

Ökonomische Fundierung des Vergütungssystems oder „Ökonomisierung“ der Medizin

ANKE WALENDZIK,
MARKUS LÜNGEN

Dr. rer. medic. Anke Walendzik ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Medizinmanagement von Prof. Dr. Jürgen Wasem an der Universität Duisburg-Essen und leitet dort die Arbeitsgruppe „Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung“

Prof. Dr. Markus Lungen ist Hochschullehrer für Volkswirtschaftslehre, insbesondere Gesundheitsökonomie an der Hochschule Osnabrück

Die Chance zur Neuformulierung eines ambulanten Vergütungssystems kann genutzt werden, um mehrere Baustellen anzugehen. Dies sind die Vereinheitlichung von Entgelten über Sektoren und Versicherungsstatus hinweg, die Belohnung von medizinischer Evidenz und Effektivität für den behandelnden Arzt und die bessere Verzahnung von Prozessen im System. Viele Argumente sprechen dafür, dass dies durch ausgeprägte Pauschalierung, Verknüpfung mit regionaler Morbidität und moderne Kalkulationsmethoden erreicht werden kann.

Hintergrund

Die ambulante Versorgung in Deutschland steht vor einigen Herausforderungen, die vielfach ihren Ursprung im Vergütungssystem haben oder zumindest von diesem wesentlich beeinflusst werden. Erstens werden identische medizinische Leistungen teilweise unterschiedlich hoch vergütet. Dies betrifft sowohl die Unterschiede der Abrechnung zwischen gesetzlich und privat Versicherten, jedoch auch zwischen der Leistungserbringung im Krankenhaus oder beim Vertragsarzt.

Zweitens besteht in öffentlichen Umfragen zwar eine hohe Zustimmung zur Qualität der Strukturen im Gesundheitswesen. Dies betrifft die Ausbildung der Ärzte, die Verbreitung von Technik und auch großen Teilen der Investitionen. Geringe Zustimmungen gibt es jedoch für Wartezeiten, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und weitere Aufgaben der Koordinierung von Behandlungsabläufen, also die Prozesse im Gesundheitswesen (Schang et al., 2016; Scherenberg,

2014). Die Art und Weise, wie Leistungen vergütet werden, kann erheblichen Einfluss darauf haben, welche Strukturen aufgebaut werden und welche Prozesse innerhalb dieser Strukturen ablaufen.

Drittens schließlich wird bei der Diskussion der ambulanten Vergütung oftmals unterschätzt, welche (finanzielle) Bedeutung die ambulante ärztliche Tätigkeit für das gesamte System hat. So machten im Jahr 2016 die Ausgaben für ambulant tätige Ärzte zwar nur 17 % aller Leistungsausgaben aus, jedoch sind wesentliche Teile anderer Leistungssektoren direkt oder indirekt abhängig von der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Beispiele sind die ambulant verschriebenen Arzneimittel (17,2 % der Leistungsausgaben), die Ausgaben für stationäre Krankenhausversorgung (34,7 %), die Ausgaben für Heil- und Hilfsmittel (6,8 %), Krankengeld (5,6 %) und in Teilen sicher auch Ausgaben für Rehabilitation und Vorsorge (1,6 %). (Zahlen entnommen vdek, 2018) Auch wenn nicht alle diese Leistungen unmit-

Tabelle 1: Anforderungen an ein optimales Vergütungssystem

Anforderung	Aspekt
Anreize zur Versorgungsqualität	Effektive bedarfsgerechte Versorgung
	Patientenorientierung
	Innovationszugang
Anreize zu wirtschaftlicher Leistungserbringung	Behandlungseffizienz
	Auswahl kosteneffektiver Versorgungsformen
Gleichheit-/Bedarfsgerechtigkeit im Zugang	
Leistungsgerechtigkeit	
Transparenz und Regulierbarkeit	

Quelle: Eigene Darstellung

telbar vom ambulant tätigen Arzt durch Einweisungen, Rezeptausstellungen oder auch Krankschreibungen verursacht werden, so kann dennoch davon ausgegangen werden, dass niedergelassene Ärzte die Hälfte bis drei Viertel der Leistungsausgaben im Gesundheitswesen direkt oder indirekt steuern. Wie effektiv und effizient diese Steuerung abläuft, kann auch durch die Vergütungsregeln der ambulanten Leistungen bedingt sein.

Hinzu kommen politische Überlegungen, die sich aus Ansprüchen an eine größere Gleichheit der Versorgung zwischen Patientengruppen, unabhängig von Patientenstatus und Wohnort ergeben. Ebenso haben der zunehmend dynamischer werdende medizinisch-technische Fortschritt, die sich daraus ergebende Ambulantisierung und der politische Wunsch nach einer sektorenübergreifenden Versorgung zwischen ambulant und stationär tätigen Institutionen in der letzten Zeit größeren Einfluss bekommen (Sachverständigenrat, 2018).

Nicht alle diese Aspekte sind gleichwertig im Rahmen einer Vergütungsreform zu adressieren, jedoch machen sie deutlich, dass konzeptionell vielfältigste Auswirkungen auf die Qualität, den Zugang und die Kosten der medizinischen Versorgung zu berücksichtigen sind.

