

Flexibel, evidenzbasiert, zielorientiert – Zur Gestaltung einer modernen ambulanten Vergütung

TORSTEN FÜRSTENBERG,
JENS WEßLING

Dr. Torsten Fürstenberg ist
Abteilungsleiter Ambulante
Versorgung beim GKV-
Spitzenverband, Berlin

Dr. Jens Weßling ist Referent
in der Abteilung Ambulante
Versorgung beim GKV-
Spitzenverband, Berlin

Moderne Vergütungssysteme sollen durch gezielte Anreize dazu beitragen, die Interessen der Beteiligten zu harmonisieren und die Grundlage für eine Maximierung des Nutzens der Patienten und der Versichertengemeinschaft schaffen. Dazu bedarf es neben eines austarierten Einsatzes verschiedener Vergütungselemente auch eines regelmäßigen Evaluationsprozesses, auf dessen Basis das Vergütungssystem flexibel u.a. an gesundheitspolitische, technische und medizinische Veränderungen angepasst werden kann, um die Versorgung weiter zu verbessern.

1. Einleitung

Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland befindet sich auf einem der höchsten medizinischen Niveaus weltweit. Zum Erhalt der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems bedarf es flexibler Anpassungen an die sich schnell verändernden Rahmenbedingungen. In sozialen Vollversicherungssystemen werden regulatorische Eingriffe notwendig, um die Interessen der beteiligten Akteure in Einklang zu bringen.

Wesentliche Stellung nimmt dabei die Vergütung ärztlicher Leistungen ein. Dabei geht es nicht darum einer Ökonomisierung der Medizin Vorschub zu leisten, vielmehr dienen kluge und moderne Vergütungssysteme dazu, Ressourcen möglichst dort einzusetzen, wo sie den größten Nutzen für die Versicherten stiften. Vergütungssysteme sollen eine steuernde Wirkung entfalten und verschiedene Interessen miteinander bestmöglich in Einklang bringen, um Versorgungsziele zu erreichen und Defizite auf empirischer Basis abzubauen.

2. Zielrahmen eines modernen Vergütungssystems

Ein gutes Vergütungssystem sollte am Patientenwohl ausgerichtet sein, die Interessen der Versichertengemeinschaft berücksichtigen sowie den Ärzten eine faire Entlohnung ermöglichen. Hinsichtlich einer optimalen Versorgung ist der Nutzen der Patienten und Versicherten, unter Berücksichtigung der Kosten, zu maximieren. Zur Erreichung dieser primären Ziele sollte das Vergütungssystem entsprechende Anreize zur Verbesserung der Versorgung setzen sowie eine Verteilungsfunktion der knappen Ressourcen übernehmen (Breyer et al. 2013).

Ausrichtung am Patientenwohl

Kernaufgabe eines Gesundheitssystems ist die Behandlung erkrankter Personen. Damit stehen Patientinnen und Patienten naturgemäß im Zentrum. Ein effizientes und modernes Vergütungssystem muss daher darauf ausgerichtet sein, eine hohe

Qualität in der Versorgung zu fördern. In Bezug auf die Versorgungsqualität sind für den Patienten während einer Behandlung vor allem die Struktur- und Prozessqualität relevant. Nach einer Behandlung ist die Qualität des Ergebnisses sowie die Möglichkeit der weiteren Versorgung und Nachsorge ausschlaggebend. Diese Kriterien sollten in einem effizienten Vergütungssystem Berücksichtigung finden.

Darüber hinaus sollten auch medizinische Behandlungen, die dem Patienten nicht nutzen oder sogar schaden, vermieden werden. Bei unnötiger oder doppelter Diagnostik oder therapeutischen Eingriffen, die einen unmittelbaren gesundheitlichen Schaden beim Patienten verursachen, erschließt sich die Notwendigkeit zur Vermeidung selbstverständlich direkt.

Ein modernes Vergütungssystem muss darauf ausgerichtet sein, eine hohe Qualität in der Versorgung zu fördern.

