

# Entwicklung einer ärztlichen Gebührenordnung zur Ambulantisierung der Versorgung für GKV-Versicherte

DOMINIK VON STILLFRIED,  
THOMAS CZIHAL

Dr. Dominik von Stillfried ist Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

Thomas Czihal ist stellvertretender Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin

**Die Politik will sich der begründeten Herausforderung stellen, die ärztliche Honorierung und die Vergütung der Krankenhäuser zu reformieren: Sie sollen bei sektorenübergreifender Betrachtung insgesamt bedarfsgerecht und fortschrittsorientiert werden. Die Zielsetzung erfordert, die in der Medizin ohnehin angelegte Ambulantisierung konsequent zu fördern. Wie eine solche Ausrichtung umgesetzt werden kann, wird nachstehend skizziert.**

## Die Herausforderung

Der Koalitionsvertrag sieht die Einberufung von zwei getrennten Kommissionen vor, die Vorschläge zu einer Reform der ärztlichen Vergütung vorlegen sollen.

Neben der ‚Wissenschaftler-Kommission‘ existiert die ‚Bund-Länder-Kommission‘. Erstere soll die vertragsärztliche Vergütung und die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durchleuchten und unter Berücksichtigung der unterschiedlichen tarif-, leistungs- und vertragsrechtlichen Systematik der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung Vorschläge für ein „modernes Vergütungssystem“ vorlegen, das „den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet“ (Zeilen 4585 – 4594). Letztere soll Vorschläge für nachhaltige Schritte hin zu einer wirklich sektorenübergreifenden Versorgung machen. Sämtliche Rahmenbedingungen in der stationären und in der ambulanten Versorgung, von der Bedarfsplanung über Zulassung, Honorierung, Kooperation der Gesundheitsberufe, Dokumentation und Kodierung sowie Qualitäts-

sicherung sollen so umgestaltet werden, dass sich die „Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten“ (Zeilen 4502-4513).

Es ist nicht einfach zu entscheiden, welcher Auftrag im Hinblick auf die Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung der weitergehende ist. In punkto Zielsetzung gleichen sich die Anforderungen. Die Reformziele, nämlich dass die Vergütung bedarfsgerecht sein und den medizinischen Fortschritt unterstützen bzw. abbilden soll, verdienen aus Sicht der vertragsärztlichen Versorgung volle Unterstützung. Sie umzusetzen bedarf allerdings eines nachhaltigen politischen Willens. Bereits mit dem GKV-WSG hat die Politik im Jahr 2007 eine Honorarreform mit vergleichbarer Zielsetzung angestoßen. Mehr als 10 Jahre später steckt die vertragsärztliche Versorgung noch immer in der unvollendeten Reform. 2009 sollten die versorgungsfremden Honorarbudgets abgelöst werden durch eine leistungsgerechte vertragsärztliche Gebührenordnung. Ausweislich der Gesetzesbegründung sollte die Höhe der ärztlichen Gesamt-

vergütung am Versorgungsbedarf aller Patienten ausgerichtet werden; jede Krankenkasse sollte die Kosten für die mit der Morbidität ihrer Versicherten verbundenen notwendigen Versorgung vollständig tragen. Alle nach den Bedarfsindikatoren notwendigen Leistungen sollten zu festen Preisen bezahlt und Leistungsverlagerungen aus der stationären Versorgung berücksichtigt werden. Das Vergütungssystem sollte bezüglich der Preisgestaltung und Mengendynamik ausschließlich an sachlichen Kriterien ausgerichtet sein.

### **Das Gutachten des SVR Gesundheit und der Koalitionsvertrag liefern Anlass, noch einmal über die notwendige Struktur und Dynamik der vertragsärztlichen Vergütung nachzudenken.**

Für eine Fortschreibung historischer Vergütungsbeträge jedenfalls wäre darin kein Platz gewesen. Der kontinuierliche Fortbestand einer Auszahlungsquote von deutlich unter 100% wirft jedoch die Frage auf, ob diese von den Ärzten erbrachten Leistungen sämtlich nicht notwendig oder die Messung des Versorgungsbedarfs fehlerbehaftet ist. Die Erwartung der Vertragsärzte, nämlich dass endlich eine nach dem Stand des medizinischen Fortschritts und der Risikostruktur der Bevölkerung angemessene Neuadjustierung der vertragsärztlichen Vergütung eingeleitet werde, wurde spätestens 2014 durch ein Urteil des Bundessozialgerichts<sup>1</sup> enttäuscht. Denn das BSG entzog sich der Frage der Bestimmung einer angemessenen Vergütungshöhe durch Zugrundelegung einer rechtlichen Fiktion, indem es urteilte, dass eine vom Gesetzgeber einmal beschlossene Übergangsregelung oder eine einmal getroffene Vereinbarung der Gesamtvertragspartner per definitionem angemessen und somit auch für künftige Vereinbarungen maßgeblich sei. Somit durften im Weiteren nur noch laufende Veränderungen der Bedarfskriterien berücksichtigt werden; eine erneute Bestimmung des Bedarfsniveaus wurde ausgeschlossen. Eine entsprechende Korrektur durch den Gesetzgeber erfolgte nicht, weshalb die im Jahr 2007 vom Gesetzgeber als nicht mehr angemessen

bewerteten Honorarbudgets bis heute regionale Unterschiede in der vertragsärztlichen Vergütung bestimmen. Aktuell fehlt jegliche Aufbruchsstimmung, der ‚Geist der Fortschreibung‘ hat sich wie Mehltau über alle Elemente des vertragsärztlichen Vergütungssystems gelegt.