Im Folgenden sollen zunächst Anforderungen an ein ambulantes Vergütungssystem formuliert werden, um anschließend abzu prüfen, inwieweit die generellen Anreizwirkungen der bekannten Vergütungsformen (Einzelleistungen, Pauschalen) bereits einen Hinweis auf eine sinnvolle Kanalisierung der zukünftigen Diskussion geben. Anschließend sollen anhand der entwickelten Kriterien die derzeitigen Vergütungssysteme für ambulante Leistungen einer kritischen Überprüfung unterzogen werden.

In der Gesamtschau dieser theoretischen und real existierenden Rahmenbedingungen sollen zwei Perspektiven entwickelt werden, einerseits für ein Vergütungssystem, welches alle ambulanten Leistungen von niedergelassenen Ärzten abdeckt (unabhängig vom Versicherungsstatus des Patienten) und andererseits für ein System, welches darüber hinaus auch ambulante Leistungen anderer Akteure, insbesondere Krankenhäuser, umfassen kann.

Merkmale einer ökonomisch fundierten Vergütungsordnung

Die Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen wie der Gestaltung eines ärztlichen Vergütungssystems für ambulant erbringbare Leistungen kann nur vor dem Hintergrund der Gestaltungsziele erfolgen. In der gesundheitsökonomischen Literatur findet sich dementsprechend eine Fülle von Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen oder ihren Teilen (Ahluwalia, Damberg et al. 2017). Basis-Aspekte wie die Anreizsetzung zu hoher Versorgungsqualität, zu Wirtschaftlichkeit und Gleichheit im Zugang werden jedoch meist allgemein verwendet. (Schoen, Davis et al. 2006; Gauld, Al-wahaibi et al. 2011). Diese müssen dann jeweils spezifiziert werden.

Geht es um Vergütungssysteme für Leistungserbringer, so tritt häufig der Aspekt der oben erwähnten Leistungsgerechtigkeit hinzu. Auch hier sind vielfältige Konkretisierungen denkbar, ein häufiger Minimalkonsens betrifft die Norm der gleichen Vergütung für die gleiche Leistung. Um in der Anwendung eines Vergütungssystems evaluierend und steuernd tätig werden zu können, kommen Aspekte der Transparenz und Regulierbarkeit hinzu.

Tabelle 1 zeigt, abgeleitet von diesen Überlegungen, basale Anforderungen,

die ein optimal gestaltetes Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen erfüllen sollte.

Dabei können durchaus Zielkonflikte zwischen einzelnen Anforderungen oder sogar ihren Aspekten auftreten. Diese können nur in normativer Gewichtung aufgelöst werden. Hier spielt die normative Orientierung des Gesetzgebers, der ggfs. reformierend tätig werden will, eine entscheidende Rolle.

Ziel dieses Artikels ist es einerseits, den derzeitigen Stand der Vergütungssysteme der ambulanten und ambulant erbringbaren ärztlichen Versorgung mittels gesundheitsökonomisch konsensu-aler Kriterien zu überprüfen. Andererseits sollen mögliche Gestaltungselemente vereinheitlichter Vergütungssysteme systematisch anhand dieser Kriterien bewertet werden.

Vergütungsformen und ihre Anreize

Vorschläge für eine Neuordnung der ambulanten Vergütung orientieren sich meist an den grundlegenden Vergütungsformen. Im Wesentlichen werden meist drei grundsätzliche Vergütungsformen diskutiert, dies sind die Einzelleistungsvergütung, Fallpauschalen und Kopfpauschalen (capitation) (Lüngen, 2007). Nicht eingegangen wird hier auf das Arztgehalt, welches insbesondere in Beveridgesystemen häufiger als Ordnungselement ärztlicher Vergütung anzutreffen ist.

Vergütungen über Einzelleistungen haben den Vorteil, dass sie leicht modifizierbar sind und daher insbesondere Innovationen gut in den Leistungskatalog integrieren können. Aufwand und Erlös können gut aufeinander abgestimmt werden, Ärzte haben zudem bei Einzelleistungsvergütung einen hohen Anreiz zur Leistungserbringung und damit wenig Grund zur Leistungsverweigerung gegenüber den Patienten. Die Nachteile bestehen generell darin, dass eine Tendenz zur Leistungsausweitung besteht, insbesondere zur Gerätemedizin, und dass im Rahmen arztinduzierter Leistungsausweitung auch nicht effektive Leistungen erbracht werden können. Daher müssen in öffentlich finanzierten Systemen empirisch meist Maßnahmen zur Kostenkontrolle eingeführt werden.

Fallpauschalen wurden entwickelt, um den Anreiz zur Erzielung technischer Effizienz von den Krankenkassen auf den

Leistungserbringer selbst zu übertragen. Dies gelingt in der Regel auch gut, da Fallpauschalen eine sehr gute Basis für die Einführung von Kostenträgerrechnungen bieten. Die möglichen Nachteile bestehen in der Ausweitung der Fallzahlen, der Risikoselektion (creaming) oder Vorenthaltung von Leistungen (skimming, dumping). Zudem ist eine höhere und einheitliche Kodiergenauigkeit notwendig. Nicht unterschätzt werden sollte, dass Fallpauschalen es zwar lohnend machen, Innovationen zur Hebung der Effizienz zu entwickeln, jedoch weniger zu erhöhter Effektivität anreizen. Empirisch werden stärker als in Deutschland ausdifferenzierte Fallpauschalensysteme auch im ambulanten Bereich international eingesetzt (Lüngen, 2007).

