sie sind unabhängig von dem Geltungsbereich des Vergütungssystems eine zentrale Aufgabe für die Gesundheitspolitik. Es bleibt zu konstatieren, dass bestimmte Nachteile in jedem Vergütungssystem auftreten und sie gerade deshalb wie oben beschrieben als Mischsysteme existieren. Gerade diese Nachteile können jedoch in einem ohnehin als lernenden System konzipierten, regelgebundenen Vergütungssystem systematisch besser angegangen werden als der sich nur durch seine Historie erklärende EBM.

3.3 Aussicht

Die große Attraktivität der Grundüberlegung, Vergütungssysteme stationär und ambulant zu vereinheitlichen, zeigt sich darin, dass relevante gesundheitspolitische Akteure diese in verschiedener Art aufgegriffen haben. Die Einschätzung, dass der EBM in ein zu kompliziertes System eingebettet sei und grundsätzlich nicht mehr reformierbar sei, findet sich bereits in der gesundheitspolitischen Literatur (Knieps und Reiners 2015) – ebenso wie der Ruf nach ambulanten DRGs für den fachärztlichen Bereich (Schönbach 2010) oder zumindest dem sektorenübergreifenden Versorgungsbereich (Die Techniker 2017). Bereits 2010 wurde dieser Zwischenbereich als regulierungsbedürftig angesehen und ein für den sektorenübergreifenden Versorgungsbereich neu zu schaffendes Vergütungssystem gefordert (Leber 2010).

Ähnliche Forderungen finden sich auch als aktuelle Positionierung des

Bundesverbandes Managed Care (Bundesverband Managed Care 2017) und der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen 2017). Bereits 2013 erschien die Studie der SPD-nahen Friedrich-Ebert-Stiftung (Bormann et al. 2013), in der eine klare Forderung nach einem (v.a. in Bezug auf die GOÄ) einheitlichen Vergütungssystem gestellt wurde; dabei existierte der Gedanke, das (neue) einheitliche Vergütungssystem nach Möglichkeit im fachärztlichen Bereich kompatibel mit dem stationären DRGs zu halten. Seitens der Länder wird „die Angleichung der Honorierungssysteme“ für die sektorenübergreifende Versorgung seit der 90. Gesundheitsministerkonferenz als Ziel verfolgt und eine entsprechende Bund-Länder-Kommission eingerichtet (Gesundheitsministerkonferenz 2017).

Die bereits seit einiger Zeit kursierenden Positionspapiere und Analysen sowie die stetig zunehmenden Wortmeldungen zu diesem Thema zeigen dessen hohe Relevanz. Wie in diesem Artikel dargestellt ist dabei die Neuausrichtung des sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs ein wesentliches Argument für die Vereinheitlichung der Vergütungssysteme EBM und DRG. Diese dürfen sich jedoch nicht auf diesen Bereich reduzieren, sondern sollten den gesamten ärztlichen Bereich anvisieren. Ist dies einmal geschafft und ein neues einheitliches Vergütungssystem eingeführt, wäre das insbesondere ein Garant für eine verbesserte sektorenübergreifende Qualitätssicherung und Planung und bietet zudem die Gelegenheit zur Integration der GOÄ. ■

Literatur

1. AQUA Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2015):

Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V Version 4.0; online unter: <https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA-Methodenpapier-4.0.pdf>

2. Bormann R, Engelmann D, Fiedler E et al. (2013):

Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, in: Abteilung

Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.) Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung; online unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/09893.pdf>

3. Bundesministerium für Gesundheit

(2016): Gesetzliche Krankenversicherung – Endgültige Rechnungsergebnisse 2016; online unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Finanzergebnisse/KJ1_2016.pdf

4. Bundesverband Managed Care (2017):

Gesundheitspolitische Impulse für die Bundestagswahl – Stellungnahme des BMC zur Bundestagswahl 2017; online unter: <http://www.bmcev.de/themen/bt-wahl/>

5. Busse R (2016): Empirische Befunde zu Wechselwirkungen zwischen Vergütung und Leistungserbringung im Krankenhaus – was spricht für DRGs und was dagegen? Gibt es Alternativen? Vortragsfolien online unter: http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2016.lectures/Berlin_2016.11.07.rb_Diakonie-DRGs_Kompatibilit%C3%A4tsmodus_.pdf

6. Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (2017):

DGIV-Positionspapier zur Bundestagswahl 2017; online unter: <http://dgv.org/wp-content/uploads/2017/05/DGIV-Positionspapier-zur-Bundestagswahl-2017.pdf>