Dabei liefern das jüngste Gutachten des Sachverständigenrats Gesundheit<sup>2</sup> und der Koalitionsvertrag durchaus Anlass, noch einmal neu über die notwendige Struktur und Dynamik der vertragsärztlichen Vergütung nachzu-

denken. Dies gilt insbesondere für das Themenfeld der Bundesländer-Kommission zur sektorenübergreifenden Versorgung. Hier besteht durch den notwendigen Strukturwandel in der stationären Versorgung und durch den medizinischen Fortschritt sichtbarer und spürbarer Handlungsbedarf. Der medizinisch-technische Fortschritt (z. B. in den Bereichen Anästhesie, minimalinvasive Chirurgie, Medizintechnik oder auch bei der pharmakologischen Therapie) ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung. In Verbindung mit dem demografischen Wandel und dem damit einhergehenden wachsenden medizinischen Versorgungsbedarf muss die ambulante Versorgung an Bedeutung gewinnen: Ein wachsender Anteil bislang stationär behandlungsbedürftiger Patienten benötigt diese Form der Versorgung zukünftig gar nicht mehr oder nur noch in einem deutlich reduzierten Umfang. Die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich vermag damit das Spannungsfeld einer steigenden Nachfrage nach medizinischer Versorgung bei volkswirtschaftlich gesehenen knappen finanziellen Mitteln zumindest teilweise zu mindern.<sup>3</sup>

Das Potenzial zur vermehrten Versorgung der Patienten in ambulanten Versorgungssettings wird als „Ambulantisierung“ beschrieben. Die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen vermag die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern und dürfte in der Regel auch den Präferenzen der Patienten entsprechen. Deswegen ist es von elementarer Bedeutung, dass durch die Vergütungssysteme innerhalb der GKV umfassende Anreize geschaffen werden, um dieses Ambulantisierungs-

potenzial zu heben. Neben den Zielen einer angemessenen und betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenordnung für medizinische Leistungen ist dies eine zentrale Herausforderung, um die Versorgung der GKV-Versicherten zukunftsfest gestalten zu können.

### **Eine Bestandsaufnahme**

Werden die heutigen Vergütungssysteme der GKV den beschriebenen Herausforderungen gerecht? Werden schon gezielt Anreize für eine Ambulantisierung der Versorgung gesetzt? Werden vergleichbare Leistungen in der GKV vergleichbar vergütet? Diese Fragen müssen derzeit mit einem klaren Nein beantwortet werden. Die Bestandsaufnahme lässt sich am geeignetsten mit einem Zitat von Hamburgs Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks aus dem Februar 2018 zusammenfassen: „Solange sich der Preis für gleiche Leistungen um ein bis zu Vierfaches unterscheidet, ist es nicht zu schaffen, dass sich die Versorgung allein am Bedarf orientiert.“ Wohlgermerkt: Das Zitat bezieht sich auf die Unterschiede innerhalb der GKV zwischen Arztpraxis und Klinik und nicht auf Unterschiede zwischen GKV und PKV.<sup>4</sup>

### **Unterschiede in der Preisentwicklung**

Von 2010 bis 2017 stieg der Nominallohnindex der Angestellten in Deutschland um knapp 19 Prozent. Der Tarifvertrag für leitende Oberärzte im Krankenhaus führte im selben Zeitraum zu einer Gehaltssteigerung von etwa 15 Prozent, wobei Sonderentgelte nicht eingerechnet sind. Auch der Bundesbasisfallwert der Krankenhäuser nahm um 15 Prozent zu. Dieser Wert bestimmt, welche Eurobeträge die Krankenkassen für die nach Schweregrad gegliederten Behandlungspauschalen (DRGs) an die Krankenhäuser zahlen müssen. Die Preise der ärztlichen Leistungen für gesetzlich

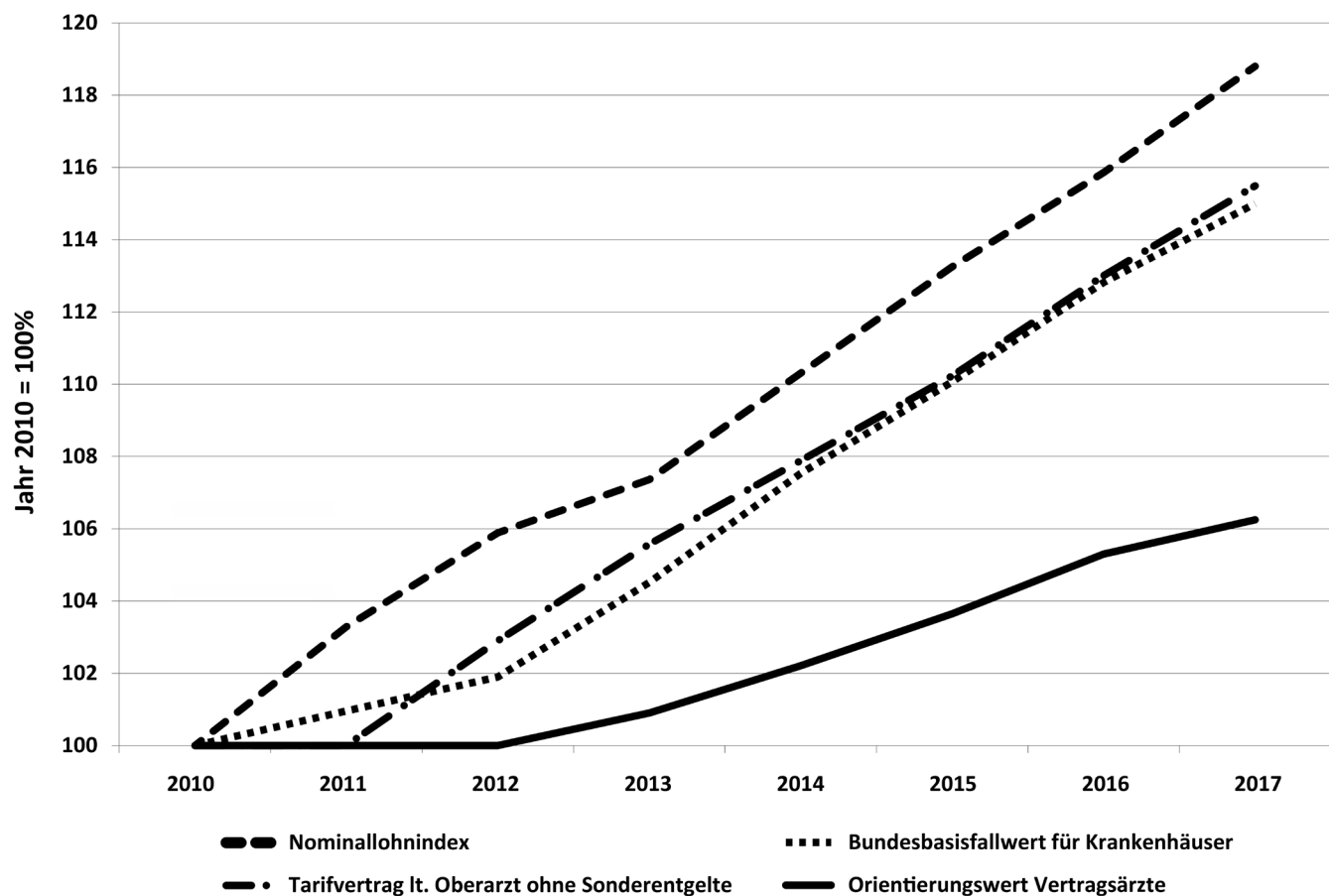
1 Bundessozialgericht, Urteil vom 13.08.2014 – B 6 KA 6/14 R -