Aber auch bei Untersuchungen, die den Patienten lediglich mittelbar schaden, ist es geboten, das Vergütungssystem derart auszugestalten, dass unnötige Untersuchungen und somit potenzieller Schaden und die Verschwendung von Ressourcen vermieden werden. Dazu sollten auch die Transparenz und Nachvollziehbarkeit von ärztlichen Behandlungen unterstützt werden. Patienten sollten wissen, welche Untersuchungen wozu dienen, wie die Aussichten auf Erfolg (oder Misserfolg) einer Behandlung sind, welche Alternativen sich bieten, welche Nebenwirkungen auftreten können und welche Kosten sie verursachen, um mit informierten Entscheidungen Einfluss auf den Behandlungsprozess nehmen zu können (vgl. SVR 2014; 2018).

Aufgrund des großen medizinischen Angebots, der freien Arztwahl und in Ermangelung einer flächendeckenden direkten Patientensteuerung sowie unzureichender öffentlich zugänglicher Informationen über Leistungsangebote und Qualität, sehen sich Patienten im Bedarfsfall mit einer Vielzahl von Auswahlmöglichkeiten konfrontiert: Hausarzt oder Facharzt? Bereitschaftsdienst oder Notaufnahme? Um die Patientenorientierung innerhalb des hochspezialisierten

und differenzierten Gesundheitswesens zu verbessern, kann das Vergütungssystem neben anderen Maßnahmen dazu beitragen, den Patienten effektiv durch das System zu leiten.

Berücksichtigung der Interessen der Versichertengemeinschaft

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland stellt durch die faktische Vollversicherung eine wichtige sozialpolitische Errungenschaft dar. Wesentliche Elemente hierbei sind die allgemeine Versicherungspflicht und der kollektivvertragliche Leistungsumfang. Da die Gesundheitsversorgung außerhalb eines echten Marktumfeldes stattfindet, müssen die kollektiven Interessen der Versichertengemeinschaft berücksichtigt und vertreten werden. Die nachhaltige Finanzierung und Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems wird gemeinhin als eine zentrale Präferenz der Versichertengemeinschaft angesehen. Ein Vergütungssystem sollte die knappen (und zwangsweise übertragenen) Ressourcen der Versichertengemeinschaft derart verteilen, dass ihrer Verwendung ein maximaler Nutzen für die Versicherten gegenübersteht. Die Definition und Bewertung des Nutzens eines medizinischen Eingriffs ist nicht trivial und benötigt nicht nur eine medizinische, sondern auch ethische Betrachtung. Versicherungssysteme bedienen sich daher eines Hilfskonstruktes: Den erkrankten Versicherten sollen alle medizinisch notwendigen und medizinisch sinnvollen Behandlungen zuteilwerden. Der Gesetzgeber formuliert diesen Grundsatz in § 12 SGB V Abs. 1 Satz 1 als: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.“ In diesem Kerninteresse der Versichertengemeinschaft finden sich auch Parallelen zu den individuellen Patienteninteressen.

Das Vergütungssystem muss den Interessen der Versichertengemeinschaft Rechnung tragen, indem sichergestellt ist, dass medizinisch notwendige Leistungen wirtschaftlich erbracht werden. Eine Verschwendung der knappen Ressourcen führt dazu, dass die nachhaltige Finanzierbarkeit nicht gewährleistet ist bzw. Ressourcen nicht dort eingesetzt

werden, wo sie den Nutzen der Versichertengemeinschaft maximieren.

Faire Entlohnung der Ärzte

Die Tätigkeit als freiberuflich niedergelassener Arzt setzt ein hohes Qualifikationsniveau voraus, welches eine lange Ausbildungszeit mit sich bringt. Ein hohes Maß an intrinsischer Motivation zur ärztlichen Tätigkeit ist daher eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Niederlassung. Darüber hinaus bringt der Arztberuf ein ebenso großes Maß an Verantwortung sowohl gegenüber Patienten als auch Mitarbeitern mit sich. So hat der Arzt nicht nur ein berechtigtes Interesse an einer wirtschaftlich erfolgreichen Praxisführung, vielmehr ist eine wirtschaftliche Praxisführung, trotz eines verhältnismäßig geringen unternehmerischen Risikos, als eine Verpflichtung gegenüber Mitarbeitern und Versicherten zu gewährleisten. Diese Aspekte müssen in einem modernen Vergütungssystem Berücksichtigung finden und es muss dafür Sorge getragen werden, dass die Abrechnungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsaspekten für eine faire und verantwortungsbewusste Vergütung ausreichen, um unabhängig von der Fachrichtung eine eigene Praxis wirtschaftlich und unter Einbeziehung der Interessen der Patienten und der Versichertengemeinschaft führen zu können. Dazu sollte das Vergütungssystem aufwandsgerechte Abrechnungsmöglichkeiten beinhalten und dazu beitragen, die intrinsische Motivation eines Arztes an einer guten Leistungserbringung durch das Setzen von Anreizen extrinsisch zu fördern. So lassen sich in einem optimalen System die intrinsische und die extrinsische Motivation harmonisieren. Dies setzt die Abwesenheit jeglicher verzerrender Fehlanreize voraus, welche dazu führen, dass die Interessen der Leistungserbringer nicht mit denen der Patienten oder der Versichertengemeinschaft in Einklang stehen.

