

Die Weiterentwicklung der Vergütung der ambulanten ärztlichen Versorgung

von Anke Walendzik¹ und Jürgen Wasem²

ABSTRACT

Die ambulante ärztliche Versorgung als zentrales Element der gesamten medizinischen Versorgung ist vielfach entscheidend im Sinne einer Weichenstellung für oder gegen eine koordinierte sektorenübergreifende Behandlung von Patienten. Ein wesentlicher Ansatzpunkt zur Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung stellt das Vergütungssystem in seinen Anreizwirkungen dar. Die aktuelle Vielfalt der ambulanten Vergütungssysteme wirkt nicht in Richtung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung. Der Artikel diskutiert als Alternative ein gemeinsames Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare ärztliche Leistungen für Leistungserbringer aus allen Sektoren. Hierbei werden der Leistungsrahmen, der Mix der verwendeten Vergütungsformen, die Art der Kalkulation der Gebührenordnungspositionen, die Vergütungsadressaten, die Fragen der Budgetierung und des Zugangs zu Innovationen untersucht.

Schlüsselwörter: ärztliche Versorgung, ambulante ärztliche Versorgung, sektorenübergreifende Versorgung

Outpatient medical care is of prime importance within the system of health care delivery. What happens there is likely to set the course for or against coordinated care across sectors. An effective lever to control care delivery is the remuneration system and the incentives it sets. At present there are many and diverse remuneration systems. This makes it extremely difficult to achieve needs-oriented and economic delivery of care. This article discusses an alternative to the present situation: a common remuneration system for all service deliverers. It does not only cover all outpatient services, but also services, which can in principle be turned into outpatient services. Questions of the needed performance framework, combination of reimbursement schemes, method of calculating fee schedule items, included care deliverers, access to innovation, and possible budget caps are addressed.

Keywords: physician remuneration, outpatient medical care

1 Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Gesundheitssystem

Die ambulante ärztliche Versorgung ist in vielfacher Hinsicht zentral für das gesamte gesundheitliche Versorgungssystem. So machen ambulante ärztliche Leistungen etwa 17,4 Prozent der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus (GKV-Spitzenverband 2019). Der medizinische Fortschritt hat ermöglicht, im Laufe der Zeit immer mehr ärztliche Leis-

tungen ambulant, das heißt ohne Krankenhausaufenthalt, zu erbringen. Gleichzeitig haben sich die unterschiedlichsten ambulanten Versorgungsformen seitens des Krankenhauses entwickelt (Leber und Wasem 2016).

Ein großer Teil der Inanspruchnahme in weiteren Sektoren kommt außerdem auf Überweisung aus dem ambulanten Bereich zustande, sodass dieser auch als Schaltstelle der medizinischen Versorgung gesehen werden kann. Dies ist umso wichtiger, als im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung auch vielfach die Bedingungen dafür gesetzt werden, ob

¹ Dr. rer. medic. Anke Walendzik, Universität Duisburg-Essen · Campus Essen · Fakultät für Wirtschaftswissenschaften · Thea-Leymann-Str. 9 · 45127 Essen
Telefon: 0201 1834545 · E-Mail: anke.walendzik@medman.uni-due.de

² Prof. Dr. Jürgen Wasem, Universität Duisburg-Essen · Campus Essen · Fakultät für Wirtschaftswissenschaften · Thea-Leymann-Straße 9 · 45127 Essen
Telefon: 0201 1834283 · E-Mail: juergen.wasem@uni-due.de

und wie intensiv der Patient überhaupt weitere Leistungen in Anspruch nehmen muss. Besonders deutlich wird das in der Diskussion um die ambulant-sensitiven Leistungen, das heißt beim Ansatz der Identifizierung von Krankenhausfällen, die durch rechtzeitige ambulante Interventionen vermeidbar gewesen wären (*Faisst und Sundmacher 2015*). Das Problem fehlender Informationsübermittlung und Koordination an den Sektorengrenzen des Gesundheitssystems kann ebenfalls zu großen Anteilen von hier aus adressiert werden.