2 Vgl. z.B. Abschnitt 6.3 in SVR Gesundheit (2018) Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Jahresgutachten

3 SVR-Sondergutachten Gutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung Abschnitt 6.1

4 <https://www.tagesspiegel.de/politik/bessere-patientenversorgung-spd-politikerin-stelltkassenarzt-budgets-in-frage/21013668.html>

Abbildung 1: Entwicklung des Orientierungswertes im Vergleich



Quelle: Eigene Berechnungen

Krankenversicherte basieren auf einer Punktzahlbewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Multipliziert mit dem bundeseinheitlichen Orientierungswert für die Vertragsärzte und Psychotherapeuten resultiert ein Eurobetrag. Die Entwicklung des Orientierungswerts bestimmt daher maßgeblich die Einnahmen der Praxen. Dieser Wert verzeichnete lediglich einen Zuwachs von rund 6 Prozent und lag damit deutlich unter den herangezogenen Vergleichswerten (Abbildung 1). Dies zeigt, dass eine einmalige Angleichung der Vergütungshöhen im ambulanten und stationären Bereich wohl kaum ausreichend wäre. Vielmehr müssten auch die unterschiedlichen Preisentwicklungen zukünftig aufeinander abgestimmt werden.

### Unterschiede in der Leistungsbewertung

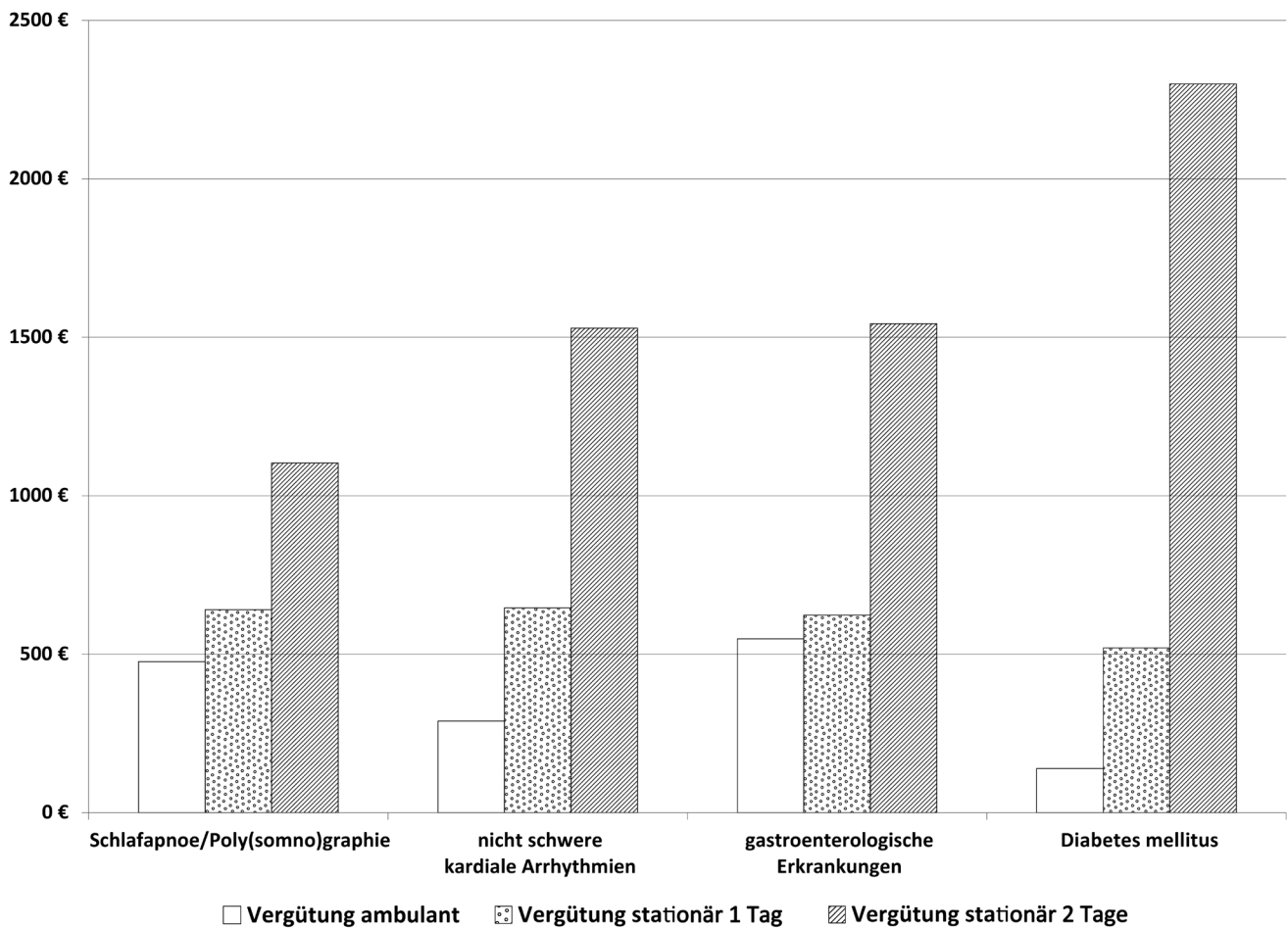
Das IGES-Institut hat im Auftrag des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) die Vergütungs-