Als Weiterentwicklung der Fallpauschalen können Kopfpauschalen gelten, bei denen für eine definierte Gruppe von (eingeschriebenen) Versicherten eine vorab am Ausgabenrisiko adjustierte Pauschale pro Kopf vereinbart wird. Somit besteht für den Arzt der Anreiz, nicht nur technische Effizienz zu erzielen, sondern auch Präventionsmaßnahmen zu erbringen, um zukünftige Leistungsanspruchnahme gering zu halten. Ebenso wie Fallpauschalen erfordern Kopfpauschalen ein Qualitätsmanagement und eine hohe Kodierqualität, um Verfahren der Risikoadjustierung der Prämien einsetzen zu können.

Keine dieser Vergütungsformen adressiert direkt die Frage der Leistungsqualität. Deshalb sind in der Vergangenheit immer wieder Programme entwickelt worden, die Bestandteile der ärztlichen Vergütung in unterschiedlicher Ausgestaltung an das Erreichen von Qualitätsindikatoren gebunden haben (Pay for Performance). Die bisherige Evidenz zu den Effekten solcher Programme ist uneinheitlich (Veit, Hertle et al. 2012; Dragosits 2016), so dass beim Einsatz entsprechender Vergütungsformen die jeweilige Ausgestaltung sorgfältig geplant und auch evaluiert werden muss.

Diese kurze Aufstellung zeigt, dass keine der Vergütungsformen ein Optimum darstellt und als alleiniges Fernziel dienen kann. Jedoch bieten sie Ansatzpunkte, um beispielsweise Innovationsfähigkeit, Vermeidung der Verlagerung von Behandlungen in den stationären Bereich, oder auch der die Vermeidung medizinisch nicht induzierte Behandlungen zu diskutieren.

Aktueller Stand der Vergütungssysteme im Lichte gesundheitsökonomischer Anforderungen

Im derzeitigen deutschen System ist die ambulante ärztliche Vergütung grundsätzlich gekennzeichnet durch das Nebeneinander einerseits der Vergütungen im GKV-System mit dem Hauptelement der vertragsärztlichen Vergütung für die Behandlung von GKV-versicherten Patienten und andererseits der über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) geregelten privatärztliche Vergütung für PKV-versicherte Patienten, Selbstzahler und die kleine Gruppe der so genannten „Kostenerstatter“ in der GKV.

Das vertragsärztliche Vergütungssystem ist zweistufig organisiert. Seine Gebührenordnung, der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), legt die unmittelbare Relation der Leistungsvergütungen fest, so dass sich in Kombination mit einem jährlich verhandelten, regional anpassbaren Punktwert (Orientierungswert bzw. davon abgeleiteter regionaler Punktwert) Preise für die einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) ergeben. Die GOP selber sind sowohl als Einzelleistungen als auch als Fall- und Komplexpauschalen ausgestaltet. Die Kalkulation der einzelnen GOP erfolgt grundsätzlich auf Basis eines so genannten Standardisierten Bewertungssystems (STABS). Es handelt sich um ein Vollkostensystem, getrennt nach Kosten von ärztlichen und technischen Leistungen. Dabei beruhen die Kostenannahmen nicht auf systematischen Erhebungen wie im DRG-System, sondern auf Schätzungen und auch häufig, da Entscheidungen über den EBM im korporativen Gremium des Bewertungsausschusses fallen, auf normativen Setzungen, die Verhandlungslösungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem GKV-Spitzenverband widerspiegeln.

An die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) werden von den Krankenkassen Fallpauschalen je Versicherter gezahlt, die jährlich entsprechend der Morbiditätsentwicklung in der Region in ihrer Höhe angepasst werden. Dies führt dazu, dass die Vergütung der einzelnen Arztgruppen und Vertragsärzte einer Mengenbegrenzung oder einem Budget unterliegt. Die einzelnen KVen

regeln in ihren Honorarverteilungsmaßstäben die Methode der Umsetzung der Budgetierung für die regionale Vertragsärzteschaft im Benehmen mit den Krankenkassen. Zusätzlich werden als besonders förderungswürdig angesehene Leistungen (auch übergangsweise) extrabudgetär, d.h. ohne Mengenbegrenzung vergütet.

Bei der GOÄ handelt es sich um eine per Rechtsverordnung erlassene Gebührenordnung, die wesentlich Einzelleistungen abbildet. Den einzelnen Leistungen sind Punkte zugeordnet, die mit einem festen Punktwert bewertet werden. Als drittes Element der GOÄ tritt der sogenannte Steigerungsfaktor als Multiplikator hinzu, der den Schwierigkeitsgrad der Leistung abbilden soll und dem abrechnenden Arzt somit eine gewisse Flexibilität der Vergütung erlaubt. Der Leistungsumfang der GOÄ geht über

In allen Vergütungssystemen der ambulanten ärztlichen Versorgung überwiegen quantitative gegenüber qualitätsorientierten Anreizen.

den des EBM hinaus, da er nicht nur Leistungen enthält, die im Rahmen der GKV vergütet werden. Studien haben in der Vergangenheit eine durchschnittliche Höhervergütung der Leistungen im Rahmen des GKV-Leistungsumfangs um das 2,3fache errechnet (Walendzik, Groß et al. 2008).