Eine angemessene Steuerung des ambulanten Sektors ist insofern zentral. Wesentlichen Anteil an einer solchen Steuerung hat das Vergütungssystem mit seinen Anreizsetzungen. Im Folgenden soll deshalb zunächst – soweit für die hier zu behandelnde Thematik erforderlich – ein kurzer Überblick über die derzeitigen Vergütungssysteme in der ambulanten Versorgung gegeben werden. Darauf aufbauend stellen die Autoren in ihren Augen wesentliche Reformaspekte vor.

2 Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung im Status quo

Kernstück der ambulanten ärztlichen Leistungserbringung im GKV-System ist die kollektivvertraglich regulierte ambulante ärztliche Versorgung, mehrheitlich durch niedergelassene Vertragsärzte. Entsprechend ist das ambulante ärztliche Vergütungssystem korporativ geregelt. Es handelt sich um ein zweistufiges Vergütungssystem, das Pauschalierungen mit Einzelleistungsvergütung kombiniert. Die Pauschalierung auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) führt dabei zu Budgetierungen der Vergütung. Neben dem vertragsärztlichen Vergütungssystem hat der Gesetzgeber im Laufe der Jahre jedoch – gerade an der Grenze zum stationären Sektor – andere Versorgungsformen teilweise mit eigenen Vergütungssystemen installiert, die jeweils verschiedene Vergütungsformen nutzen. Einen Überblick über diese Versorgungsformen gibt Tabelle 1.

Die unterschiedlichen ambulanten Versorgungsformen unterscheiden sich nicht allein durch die Vergütungssysteme, sondern zusätzlich durch abweichende Regelungen im Rahmen der Bedarfs- und Kapazitätsplanung, der Qualitätssicherung und des Zugangs zu Innovationen.

Eine Alternative zum Kollektivsystem stellen außerdem Selektivverträge mit einzelnen beziehungsweise Gruppen von Leistungserbringern dar, die einzelnen Krankenkassen ermöglichen, neue Versorgungsformen und auch Vergütungsansätze zu implementieren. Der hier vorgelegte Artikel konzentriert sich allerdings wesentlich auf die Vergütungsgestaltung des Kollektivsystems.

Außerhalb des GKV-Systems gilt für Patienten der privaten Krankenversicherung (PKV) weiterhin das auf Einzelleistungsvergütung beruhende System der Gebührenordnung für Ärzte mit im Schnitt deutlich höherer Vergütung. Anreize aus dem dualen System von GKV und PKV sind jedoch ebenfalls nicht Thema dieses Artikels.

3 Anreizprobleme im Status quo

Grundsätzlich folgen die Anreize aus den beschriebenen vielfältigen Vergütungssystemen im Verhältnis zueinander nicht systematisch Qualitäts- oder Bedarfskriterien, sondern entstehen durch ein zufälliges Ergebnis der Verhältnisse historisch entstandener Vergütungsformen und -höhen zueinander (*Walendzik und Wasem 2019*). Dabei fehlen insbesondere weitgehend Anreize zu besserer Vernetzung der Behandlung und sektorenübergreifender medizinischer Versorgung. Leistungen werden möglichst, sofern für den konkreten Leistungserbringer wie zum Beispiel das Krankenhaus wählbar, dort erbracht, wo sie höher vergütet werden.

Nur in seltenen Fällen, wie zum Beispiel im Falle des relativ neuen Zuschlags für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) (*Bewertungsausschuss 2016*), werden Koordinationsleistungen explizit vergütet. Aus dem Vergütungssystem heraus sind außerdem wenig Anreize zur Unterstützung der Tendenz zu Netzwerkbildung, zu größeren Praxen und zur Angestelltentätigkeit festzustellen; und auch eine verstärkte Einbeziehung nicht ärztlicher Berufe, im Ausland teilweise als Lösungsansatz demografischer Herausforderungen praktiziert, wird nur relativ schwach unterstützt.

Unterschiedliche Formen und Höhen von Vergütungen für die gleiche Leistung innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung im GKV-System regen die Auswahl der Versorgungsform nach Vergütungsniveau statt nach Wirtschaftlichkeit an. Ein Effizienzwettbewerb findet nicht beziehungsweise nur verzerrt statt.

Qualitätssicherungselemente sind vorwiegend auf die Strukturqualität und nur zu geringen Anteilen auf die Prozessqualität bezogen. Generell besteht keine Bindung der Vergütungsregelungen an eine leitliniengerechte Versorgung. Dazu kommt die bislang weitgehend fehlende Harmonisierung der Qualitätssicherung zwischen Leistungserbringern des ambulanten und des stationären Sektors.