unterschiede zwischen DRGs und EBM analysiert. Dafür wurden exemplarisch vier Behandlungsanlässe ausgewählt, deren Versorgung sowohl ambulant als auch stationär erfolgen kann. Konkret wurde die Vergütung in der Versorgung von Diabetes mellitus, nicht schwere kardiale Arrhythmien, Schlafapnoe/Polysomnographie und gastroenterologische Erkrankungen verglichen. Ergebnis: Durch eine kurzzeitige stationäre Aufnahme erhalten die Krankenhäuser eine deutlich höhere Vergütung für eine ambulant durchführbare Leistung (Abbildung 2).

Eine ambulante Diabetes mellitus-Behandlung wird mit 139 Euro vergütet. Darin sind einmalige Kosten für Patientenschulungen von etwa 100 Euro, die im Rahmen eines Disease-Management-Programms abgerechnet werden können, nicht enthalten. Die Diabetes-Behandlung im Krankenhaus kostet am ersten Tag 520 Euro und somit das 3,8fache. Werden Diabetes-Patienten einen weiteren Tag im Krankenhaus behandelt, schlägt dies mit 2.299 Euro zu Buche und

übertrifft damit die ambulante Behandlung um das 16,6fache. Die umfassende ambulante Behandlung von nicht schweren kardialen Arrhythmien wird im EBM mit 289 Euro vergütet. Der erste Behandlungstag im Krankenhaus kostet hingegen 646 Euro und somit das 2,2fache, und für einen zweiten Behandlungstag fallen 1.529 Euro an, dies entspricht dem 5,3fachen der ambulanten Vergütung. Ähnlich sieht es bei der Schlafapnoe/Polysomnographie und den gastroenterologischen Erkrankungen aus, die schon am ersten Behandlungstag im Krankenhaus um das 1,3fache (Schlaf) bzw. 1,1fache (Gastro) teurer sind als eine ambulante Behandlung. Bezieht man einen zweiten Behandlungstag im Krankenhaus in die Betrachtung mit ein, wachsen die Vergütungsunterschiede bei der Schlafapnoe um das 2,3fache und bei den gastroenterologischen Erkrankungen um das 2,8fache an. Das IGES-Gutachten zeigt damit in konkreten Euro-Beträgen, wie groß die Unterschiede tatsächlich sind und führt damit eindrucksvoll vor Augen,

Abbildung 2: Vergütungsunterschiede ambulant und stationär



Quelle: Eigene Berechnungen

wo echte Wirtschaftlichkeitspotenziale im Gesundheitswesen liegen. Diese Potenziale können nur gehoben werden, wenn die ambulante Leistungserbringung attraktiver gestaltet wird. Wenn jedoch – wie die Analysen auf Basis des Zi-Praxis-Panels zur Kostenstruktur in Vertragsarztpraxen seit Jahren zeigen – die Verdienstperspektiven im Rahmen einer Oberarztstätigkeit im stationären Bereich höher ausfallen als bei einer vertragsärztlichen Tätigkeit, sind die Anreize falsch gesetzt.<sup>5</sup>

Eine weitere falsche Anreizwirkung entfaltet sich innerhalb des DRG-Systems in Bezug auf die Abbildung des Belegarztwesens. Die belegärztliche Versorgung ist aus Sicht des Gesetzgebers nachvollziehbar besonders förderungswürdig, da sie eine kontinuierliche ambulante und stationäre Patientenversorgung „aus einer Hand“ bietet. Deswegen fordert das SGB V in § 115, dass durch dreiseitige Verträge Maßnahmen zur Förderung des Belegarztwesens vereinbart

werden. Bis dato ist das Gegenteil der Fall. Die DRGs für Belegabteilungen liegen auch ohne den ärztlichen Kostenteil, der über den EBM abgebildet wird, im gewichteten Durchschnitt 13% unter denen der Hauptabteilungen. Folglich streben Krankenhäuser zur Einnahmemaximierung danach, die Leistungen vorzugsweise in Hauptabteilungen zu erbringen. Die Konsequenz: Die belegärztlichen Fallzahlen sinken seit Jahren um jährlich ca. 6%. 2017 wurden nur noch 460.000 Behandlungsfälle über das Belegarztekapitel des EBM abgerechnet, während es im Jahr 2015 noch 520.000 Fälle waren. Belegärztliche Leistungen werden primär in besonderen Kliniken erbracht, die im Schnitt effizienter arbeiten; dies vergrößert die Differenz zu den regulären DRGs. Die unterdurchschnittlichen Bewertungsrelationen belegärztlicher DRGs wiederum verringern deren betriebswirtschaftliche Attraktivität weiter. Das Belegarztwesen wird damit Opfer seiner eigenen Effizienz.

### Ein Lösungsansatz auf Ebene der Gebührensysteme

Zu einem ähnlichen Schluss wie Frau Prüfer-Storcks kommt auch der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Jahresgutachten 2017: „Im Interesse der Versicherungsgemeinschaft sollte eine gleichwertige Leistung dort erbracht werden, wo sie am günstigsten bereitgestellt werden kann, insbesondere dann, wenn die Strukturen sowohl ambulant als auch stationär vorgehalten werden. [...] Erst innerhalb einer einheitlichen Vergütungsstruktur wäre der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umsetzbar.“ (S. 525 ff.)

In einem ersten Schritt soll nach Auffassung des Rates ein Katalog von hybriden Leistungen definiert werden, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Dies ist ein richtiger Ansatz.

<sup>5</sup> Vgl. ZiPP-Jahresbericht 2015, S. 38 ff.