Häufig sind die Interessen von Ärzten, Patienten und Versichertengemeinschaft bereits a priori gleichgerichtet, verfolgen doch alle Seiten das Ziel einer erfolgreichen Behandlung. Nicht zuletzt durch das Vergütungssystem selbst werden jedoch Anreize geschaffen, die dieser intrinsisch gleichgerichteten Motivation zuwiderlaufen. Solche Fehlanreize lassen

sich in einem sich schnell verändernden Umfeld nicht gänzlich ausschließen. Sie sollten jedoch bei jeder Anpassung des Systems, sei es durch Neuaufnahme von Leistungen, Anpassungen bestehender Leistungen oder Implementierung geänderter Versorgungsziele, berücksichtigt und möglichst minimiert werden. Ein gutes Vergütungssystem ist auch ein lernendes System, welches flexibel an veränderten Rahmenbedingungen ausgerichtet werden kann und in der Lage ist, bei entstandenen Interessenskonflikten einen Kompromiss durch gezielte Anreizsetzung herbeizuführen, welcher die Interessen aller Beteiligten wieder bestmöglich zusammenführt.

3. Elemente eines modernen Vergütungssystems

Ein modernes Vergütungssystem für den ambulanten Bereich erfordert den zielgerichteten Einsatz verschiedener Instrumente. Durch die Kombination dieser Instrumente lassen sich gezielte Anreize in der Versorgung setzen. Zudem bedarf es empirischer Grundlagen, auf deren Basis eine an der Versorgungsrealität orientierte Weiterentwicklung möglich ist.

Aufwandsgerechte Kalkulation

Eine aufwandsgerechte Kalkulation ist eine notwendige Bedingung einer an der Versorgungsrealität ausgerichteten Weiterentwicklung.

Um die Bewertungen der unterschiedlichen Leistungen kalkulieren zu können bedarf es unter anderem der Ermittlung der Sachkosten und der Personalkosten, die bei der Behandlung anfallen. Diese Daten sollten regelmäßig anhand empirischer Kostenstudien ermittelt und angepasst werden. Auch in Bezug auf den Zeitbedarf ärztlicher Leistungen sollten empirische Erhebungen durchgeführt werden. Der Trend zu zunehmender Delegation an nichtärztliches Personal sowie die Möglichkeit zur parallelen Leistungserbringung bei bestimmten Leistungen führt aktuell zu einer Überbewertung der im Vergütungssystem hinterlegten Annahmen über den ärztlichen Zeitaufwand. Das in den Leistungen enthaltene Delegationspotenzial könnte durch empirische Datengrundlagen genauer erfasst und in den Abrechnungspositionen abgebildet werden. Eine Anpassung an die tatsächlichen Zeitaufwände würde

die Aufwandsgerechtigkeit erhöhen und eine fairere Bewertung der verschiedenen Leistungen untereinander fördern. Zur empirischen Ermittlung der Sach- und Personalkosten sowie der Zeitbedarfe ist eine Kalkulationsstichprobe repräsentativer Praxen zu bilden, in denen der Ressourcenaufwand gemessen wird. Durch die Nutzung dieser empirischen Daten kann zum einen eine Anpassung an veränderte Kosten stattfinden, zum anderen bspw. ressourcensparender technischer Fortschritt abgebildet werden.

