

Vergütungs- Strukturreform

Das Gesundheitswesen wird innerhalb seiner jeweiligen regulatorischen Bindungen durch Vergütungssysteme in Bewegung gehalten. Voneinander zu trennen sind sie nicht: Vergütungssysteme insbesondere unbeachtlich der Zulassungs-, Bedarfsplanungs-, Dokumentations-, Qualitätssicherungs- und Kooperationsregelungen zu ändern greift zu kurz. Dessen ungeachtet bleibt die Gesundheitspolitik in Deutschland einer gewissen „Magie der Fortschreibung“ verfallen und reduziert auf eine fragmentierte vergütungstechnische Orientierung sowie weit entfernt von versorgungspolitischen Zielbestimmungen und regulatorischer Konsequenz. So lässt sich die Politik etwa erst eine Dekade nach Einführung der stationären DRGs zur Überprüfung der Krankenhausbedarfsplanung drängen: Explodierende OP-Zahlen, Verfall von Indikationsgrenzen und sich defizitär entwickelnde Pflegestrukturen werden lange ignoriert. Bei den ambulanten Regelleistungsvolumina bleibt der Morbiditätsbezug auf die Fortschreibung der Gesamtvergütung beschränkt. Die zunehmende Drift ärztlicher Zeit in die PKV und steigende Wartezeiten für gesetzlich Versicherte werden nicht als Symptome defekter Vergütungssysteme wahrgenommen. Und schließlich wird die Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) der unsichtbaren Hand ärztlicher Selbstorganisation überlassen, während die konstitutive sektorenübergreifende Kooperation nur im Ausnahmefall (der Onkologie) verpflichtend ist. Entsprechend enttäuscht die Entwicklung der ASV in jeder Hinsicht.

Mit der Koalitionsvereinbarung der die Bundesregierung in der laufenden Legislaturperiode tragenden Parteien ist neben vorlaufenden Interventionen (Terminservice-Versorgungsgesetz, TSVG) zumindest das Bemühen vereinbart, systemische Kernfragen des Gesundheitswesens hinreichend komplex zu bearbeiten. Zum einen soll für GKV und PKV ein modernes Vergütungssystem geschaffen werden, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Tätig wird eine Wissenschaftliche Kommission mit Bericht bis Ende 2019. Zum anderen soll die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung vorangebracht werden. Dazu wird eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Bundestag eingerichtet. Beide Kernfragen sind allein deshalb nicht unabhängig voneinander, weil die Vergütung insbesondere höher spezialisierter ambulanter Leistungen mit der sektorenübergreifenden Versorgung in Einklang stehen muss. Daher hatte die „Gesundheits- und Sozialpolitik“ mit diesem Schwerpunktheft einen umfassenderen thematischen Auftakt der Diskussion im Blick. Wir freuen uns, den Lesern die lebhafteste Diskussion unserer Autoren präsentieren zu können.

Einen thematischen Gesamtaufschlag zum „Status Quo und Reformbedarf im ambulanten System“ leisten Jonas Schreyögg und seine Mitarbeiter aus der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit. Sie beschreiben die unterschiedlichen Eigenschaften des vertragsärztlichen und privatärztlichen Vergütungssystems (EBM und GOÄ) inklusive der Berechnungsverfahren der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, die Grundzüge der Vergütung im Krankenhaus und die Besonderheiten in der ASV. Darüber hinaus reißen sie die Reformfragen an und greift die bisherige Diskussion zumindest auf.

Im Hinblick auf die Zusammenführung von EBM und GOÄ bleibt Schreyögg im Vorfeld der anstehenden Kommissionsarbeit fragend, während der die folgenden Beiträge von Stefan Greß und Melanie Schnee sowie Anke Walendzik und Markus Längen analytisch gewonnene Positionen auch beziehen. Greß/Schnee zeigen, welche Anreize zu Unter- und Überversorgung und Fehlallokation von Niederlassungen von EBM und GOÄ ausgehen. Darin sind sie mit dem PKV-feindlicher Umtriebe höchst unverdächtigen SVR Wirtschaft (2004) einig. Quartalsweise Fallpauschalen (EBM) verringern die Leistungsintensität tendenziell - eine durch keine QS gebremste Einzelleistungshonorierung (GOÄ) erhöht sie dagegen und entzieht der GKV überproportional Behandler-Zeit. Nicht nur tatsächlich Kranke sind die Dummen, sondern auch Ärzte mit hoher intrinsischer Motivation, die angemessen therapieren wollen. Steht die Frage der bedarfsgerechten Behandlung der Patienten im Mittelpunkt, geht an einer Reform kein Weg vorbei. Zu dem Ergebnis kommen auch Walendzik/Längen, die anhand differenzierter Zielkriterien begründete Reformeckpunkte ableiten. „Wird ein generelles Erfordernis der Steuerung ärztlicher Leistungen bejaht, scheint das EBM-basierte System Vorteile gegenüber dem GOÄ-basierten System zu haben“. Ein einheitliches Vergütungssystem aus „morbiditätsdifferenzierten Fallpauschalen“ (wie bereits im TVSG angelegt) inklusive Einzelleistungsvergütung etwa für den Einführungszeitraum neuer Leistungen und förderungswürdigen (Gesprächs-) Leistungen könnte die gewünschte Patientenorientierung ermöglichen. Die Kalkulation der Pauschalen sollte regelgebunden empirisch auf der Grundlage repräsentativer Kostenerhebung analog dem DRG-System erfolgen und nicht länger konsensual-korporatistisch. Der Selbstverwaltung obläge primär die Qualitätssicherung auf dieser Grundlage. Davon profitierten insbesondere auch Privatversicherte.