Die derzeitige GOÄ datiert mit Ausnahme der Laborleistungen aus dem Jahr 1982, so dass die Abrechnung inzwischen neu eingeführter Leistungen über so genannte Analog-Leistungen erfolgt. Seit mehreren Jahren wird eine kontroverse Diskussion über ihre Novellierung geführt; inzwischen gibt es einige Übereinkünfte wie z.B. über ein ständiges Verhandlungsgremium aus PKV, Beihilfe und Vertretern der Ärzteschaft, das dem Verordnungsgeber Empfehlungen zur Anpassung der GOÄ aussprechen kann. Es lassen sich insofern erste Konvergenztendenzen zwischen EBM und GOÄ feststellen.

Im Zuge der Ambulantisierung der Medizin hat sich außerdem in den letzten Jahrzehnten im Bereich der GKV

ein wachsender Bereich der Erbringung ärztlicher Leistungen an der Sektorengrenze durch sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer entwickelt. Beispielhaft wären zu nennen Hochschul- und andere Ambulanzen an Krankenhäusern, teilstationäre Fälle, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und die belegärztliche Versorgung (Nagel, Neukirch et al. 2017). Dem entspricht eine Vielfalt an Vergütungsformen, die die Leistungserbringer dazu einladen, jeweils die für sie günstigste, nicht jedoch die gesellschaftlich wirtschaftlichste Variante zu wählen.

Betrachtet man die Vergütungssysteme der ambulanten ärztlichen Versorgung in der Gesamtschau unter dem Aspekt der oben dargestellten Ziele, so lassen sich unschwer deutliche Schwächen feststellen.

In allen Systemen überwiegen quantitative gegenüber qualitätsorientierten Anreizen, sei es über Pauschalen oder Budgetierungen tendenziell zu einem sparsameren Angebot oder über vorwiegende Einzelleistungsvergütung eher zu Überversorgung wie in der GOÄ. Ebenso werden nur wenige Anreize zur Verbesserung von Prozessen gesetzt. Vielmehr werden Doppelbehandlungen, Ausweitung von Überweisungen und Verlagerungen in andere Sektoren kaum sanktioniert, teilweise sogar finanziell belohnt.

Entsprechend ist die bisherige Struktur der GOÄ dem Ziel wirtschaftlicher Leistungserbringung nicht zuträglich. Tendenzuell finden sich mehr Ansätze zur Sicherung von Strukturqualität im GKV-System, wie z.B. in den Spezifikationen der Gebührenordnungspositionen des EBM. Gezielte Anreize zur Patientenorientierung sind schwer erkennbar; im privatärztlichen System, aber z.B. auch in der spezialfachärztlichen Versorgung könnte man allenfalls argumentieren, dass diese nicht durch Budgetierungen eingeschränkt sei. Wird eine generelle Erfordernis der Steuerung ärztlicher Leistungen bejaht, scheint das EBM-basierte System Vorteile gegenüber dem GOÄ-basierten System zu haben.

Bezüglich des Innovationszugangs ist das privatärztliche System am freiesten; durch die fehlende Kontrollinstanz des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Evidenz neuer Behandlungsmethoden ist jedoch der Patient auch am wenigsten gegen unwirksame Behandlungen geschützt. Es existiert keine Studie, die

zeigt, dass die GOÄ den Patientennutzen tatsächlich ansteigen lässt gegenüber dem EBM-System (Lüngen et al., 2010). Innerhalb des GKV-Systems erscheint gerade an der Sektorengrenze die Trennung zwischen Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt je nach Erbringungsform der Leistung wenig zielführend, da nicht an Qualitäts- sondern an formale Kriterien gebunden.

Ein häufig diskutierter (und empirisch eindeutig belegter) Kritikpunkt an der unterschiedlichen Gestaltung der Vergütung im GKV- und im privatärztlichen Bereich betrifft die Auswirkungen auf den Leistungszugang in Gestalt unterschiedlicher Wartezeiten der beiden Patientengruppen (Lüngen et al., 2008). Wiewohl sich die Wartezeiten der GKV-Patienten bei einer Angleichung aufgrund der deutlich geringeren Anzahl der PKV-Patienten nicht wesentlich verkürzen würde, wird diese Ungleichheit im Zugang in Zeiten generell sich vergrößernder gesellschaftlicher Ungleichheit politisch negativ bewertet. Insgesamt reizen die unterschiedlichen Vergütungssysteme dazu an, die ärztliche Arbeitszeit nicht bedarfsgerecht, sondern entsprechend den Vergütungsrelationen auf die Patienten aufzuteilen.

Betrachtet man die Vielfalt der Vergütungssysteme aus der Perspektive der Leistungserbringer, sind mehrere Disparitäten erkennbar. Sowohl innerhalb des GKV-Systems wird besonders an der Sektorengrenze häufig die gleiche Leistung ungleich vergütet (Albrecht and Al-Abadi 2018). Zwischen GKV- und privatärztlichen Vergütungssystem führen die deutlichen Unterschiede dazu, dass niedergelassene Ärzte in Regionen mit vielen privat versicherten Patienten deutlich höhere Leistungsvergütungen enthalten als ihre Kollegen, die vorwiegend GKV-Patienten behandeln – deutlich auch als Ost-West-Unterschied. Das Kriterium der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung ist, jedenfalls wenn es vereinfacht als gleiche Vergütung für gleiche Leistung verstanden wird, vielfach verletzt.