Durch empirische Sachkostenermittlung kann auch die Fixkostendegression adressiert werden. Bei Leistungen mit einem hohen Fixkostenanteil kommt es bei häufiger Erbringung zu steigenden Deckungsbeiträgen. Diese Leistungen sind damit häufig überbewertet und spiegeln nicht den tatsächlichen Aufwand wider. Eine Fixkostendegressionsanpassung ist nötig, um eine aufwandsgerechte Vergütung zu gewährleisten und einer systematischen Überbewertung technischer Leistungen auf Kosten von Leistungen mit geringem technischen Einsatz entgegenzuwirken.

Anreizkompatible Konstruktion

Im Bereich der GKV geht man den Weg der Kombination verschiedener Vergütungselemente. Einzelleistungsvergütungssysteme sind geprägt von Fehlreizen, die eine Mengenausweitung über das gewünschte, medizinisch indizierte Volumen hinaus begünstigen. Pauschale Vergütungselemente haben demgegenüber eher eine Verknappung der Leistungen zur Folge. Die Kombination von pauschalen Elementen, Einzelleistungsvergütungen und erfolgsabhängigen Vergütungsbestandteilen erlaubt jedoch die Konstruktion einer zielgerichteten Anreizstruktur. Auf diesem Wege sollte es ein modernes System ermöglichen, auf bekanntgewordene Versorgungsdefizite gezielt zu reagieren oder neue Versorgungsziele durch Schaffung einer entsprechenden Anreizstruktur zu fördern.

So können in quartalsbezogenen Versichertenpauschalen viele Leistungen in einer Abrechnungsposition zusammengefasst werden. Dadurch wird zum einen mischkalkulatorisch sichergestellt, dass alle notwendigen Untersuchungen vergütet werden, zum anderen werden Anreize

gesetzt, keine unnötigen Untersuchungen durchzuführen. Die Idee ist analog zu anderen pauschalierenden Systemen, wie dem DRG-System in der stationären Versorgung. Der Einsatz von pauschalen Vergütungsbestandteilen sollte in einem modernen Vergütungssystem insbesondere dort ausgebaut werden, wo ein ressourcenschonender Umgang als sinnvoll erachtet wird und die Gefahr einer Überbehandlung besteht. Eine Morbiditätsorientierung lässt sich dadurch erreichen, dass für morbiditätsbedingte Zusatzaufwände Pauschalen gebildet werden. Im Gegensatz zur stationären Versorgung

Ein modernes Vergütungssystem ist ein lernendes System, welches flexibel an veränderten Rahmenbedingungen ausgerichtet werden kann.

lassen sich Fälle im ambulanten Bereich nicht klar abgrenzen, was indikationsbezogene Pauschalen ungeeignet erscheinen lässt. Zudem sind häufig verschiedene Arztgruppen an der Behandlung eines Patienten beteiligt, die verschiedene Aufwände haben und nicht organisatorisch miteinander verbunden sind. Die Abbildung dieser heterogenen Struktur in indikationsbezogenen, arztübergreifenden Pauschalen ist nicht praktikabel und führt zu Abgrenzungsproblemen und Verzerrungen der Anreizstrukturen. Die morbiditätsorientierten Zusatzpauschalen sollten daher arztbezogen abrechenbar sein.

Neben den pauschalen Vergütungsbestandteilen lassen sich für Leistungen, die seltener erbracht werden oder welche man in besonderem Maße fördern möchte, zusätzliche Einzelleistungsvergütungen in das System implementieren.

Zielorientierte extrabudgetäre Vergütung

Je nach Versorgungsziel können in der ambulanten Versorgung einzelne Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) oder der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV) zugeordnet werden. Die MGV hat sich seit ihrer Einführung zur Mengensteuerung bewährt. Die Abstufung der Punktwerte oberhalb von Regelleistungsvo-

lumina verringert die Attraktivität der Leistungsmengenausweitung über das medizinisch notwendige Maß hinaus.