7. Die Techniker (2017): Digitale Chancen nutzen Versorgungsqualität stärken Fairen Wettbewerb ermöglichen – Die gesundheitspolitischen Forderungen der Techniker Krankenkasse für die 19. Legislaturperiode; online unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/946740/Datei/66394/Gesundheitspolitischen-Forderungen-zur-Bundestagswahl-2017.pdf>

8. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorenübergreifenden Spezifikation für das Erfassungsjahr 2017 zur Richtlinie zur Einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung; online unter: www.g-ba.de/downloads/39-261-2632/2016-06-16_Qesue-RL_Spezifikation_Erfassungsjahr_2017_inkl-Anlagen.pdf

9. Gesundheitsministerkonferenz (2017): Beschlüsse der 90. GMK (2017) – TOP: 11.2 Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung; online unter: www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=553&jahr=

10. Hahn U, Mussinghoff P (2017): Ökonomische Anreize belegärztlicher im Vergleich zu alternativen Versorgungsformen aus den Perspektiven von Krankenhaus und Vertragsarzt/Belegarzt sowie aus gesundheitssystemischer Sicht. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 27(5), 59-60

11. Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2016): Kalkulation von Behandlungskosten – Handbuch zur Anwendung in Kranken-

häusern; online unter: http://www.g-drg.de/Kalkulation2/DRG-Fallpauschalen_17b_KHG/Kalkulationshandbuch

12. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): KBV 2020 Versorgung gemeinsam gestalten – Ein Konzept der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen; online unter: http://www.kbv.de/media/sp/2016_05_20_Konzept_KBV_2020.pdf

13. Knieps F, Reiners H (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte–Intentionen–Kontroversen, Verlag Hans Huber

14. Leber WD (2010): § 115 x: Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011. f&w, Ausgabe 2010(6), S. 572-575

15. Leber WD, Wasem J (2016): Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen; in: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016, Schattauer Verlag, S. 3-36

16. Malzahn J, Jacobs K (2016): Neuordnung der fachärztlich-ambulanten Versorgung, in: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016: Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer Verlag, S. 179-216

17. Maus J (2000): Einheitliches Vergütungssystem – KBV: Gleicher Tarif für Klinik und Praxis; POLITIK AKTUELL. Deutsches Ärzteblatt, 97(23), A-1571

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

19. Roll K, Stargardt T, Schreyögg J (2012): Effect of type of insurance and income on waiting time for outpatient care. The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice, 37(4), 609-632

20. Rosenbrock R, Gerlinger T (2014): Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung, 3. Vollständig überarbeitete Auflage, Verlag Hans Huber

21. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012 – Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung

22. Scheller-Kreinsen D, Haun O, Lehmann K (2017): Ambulant-stationäre Grenzen Endlich aufräumen! f&w, Ausgabe 2017(8), 718-721

23. Schönbach KH (2010): Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 64(2), 11-17

24. Walenzik A (2013): Neuordnung der ambulanten ärztlichen Vergütung. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 67(2-3), 36-41

25. Wasem J (2016): Vergütungssysteme im Spannungsverhältnis zur Ausrichtung der Medizin, in: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem – Dokumentation des Symposiums am 21. Januar 2016; online unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_MuOe_Dokumentation.pdf

26. Willms G, Bramesfeld A, Pottkämper K et al. (2013): Aktuelle Herausforderungen der externen Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 107(8), 523-527



Gesundheit, Alter, Pflege, Rehabilitation – Recht und Praxis im interdisziplinären Dialog

Festschrift für Gerhard Igl

Herausgegeben von Prof. Dr. Felix Welti, Prof. em. Dr. Maximilian Fuchs, RiLSG Dr. Christine Fuchsloch, Prof. Dr. Gerhard Naegele und VRiBSG a.D. Prof. em. Dr. Peter Udsching

2017, 750 S., geb., 168,- €, ISBN 978-3-8487-3435-1 | eISBN 978-3-8452-7770-7
nomos-shop.de/28099

In der Festschrift für Gerhard Igl betrachten über 50 Autorinnen und Autoren insbesondere Fragen der Krankenbehandlung, der Pflege, der sozialen Sicherung im Alter, der Rehabilitation und Teilhabe, der Gesundheitsberufe und der europäischen und internationalen Einbindung und Einordnung des deutschen Sozial- und Gesundheitswesens einschließlich vergleichender Aspekte. Die Beiträge stammen aus der Rechtswissenschaft, den Sozial-, Gesundheits- und Pflegewissenschaften und der Gerontologie, aus Wissenschaft und Praxis der Sozialversicherung, der Dienste und Einrichtungen sowie der Verbände.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: www.nomos-elibrary.de

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.
Portofreie Buch-Bestellungen unter www.nomos-shop.de
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