Die Transparenz des Vergütungssystems ist insbesondere im GKV-Bereich eher gering: das komplizierte System der Budgetierung sowie der verhandlungsorientierten Anpassung des EBM ist nur für Experten noch überschaubar. Dagegen fehlen in der privatärztlichen Vergütung jegliche Steuerungsmechanismen, was insbesondere dem Kostenerstattungssystem

tem der PKV ohne Vertragsgestaltung zwischen Leistungserbringer und Versicherer geschuldet ist.

Perspektiven für ein gemeinsames Vergütungssystem zwischen GKV und PKV

Bei der Konzipierung eines möglichen gemeinsamen Vergütungssystems für GKV und PKV sind verschiedene Aspekte einzubeziehen, die im Rahmen dieses Artikels im Folgenden nur selektiv behandelt werden können.

Vergütungsformen

Fallpauschalen scheinen ein sinnvoller Weg, um der Ausweitung von Einzelleistungen entgegen zu treten. Geklärt werden muss allerdings, welche Pauschalen parallel abgerechnet werden dürfen und in welchem zeitlichen Abstand. Sinnvoll dafür kann es sein, bezogen auf technische Leistungsanteile nur noch Grenzkosten und nicht mehr Durchschnittskosten zu vergüten, d.h. eine Abstufung abhängig von der Fallzahl vorzunehmen. Zudem müssen die Pauschalen ausreichend differenziert sein, um Risikoselektion zu vermeiden. Für den EBM sind Schritte in Richtung morbiditätsdifferenzierter Fallpauschalen derzeit schon im Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vorgesehen (Bundesministerium für Gesundheit 2018). Einzelleistungsvergütungen für förderungswürdige oder für einen Einführungszeitraum für neue Leistungen, können wie bisher im EBM eine Flexibilität herstellen. Im Sinne der Patientenorientierung kann darüber nachgedacht werden, einzelne Gesprächsleistungen ebenfalls besonders zu fördern. In Bezug auf die Ausrichtung der Vergütungshöhe am Behandlungserfolg (P4P) sollten Modellversuche genutzt und die Evaluationen abgewartet werden.

Budgetierung

Eine Vergütungsordnung mit stärkerem Gewicht auf Fallpauschalen führt tendenziell zu einer sinkenden Notwendigkeit einer Budgetierung der Gesamtausgaben. Sollte jedoch auf die Steuerung der Pauschalen nicht vertraut werden, weil z.B. vermutet wird, dass Fallzahlen durch Ärzte ausgeweitet werden können, kann eine Budgetierung sinnvoll sein. Al-

lerdings führen Budgets immer zu Verteilungskämpfen innerhalb der Ärzteschaft. Letztendlich wird dadurch ein politischer Konflikt initiiert. Ein im derzeitigen System schon genutzter Ausweg kann darin bestehen, dass die Höhe eines Budgets anhand von Kenngrößen regelhaft gebildet wird, bspw. der Morbidität in einer Region. Dem Budget gegenüber gestellt werden muss dann die Behandlungslast, welche Vertragsärzte überhaupt übernehmen (und nicht bspw. durch Verschreibungen, Überweisungen, Einweisungen etc. delegieren). Solche Regeln könnten auch für die Budgetverteilung genutzt werden. Generell besteht die Schwierigkeit darin, einerseits möglichst objektive und transparente Verfahren zu nutzen, die andererseits ausreichend regionale Gesichtspunkte wie z.B. einen unterschiedlichen Leistungsbeitrag der Sektoren der Leistungserbringung zu berücksichtigen.

Umfang des Leistungskatalogs

Weitgehender Konsens scheint zu bestehen, dass der bestehende GKV-Leistungskatalog eine gute Grundlage für ein einheitliches ambulantes Vergütungssystem darstellt. Wichtiger als diese Zeitpunkt Betrachtung scheint allerdings, wie im Zeitverlauf der Prozess der Fortschreibung erfolgt. Innovationen müssen demnach, evtl. zeitlich befristet, und immer auf der Grundlage transparenter und öffentlicher Verfahren, geprüft werden. Eine sektorspezifische Unterscheidung der Erlaubnis zur Erbringung noch nicht überprüfter Leistungen wie bisher scheint angesichts des Ambulantisierungsprozesses der Leistungserbringung und der Vielfalt der Leistungserbringungsformen an der Sektorengrenze weniger sinnvoll als die Unterscheidung nach der Eignung der Leistungserbringer.

Art der Berechnung

Die Kalkulation der Entgelthöhen kann konsensual-korporativ oder wesentlich regelgebunden empirisch per Kostenerhebung analog dem DRG-System erfolgen. Das konsensuale Verfahren führt zu Interessensausgleichen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern, tendiert jedoch zu hoher Komplexität, Intransparenz und Anpassungsverzögerungen durch gegenseitige Blockierung der beteiligten Stakeholder. Moderner,

transparenter und im Zuge der Professionalisierung des ärztlichen Managements zukunftsgerichtet ist eine empirisch basierte Kalkulation von Entgelten. Allerdings sind Härten zu erwarten, da die Effizienz zwischen Arztgruppen, Praxistypen, Regionen und bei möglicher sektorübergreifender Anwendung auch zwischen Sektoren erheblich abweichen dürfte. Daher muss eine genügend lange Übergangsphase eingeplant werden. Diese Übergangsphasen gelten auch für die erzielbaren Budgethöhen von Praxen.