Neben der MGV übernimmt auch die EGV eine steuernde Funktion in der ambulanten Versorgung. Mit heutigem Stand werden gut ein Drittel aller ambulanten Leistungen über die EGV vergütet. In diesem abgegrenzten Bereich werden damit die Anreize eines Einzelleistungsvergütungssystems gesetzt. Es lassen sich so besonders förderungswürdige ärztliche Leistungen gezielt incentivieren. Früherkennungsuntersuchungen haben beispielsweise gleichermaßen einen Nutzen für die Versichertengemeinschaft als auch für die einzelnen Patienten und werden als besonders förderungswürdig angesehen. Aus den bereits eingangs kurz beschriebenen Fehlanreizen von Einzelleistungsvergütungen ergibt sich für den Bereich der EGV eine besonde-

Ein modernes Vergütungssystem sollte die Kombination von pauschalierenden Elementen, Einzelleistungsvergütungen und erfolgsabhängigen Elementen ermöglichen.

re Verantwortung. Nur Leistungen, bei denen eine Leistungsausweitung tatsächlich von der Versichertengemeinschaft erwünscht und für Patienten nützlich ist, sollten in der EGV vergütet werden. Leistungen, deren Förderungswürdigkeit weniger eindeutig ist, sollten nicht in der EGV vergütet werden. Für solche Leistungen sollten Zuschläge zu Abrechnungspositionen innerhalb der MGV gewählt werden, durch die eine gezielte Förderung einzelner Leistungen gewährleistet werden kann, ohne die Fehlanreize einer reinen Einzelleistungsvergütung zu implementieren.

Erfolgsabhängige Vergütungselemente

Die Messung eines arztbezogenen Behandlungserfolges ist in der ambulanten Versorgung schwierig. Häufig sind mehrere Ärzte in der Behandlung eines Patienten zur selben oder verschiedenen

Indikationen involviert; Ergebnisse sind in hohem Maße vom Patienten abhängig und Komorbiditäten machen eine direkte Messung der Ergebnisqualität häufig nicht möglich. Dennoch könnten Qualitätsanreize gesetzt werden. Bereits heute gelten für den Großteil der ärztlichen Leistungen Qualitätsvorgaben, welche sich in Richtlinien des G-BA und insbesondere in bundesmantelvertraglichen Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V finden. In diesen Vereinbarungen werden Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert, deren Erfüllung ein Vertragsarzt nachweisen muss, um qualitätsgesicherte Leistungen zu Lasten der GKV abrechnen zu können. Diese Vorgaben, welche kein direktes Element des Vergütungssystems sind, sind geeignet, nicht-monetäre Anreize zu konstruieren. Die Veröffentlichung von Daten aus

der Qualitätssicherung würde beispielsweise Qualitätsanreize implementieren, welche die intrinsische Motivation an qualitativ hochwertiger Leistungserbringung unterstützen und in Einklang mit den Zielen aller Beteiligten stehen (vgl. Albrecht/Ochmann 2018). Zusätzlich ließe sich das System um Qualitätsindikatoren für einfach zu messende Behandlungsergebnisse erweitern, die Grundlage einer erfolgsabhängigen Vergütung sein können.

Eine impfquotenabhängige Vergütung der Kinderärzte wäre ein mögliches Beispiel zur Implementierung erfolgsabhängiger Vergütungselemente. Neben direkt messbaren Qualitätsindikatoren ließe sich auch eine leitliniengerechte Versorgung als ein Qualitätsziel finanziell fördern (FES 2013). Es würde damit nicht die Ergebnisqualität selbst gefördert, sondern eine Behandlung, die im Regelfall zu guten Ergebnissen führen sollte. Durch diese umfassende prozessbezogene Anreizsetzung lassen sich weitere Sekundärziele implementieren, wie die Förderung der Kooperation mit anderen Arztgruppen oder Sektoren oder die Koordination der Behandlung durch einen Hausarzt. Des Weiteren würden durch die Ausrichtung am Behandlungsprozess statt des Behandlungsergebnisses keine komplizierten Anpassungsmechanismen nötig, die die vom Arzt nur bedingt beeinflussbaren

Faktoren, wie etwaige Komorbiditäten oder die Compliance des Patienten, ex post nivellieren.

Die richtige Mischung

Ein modernes Vergütungssystem sollte demnach die Kombination von pauschalierenden Elementen, Einzelleistungsvergütungen und erfolgsabhängigen Elementen ermöglichen und je nach Versorgungsdefizit oder -ziel eine flexible Anpassung erlauben. Darüber hinaus sind auch nicht-monetäre Anreize ein vielversprechender Ansatz. Dabei sind die drei primären Ziele des Vergütungssystems, die Ausrichtung am Patientenwohl, die Berücksichtigung der Interessen der Versichertengemeinschaft sowie die faire Entlohnung der Ärzte möglichst gut in Einklang zu bringen. Durch eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Vergütungssystems werden Fehlanreize, die dem intrinsischen Interesse der beteiligten Ärzte sowie der Patienten an einer guten medizinischen Behandlung entgegenstehen, eliminiert und die Anreizstruktur somit auf das gemeinsame Ziel hin ausgerichtet.