Für die Fragen der sektorenübergreifenden Vergütung kann Schreyögg mit seinen Mitarbeitern auf Vorüberlegungen des SVR zurückgreifen, der für elektive Eingriffe sektorenunabhängige „Hybridpauschalen“ vorgeschlagen hatte. Dabei ließe sich die umstrittene Budget-Bereinigung für die jeweiligen Sektoren durch eine „konsequent sektorenübergreifende Planung“ erleichtern, bei der „die budgetäre Aufteilung flexibel zu handhaben wäre, um weniger nachträglich anpassen zu müssen“. Die Crux liegt dann in dem notwendigen Morbiditätsbezug einer sektorenübergreifenden Planung und Vergütung. Hier knüpfen die folgenden Beiträge von Dominik Graf von Stillfried und Ralf Heyder mit ihren Co-Autoren unterschiedlich an. Während von Stillfried das Hybridkonzept aus Sicht der Vertragsärzte beherzt aufgreift und Überlegungen anstellt, wie es vergütungstechnisch konzipiert werden

kann, verweist Heyder mit begründeter Skepsis auf die Erfahrungen der DRG-Einführung stationär. Ein „hybrides“ Fallpauschalsystem könnte bei um die Vertragsärzte erhöhter Zahl der Leistungserbringer zu medizinisch fragwürdig steigenden Fallzahlen führen. Ohne eine (sektorenübergreifend) morbiditätsorientierte Angebotsplanung und Qualitätssicherung wären Hybrid-DRGs versorgungspolitisch kein Gewinn.

Konsequent blicken Schreyögg und Mitarbeiter zumindest vorsichtig in Richtung auf einen Morbiditätsbezug von Planung und Vergütung. Schließlich soll sich die Versorgung sektorenoffen am Bedarf der Patienten ausrichten können. Allein zu den Datengrundlagen ist es ein weiter Weg, wenn man den Vertragsärzten durchgehen lässt, gesetzlich vorgesehene Kodierrichtlinien zu verwerfen. Aber ein im o.g. Sinne konsequenter Morbiditätsbezug stellte sich krass gegen die tradierte gesundheitspolitische „Kultur“ der Ermöglichung und Fortschreibung: Wenn die Verantwortlichen (wer immer das im deutschen Gesundheitswesen auch sein mag) einen Maßstab hätten, nach dem sich der populationsbezogene Behandlungsbedarf in objektivierten Einheiten bemisst, dürfte man Über- und Unterversorgung nur noch in politisch tolerablen Grenzen hinnehmen. Das führte dann von der regionalen Verteilung der Anbieter im Rahmen des Möglichen („Bedarfsplanung“) zu einer ernsthaften „Angebotsplanung“ nach Versorgungsbedarf, -struktur, -umfang und verbindlicher Koordination im Sinne von Ralf Heyder. Sein glänzender Beitrag sollte im BMG („wer kann, der darf“) und bei den Gebrauchs-Ökonomen der „mittleren Ebene“, deren Laissez-faire-Kultur verlangt, die Dinge gnädig im Ungefähren zu lassen und ersatzweise Artefakte auf die sechste Stelle hinter dem Komma zu berechnen, die Schamesröte aufsteigen lassen.

Da erleichtert es schon, wenn Norbert Schmacke in seinem Beitrag aus medizinischer Sicht von tiefer Skepsis erfüllt ist, mit Änderungen des Vergütungssystems das Verhalten von Ärzten „im Sinne größerer Patientenorientierung (überhaupt) sinnhaft modifizieren zu können“. Evidente Belege für „Pay for Performance“ lassen sich in wissenschaftlichen Studien nicht finden, obschon sie pragmatisch Sympathie finden. Schmacke kommt daher auf den Kern zurück und erinnert an die fatale Erosion des Hausarztssystems, für das er ein künftiges Zielbild mit „Familienzentren für Gesundheit und Soziales“ vorschlägt. Konkret am Thema schildert Ilona Köster-Steinebach beispielhaft, wie das ambulante Vergütungssystem qualitativ scheitert, wenn der Patientenbezug unzureichend abgebildet wird. Bei der Qualitätssicherung ambulanter Katarakt-OPs etwa fiel der patientenbezogene „Outcome“ unter den Tisch, weil die nach der OP erreichte Sehfähigkeit datenmäßig nicht erhoben werden konnte. Dafür fehlte im EBM schlicht die spezielle Abrechnungsposition. Teils aus den gleichen Gründen wurde die erforderliche Nachuntersuchung häufig nicht wahrgenommen bzw. angeboten.