Differenzierungsmöglichkeiten

Jede Form von individuellen Hebesätzen, etwa für Privatpatienten, führt zu erneuten Verwerfungen im Zugang zu Leistungen und letztendlich zu entsprechenden gesellschaftlichen Diskussionen. Regelgebundene Zuschlagssysteme wie z.B. nach dem Förderungsgrad (gesundheitpolitisch förderungswürdige Leistungen) und nach der Regionalität (z.B. unterversorgte Gebiete) sollten allerdings weiterhin möglich sein. Wird der generelle Erlaubnisvorbehalt für die ambulante vertragsärztliche Versorgung durch Auflagen bzgl. der Qualifikation bei Erbringung neuer Leistungen ersetzt, muss außerdem ein Vergütungsverfahren für Leistungen auf Basis neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gefunden werden. Für Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsumfangs muss außerdem entschieden werden, inwiefern hier die bisherige GOÄ die weiterhin gültige Gebührenordnung bleiben soll

Höhe der Vergütung

Bei der Konzipierung eines gemeinsamen Vergütungssystems für alle Patienten stellt sich die Frage, wie die unterschiedlichen Vergütungshöhen der bisherigen Gebührenordnungen anzupassen sind. Eine insgesamt niedrigere Vergütungssumme als bisher erscheint gesellschaftlich kaum durchsetzbar. Insofern wird es bei einer am Status Quo der ärztlichen Gesamteinnahmen orientierten Vereinheitlichung und einem morbiditätsorientierten neuen gemeinsamen Vergütungssystem zu einer Umverteilung von Praxen und Regionen mit hohem in solche mit niedrigem Anteil von Privatpatienten

kommen (Wasem, Buchner et al. 2013). Hier stellt sich die Frage, ob und welche Übergangsregelungen zu treffen sind.

Parallel würde eine entsprechende Reform zu einer Entlastung der Finanzierungsträger der PKV und einer Belastung der gesetzlichen Krankenkassen führen. Hier wäre darüber nachzudenken, inwiefern Ausgleichsmechanismen geschaffen werden müssten.

Diese perspektivische Diskussion macht deutlich, dass ein Übergang der komplexen bestehenden Regelungen zu einem einheitlichen System vielfältigste Auswirkungen hat. Jedoch scheinen einige Auswirkungen vergleichsweise gut beherrschbar und es bietet sich an, die Erfahrungen im Ausland wie z.B. aus den Niederlanden oder aus der wissenschaftlichen Literatur zu nutzen, etwa bei der Kalkulation der Höhe von Pauschalen. Auch Leistungsbedarfsschätzungen auf Basis von Morbiditätsmessungen sind im EBM-System schon vergleichsweise weit entwickelt. Verbindliche Kodierrichtlinien auch im ambulanten Bereich wären hilfreich.

Perspektiven für ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem

Mehrere Entwicklungen machen es darüber hinaus erforderlich, dass eine Neuformulierung ambulanter Vergütungssysteme nicht nur den vertragsärztlichen Bereich abdeckt, sondern ebenfalls andere Sektoren einbezieht. Diese Entwicklungen sind erstens der rasch voranschreitende medizinisch-technische Fortschritt, welcher einerseits stationäre Leistungen in den ambulanten Bereich verlagert, andererseits es auch Krankenhäusern erlauben kann, verstärkt am-

Eine Neuformulierung ambulanter Vergütungssysteme sollte nicht nur den vertragsärztlichen Bereich abdecken, sondern andere Sektoren einbeziehen.

bulant tätig zu werden (Lüngen, 2007). Zweitens sollten Verlagerungen von einem Sektor in den anderen, beispielsweise unnötige stationäre Einweisungen

durch Vertragsärzte oder die übermäßige Nutzung von Notfallambulanzen zur Generierung von Krankenhausfällen durch Krankenhäuser, aus ökonomischer Sicht nicht belohnt werden.

Der klassische Ansatz hierzu ist, dass für gleiche medizinische Leistungen ein gleiches Entgelt vergütet wird. Kann sich ein Sektor der Behandlung effizienter annehmen, sollte dieser Sektor auch größere Versorgungslasten übernehmen können. Allerdings dürfen keine Fehlanreize bestehen, die sich beispielsweise aus der Finanzierung von Vorhaltekosten oder Querfinanzierungen ergeben.

Es ergeben sich für gewünschte und unerwünschte Verlagerungen zwischen Sektoren komplexe Fragestellungen. So scheint es angemessen, dass – sofern Kopfpauschalen für eine Region und Zeitraum kalkuliert werden können – die übermäßige Einweisung von Patienten in Krankenhäuser eine Reduzierung der Budgetanteile für die ambulante Versorgung nach sich ziehen muss. Dies ergibt sich daraus, dass die Versorgung einer Region durch die Einweisungen stärker vom stationären Sektor und weniger vom ambulanten Sektor übernommen wird. Daher sollte auch das Budget in den stationären Sektor wandern und entsprechend im ambulanten Sektor gemindert werden. Dies gilt natürlich auch in umgekehrter Richtung. Letztendlich würde dies auf ein sektorenübergreifendes Budget hinauslaufen, welches explizit oder implizit festgelegt werden müsste.