4. Anpassungsoptionen eines moderneren Vergütungssystems

Wie vorgehend ausgeführt soll ein gutes Vergütungssystem verschiedene Funktionen erfüllen. Um eine stetige Verbesserung des Systems erreichen zu können, müssen die einzelnen Bestandteile flexibel einsetzbar und miteinander kombinierbar sein sowie stetig an die Versorgungsrealität angepasst werden.

Vor diesem Hintergrund könnte z. B. auch die stärkere Förderung der sprechenden Medizin innerhalb des Vergütungssystems erreicht werden. Bei technischen Leistungen, die durch einen hohen Fixkostenanteil charakterisiert sind und damit bei häufiger Erbringung steigende Deckungsbeiträge ermöglichen, bestehen deutliche Anreize zur Mengenausweitung, welche eine indirekte Schlechterstellung der sprechenden Medizin zur Folge hat, die weder im Sinne der Patienten noch im Sinne der Versichertengemeinschaft ist. Hier ist durch Berücksichtigung z. B. einer Fixkostendegression die entsprechende Anreizstruktur so zu setzen, dass Versorgungsziele optimal erreicht werden können.

Telemedizin/Digitalisierung

Durch die Digitalisierung im Gesundheitswesen bieten sich sowohl neue Möglichkeiten der Behandlung und Untersuchung von Patienten als auch administrative und organisatorische Neuerungen, welche die Versorgung verbessern und die Effizienz in Praxen erhöhen können.

Bei der Integration neuer telemedizinischer Leistungen ist darauf zu achten, dass die Chancen der Digitalisierung gefördert werden, ohne jedoch neue Fehlanreize zu schaffen, die beispielsweise dazu führen, dass die Zahl der Arzt-Patienten-Konsultationen bzw. der Behandlungsfälle in Deutschland noch weiter steigt oder dass konventionelle Untersuchungen in medizinisch nicht vertretbarem Maße durch telemedizinische Untersuchungen substituiert werden.

Da die Telemedizin mit Blick auf die Sicherung der flächendeckenden Versorgung, die demografische und die technische Entwicklung viele Vorteile mit sich bringen kann, können in einer Übergangsphase über Technikzuschläge beispielsweise die angemessene technische Ausstattung gefördert werden oder eigene telemedizinische Abrechnungsmöglichkeiten in ein Vergütungssystem integriert werden. In diesen sind Grenzen des Einsatzes telemedizinischer Leistungen zu definieren, die beispielsweise die medizinische Notwendigkeit eines direkten Arzt-Patienten-Kontaktes abbilden.

Die administrativen und organisatorischen Neuerungen haben üblicherweise das Potenzial, die Arbeitsabläufe zu verbessern: durch vereinfachte digitale Ablage von Untersuchungsergebnissen, erweiterte Delegationsmöglichkeiten, den vereinfachten Austausch mit ärztlichen Kollegen oder die schnelle Erfassung der Krankengeschichte durch eine elektronische Patientenakte und der damit verbundenen Vermeidung von Doppeluntersuchungen. Durch diese Neuerungen vereinfacht sich die Koordination und Kooperation verschiedener Ärzte untereinander, beispielsweise durch die Möglichkeiten von Telekonsilen.

Auch in erfolgsabhängigen Vergütungsbestandteilen lassen sich Anreize zur Kooperation abbilden. Die Veränderungen durch die Digitalisierung können in einem gemeinsamen digitalen Gesamtkonzept zusammenfließen, um die Förderung der Telemedizin zielgerichtet zu

gestalten und die Anreizstruktur besser mit dem Gesamtsystem abstimmen zu können.

Ambulantisierung

Viele Eingriffe können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Nicht nur aus Gründen der Kosteneffektivität sollte demnach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ bei allen Behandlungen gefolgt werden, die ambulant mindestens in gleicher Qualität erbracht werden können wie stationär. Die Ambulantisierung hat neben der Substitution eine weitere Dimension, die in der Vermeidung stationärer Aufenthalte besteht (SVR 2018).