In Hinblick auf die verschiedenen Vergütungssysteme innerhalb der ambulanten Leistungserbringung für GKV-Patienten erscheint es nicht begründet, dass die Leistungsumfänge alternativ dem Verbots- oder dem Erlaubnisvorbehalt un-

TABELLE 1

Überblick über weitere ambulante Versorgungsformen im GKV-System

Versorgungsform	Rechtsgrundlage
1. Im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems (EBM) vergütete Leistungen	
Ambulantes Operieren	§ 115b SGB V
Geriatrische Institutsambulanzen	§ 118a SGB V
Ambulante Leistungen ermächtigter Krankenhausärzte	§ 116 SGB V
Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung	§ 116a SGB V
Ambulante Behandlung nach § 116b alt SGB V	§ 116b alt SGB V
2. Auf Basis eigener Vergütungsregelungen vergütete Leistungen	
Spezialfachärztliche Versorgung	§ 116b SGB V
Hochschulambulanzen	§ 117 SGB V
Psychiatrische Institutsambulanzen	§ 118 SGB V
Sozialpädiatrische Zentren	§ 119 SGB V
Pädiatrische Spezialambulanzen	§ 120 Abs. 1a SGB V
Medizinische Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung	§ 119c SGB V
Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus	§ 115a SGB V
Notfallambulanzen/Portalpraxen	§ 75 Abs. 1b SGB V
Disease-Management-Programme (DMP)	§ 137f SGB V
3. Auf Basis der Vergütungssysteme stationärer Versorgungsformen	
Teilstationäre Behandlung ¹	§ 39 SGB V
Ein-Tages-Fälle ²	§ 39 SGB V
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	§ 115d SGB V

¹ Hier handelt es sich formal nicht um eine ambulante Versorgungsform, jedoch gegebenenfalls um eine alternative Abrechnungsform für ambulant erbringbare Leistungen.

² Auch hier handelt es sich formal nicht um eine ambulante Versorgungsform.

terliegen – je nach Versorgungssektor, nicht aber der Qualifikation des Leistungserbringers.

Anders als im System der Diagnosis Related Groups (DRG) beruht die Leistungsbewertung der weitaus meisten ambulanten Vergütungsformen auf normativen Kostenberechnungen und Verhandlungslösungen, nicht aber auf systematischen empirischen Erhebungen. So beruhen die Kostenannahmen

bei Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) im Standardbewertungssystem (STABS) des EBM auf Einzelerhebungen, Schätzungen und auch häufig auf normativen Setzungen im Rahmen des Verhandlungsprozesses im Bewertungsausschuss. Reformen wie die derzeit geplante EBM-Reform zielen auf hieraus entstehende Unwuchten nur in zeitlich unregelmäßigen Abständen und unterliegen selbst kompromisshaften Lösungsansätzen.

4 Reformansätze

Auch die Politik hat erkannt, dass der ambulante Vergütungsbereich einer grundlegenden kritischen Analyse und darauf aufbauender Reformen bedarf. In dem Zusammenhang ist sowohl die Konstituierung der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) mit Schwerpunkt auf den Vergütungsordnungen für das duale Krankenversicherungssystem als auch der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“ zu sehen.

Dieser Artikel soll mögliche Reformelemente für die ambulante Vergütung im GKV-System diskutieren, ohne diese jedoch zu komplexen Reformmodellen zu aggregieren. Dabei erscheint eine weitgehende Vereinheitlichung der Vergütungsregelungen und damit verbunden auch der Regelungen zur Kapazitätsplanung, Qualitätssicherung und zum Innovationszugang für die verschiedenen Leistungserbringergruppen als Gebot der Stunde, um die oben beschriebenen problematischen Anreizsituationen zu bereinigen. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass einzelne Versorgungsformen gezielt dazu angelegt sind, Zugangsprobleme in der kollektiven ambulanten Versorgung zu kompensieren und besondere Leistungsbedarfe zu erfüllen, so zum Beispiel die medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB).