Er wäre grundsätzlich auf bis zu 981 von 1242 DRGs anwendbar, wenn man davon ausgeht, dass nur die DRGs mit einer unteren Grenzverweildauer von > 5 Tagen eindeutig und zwingend stationäre Leistungen sind. Bei der Umsetzung muss jedoch von der bisher üblichen Verteilungsrechnung der Ist-Kosten auf die DRGs abgewichen werden, um die gewünschten Anreize zu setzen – wie das Beispiel der belegärztlichen DRGs zeigt. Notwendig ist ein normatives Tarifgeberprinzip. Demnach würde die Vergütung der Fallpauschale an dem Umfang der Ressourcen orientiert, die bei effizienter Leistungserbringung für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung ausreichen. Ein solcher Weg sollte sich an folgenden Grundsätzen orientieren:

1. Sowohl der EBM als auch die DRGs werden nach Normkosten kalkuliert, die einer betriebswirtschaftlich effizienten Leistungserbringung entsprechen. Die Kalkulationsparameter werden offen gelegt und müssen angemessen sein. Einige Kalkulationsparameter des EBM – insbesondere der kalkulatorische Arztlohn als Referenzeinkommen für eine ambulante Tätigkeit – müssen angepasst werden, um den Anforderungen für eine sektorenübergreifende Vergütung genügen zu können. Hier muss der jeweils geltende Tariflohn die Bezugsgröße bilden.
2. Die Bewertung der Kalkulationsparameter muss gewährleisten, dass die gleiche Leistung unabhängig vom Standort ihrer Erbringung zur gleichen Vergütung führt. Soweit die ambulante Versorgung Tarifgeber ist, muss der Fokus auf die ärztliche Leistung und die damit verbundene (Norm-)Arbeitszeit erhalten bleiben.
3. Krankenhäuser weisen wegen ihrer Gemeinkosten in der Regel höhere Kostenansätze als Vertragsarztpraxen auf. Bei einer sektorspezifischen Kalkulation führt dies für gleiche Leistungen zu unterschiedlichen Vergütungen. Dieses Problem ist durch ein sektorenübergreifendes Tarifgeberprinzip zu lösen. Dabei gibt der „leistungsprägende Bereich“ die zu kalkulierende Kostenstruktur vor. Wird eine Leistung überwiegend durch Krankenhäuser erbracht, gelten deren Kostenstrukturen und vice versa. Innerhalb des DRG-Bereichs ist zu entscheiden, für welche Leistungen die belegärztliche Versor-

gung als Tarifgeber herangezogen wird. Die Tarifgeberfunktion ist im Zeitablauf regelmäßig zu überprüfen.

4. Um der dualen Finanzierung der Krankenhäuser gerecht zu werden, müssen Investitionskosten im EBM künftig auch getrennt kalkuliert und ausgewiesen werden. Dies ermöglicht eine Finanzierung von Investitionskosten für Krankenhäuser durch die Länder, ohne dass dadurch unterschiedliche Gesamtpreise entstehen.
5. Der EBM ist um Übernachtungspauschalen zu ergänzen, sodass bei gegebenem medizinischen Bedarf eine kurzstationäre Behandlung möglich ist und der „hybride Leistungsbereich“ vollständig über den EBM abgebildet werden kann. Dies korrespondiert mit der Forderung des GKV-Spitzenverbandes, im Bereich der Notfallversorgung „Abrechnungsmöglichkeiten für die stundenweise Betreuung und Überwachung“ im EBM zu schaffen.<sup>6</sup>

Für alle Leistungen, die grundsätzlich ambulant erbringbar sind, ist über den jeweiligen Tarifgeber sektorenübergreifend zu entscheiden. Anhand der Abrechnungshäufigkeiten kann etwa durch den Ergänzten Bewertungsausschuss festgelegt werden, welcher Bereich leistungsprägend ist und welche Kostenstrukturen herangezogen werden. Der Euro-Preis für die Leistung ist dann einheitlich in den EBM und ins DRG-System aufzunehmen. Für diese Leistungen gilt somit implizit auch ein einheitlicher Landesbasisfallwert. Leistungen, die derzeit noch überwiegend im stationären Bereich durchgeführt und nach dem entsprechenden Tarifgeber bewertet werden, bieten für primär ambulante Leistungserbringer mit günstigeren Kostenstrukturen einen finanziellen Anreiz, und können so den Ambulantisierungsprozess in der Medizin in einer Übergangsphase fördern.

### **Mengensteuerung und Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung**

Auch eine in ihrer Struktur dynamische, aufwandsgerecht kalkulierte Gebührenordnung kann in ihren Anreizwirkungen durch die prospektive Vereinbarung einer Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung konterkariert werden. Sofern an diesem Prinzip festgehalten wird, sind die Kriterien zur Festlegung und Wei-

terentwicklung der Gesamtvergütung, die Datengrundlagen und die Entscheidungsstrukturen relevant für die Zielerreichung. Die gesetzlichen Regelungen dazu müssen geeignet sein, den Versorgungsbedarf der zu versorgenden Patienten bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung zutreffend abzubilden. Aus einer Bestandsaufnahme der gegenwärtigen Probleme lassen sich Anforderungen an eine künftige Struktur ableiten.

#### **1. Langes Nachwirken unsachgemäßer Budgetdeckel**

Trotz des Ambulantisierungsprozesses und steigender Fallzahlen hat die Leistungsdynamik in der vertragsärztlichen Versorgung unter der bisherigen Mengensteuerung weitgehend stagniert. Jede Vergütungsreform wird Übergangsregeln benötigen, um Anpassungsprozesse bei Praxen oder Krankenkassen zu ermöglichen. Aus der Honorarreform des GKV-WSG ist aber zu lernen, dass die gesetzliche Regelung eine klare Anweisung enthalten muss, ab wann die Ziele einer Honorarreform ohne weitere Bindung an die jeweilige historische Ausgangslage umzusetzen sind.