Solche Schlaglichter müssen nicht hindern, die Vertragsärzte mit Verve an der Schnittstelle ambulant-stationär in Stellung zu bringen, wie Dominik Graf von Stillfried dies nachvollziehbar tut. Doch schwingt beim Betrachter immer wieder die Frage mit, mit welcher Ernsthaftigkeit und Zuverlässigkeit an dieser Stelle tatsächlich um Versorgungsverantwortung für schwerwiegende Erkrankungen gerungen wird, wenn doch die Zahl stationärer Einweisungen gerade mit der Facharztdichte steigt und in der Notfallversorgung der Weg

für immer mehr Patienten ins Krankenhaus führt. Stillfried lässt diesen Aspekt nicht unbeantwortet, wenn er für die Entwicklung neuer effizienter Versorgungsformen, wie etwa Belegabteilungen, Praxiskliniken und bettenführende Praxen initiale Fördermaßnahmen aus einem sektorenübergreifend anzulegenden Strukturfonds fordert. Gleichwohl sucht man nach der strukturellen organisatorischen Belastbarkeit ambulanter ärztlicher Praxen. Da macht ein Spies (sorry) noch keine „gleich lange Spieße“. Rechtsformen für Praxen, die am populationsbezogenen Versorgungsauftrag ansetzen und nicht an jeweils beteiligten Personen, bleiben schließlich bisher tabu. Unterkapitalisierung und Unstetigkeit sind die Folgen.

Ralf Heyder und Co-Autoren reklamieren ein klares Zielbild für die Weiterentwicklung bestehender Versorgungsstrukturen, um die Anforderungen an ein neues Vergütungssystem ableiten zu können. Nicht ohne Selbstkritik sehen sie mit der Hinwendung zum stationären DRG-System auch negative Strukturwirkungen, etwa auf die Notfallversorgung, die Pflege oder die Weiterbildungsangebote zum Facharzt. Im Kern bleibt die Krankenhauslandschaft bis heute fragmentiert, weil die ökonomisch wie medizinisch sinnvolle Konzentration und Spezialisierung weithin unterblieben ist. Dort, wo die Zentrenbildung – etwa mit der Deutschen Krebsgesellschaft – vorangetrieben werden konnte, gibt es heute Erfahrungen, die insbesondere für die ASV auf die Versorgung komplexer oder schwerer Erkrankungen übertragen werden sollten. Ziel sollte der Aufbau sektorenübergreifender Versorgungsnetze sein, die sich zu eigenständigen Akteuren im Gesundheitswesen entwickeln, die Teambildung vorantreiben und als Team gemeinsam abrechnen. Wie MVZ meist luftige Veranstaltungen bleiben, in denen sich die Akteure kaum kennen, darf die ASV nicht beim „Lüftlemalen“ (Peter Schwoerer) stecken bleiben.

Den Anspruch, konkret zu versorgungsrelevanten Fortschritten beizutragen, führen auch Christopher Hermann und Jürgen Graf mit landesbezogenen wettbewerblichen Versorgungsverträgen und Boris Augurzky und Co-Autoren mit Capitation-Modellen vor Ort. Hermann/Graf zielen darauf ab, ordnungspolitisch verbindliche, GKV-weite Rahmensetzungen (Bedarfsplanungs-Richtlinie, Regelleistungskatalog, Bundes-Gebührenordnung) durch ein Instrumentarium zu ergänzen, das zum einen regionale Bedarfs- und Versorgungssituationen berücksichtigt und darüber hinaus wettbewerbliche Elemente auf der Grundlage freier tariflicher Entscheidungen der Versicherten einbringt. Davon auszunehmen sind hochspezialisierte Leistungen, Notfallversorgung und Rettungswesen. Entsprechende Tarife sollten aus dem Gesundheitsfonds gefördert werden. Augurzky und Co-Autoren konzipieren regional verankerte Capitation-Modelle, die sich auf die Verlässlichkeit und Innovationskraft ambulanter und stationärer Partner stützen können. Dazu sollen unternehmerisch neue Vergütungssysteme erprobt werden.

Kurzum: Hier werden die Geschichten erzählt, die alle Interessierten und Beteiligten für die Diskussion um die Weiterentwicklung der Versorgung erneut zusammenführen sollen. Wir freuen uns auf eine ebenso ernsthafte wie rege Diskussion.

Karl-Heinz Schönbach