Ein vereinheitlichtes Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen impliziert auch Veränderungen der Kapazitätsplanung und Qualitätssicherung, deren Ausgestaltung jedoch nicht Thema dieses Artikels ist. Es ist jedoch klar, dass Veränderungen des Vergütungssystems immer im Kontext der Gestaltung des Gesamtsystems vorzunehmen sind.

4.1 Leistungsrahmen eines vereinheitlichten Vergütungssystems für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen

Die erste Frage, die sich bezüglich einer Vereinheitlichung der Vergütungssysteme für ambulante und – angesichts fortschreitender Ambulantisierung auch ambulant erbringbare – Leistungen stellt, ist die Abgrenzung eines Leistungsbereichs, innerhalb dessen Leistungen für alle Leistungserbringertypen gleich vergütet werden. Bislang in Form von Modellprojekten realisierte und viel diskutierte Ansätze fokussieren auf den Bereich der sowohl ambulant als auch stationär erbringbaren Leistungen und vergüten gezielt entsprechende Leistungen, wie zum Beispiel das TK-Modellprojekt der Hybrid-DRG. Das darauf aufbauende mittelfristige Ziel kann eine reguläre gemeinsame Vergütung für diesen Leistungsbereich sein (Sleziona 2018). Es stellt sich jedoch die Frage, ob nicht – gerade auch angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts und der möglichen

Ambulantisierung weiterer medizinischer Leistungen – eine weitergehende Harmonisierung ambulanter und stationärer Vergütungssysteme anzustreben wäre (Herr et al. 2018). Besonders naheliegend erscheint die Einbeziehung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die ja auch eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen ambulanter und stationärer Leistungserbringer anstrebt. Vorstellbar wäre auch der Einbezug aller fachärztlichen Leistungen, ausgenommen des grundversorgenden fachärztlichen Leistungsbereichs.

Da im Zuge des medizinischen Fortschritts sich die Abgrenzung im Laufe der Zeit verändern kann, ist insofern ein Auftrag des Gesetzgebers zur erstmaligen Abgrenzung und insbesondere zur regelmäßigen Anpassung des Leistungsumfangs, für den ein einheitliches Vergütungssystem Anwendung finden soll, an den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) naheliegend.

Die Installierung eines neuen Leistungsbereichs impliziert immer die Möglichkeit der Entstehung zusätzlicher Schnittstellenprobleme. Insofern ist sorgfältig zu erwägen, inwieweit Vergütungsregelungen auch in den verbleibenden Vergütungssektoren angepasst werden sollten, sodass keine weiteren Hindernisse für integrierte Versorgungsprozesse entstehen.

4.2 Vergütungsformen

Verschiedene Vergütungsformen setzen jeweils an unterschiedlichen Tatbeständen der Auslösung für eine Vergütung ärztlicher Leistungen an und induzieren damit spezifische ökonomische Anreize für die Leistungserbringer (Chalkley und Malcolmson 2000; Christianson und Conrad 2011). Deren tatsächliche Reaktionsweise beziehungsweise die Stärke der ausgelösten Reaktion ist allerdings abhängig davon, inwieweit ihre ärztliche Tätigkeit durch finanzielle Nutzenerwägungen motiviert ist. Tabelle 2 zeigt im Überblick Anreizwirkungen typischer Vergütungsformen.

Da, wie aus der Tabelle ersichtlich, von keiner der einzelnen Vergütungsformen „ideale“ Anreizwirkungen hinsichtlich einer bedarfsgerechten Versorgung ausgehen, verwenden real existierende ärztliche Vergütungssysteme in der Regel eine Kombination unterschiedlicher Vergütungsformen. Dies wird auch von der gesundheitsökonomischen Theoriebildung kommandiert (Newhouse 1996). Zusätzlich ist zu beachten, dass bei vorrangiger Verwendung einer Vergütungsform deren konkrete Umsetzung so zu gestalten ist, dass die problematischen Anreizwirkungen möglichst minimiert werden. So ist bei der Wahl stärker pauschalierter Vergütungssysteme zu bedenken, dass die Pauschalen ausreichend differenziert kalkuliert sind, um Anreize zur Risikoselektion zu minimieren.