Innerhalb eines modernen Vergütungssystems sollte die Anpassung daten- und evidenzbasiert in einem kontinuierlich durchzuführenden Anpassungs- und Evaluationsprozess erfolgen.

In Bezug auf die Substitution stationärer durch ambulant zu erbringende Leistungen sollten sich einheitliche sektorenunabhängige Preise aufgrund einer höheren Kosteneffektivität an den Bewertungen im ambulanten Bereich orientieren. Krankenhäuser mit einer, auf die konkrete Leistung bezogen, ineffizienten Leistungserbringung haben so keinen Anreiz die Leistung anzubieten, bzw. den Anreiz, durch Schaffung effizienterer Strukturen die Leistung kostendeckend erbringen zu können.

Eine (auch nur vorübergehende) Erhöhung der im ambulanten Vergütungssystem hinterlegten Preise (vgl. SVR 2018) setzt Fehlanreize zur weiteren Leistungsausweitung in einem Bereich, der bereits von Mengeneffekten betroffen ist. Hierbei ist die Investitionskostenübernahme durch die Bundesländer für stationäre Einrichtungen, welche für niedergelassene Ärzte nicht existiert, zu berücksichtigen, um einen fairen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu ermöglichen (Nagel et al. 2017).

In Bezug auf die zweite Dimension der Ambulantisierung, die Vermeidung

stationärer Aufenthalte, können erfolgsabhängige Vergütungsbestandteile sowie praxisbezogene Veröffentlichung von Daten der Qualitätssicherung dazu beitragen, einen stärkeren Qualitätswettbewerb zu initiieren, wodurch sich mitunter die Versorgung chronisch Erkrankter weiter verbessern könnte und sich so weitere stationäre Aufenthalte vermeiden ließen.

Evidenzbasierte Anpassung

Die sich verändernden gesundheitspolitischen, technischen und medizinischen Gegebenheiten sowie die Entwicklung der Morbidität machen eine kontinuierliche Anpassung des Vergütungssystems

notwendig. Die Ausrichtung des Systems auf neue Versorgungsziele und an neuen Rahmenbedingungen kann nicht allein durch die Aufnahme neuer Leistungen oder die Zuordnung zur MGV oder EGV stattfinden. Innerhalb eines modernen Vergütungssystems sollte die Anpassung daten- und evidenzbasiert in einem kontinuierlich durchzuführenden Anpassungs- und Evaluationsprozess erfolgen.

Ein standardisierter Prozess der kontinuierlichen Evaluation der Wirkungen von Änderungen im Vergütungssystem, wie auch der Wirkung des Gesamtsystems, sollte die Grundlage für eine zielorientierte Weiterentwicklung des Vergütungssystems bilden. Auf diesem Wege können Versorgungsdefizite in Gänze betrachtet werden und Fehlanreize durch Umstrukturierung im Gesamtkontext des Vergütungssystems adressiert werden.

Entgegen historisch bedingter Fortschreibung der Leistungen, welche in einigen Fällen eine empirische Legitimation vermissen lässt, könnten auf Grundlage empirischer Evidenz die Bedarfsgerechtigkeit und die Anreizkompatibilität bei der Weiterentwicklung eines modernen Vergütungssystems in den Vordergrund rücken.

5. Schlussbemerkungen

Das derzeitige System der ambulanten ärztlichen Vergütung steht in dem Ruf, komplex und unübersichtlich zu sein. Durch die Kombination verschiedener Vergütungselemente können jedoch

gleichgerichtete Anreize erreicht werden, die dem gemeinsamen Versorgungsziel gerecht werden und verzerrende Fehlansätze vermeiden.

Für die einzelne Ärztin und den einzelnen Arzt spielt das kompliziert wirkende Geflecht aus Leistungen und Abrechnungsbestimmungen eine untergeordnete Rolle: Üblicherweise hat die Ärzteschaft u.a. aufgrund der zunehmenden Spezialisierung im Tagesgeschäft lediglich einige wenige Abrechnungspositionen zu berücksichtigen, deren Zusammenwirken und Abrechenbarkeit überschaubar ist. Die Vogelperspektive ist lediglich für die Konstruktion des Systems relevant und somit von den Selbstverwaltungspartnern und der Wissenschaft einzunehmen, um die richtige Kombination aus Pauschalen und Einzelleistungsvergütungen zu finden, welche dazu beiträgt, verschiedene Interessen in Einklang zu bringen.