#### **2. Rückwärts gewandte Berechnungsgrundlagen**

Nach geltender Rechtslage wird die Weiterentwicklung der Gesamtverträge durch einen rein rückwärts gewandten Datenkranz begrenzt. Künftige Behandlungsmöglichkeiten werden so durch Ereignisse bestimmt, die vor drei bis vier Jahren stattgefunden haben. So kann nicht auf aktuelle Veränderungen der Versicherten- und Versorgungsstruktur reagiert werden. Insbesondere fehlt bisher die Möglichkeit, prospektive Zielvereinbarungen abzuschließen, die etwa die Übernahme der Versorgung nach Schließung oder Umwandlung von Krankenhausstandorten oder –abteilungen ermöglichen oder den Behandlungsbedarf neu zu entwickelnder ambulanter Versorgungsstrukturen abbilden, durch die in strukturschwachen Regionen größere Versorgungssicherheit erreicht werden soll.

<sup>6</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_Notfallversorgung\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_Notfallversorgung_barrierefrei.pdf) S.12

Die Einrichtung von Terminserviceangeboten, das Schließen von Krankenhausabteilungen, die Reorganisation der Notfallversorgung, die Einführung telemedizinischer unterstützter neuer Versorgungsstrukturen, die Errichtung von Eigeneinrichtungen oder die Parallelzulassung von Niederlassungswilligen zur Vermeidung drohender Unterversorgung muss jeweils in einer laufenden Vertragsperiode zu einem kurzfristig erhöhten vertragsärztlichen Versorgungsbedarf führen. Der Entwurf für das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TVSG) verbindet den gesetzlichen Auftrag zu einem breit angelegten Terminvermittlungsangebot folgerichtig mit einer Vergütung des damit verbundenen Mehrbedarfs außerhalb der bisherigen Mengenbegrenzungen. Dies erscheint grundsätzlich auch als richtiger Weg für alle Leistungen, die durch gewünschte Strukturänderungen insbesondere in strukturschwachen Regionen und an der Sektorengrenze zur stationären Versorgung einer besonderen Dynamik unterworfen sind.

### 3. Komplexe Kriterienraster: im schlimmsten Fall wirkungslos

Die prospektive Ermittlung der erwarteten Veränderung des Behandlungsbedarfs gegenüber dem Vorjahr basiert im Wesentlichen auf den Kriterien Alter, Geschlecht und Morbidität. Dazu werden bestimmte Risikomerkmale zu Alters- und Geschlechtsgruppen sowie zu Morbiditätsgruppen zusammengefasst. Anhand der in den Abrechnungsdaten nach § 295 SGB V verfügbaren Informationen kann dann mittels einer linearen Regressionsrechnung grundsätzlich für jeden Versicherten der mit seinen Risikomerkmale verbundene Behandlungsbedarf bestimmt werden. Anhand der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsmerkmale eines Versichertenkollektivs in einem Basisjahr kann auch auf eine erwartete Veränderung der Leistungsmenge in einer Folgeperiode geschlossen werden. Zwar bezieht sich die Prognose aufgrund der genutzten Daten immer auf einen Zeitraum in der Vergangenheit, gleichwohl leitet

der Bewertungsausschuss hieraus seine Empfehlungen an die Gesamtvertragspartner zur prospektiven Anpassung der Veränderungsrate der Gesamtvergütung ab. In einem ausführlichen Gutachten haben Drösler et al 2016 Möglichkeiten für eine zutreffendere prospektive Einschätzung des Behandlungsbedarfs analysiert. Zu den Schwachstellen gehören u.a. eine doppelte Leistungsbegrenzung durch eine sehr weitgehende Pauschalierung auf der Ebene der Gebührenordnung und durch eine Mengensteuerung, ein zu langer Prognosezeitraum (2 Jahre), eine zu große Klumpung von Krank-

**Nach wie vor erbringen die Vertragsärzte mehr Leistungen als durch die Gesamtvergütung mit dem vereinbarten Punktwert in voller Höhe bezahlt werden.**

heitsmerkmalen in wenige Risikogruppen sowie weitere Maßnahmen, die letztlich darauf abzielen, das Risikoklassifikationsmodell möglichst wenig responsiv für Veränderungen in der Risikostruktur zu machen.<sup>7</sup> Begründet werden diese Maßnahmen in der Regel mit Zweifeln an der Belastbarkeit der Diagnosekodierung in den Abrechnungsdaten. Dies führte auch zur Einführung des sogenannten Schiebereglers, ein durch die Gesamtvertragspartner zu vereinbarendes gewichtetes Verhältnis aus der erwarteten Veränderung der Leistungsmenge nach den Kriterien Alter, Geschlecht und Morbidität und der Veränderungsrate nach Alter und Geschlecht. Drösler et al haben nachgewiesen, dass hier durch die Überbetonung der Kriterien Alter und Geschlecht die Berücksichtigung des mit spezifischen Morbiditätsstrukturen verbundenen Behandlungsbedarfs deutlich geringer ausfällt. Die komplexen Anforderungen an eine methodisch sachgerechte Berechnung der zusätzlich zu berücksichtigenden Effekte von Leistungsverlagerungen aus der stationären Versorgung wurden andernorts ausführlich beschrieben.<sup>8</sup> Ganz abgesehen von der Komplexität der Berechnung

stehen den Gesamtvertragspartnern hierfür nicht die benötigten stationären Abrechnungsdaten patientenbezogen zur Verfügung. Wie das Zi mit dem Sektorindex gezeigt hat, lassen sich aus anonymisierten Daten aggregierte Beobachtungen ableiten, die eine grobe Einschätzung regionaler Entwicklungstrends ermöglichen.<sup>9</sup> Inwieweit diese dann in Gesamtverträgen Anerkennung finden können, dürfte mehr von der beabsichtigten Mittelverwendung als von dem im Gesetz benannten ‚objektiven‘ Kriterium zur Ermittlung eines Vergütungsanspruchs bestimmt sein.