TABELLE 2

Vergütungsformen und ihre Anreizwirkungen

Vergütungsform	Funktionsprinzip	Anreizwirkung
Einzelleistungsvergütung	Vergütung einzeln definierter Leistungen, wie zum Beispiel eine Impfung oder Untersuchung	Maximierung der erbrachten Leistungen, kein Qualitätsanreiz
Fallpauschale	Pauschalierte Vergütung aller Leistungen für einen medizinisch (Diagnose) oder zeitlich abgegrenzten Fall	Maximierung der Fälle, Minimierung der pro Fall erbrachten Leistungen, kein Qualitätsanreiz, gegebenenfalls Anreiz zur Risikoselektion
Kopfpauschale	Vergütung „pro Kopf“ für einen für eine Periode eingeschriebenen Patienten	Maximierung der eingeschriebenen Patienten, Minimierung des Aufwands pro Patient, kein Qualitätsanreiz, gegebenenfalls Anreiz zur Risikoselektion
Gehalt	Vergütung nach Arbeitszeit	Minimierung des Aufwands, kein Qualitätsanreiz
Pay for Performance	Vergütung nach Qualitätsparametern der erbrachten Leistung	Qualitätsanreiz, gegebenenfalls Anreiz zur Risikoselektion und zur Vernachlässigung nicht incentivierter Qualitätsdimensionen

Quelle: nach Walendzik et al. 2013; Grafik: G+G Wissenschaft | 2019

Bei der Kalkulation von kostenorientierten Gebührenordnungspositionen stellt sich – unabhängig von der gewählten grundsätzlichen Vergütungsform – die Frage, wie mit fixen und sprungfixen Kostenanteilen umzugehen ist. Der Einbezug der Fixkosten in die kostenbasierte Kalkulation von Gebührenordnungspositionen führt, wenn eine höhere Menge an entsprechenden Leistungen oder Leistungskomplexen oder Fällen als in der Kalkulation erbracht wird, zu überproportionalen Mehrerlösen für die Leistungserbringer und somit zu ökonomischen Mengenanreizen. Diesem Effekt kann durch die Begrenzung der Erstattung der Fixkosten in der Gebührenordnung entgegengewirkt werden. Entsprechend beauftragt auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) den Bewertungsausschuss, Leistungen mit hohem technischen Leistungsanteil so festzulegen, dass die Punkte, die im EBM für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken.

Wird auf die Einzelleistungsvergütung als dominierendes Vergütungselement gesetzt, so könnte die Kombination mit konsequent umgesetzter Fixkostendegression dazu beitragen, die Anreize zur Leistungsausdehnung zu minimieren (Neumann et al. 2014). Die Gestaltung der Fixkostendegression ist einerseits möglichst praktikabel und wenig einzelheitlich umzusetzen, andererseits aber so, dass Gesprächsleistungen nicht systematisch benachteiligt werden. Abbildung 1 beschreibt ein mögliches Modell.

Da die positiven Auswirkungen von Elementen von Pay for Performance (P4P) nach wie vor nicht klar nachgewiesen sind, empfiehlt es sich, P4P nur dosiert und jeweils kombiniert mit einer Evaluation der Effekte einzusetzen.