Wie dies in einem korporatistischen System umgesetzt werden kann, ist derzeit noch weitgehend offen. Angesichts der in Deutschland üblichen Verhandlung von Budgets auf regionaler Ebene über die Aggregation von Punktschritten, scheint eine Steuerung über individuelle Praxisbudgets auszuschneiden. Mit anderen Worten sollte nicht der individuell einweisende Arzt für seine Einweisungen finanziell bestraft werden. Denkbar wäre ein Ansatz, bei dem die Gruppen der Leistungsanbieter für ihre Region prospektiv für den Zeitraum von einem Jahr vereinbaren, welche Anteile der Morbidität jeweils übernommen werden sollen. Traut sich dabei beispielsweise die Gruppe der Vertragsärzte zu, zukünftig größere Anteile der Versorgung zu übernehmen und daher weniger Einweisungen zu veranlassen, kann sie auch größere Budgetansprüche in der Region stellen. Entsprechend würden die verbleibenden Budgetanteile für stationäre

Versorgung gekürzt. Wird der politische Vorsatz „ambulant vor stationär“ befolgt, ergäbe sich auch bereits ein Vorrang bei den Verhandlungen. Umgekehrt könnten Vertragsärzte sich überfordert fühlen mit einer flächendeckenden Notfallversorgung und diese Mittel daher als Budgetanteil, inklusive der sich daraus ergebenden stationären Einweisungen, an die Krankenhäuser abtreten. Eine Verhandlungslösung auf regionaler Ebene, sei es in der Abgrenzung der kassenärztlichen Vereinigungen oder auch darunter, könnte dafür sorgen, dass stationäre Einweisungen weitaus sorgfältiger überdacht werden und gleichzeitig der Grundsatz ambulant vor stationär nicht nur politisch, sondern auch korporatistisch in den Vordergrund rückt.

In jedem Falle, also auch bei Abschaffung eines ambulanten Budgets aufgrund stärkerer Pauschalierung in der Vergütungsordnung, wären weitergehende Überlegungen notwendig, um beispielsweise die Folgen für die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Vereinigung abzuwägen. Die Bedarfsplanung müsste die in den Verhandlungen festgelegte Aufteilung der Behandlung der Morbidität berücksichtigen bzw. gleich sektorübergreifend angelegt werden. Auch hier ergeben sich Ansatzpunkte, dass Budgets zu Krankenhäusern wandern, sofern nicht genügend ambulant tätige Vertragsärzte gewonnen werden können (und umgekehrt).

Ebenso müssten Regelungen gefunden werden, inwieweit tatsächlich gleiche Leistungen im ambulanten Bereich und stationären Bereich erbracht werden (dürfen), beispielsweise für Innovationen (Erlaubnis- und Verbotsvorbehalt). Dies kann gelöst werden, indem die Genehmigung für Innovationen und auch anderweitige Leistungen nicht länger an dem Versorgungssektor festgemacht wird, sondern an der erforderlichen Strukturqualität des Leistungsanbieters.

Ausblick

Grundsätzlich scheint ein gemeinsames ambulantes Vergütungssystem für alle ambulant erbrachten Leistungen bei entsprechender Konzipierung besser in der Lage zu sein, dafür zu sorgen, dass die Versorgung dem medizinischen Behandlungsbedarf, wesentlich bestimmt durch die Morbidität, folgt. Insofern kann es

einerseits zu einer effektiven bedarfsgerechten Versorgung beitragen, als auch das Kriterium der Gleichheit und Bedarfsgerechtigkeit des Zugangs erfüllen. Eine stärkere Betonung ausreichend differenzierter Fallpauschalen unter Ergänzung der Steuerung über ausgewählte Einzel Leistungsvergütungen kann ebenfalls zu einer effektiven und patientenorientierten Versorgung bei gleichzeitiger Setzung von Anreizen zu einer wirtschaftlichen Versorgung beitragen. Es bleibt zu überprüfen, inwieweit bei einer entsprechenden Ausgestaltung des Vergütungssystems weiterhin als zusätzliches Element ein Gesamtbudget beizubehalten ist.

Die Steuerung des Innovationszugangs kann in einem solchen System nicht mehr wie bisher orientiert am Versorgungssektor, sondern basierend auf der jeweiligen Strukturqualität des Leistungserbringers erfolgen. Im Sinne erhöhter Transparenz

Insgesamt scheint es sinnvoll, dass die Steuerungsmacht eines ambulanten Vergütungssystems weitaus intensiver genutzt wird.

und Steuerbarkeit ist es wünschenswert, eine stärker regelorientierte und empiriebasierte Konzipierung und Anpassung des Vergütungssystems etwa analog zum DRG-System und der Funktion des InEK einzuführen. Ein gemeinsames Vergütungssystem kann hier zu einer größeren Leistungsgerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern führen. Um allerdings die individuellen Folgen des Systemtransfers abzumildern, sind eine Reihe von Übergangsregelungen zu treffen.