Auch bei der von der erwarteten Mengenentwicklung unabhängig zu bestimmenden Preiskomponente der ärztlichen Vergütung, der Vereinbarung des Orientierungswerts und des Punktwerts auf Gesamtvertragspartnerebene, nennt das Gesetz mehrere Kriterien, die in unterschiedliche Richtungen wirken. Einerseits soll die Entwicklung der Betriebskosten in den Praxen Berücksichtigung finden. Andererseits sollen Kostendegressionseffekte und Wirtschaftlichkeitsreserven in die jährliche Bestimmung des Orientierungswerts einfließen, soweit dies nicht im EBM erfolgt ist. Wie Wirtschaftlichkeitsreserven zu bestimmen sind und wem sie zustehen, ist im Gesetz nicht geregelt. Ein Gutachten von Schreyögg/Kwietniewski<sup>10</sup> versuchte 2015 erstmals,

- 7 Drösler S, Neukirch B, Ulrich V, Wille E (2016) Weiterentwicklungsbedarf des Versicherteklassifikationsverfahrens im Anwendungskontext der vertragsärztlichen Versorgung. Gutachten im Auftrag von KBV und Zi. [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/KBV-Zi-Gutachten\\_Klassifikationsverfahren\\_2016-10-31.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/KBV-Zi-Gutachten_Klassifikationsverfahren_2016-10-31.pdf)
- 8 Von Stillfried D, Czihal T, Jansen K (2010) Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten. Das Gesundheitswesen eFirst, DOI: 10.1055/s-0030-1252040
- 9 Goffrier B, Czihal T, Holstiege J, Steffen A, Schulz M, Hering R, Erhart M, von Stillfried D, Bätzing J (2018) Der Sektorenindex (SIX) – eine Kenngröße zur Darstellung der Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf Kreisebene. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 18/01. DOI: 10.20364/VA-18.01
- 10 Schreyögg J, Kwietniewski L (2015) Messung der Wirtschaftlichkeit von ambulanten Arztpraxen: Methodische Konzeption und Messung. Gutachten im Auftrag des Zi. [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten\\_Wirtschaftlichkeit\\_2015-11-25.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten_Wirtschaftlichkeit_2015-11-25.pdf)

eine methodische Grundlage zu schaffen und kommt zu dem Schluss, dass eine angemessene Berücksichtigung nur bei der Leistungsbewertung im EBM erreicht werden kann. Ansonsten werden der vertragsärztlichen Versorgung auch dort Mittel entzogen, wo diese angemessen und notwendig sind.

Im Ergebnis bestehen zu viele, teils in komplexen Berechnungsschemata verborgene Stellschrauben, die sich einer sachlichen und fachlichen Detailbewertung durch die Verhandler oder die hinzugezogenen Schlichter oftmals entziehen, und somit ‚Paketlösungen‘ begünstigen. Die resultierenden Gesamtvergütungen entsprechen dann einer ‚gefühlten‘ oder ‚faktisch realisierbaren‘ Angemessenheit der Gesamtvergütung als Ergebnis eines Verhandlungsbazars, nicht jedoch einer kriteriengetriebenen Bestimmung der Angemessenheit. Dies zeigt sich darin, dass die vom Zi 2015 anhand der gesetzlichen Kriterien ermittelten Entwicklungspotenziale für die Gesamtvergütungen<sup>11</sup> von keiner KV erreicht werden konnten. Nach wie vor erbringen die Vertragsärzte mehr Leistungen als durch die Gesamtvergütung mit dem vereinbarten Punktwert in voller Höhe bezahlt werden. Die durchschnittlichen Auszahlungsquoten der Kassenärztlichen Vereinigungen haben sich in den letzten 10 Jahren nur geringfügig verändert<sup>12</sup>.

## Anforderungen

Aus der vorstehenden Analyse lassen sich klare Anforderungen an eine Honorarreform ableiten.

1. Wenn die Politik die Ambulantisierung befördern und dafür die vertragsärztlichen Strukturen als effiziente Versorgungsform stärken will, muss diese Programmatik als expliziter Auftrag an die Institutionen der gemeinsamen Selbstverwaltung ins Gesetz aufgenommen werden.
2. Zur Förderung der Ambulantisierung ist ein breiter Katalog grundsätzlich ambulant erbringbarer Leistungen zu definieren, für den künftig eine Vergütung gemäß einer ärztlichen Gebührenordnung gilt. Grundlage könnten neben dem EBM etwa alle Leistungen aus dem DRG-Katalog sein, die im Basisjahr 2016 eine mittlere und untere Verweildauer von weniger als drei Tagen hatten. Diese sind aus dem DRG-Katalog zu streichen und nach einem einheitlichen Tarifgeberprinzip neu zu bewerten. Die Bewertung gilt dann für Krankenhäuser wie für die vertragsärztliche Versorgung in gleicher Weise. Für besonders aufwändige Fälle, etwa aufgrund eines hohen Alters, bestehender Multimorbidität o.ä. kommen Zuschläge in Frage, mit denen eine intensivere Beobachtung oder ggf. stationäre Aufnahme dieser Patienten abgegolten ist. Der Katalog ist stetig weiter zu entwickeln. Eine prospektive Mengensteuerung, durch die Vereinbarung einer Gesamtvergütung bzw. durch die prospektiven Mengenvereinbarungen im Krankenhaus wäre für diese Leistungen kontraproduktiv. Damit würden Vergütungsanteile an Versorgungsstandorte gebunden, die diese Leistungen künftig nicht oder nicht mehr in gleichem Umfang erbringen; zugleich würden die Mittel an anderen Standorten fehlen. Die Leistungen des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen werden daher grundsätzlich außerhalb der Mengensteuerung zu festen Preisen vergütet.
3. Zur Stärkung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung insgesamt muss die vertragsärztliche Vergütung dem Opportunitätskostenprinzip Rechnung tragen. Dies erfordert den gesetzlichen Auftrag an den Bewertungsausschuss sicherzustellen, dass der kalkulatorische Arztlohn je Arbeitsstunde mit der Höhe der Tarifgehälter für eine Tätigkeit mit vergleichbarer ärztlicher Qualifikation im Krankenhaus Schritt hält. Nur so kann die auf Dauer wirksame Benachteiligung der vertragsärztlichen Tätigkeit vermieden werden. Damit auch die Übernahme einer Praxis gegenüber einer tariflohnbasierten Anstellung ökonomisch gleichwertig bleibt, müssen Vergütungszuwächse, die dem stationären Versorgungsbereich über die sogenannte Meistbegünstigungsklausel nach § 10 Abs. 6 KHEntgG zufließen, in gleicher Höhe auch der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugutekommen.<sup>13</sup> In gut geführten Krankenhäusern erscheinen diese als Umsatzrendite, in der vertragsärztlichen Versorgung hätten sie die Funktion eines Unternehmerlohns für die selbständigen Praxisinhaber, um diese für Finanzierungs- und Haftungsrisiken sowie Managementleistungen gegenüber der wachsenden Zahl Angestellter zu honorieren, da Unternehmerrisiken im kalkulatorischen Arztlohn grundsätzlich nicht enthalten sind.
4. Wenn die Ambulantisierung gefördert werden soll, sollte das bisherige Prinzip der Mengensteuerung umgedreht werden: Grundsätzlich sollte die ambulante ärztliche Versorgung insgesamt als förderungswürdige Leistung gelten. Einzelne Bereiche könnten als begründete Ausnahme mit einer Mengensteuerung belegt werden, wenn durch die Krankenkassen nachgewiesen werden kann, dass das politische Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung durch Überversorgung gefährdet ist. Dazu sind im Gesetz klare Kriterien für die Nachweisführung zu nennen, wie etwa die Qualität der Aufklärung, Patientenzufriedenheit und Patientensicherheit bei Leistungen mit diskretionärem Entscheidungsspielraum.<sup>14</sup> Ein rein statistischer Vergleich unterschiedlicher regionaler Interventionsraten dürfte nach dem Stand der Forschung hingegen nicht ausreichend sein.
5. Zur Weiterentwicklung der belegärztlichen Versorgung als effiziente Form einer durch den behandelnden Arzt persönlich koordinierten sektorverbindenden Versorgung<sup>15</sup> sind die bestehenden Vergütungs-