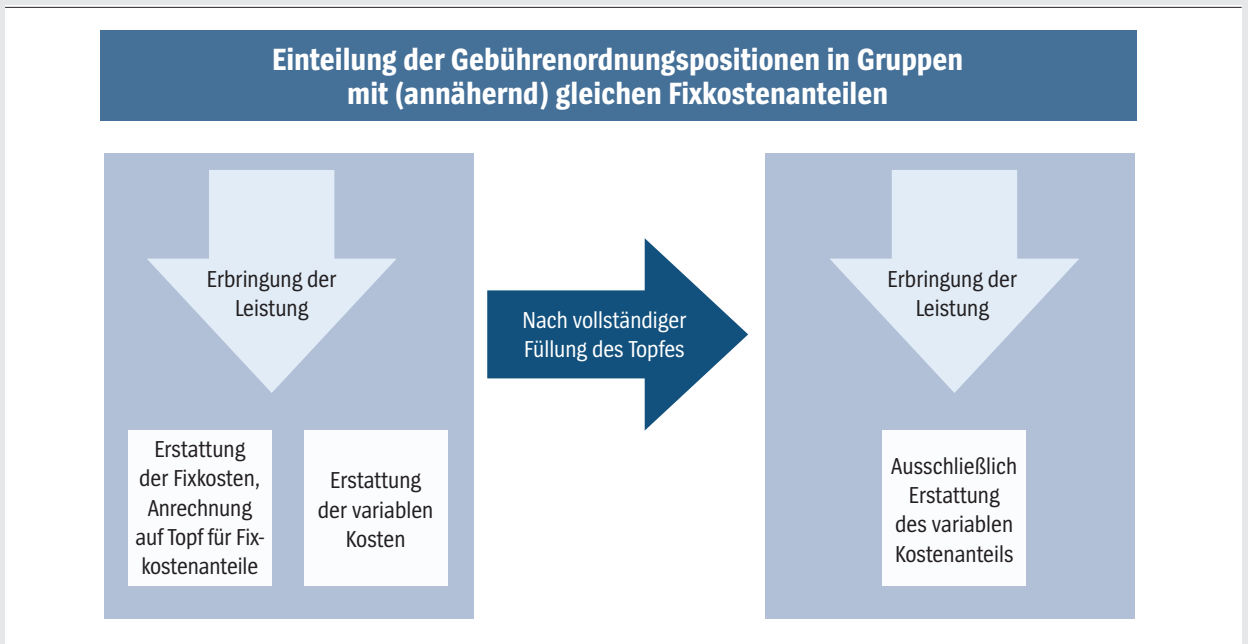
4.3 Kalkulation

Wie schon oben erwähnt, ist eine wesentliche Problematik des bisherigen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems die schwache empirische Basierung der Kalkulation. Ein neues gemeinsames Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen sollte insofern diese Schwäche überwinden. Ein gestärktes Vergütungsinstitut könnte hier die sektorenübergreifende Vergütung, basierend auf einem System empirisch ermittelter Kosten, gestalten. Es würde sich anbieten, hierzu die bisherigen Vergütungsinstitute der Sektoren, das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), zu fusionieren.

Für eine empirisch basierte Kalkulation müssten ambulante Kalkulationspraxen zusätzlich zu den bisherigen Kalkulationskrankenhäusern rekrutiert werden. Für die Kalkulation der GOP ist außerdem die Frage des jeweiligen Tarifgebers zu klären, die durch die unterschiedlichen Kostenstrukturen in den Sektoren noch gravierender als zwischen niedergelassenen Arztgruppen erscheint. Um eine stetige Entwicklung der GOP zu gewährleisten, sollten die Kostenstrukturen der we-

ABBILDUNG 1

Mögliches Modell der Umsetzung einer Fixkostendegression



In diesem Modell wird in Gruppen von Gebührenordnungspositionen mit (annähernd) gleichen Fixkostenanteilen jeweils ein Topf für eben diese Fixkostenanteile eingerichtet. Ist dieser voll, so werden ab dann nur noch die variablen Kostenanteile erstattet. Dies mindert den Anreiz zur Leistungsausweitung.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

sentlichen Leistungserbringergruppen in gleitenden Durchschnitten unterlegt und diese regelmäßig den Verhältnissen in der Leistungserbringung angepasst werden.

4.4 Budgetierung

Die Budgetierung der Vergütung als Instrument der Kostenbegrenzung und die daraus resultierende Honorarverteilung durch die KVen ist seit ihrer Einführung 1993 Gegenstand heftiger Kritik – insbesondere seitens der Ärzteschaft. Daran haben auch die morbiditätsbedingte Weiterentwicklung der Gesamtvergütung seit 2009 und der inzwischen beträchtliche Anteil extrabudgetärer Leistungen wenig geändert. Die Gesetzesänderungen des TSVG erhöhen noch einmal den Anteil extrabudgetärer Leistungen, zum Beispiel über die extrabudgetäre Vergütung der an neuen Patienten erbrachten Leistungen.

Inwiefern eine Budgetierung auch im Bereich der ambulanten und ambulant erbringbaren Leistungen grundsätzlich aufrechterhalten bleiben muss, hängt ab von der Anreizwirkung der gewählten Vergütungsformen und kann nur nach sorgfältiger Evaluation getroffen werden.