Insgesamt scheint es sinnvoll, dass die Steuerungsmacht eines ambulanten Vergütungssystems weitaus intensiver genutzt wird. Dies betrifft die Auswirkungen auf Überweisungen, Einweisungen und Rezeptschreibung, jedoch auch die Kooperation zwischen Ärzten. Dass bisher Krankenkassen durch Kontrollen und bspw. Chronikerprogramme vielfältig Effizienz und Prozesse sichern müssen, weist auch auf ein Problem der Steuerungsfähigkeit oder -bereitschaft der Ärzteschaft hin. Auch dies kann durch ein ambulantes Vergütungssystem thematisiert werden. ■

Literatur

Ahluwalia, S., C. Damberg, et al. (2017). "What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review." *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2017(43): 450-459.

Albrecht, M. and T. Al-Abadi (2018). Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen - Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektoren-übergreifender Vergütungsformen. Berlin, IGES Institut gmbH,

Bundesministerium für Gesundheit (2018). Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG). Berlin.

Dragosits, A. (2016). Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit. H. d. Ö. Sozialversicherungsträger. Wien.

Gauld, R., S. Al-wahaibi, et al. (2011). "Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example." *Health Policy* 2011(103): 200-208.

Lüngen M (2007). Ambulante Behandlung im Krankenhaus. Zugang, Finanzierung, Umsetzung. Berlin: Lit-Verlag.

Lüngen M, Passon A, Lauterbach K (2010). Nachweise der Zweiklassenmedizin in Deutschland. In: Andersen U, Schieren

S. (Hrsg.): Gesundheitspolitik. Politische Bildung: Beiträge zur wissenschaftlichen Grundlegung und zur Unterrichtspraxis: Schwalbach: Wochenschau Verlag; (4):8-22.

Lungen M, Stollenwerk B, Messner P, Lauterbach KW, Gerber A. Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. *Int J for Equity in Health* 2008,7:1 (doi:10.1186/1475-9276-7-1)

Nagel, E., B. Neukirch, et al. (2017). Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Berlin.

Sachverständigenrat (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018.

Schang, L.; Schüttig, W.; Sundmacher, L. (2016). Unterversorgung im ländlichen Raum – Wahrnehmung der Versicherten und ihre Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken, J.; Braun, B.; Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK.* Gütersloh, S. 58–85.

Scherenberg, V. (2014). Unterschiedliche Bevölkerungsgruppen und das deutsche Gesundheitssystem: Erfahrungen, Zufriedenheit und Erwartungen. In: Böcken, J.; Braun, B.;

Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK.* Gütersloh, S. 158–175.

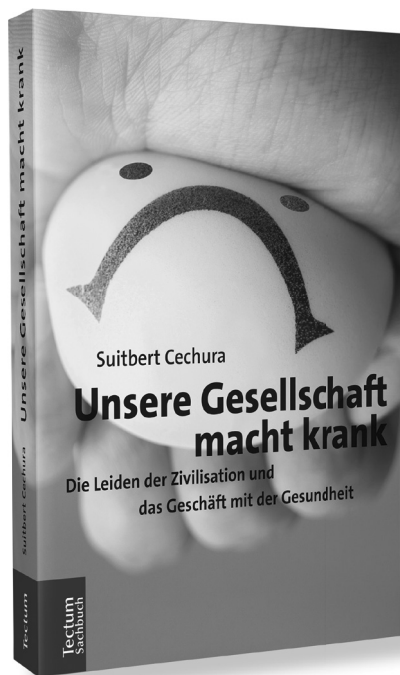
Schoen, C., C. Davis, et al. (2006). "U.S. Health System Performance: A National Scorecard." *Health Affairs* 25(6).

Vdek (2018). Daten zum Gesundheitswesen: Basisdaten. (<https://www.vdek.com/presse/daten.html>, Zugriff 6.8.2018)

Veit, C., D. Hertle, et al. (2012). Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Hamburg, Institut für Qualität & Patientensicherheit.

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

Wasem, J., F. Buchner, et al. (2013). Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden, Nomos.



Suitbert Cechura

Unsere Gesellschaft macht krank

Die Leiden der Zivilisation und das Geschäft mit der Gesundheit

2018 • 344 Seiten • Klappenbroschur

Print 21,95 € • E-Book 16,99 €

ISBN 978-3-8288-4149-9

ePDF 978-3-8288-7020-8

ePub 978-3-8288-7021-5

Durch ein stetig steigendes Arbeitspensum wächst der Druck, der auf unserem Körper und unserer Seele lastet. Krankheit und Gesundheit gehören in den Medien längst zu den großen Themen, und es mangelt nicht an Ratschlägen gegen Zivilisationskrankheiten wie Burn-out, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder sogar Krebs.

Bestellen Sie jetzt versandkostenfrei unter www.tectum-verlag.de, telefonisch (+49)7221/2104-310 oder per E-Mail email@tectum-verlag.de

Der Körper muss offenbar gut auf die hohen Anforderungen des marktwirtschaftlichen Alltags vorbereitet werden. Und wenn die Gesundheit trotz Beachtung aller Gesundheitstipps dann doch schlapp macht, sind Ärzte, Kliniken und Apotheker gefragt, Körper und Geist möglichst schnell wiederherzustellen, denn gesund sein heißt arbeitsfähig sein.

Suitbert Cechura legt dar, wie das Gesundheitswesen funktioniert, warum es so oft in die öffentliche Kritik gerät und warum es ständig reformiert werden muss. Zudem deckt er auf, wie Krankheit infolge von Rücksichtslosigkeit auf das Wohlergehen des Menschen immer mehr zum Geschäft wird.

**Tectum
Verlag**