11 Stillfried D, Czihal T (2015) Regionale Unterschiede in der vertragsärztlichen Vergütung – begründet oder unbegründet? Zi-paper 5/2015. [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Zi\\_Paper\\_5\\_2015.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Zi_Paper_5_2015.pdf)

12 KBV Honorarbericht abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>

13 Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (Hg.) 2016 Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen. <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Broschuere-vertragsaerztliche-Versorgung-Bayern-zukunftssicher.pdf>

14 Vgl. Center for the Evaluative Clinical Sciences (o.J.) Preference-sensitive Care. [http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/preference\\_sensitive.pdf](http://www.dartmouthatlas.org/downloads/reports/preference_sensitive.pdf)

15 Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulze G (2017) Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zi. [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten\\_ambulant\\_vor\\_station%C3%A4r\\_Mai\\_2017.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_Mai_2017.pdf)

unterschiede zur Versorgung durch Hauptabteilungen abzuschaffen, indem die effizientere belegärztliche Versorgung als Tarifgeber für die Leistung von Hauptabteilungen herangezogen wird. Zudem müssen auch für belegärztliche Leistungen die gleichen Rahmenbedingungen gelten wie für stationäre Leistungen im Allgemeinen, so muss auch hier für neue Leistungen der Verbots- und nicht der Erlaubnisvorbehalt gelten.

6. Für die Entwicklung neuer effizienter Versorgungsformen, wie etwa Belegabteilungen, Praxiskliniken und bettenführende Praxen sollten initiale Fördermaßnahmen greifen, die Zuschüsse zu besonderen Investitionen aus einem sektorübergreifend anzulegenden Strukturfonds ermöglichen.
7. Im Bereich der stationären Versorgung waren die bisher vom Gesetz geforderten prospektiven Mengenvereinbarungen ein stumpfes Instrument, weil diese jeweils nur im Vergleich zur bisherigen Leistungsentwicklung des Krankenhauses zu vereinbaren waren. Wenn die stationäre Versorgung infolge einer stärkeren Ambulantisierung

aus Gründen der Versorgungsqualität analog zum Prinzip der gestuften Notfallversorgung künftig an Standorten konzentriert werden soll, an denen eine ausreichende infrastrukturelle und personelle Ausstattung sowie eine ausreichende Leistungshäufigkeit gewährleistet werden kann, muss das Instrument prospektiver Mengenvereinbarungen gestärkt werden, damit

**Die Ziele einer bedarfsgerechten, sektorverbindenden Vergütung können nur mit einer radikalen Umkehr der bisher implementierten Steuerungsansätze erreicht werden.**

diese Standorte eine ausreichende Planungssicherheit erhalten, während andere systematisch reduziert werden können. Hierzu muss in § 4 Abs. 2 KHEntgG klargestellt werden, dass der Versorgungsbedarf der versicherten Bevölkerung im Einzugsbereich, die korrespondierende ambulante und stationäre Standortplanung sowie die erwartete Leistungsentwicklung an

anderen Standorten der ambulanten und stationären Versorgung ebenfalls zu berücksichtigen sind.<sup>16</sup>

### Fazit

Wer die vom Sachverständigenrat Gesundheit unter volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten geforderte Förderung der Ambulantisierung umsetzen will, muss insbesondere die vertragsärztliche und die stationäre Vergütungsstruktur neu denken. Auch die im Koalitionsvertrag genannten Ziele für eine Neuordnung der Vergütungen erfordern eine kritische Überprüfung der bisher in den Vergütungsstrukturen angelegten Steuerungsansätze. Hier wird die These vertreten, dass die Ziele einer bedarfsgerechten, sektorverbindenden Vergütung nur mit einer radikalen Umkehr der bisher implementierten Steuerungsansätze erreicht werden können. ■

16 Bohm S, Priess HW, Schröder W (2014) Quantifizierung von kleinräumigen Verlagerungseffekten mit Blick auf die Budgetverhandlungen mit einzelnen Krankenhäusern. Gutachten i Auftrag der Barmer GEK und des Zi. [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-AGENON-Gutachten\\_Klein%C3%A4umige\\_Verlagerungseffekte\\_2014-01-31.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-AGENON-Gutachten_Klein%C3%A4umige_Verlagerungseffekte_2014-01-31.pdf)

Anzeige