Bei Entscheidung für ein Weiterbestehen der Budgetierung, also letztlich für eine Form von Pauschalierung des ärztlichen Honorars auf einer Ebene oberhalb der eigentlichen Gebührenordnung, wären verschiedene Reformoptionen gegenüber der Gestaltung der bisherigen vertragsärztlichen Versorgung denkbar. Diese könnten sich sowohl auf die Ebene des Gesamtbudgets und seiner morbiditätsbedingten Verteilung zwischen den Regionen beziehen, wo die morbiditätsorientierte Angleichung der Budgets bisher wesentlich eklektisch erfolgte und systematischer angegangen werden könnte. Sinnvoll könnte es auch sein, die Honorarverteilung an Arztgruppen und einzelne Leistungserbringereinheiten morbiditätsorientiert vorzunehmen und damit dem Spiel der Kräfte der interessierten ärztlichen Gruppen zu entziehen (Walenzik 2011; Walenzik und Lungen 2018).

4.5 Zugang zu Innovationen

Die Möglichkeit der Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist bisher mit wenigen Ausnahmen vom Sektor der Leistungserbringung abhängig. Sachgerechter erscheinen Lösungen, die diese Kompetenz an strukturelle Voraussetzungen binden (Walenzik et al. 2019). Auch

unter den Bedingungen eines Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren erscheint es wenig sinnvoll, die Erlaubnis zur Erbringung und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an die ärztliche Sektorenzugehörigkeit zu knüpfen.

Die Geltung des Verbots- statt des Erlaubnisvorbehalts könnte stattdessen an vom GBA festzulegende Qualitätsvoraussetzungen insbesondere der Strukturqualität gebunden werden. Denkbare Voraussetzungen wären zum Beispiel einzeln oder in Kombination

- das Vorliegen einer persönlichen Weiterbildungsbefugnis in bestimmtem Umfang im Fachgebiet des Arztes,
- der Nachweis von Mindestmengen bei nachweisbarer Evidenzbasierung,
- die Anbindung an spezialisierte Netzwerke, Zentren, Mindestkooperationen etc. (Walendzik und Wasem 2019).

4.6 Anreize zu sektorenübergreifender Versorgung

Versteht man die ambulante ärztliche Versorgung als Schaltstelle der medizinischen Versorgung insgesamt, so kann es nicht ausreichen, einen neuen Sektor zu schaffen, innerhalb dessen die gleichen Bedingungen für unterschiedliche Leistungserbringertypen herrschen. Denn letztlich ist ein wesentliches Ziel auch eine bessere Koordinierung der Gesamtbehandlung.

Koordinierungsanreize sind auf verschiedenen Wegen gestaltbar. Einerseits ist es möglich, Koordinierungsarbeiten gezielt über die Vergütung zu fördern über entsprechende Einzelleistungsvergütungen. Andererseits ist aber auch zu überprüfen, inwiefern eine gezieltere Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringerguppen, sei es innerhalb eines Sektors oder sektorenübergreifend, durch Vergütungsmodelle mit einer veränderten Adressatenstruktur zu erreichen ist.

Hierbei ist zunächst die Vergütung in der spezialfachärztlichen Versorgung zu überdenken. Zwar setzt diese zum Beispiel im Bereich der Onkologie sektorenübergreifende Teams voraus, allerdings gibt es keine Vorgaben für die Art der Kooperation. Möglicherweise ließen sich hier Impulse setzen durch eine teamorientierte Vergütung statt einer Vergütung der einzelnen Leistungserbringereinheit. Denkbar wären solche teamorientierten Vergütungsansätze zum Beispiel auch bei der Vergütung der Behandlung chronischer Erkrankungen durch Behandler teams.

5 Ausblick

Die Einführung eines gemeinsamen Vergütungssystems für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen bedarf Entscheidungen über verschiedene Gestaltungselemente, deren Wirkweise nicht unabhängig voneinander zu sehen ist. So wird es unter anderem von der Kombination der Vergütungsformen abhängen, inwieweit eine Budgetierung mittelfristig vermieden werden kann. Die Dynamik der Leistungsreichsabgrenzung wird eine laufende Flexibilität der Anpassung der Vergütungsregelungen erfordern. Grundlegende Nebenbedingung eines Reformprozesses, der einen weiteren Vergütungssektor konzipiert, muss es sein, hier keine weiteren Schnittstellenprobleme zu erzeugen, die zu einer noch stärkeren Fragmentierung der Versorgung führen. Insofern sind erstens kooperationsfördernde Elemente in das Vergütungssystem einzubauen, zweitens ist aber auch die Frage zu stellen, welche Harmonisierungsschritte im verbleibenden vertragsärztlichen Vergütungssystem sinnvoll wären. Für welche Systemveränderungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung der Gesetzgeber sich auch entscheiden mag, wesentlich erscheint es, die Folgen sorgfältig zu evaluieren, um gegebenenfalls gezielte Feinadjustierungen vornehmen zu können.