Die aus den Kombinationsmöglichkeiten erwachsende Flexibilität ist für ein modernes Vergütungssystem von großer Bedeutung: Auf Versorgungsdefizite kann zielgerichtet reagiert werden, neue Technologien und gesundheitspolitische Entwicklungen können abgebildet werden, förderungswürdige Versorgungsziele implementiert und adjustiert werden.

In der ambulanten Versorgung sind verschiedene Ärzte aus verschiedenen Fachrichtungen in unterschiedlichen Einrichtungen an der Behandlung eines Patienten zu einer oder mehreren Indikationen beteiligt. Anders als im Krankenhaus, in dem die Einrichtung als Ganzes eine gut abzugrenzende fallbezogene Behandlungsleistung erbringt und abrechnet, fehlen im ambulanten Bereich häufig klare Endpunkte einer Behandlung und eine enge organisatorische Verbindung der beteiligten Leistungserbringer. Diese unterschiedlichen Voraussetzungen bedingen eine arztgruppenspezifische Kalkulation aufwandsgerechter Vergütung. Eine Morbiditätsorientierung schließt dies jedoch nicht aus. Dazu können Zusatzpauschalen genutzt werden, welche morbiditätsbedingte Aufwände abbilden.

Um eine Weiterentwicklung des Vergütungssystems zu ermöglichen, ist es erforderlich die Kalkulationsgrundlagen neu zu definieren und insbesondere in Form eines kontinuierlichen Evaluationsprozesses Datengrundlagen für die Ausrichtung auf erwünschte Versor-

gungsziele zu schaffen. Mit Hilfe einer verlässlichen empirischen Evidenz lässt sich das System durch den flexiblen Einsatz der Vergütungselemente zielorientiert an der Versorgungsrealität ausrichten. Dadurch wird das System der grundlegenden Intention eines modernen Vergütungssystems gerechter, indem die Kalkulation den Patienten ins Zentrum aller Überlegungen stellt. Die Harmonisierung der Interessen durch die weitgehende Abwesenheit von Fehlansätzen dient dem Erhalt und Ausbau einer nachhaltig finanzierbaren und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung im ambulanten Bereich. ■

Literatur

- Albrecht, M., Ochmann, R. 2018:** Public Reporting in der ambulanten ärztlichen Versorgung Internationale Erfahrungen mit Maßnahmen zur Erhöhung der Qualitätstransparenz und Implikationen für Deutschland, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Bormann, R., Engelmann, D., Fiedler, E., Gaß, G., Hermann, C., Jacobs, K., Knieps, F., Lang, A., Reiners H., Schmidt, S., Schönbach, K.-H., Schütz, J., van Treeck, B. Walendzik, A. Walzik, E. Weisbrod-Frey, H., Weller, M. 2013:** Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, Positionspapier im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn
- Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. 2013,** Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Springer Gabler, Berlin.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) 2013:** Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung, Berlin
- Nagel, E., Neukirch, B., Schmid, A., Schulte, G. 2017:** Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland, Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2014:** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Bundestagsdrucksache 18/1940
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2018:** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Gutachten 2018, Bundestagsdrucksache 19/3180



Lokale generische Strukturen der Sozialraumbildung

§ 20h SGB V und § 45d SGB XI im Kontext kommunaler Daseinsvorsorge

Von Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt

2018, 87 S., brosch., 24,- €

ISBN 978-3-8487-5229-4

eISBN 978-3-8452-9409-4

(Studien zum sozialen Dasein der Person, Bd. 29)

nomos-shop.de/39616

Soziale Kranken- und Pflegeversicherungen müssen sich als Partner kommunaler Daseinsvorsorge verstehen lernen. Es geht um die subjektive Akzeptanz einer objektiven Pflicht: zu investieren in lokale Strukturen der Sozialraumbildung, um dazu beizutragen, die Menschen zur teilhabenden Selbstbestimmung zu befähigen. Dies wird im Lichte der Vulnerabilität des homo patiens im Lichte des Verfassungs- und Sozialrechts begründet.

 Nomos
eLibrary



Nomos