Literatur

Bewertungsausschuss (2016): Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 376. Sitzung am 22. Juni 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016; institut-ba.de/ba/babeschluss/2016-06-22_ba376_7.pdf

Chalkley M, Malcolmson J (2000): Government Purchasing of Health Services. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Hrsg.): Handbook of Health Economics. Amsterdam: North Holland, 847–884

Christianson JB, Conrad, D (2011): Provider Payment and Incentives. In: Glied S, Smith PC (Hrsg.): The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford: Oxford University Press, 624–648

Faisst C, Sundmacher L (2015): Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Eine internationale Übersicht mit Schlussfolgerungen für einen deutschen Katalog. Das Gesundheitswesen, Vol. 77, No. 3, 168–177

GKV-Spitzenverband (2019): Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2018 in Prozent; gkv-spitzenverband.de → Über uns Presse → Zahlen und Graphiken → GKV-Kennzahlen

Herr D, Messerle R, Schreyögg J (2018): Status quo und gesundheitspolitischer Reformbedarf im ambulanten Vergütungssystem. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 72, Heft 4–5, 8–15

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.): Krankenhausreport 2016. Stuttgart: Schattauer

Neumann K et al. (2014): Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor. Prüfung der Machbarkeit. Berlin: IGES

Newhouse JP (1996): Policy Watch: Medicare. Journal of Economic Perspectives, Vol. 10, No. 3, 159–167

Sleziona M (2018): TK-Vergütungsmodell. Schneise im Dschungel. Interview mit T. Ballast, Vorstand TK. f&w: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 35, Heft 2, 160–162

Walendzik A (2011): Diagnoses-Based Risk Adjustment in the German Remuneration System for Outpatient Medical Care. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 190. Essen: Universität Duisburg-Essen

Walendzik A et al. (2013): Ambulante ärztliche Versorgung. In: Wasem J, Staudt S, Matusiewicz D (Hrsg.): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 309–340

Walendzik A, Lungen M (2018): Ökonomische Fundierung des Vergütungssystems oder Ökonomisierung der Medizin. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 72, Heft 4–5, 22–28

Walendzik, A, Noweski M, Pomorin N, Wasem J (2019): Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen. IBES-Diskussionsbeitrag Nr. 227, Essen, Mai 2019

Walendzik A, Wasem J (2019): Ärztliche Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen: Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme; bertelsmann-stiftung.de → Themen → Gesundheit → Publikationen

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 6. September 2019)

DIE AUTOREN



Frau Dr. rer. medic. Anke Walendzik,

Jahrgang 1956, studierte zunächst in Köln und Warschau und ist Volkswirtin sozialwissenschaftlicher Richtung. Sie arbeitete 22 Jahre bei der Bundesagentur für Arbeit. Ihre Promotion schrieb Walendzik an der Universität Duisburg-Essen. Dort leitet sie seit 2009 die Arbeitsgruppe Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung am Lehrstuhl für Medizinmanagement. Einer ihrer langjährigen Arbeitsschwerpunkte ist die ambulante ärztliche Vergütung. Außerdem beschäftigt sie sich vertieft mit Gesundheitssystemvergleichen, Arzneimittelpolitik und Finanzierungsfragen des Gesundheitssystems.



Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem,

Jahrgang 1959, ist seit 2003 Inhaber des Lehrstuhls für Medizinmanagement der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen. Er studierte Wirtschaftswissenschaften sowie Politikwissenschaft, promovierte an der Universität Köln und habilitierte an der Universität Bielefeld. Wasem bekleidete Professuren an der Ludwig-Maximilians-Universität in München (1997 bis 1999) und an der Universität Greifswald (1999 bis 2003). Von 2009 bis 2018 war er Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt.