



Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über
sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme

Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle
über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme

Autoren

Dr. Anke Walendzik
Prof. Dr. Jürgen Wasem
Universität Duisburg-Essen

Vorwort

Die Vergütung ärztlicher Leistungen ist ein zentrales Steuerungsinstrument der gesundheitlichen Versorgung, über das aber in der breiten Öffentlichkeit weniger intensiv diskutiert wird als über die Struktur der Einnahmebasis. Wir streiten mehr darüber, *wer* bezahlt – Beitrags- oder Steuerzahler im dualen oder integrierten Krankenversicherungssystem –, als darüber, *wie* ärztliche Leistungen vergütet werden. Die Materie ist hochkomplex, nur wenige Experten können sie überschauen. Die Frage, wie eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen gestaltet sein muss, die zugleich Anreize für eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Versorgung auslöst, hat jedoch mittlerweile auch den gesundheitspolitischen Raum erreicht. Besonderer Reformbedarf wird dabei an zwei Stellen gesehen: Wie lassen sich im Zuge der zunehmenden und versorgungspolitisch gewünschten Ambulantisierung der Medizin Leistungen, die sowohl im Krankenhaus als auch im niedergelassenen Bereich erbracht werden, angemessen und leistungsgerecht vergüten? Diese Frage beschäftigt u. a. die von der Koalition eingerichtete Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorübergreifenden Versorgung, die im nächsten Jahr ihre Ergebnisse vorlegen soll. Das andere Reformthema wurde im Zuge der Koalitionsverhandlungen 2018 auch öffentlich breiter diskutiert: Wie lassen sich die Verwerfungen, die mit der Existenz zweier völlig verschiedener Vergütungssysteme nach privater oder gesetzlicher Gebührenordnung verbunden sind, beseitigen? Dazu arbeitet bis zum Ende dieses Jahres eine vom Bundesgesundheitsministerium eingesetzte wissenschaftliche Kommission eigene Vorschläge aus. Die hier vorgelegte Untersuchung greift beide Themen auf, analysiert den Status quo und bewertet mögliche Reformansätze für eine sektorübergreifende Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen sowie für eine Angleichung der privaten und gesetzlichen Honorarsysteme. Die im Vergleich zum Status quo fast durchweg positive Einschätzung der Alternativvorschläge verdeutlicht den erheblichen Reformbedarf bei beiden Fragestellungen. Es lohnt sich also, hier in die Diskussion einzusteigen. Zugleich wird aber auch deutlich, dass eine Angleichung des privaten und gesetzlichen Honorarsystems zwar versorgungspolitisch überaus wünschenswert wäre. Soll diese aber für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutral erfolgen, wäre ein Finanzausgleich zwischen den Krankenversicherungssystemen notwendig. Eine Aufhebung der dualen Vergütung ist daher kaum denkbar, ohne auch die Finanzierungsstruktur der Krankenversicherung insgesamt neu zu gestalten.



Uwe Schwenk
Programmdirektor
„Versorgung verbessern – Patienten informieren“
Bertelsmann Stiftung

Inhalt

Zusammenfassung	10
1 Einführung, Methodik und Begriffsklärung	12
1.1 Hintergrund	13
1.2 Studienziel	14
1.3 Aufbau des Studienberichts	14
1.4 Methodische Vorgehensweise	15
1.5 Abgrenzung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen	15
2 Status quo der Vergütungssysteme für ambulante und ambulant erbringbare ärztliche Leistungen in Deutschland	17
2.1 Vergütungssysteme für ambulante und ggf. ambulant erbringbare Leistungen im GKV-System	18
2.1.1 Ambulante vertragsärztliche Vergütung	18
2.1.2 Vergütungen ambulanter Versorgungsformen an der Sektorengrenze ambulant / stationär	21
2.1.3 Vergütungen in der selektivvertraglichen Versorgung	25
2.1.4 Grundzüge des DRG-Systems	26
2.1.5 Grundzüge des PEPP-Systems	27
2.2 Vergütungssystem für ambulante und ggf. ambulant erbringbare Leistungen im PKV-System	28
3 Entwicklung einer Krieriologie zur Bewertung von Vergütungssystemen für ambulante und ambulant erbringbare ärztliche Leistungen	31
4 Der Status quo in der Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen im Lichte der Krieriologie	37
4.1 Anreize zu Versorgungsqualität: Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung	38
4.2 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung	40
4.3 Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit	41
4.4 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination	41
4.5 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zu Behandlungseffizienz	42
4.6 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität	43
4.7 Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang	44
4.8 Innovationszugang	45
4.9 Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer	46
4.10 Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit	47

4.11	Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	48
4.12	Transparenz und Regulierbarkeit	49
4.13	Realisierbarkeit	50
5	Gestaltungselemente einer möglichen Reform der Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen	51
5.1	Leistungsrahmen	52
5.2	Rahmenbedingungen	53
5.2.1	Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung	53
5.2.2	Qualitätssicherung	54
5.3	Gestaltungselemente eines reformierten Vergütungssystems	55
5.3.1	Vergütungsformen	55
5.3.2	Vergütungsadressaten	57
5.3.3	Budgetierung	58
5.3.4	Variabilität der Vergütungshöhe einzelner GOP	60
5.3.5	Entscheidungs- und Kalkulationskompetenzen und -grundsätze	61
5.3.6	Gestaltung des Systemübergangs	63
6	Modellbildung für ein GKV-Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen durch Träger aus verschiedenen Sektoren	65
6.1	Leistungsrahmen	66
6.2	Rahmenbedingungen	67
6.3	Gestaltungselemente der Vergütungssysteme	68
6.3.1	Vergütungsformen	68
6.3.2	Vergütungsadressaten	70
6.3.3	Budgetierung	70
6.3.4	Variabilität der Vergütungshöhe einzelner GOP	71
6.3.5	Entscheidungskompetenzen und Kalkulation	71
6.3.6	Gestaltung des Systemübergangs	72
6.3.7	Zusammenfassung	72
7	Modellbildung für ein gemeinsames ambulantes Vergütungssystem für GKV- und Privatpatienten	74
7.1	Leistungsrahmen	75
7.2	Rahmenbedingungen	76
7.3	Gestaltungselemente der Vergütungssysteme	77
7.3.1	Vergütungsformen	77
7.3.2	Vergütungsadressaten	77
7.3.3	Budgetierung	78
7.3.4	Variabilität der Vergütungshöhe einzelner GOP	78
7.3.5	Entscheidungskompetenzen und Kalkulation	79
7.3.6	Gestaltung des Systemübergangs	79
7.3.7	Zusammenfassung	80

8	Die Modellvarianten für ein GKV-Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen durch Träger aus verschiedenen Sektoren im Lichte der Kriteriologie	81
8.1	Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung	82
8.2	Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung	84
8.3	Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit	85
8.4	Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungskoordination	86
8.5	Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz	86
8.6	Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität	87
8.7	Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang	88
8.8	Innovationszugang	89
8.9	Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer	89
8.10	Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit	90
8.11	Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	91
8.12	Transparenz und Regulierbarkeit	92
8.13	Realisierbarkeit	93
8.14	Zusammenfassung	94
9	Die Modellvarianten für ein gemeinsames ambulantes Vergütungssystem für GKV- und Privatpatienten im Lichte der Kriteriologie	95
9.1	Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung	97
9.2	Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung	98
9.3	Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit	100
9.4	Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungskoordination	102
9.5	Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz	103
9.6	Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität	104
9.7	Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang	105
9.8	Innovationszugang	107
9.9	Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer	108
9.10	Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit	109
9.11	Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	111
9.12	Transparenz und Regulierbarkeit	112
9.13	Realisierbarkeit	114
9.14	Zusammenfassung	114
	Literatur	117
	Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis	123
	Beteiligte Expertinnen und Experten	126
	Impressum	127

Zusammenfassung

Die Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen in Deutschland ist vielfach fragmentiert entlang der verschiedenen Leistungserbringergruppen, aber auch dem Versichertenstatus der Patienten. Ziel der Studie war eine kritische Analyse der bestehenden Vergütungssysteme und ihrer Anreizwirkungen. Darauf aufbauend wurden Systemalternativen sowohl für die Vergütung innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als auch für ein harmonisiertes Vergütungssystem für Patienten ungeachtet ihres Versichertenstatus entwickelt.

Die Bewertung sowohl der derzeitigen Vergütungssysteme als auch der vorgeschlagenen Systemalternativen erfolgte mithilfe einer auf internationalen Bewertungsansätzen aufbauenden und mit Akteuren des deutschen Gesundheitssystems im Rahmen eines Expertenworkshops konsentierten Kriteriaologie. Eine Überprüfung der Konsistenz der vorgeschlagenen Modellvarianten sowie ihrer kriteriengestützten Bewertung wurde ebenfalls im Rahmen entsprechender Expertenworkshops vorgenommen.

Für die Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen wurden zwei Modellvarianten auf Basis eines gemeinsamen Modellrahmens entwickelt. In beiden wird ein eigener Vergütungsbereich für ärztliche Leistungen installiert, die von ambulanten und stationären Leistungserbringern erbracht werden. Gleichzeitig werden auch Reformvorschläge für die verbleibende vertragsärztliche Vergütung einbezogen. In beiden Modellvarianten gilt ein bedingter Verbotsvorbehalt, der an vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festzulegende Anforderungen der Strukturqualität gebunden ist. Die Kalkulation der Gebührenordnungspositionen wird von einem fusionierten Vergütungsinstitut über einen empirisch basierten regelgebundenen Kalkulationsmechanismus vorgenommen. Variante 1 fokussiert auf der Einzelleistungsvergütung als Vergütungsform, die allerdings von einer konsequenten Umsetzung einer Fixkostendegression begleitet wird. Vergütungsadressaten sind weiterhin die bisherigen wirtschaftlichen Einheiten der Leistungserbringung. Variante 2 betont stärker indikationsbasierte Pauschalen und verwendet die Fixkostendegression nur bei besonders technikintensiven Leistungen. Im Rahmen der bisherigen spezialfachärztlichen Vergütung ist hier obligatorisch der Vergütungsadressat das Team der Leistungserbringer, wahlweise kann dies für die Versorgung weiterer Indikationen zusätzlich eingeführt werden.

Im Rahmen der kriteriengestützten Beurteilung der Varianten 1 und 2 bezogen auf das GKV-System weisen beide deutliche Vorteile gegenüber dem Status quo der GKV-Vergütung ambulanter Leistungen auf. Im Vergleich der Varianten incentiviert Variante 1 die Patientenorientierung, die Gleichheit im Patientenzugang sowie die Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer etwas stärker, während Variante 2 etwas stärkere Anreize zur effektiver bedarfsgerechter Versorgung und zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung setzt sowie die Koordination der Leistungserbringung deutlicher befördert.

Für ein Vergütungssystem für Patienten unabhängig vom Versichertenstatus unter der Annahme der Beibehaltung des dualen Krankenversicherungssystems wurden ebenfalls auf Basis von gemeinsamen Festlegungen zwei Modellvarianten differenziert. Beide Varianten regeln die Vergütung von ärztlichen Leistungen im Leistungsumfang der GKV in einem gemeinsamen Gebührenkatalog und sehen die Einbeziehung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verbandes) in die korporative Regulierung, allerdings jeweils in unterschiedlichem Ausmaß, vor. Eine Budgetierung wird für PKV-Patienten ausgeschlossen. Während die Variante A jedoch keine weitergehenden Schritte zur Integration der PKV-Patienten in eine gemeinsame Systemregulierung über die Vergütung hinaus vorsieht und über einen Steigerungsfaktor weiterhin die Differenzierung der Vergütung zwischen PKV- und GKV-Patienten ermöglicht, geht Variante B weiter. Hier wird eine Differenzierung der Vergütungshöhe ausgeschlossen. Weiterhin werden in Variante B die PKV-Patienten stärker in das kollektive System von Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung und Qualitätssicherung einbezogen.

Die Varianten A und B können nur im Zusammenspiel mit weiteren Festlegungen über die Vergütung beurteilt werden. Dabei fällt die kriteriengestützte Beurteilung im Vergleich zum Status quo des dualen Vergütungssystems deutlich besser aus, wenn eine Kombination mit den Vergütungssystemen der Modellvarianten 1 oder 2 (s. o.) erfolgt als mit dem derzeitigen GKV-Vergütungssystem. Während Variante B unter Anlegen der Kriterien der Versorgungsqualität und der Wirtschaftlichkeit sowie insbesondere der Gleichheit im Patientenzugang, der Leistungsgerechtigkeit gegenüber den Leistungserbringern und der Regulierbarkeit insgesamt fast immer besser abschneidet als Variante A, wird hier das Problem der Finanzierung des Systemübergangs deutlich. Insofern stellt sich die Frage, ob die Realisierung einer solchen vollständigen Angleichung von privatem und gesetzlichem Vergütungssystem inklusive eines Niveauausgleichs ohne gleichzeitige grundlegende Reform des Krankenversicherungssystems sinnvoll und machbar ist.

1

Einführung, Methodik und
Begriffsklärung

1.1 Hintergrund

Die Vergütung ärztlicher Leistungen im Allgemeinen ist in vielfacher Weise fragmentiert. Dies gilt insbesondere für ambulant erbrachte bzw. grundsätzlich ambulant erbringbare Leistungen, ein im Zuge des medizinisch-technischen Fortschritts tendenziell wachsender Bereich medizinischer Leistungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012). Die Fragmentierung der Vergütung ist zweifach bedingt: zum einen durch den Unterschied zwischen Vergütungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) und privatrechtlicher Leistungserbringung (Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ), etwa für die private Krankenversicherung, Beihilfeträger oder für Selbstzahler. Privat liquidierte Leistungen erbringen im Vergleich zum EBM durchschnittlich zwei bis dreimal so hohe Erträge (Walendzik et al. 2008). Dies führt dazu, dass Privatpatienten für niedergelassene Ärzte finanziell deutlich attraktiver sind als gesetzlich Versicherte. Die zum Teil massive Kritik an diesem Sachverhalt hat dazu geführt, dass die Koalition aus CDU, CSU und SPD eine Kommission eingesetzt hat, die ein modernes, am Patientenbedarf orientiertes Honorarsystem entwickeln soll.

Zum anderen herrschen zwischen ambulantem und stationärem Sektor bei der Erbringung ambulanter Leistungen unterschiedliche und innerhalb der Sektoren noch einmal fragmentierte Vergütungsregelungen. Während im ambulanten Bereich in der GKV eine Kombination aus budgetierten Einzelleistungsvergütungen mit einem steigenden Anteil extrabudgetär abgerechneter Leistungen dominiert, können Krankenhäuser neben niedergelassenen Ärzten verschiedene ambulante Leistungen zu sehr heterogenen Rahmenbedingungen erbringen. Bei Leistungen, die sowohl ambulant wie stationär erbracht werden können, führt dies zu unterschiedlichen Abrechnungskonditionen für die gleiche Leistung. Hinzu kommen die Vergütungssysteme über unterschiedliche selektivvertragliche Regelungen, wie z. B. die gesonderte Vergütung hausärztlicher Leistungen im Rahmen von Hausarztverträgen oder spezielle Vergütungsregelungen in Verträgen der besonderen Versorgung. Dabei sind die Anreizwirkungen der jeweiligen Vergütungssystematiken mit Blick auf die wirtschaftlichen, aber auch die medizinischen Entscheidungen sowie den Praxisalltag in der ambulanten Versorgung nicht zu unterschätzen. Aus versorgungspolitischer Sicht könnten eine Integration von EBM und GOÄ sowie eine Angleichung der Vergütungskonditionen bei ambulant erbringbaren Leistungen wünschenswert sein. Unklar ist indes, wie ein solcher umfassender Integrationsprozess auf den Weg gebracht werden kann und wie mögliche Trade-offs bezüglich anderer gesundheitspolitischer Ansätze, wie z. B. der Nutzung wettbewerblicher Mechanismen (etwa im Rahmen von Selektivverträgen) zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, zu berücksichtigen sind.

1.2 Studienziel

Ziel dieser Studie war es, die verschiedenen Dimensionen des Themas zu identifizieren und mögliche Ansätze zur Integration von einheitlichem Bewertungsmaßstab (EMB) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen unabhängig vom Sektor der Leistungserbringung systematisch zu beschreiben und mittels im Rahmen des Deutschen Gesundheitssystems konsensfähiger Kriterien zu bewerten. Für die politisch anstehende Diskussion sollten daraus die relevanten Ansatzpunkte für eine stärkere Integration der ärztlichen Vergütungssystematik plausibel gemacht werden.

1.3 Aufbau des Studienberichts

Nach einer kurzen Beschreibung der Methodik der Studie in Kapitel 1.4 nimmt Kapitel 1.5 zunächst eine inhaltliche Abgrenzung des Themas über eine qualitative Definition der ambulanten und ambulant erbringbaren Leistung vor.

Kapitel 2 befasst sich mit der Beschreibung des Status quo, d. h. der Vergütungssysteme für ambulante und ggf. ambulant erbringbare Leistungen im GKV-System und dem Vergütungssystem für ambulante und ggf. ambulant erbringbare Leistungen im PKV-System.

In Kapitel 3 wird eine Kriteriologie zur Bewertung von Vergütungssystemen für ambulante und ambulant erbringbare ärztliche Leistungen auf Basis einschlägiger Bewertungsansätze für Gesundheitssysteme und ärztliche Vergütungssysteme entwickelt.

In Kapitel 4 wird dann eine systematische Bewertung des in Kapitel 2 beschriebenen Status quo mittels der Kriteriologie aus dem vorangegangenen Kapitel vorgenommen.

Kapitel 5 enthält eine kurze systematische Darstellung verschiedener möglicher Reformelemente als Bausteine für die Modellentwicklung.

Darauf aufbauend werden in Kapiteln 6 und 7 die eigentlichen Reformmodelle in mehreren Varianten entwickelt. Kapitel 6 beschäftigt sich mit Modellvarianten für die Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen im GKV-System, wohingegen Kapitel 7 Varianten zur Schaffung eines gemeinsamen Vergütungssystems für die ambulante ärztliche Behandlung von GKV- und Privatpatienten entwickelt. Basis ist jeweils die Analyse insbesondere der festgestellten Fehlanreize im Status quo, wie in Kapitel 4 beschrieben.

Kapitel 8 und 9 bewerten schließlich anhand der Kriteriologie und gegenüber dem Benchmark des Status quo die vorgeschlagenen Modellvarianten. Während sich die Bewertung im Kapitel 8 auf die Auswirkungen im GKV-System bezieht, werden in Kapitel 9 die Modellvarianten für ein gemeinsames Vergütungssystem für GKV- und Privatpatienten analysiert. Dies führt unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Kapitels 8 zu einer kriteriengestützten Gesamtbewertung der möglichen Kombinationen beider Formen von Modellvarianten für alle Patienten.

1.4 Methodische Vorgehensweise

Die Studie bedient sich eines Methodenmixes.

Eine teilsystematische Literaturrecherche war Grundlage der Analyse der bestehenden Vergütungssysteme für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen in der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Auch für die Identifizierung von Modellelementen für reformierte Vergütungssysteme sowie zur Übersicht über Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und/oder ärztlichen Vergütungssystemen im engeren Sinne wurde die einschlägige Literatur entsprechend herangezogen.

Ein weiteres methodisches Element waren Expertenworkshops mit Vertretern relevanter Stakeholderorganisationen. Die Kriteriologie zur Bewertung sowohl des Status quo als auch der Reformmodellvarianten wurde zunächst auf Basis einschlägiger Studien abgeleitet und darauf aufbauend in einem halbtägigen Workshop diskutiert und im Einzelfalle angepasst. Ein weiterer Stakeholderworkshop diente zur Diskussion der mittels der Kriteriologie vorgenommenen Bewertung des Status quo der ärztlichen Vergütungssysteme. In einem letzten entsprechenden Workshop wurden die Modellvarianten auf ihre Konsistenz überprüft und ihre Bewertung mittels der Kriteriologie zur Diskussion gestellt.

Die Modellvarianten wurden auf Basis der identifizierten Steuerungsprobleme im Rahmen der kriteriengestützten Bewertung des Status quo entwickelt.

1.5 Abgrenzung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen

Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit den aktuellen Vergütungssystemen und alternativen Vergütungsmodellen für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. Dazu soll in einem ersten Schritt der entsprechende Leistungsbereich qualitativ abgegrenzt werden.

Unter ambulanten Leistungen werden solche Leistungen verstanden, die keine Übernachtung (im Krankenhaus) einschließen, also in dem Sinne keine Leistungen der stationären Versorgung sind. Sowohl im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems als auch in der privaten Abrechnung werden ambulante Leistungen in Deutschland zwar im Schwerpunkt von niedergelassenen Ärzten erbracht, inzwischen aber zunehmend in unterschiedlichen Formen auch von Krankenhäusern angeboten (vgl. Kapitel 2).

Wie lassen sich nun darüber hinausgehend ambulant erbringbare Leistungen definieren? Grundsätzlich handelt es sich um solche Leistungen, die medizinisch begründet auf Basis des aktuellen medizinischen Kenntnisstandes intersektoral erbringbar sind, also auch im ambulanten Bereich erbracht werden können. Dies impliziert, dass ein Teil dieser Leistungen tatsächlich auch stationär erbracht wird.

Die ambulant erbringbaren, jedoch aktuell auch stationär erbrachten Leistungen sind jedoch abzugrenzen von den sogenannten ambulant-sensitiven Krankenhausleistungen (ASK). Bei diesen handelt es sich um Krankenhausfälle, „von denen angenommen wird, dass sie durch Vorsorge oder rechtzeitige Intervention hätten vermieden werden können“ (Faisst und Sundmacher 2015). Das Konzept basiert auf der Annahme, dass die entsprechenden Krankenhausfälle durch Maßnahmen im ambulanten medizinischen Bereich

vermieden werden können (Sundmacher, Schüttig und Faisst 2015). Entsprechende Maßnahmen können Immunisierungen, sonstige Präventionsmaßnahmen, Früherkennung, das Management chronischer Erkrankungen und die rechtzeitige angemessene Behandlung von Akuterkrankungen sein. Insofern kann eine erhöhte Rate von ASK Anhaltspunkte für Qualitäts- oder Zugangsdefizite im ambulanten ärztlichen Sektor liefern. Aus der Aufzählung der Maßnahmen wird klar, dass es sich in vielen Fällen um zeitlich vorgelagerte ambulante Maßnahmen handelt, nicht aber um die gleichen im ambulanten sowie im stationären Kontext durchführbaren Leistungen. Diese sind jedoch im Rahmen dieser Studie gesucht. Innerhalb der ASK dürften gleiche Leistungen vorwiegend bei einer Teilmenge der angemessenen Behandlung von Akuterkrankungen und ggf. auch chronischer Erkrankungen vorliegen. Eine Liste der ASK in Deutschland kann also allenfalls ergänzend und zum Abgleich hilfreich sein, um ambulant erbringbare, aber auch stationär erbrachte Leistungen zu identifizieren.

Eine Teilmenge ambulant erbringbarer Leistungen ist über den Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß § 115b SGB V als Anlage des dreiseitigen Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V zwischen GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) definierbar (GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014). Hier kann es sich sowohl um Leistungen der Kategorie 1 handeln, die im Regelfall ambulant erbringbar sind, aber bei Erfüllen bestimmter Kriterien stationär erbracht werden können, als auch um Leistungen der Kategorie 2, deren Durchführung entsprechend den Regelungen des Vertrags sowohl ambulant als auch stationär möglich ist.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) hat in seinem Jahresgutachten 2012 bezüglich einer Bestimmung eines ambulanten Substitutionspotenzials auf die hohe Anzahl stationärer Stunden- und Kurzliegerfälle bis zu drei Tagen hingewiesen. Die ambulante Erbringbarkeit dieser Leistungen kann hier allerdings erstens nicht grundsätzlich vorausgesetzt werden und ist außerdem, ähnlich wie bei den im Rahmen des ambulanten Operierens erbrachten Leistungen, auch von individuellen Patientenfaktoren abhängig. Nach der DRG-Statistik 2016 sind von den 18.961.650 vollstationären Patienten in Deutschland 2016 549.681 sogenannte Stundenfälle, also Fälle mit einer Verweildauer unterhalb eines Tages gewesen, bei 8.385.247 Patienten handelte sich um Kurzlieger von einem Tag bis drei Tagen (Statistisches Bundesamt 2017).

Als weiteres Kriterium zur Auswahl von exemplarischen Fällen, die sowohl ambulant als auch stationär versorgbar sind, verwenden Albrecht und Al-Abadi (2018) einen niedrigen patientenbezogenen Gesamtschweregrad des DRG-Systems PCCL (Patient Clinical Complexity Level) in Kombination mit dem Kriterium der Verweildauer. Ein niedriger PCCL (z. B. wie bei Albrecht und Al-Abadi der Stufen 0 oder 1) wäre insofern ein weiteres mögliches Kriterium zur Abgrenzung ambulant erbringbarer Leistungen bzw. entsprechender Fälle.

Die Abgrenzung tatsächlich ambulant erbringbarer Leistungen erweist sich insofern als relativ komplex, zumal im konkreten Falle zusätzlich zu medizinischen Kriterien auch weitere patientenbezogene Kriterien zu berücksichtigen sind. Im Zeitverlauf ist zusätzlich zu berücksichtigen, dass sich im Rahmen eines bisher zu beobachtenden Ambulantisierungsprozesses von Leistungen die Grenzen zwischen nur stationär und auch ambulant erbringbaren Leistungen weiter verschieben können.

2

Status quo der Vergütungssysteme
für ambulante und ambulant erbringbare
ärztliche Leistungen in Deutschland

Inhalt dieses Kapitels ist ein Überblick über die derzeit gültigen Vergütungssysteme für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen in Deutschland, gegliedert nach Vergütungen im Bereich der GKV und der PKV.

2.1 Vergütungssysteme für ambulante und ggf. ambulant erbringbare Leistungen im GKV-System

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. Daneben hat der Gesetzgeber im Laufe der Jahre jedoch – gerade an der Grenze zum stationären Sektor – andere Versorgungsformen mit eigenen Vergütungssystemen installiert, die unten näher untersucht werden. Eine Alternative zum Kollektivsystem stellen außerdem Selektivverträge mit einzelnen bzw. Gruppen von Leistungserbringern dar, die einzelnen Kassen ermöglichen, neue Versorgungsformen und auch Vergütungsansätze zu implementieren. Das stationäre Vergütungssystem der Diagnosis Related Groups (DRG) in Verbindung mit Krankenhausbudgets sowie das PEPP-System im Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik beziehen sich nicht direkt auf ambulante Versorgungsformen, setzen jedoch an der Sektorengrenze Anreize in Hinblick auf Entscheidungen, ob eine grundsätzlich ambulant erbringbare Leistung in ambulantem oder (teil-)stationärem Setting erbracht wird.¹ Deshalb sollen diese zwei Systeme in ihren Grundzügen unten kurz auch beschrieben werden.

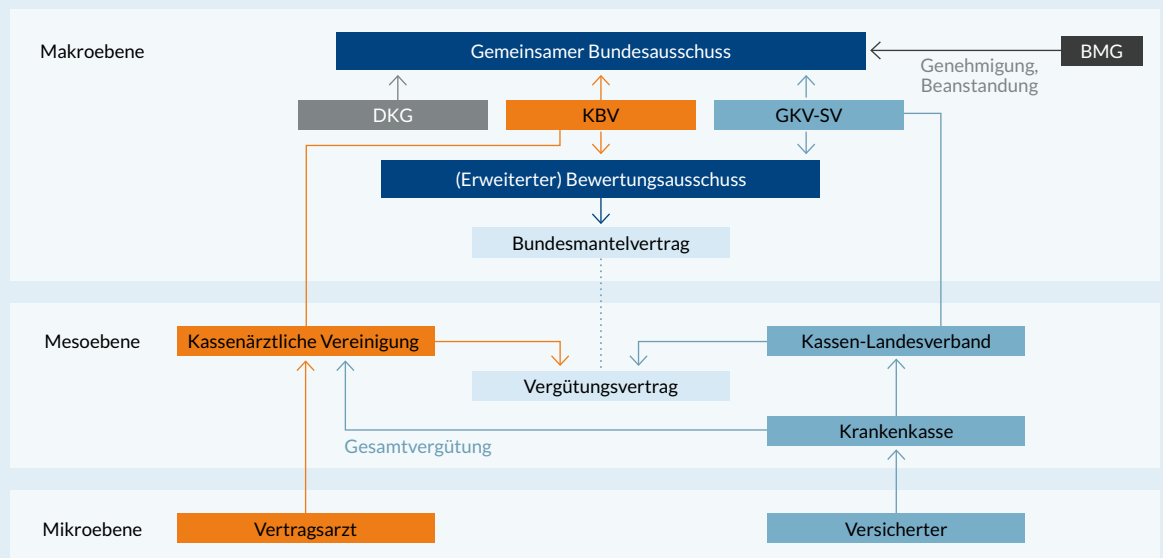
2.1.1 Ambulante vertragsärztliche Vergütung

Wichtige Merkmale des vertragsärztlichen Vergütungssystems sind seine Zweistufigkeit und seine starke Bestimmtheit durch Verhandlungslösungen auf der korporativen Ebene. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die beteiligten Institutionen und ihre Beziehungen.

Der Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen für Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte liegt als Gebührenordnung der EBM zugrunde. Dieser wird im Bewertungsausschuss,

¹ Grundsätzlich sind die Möglichkeiten durch die G-AEP-Kriterien (German Appropriate Evaluation Protocol), die zur Beurteilung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung herangezogen werden, eingeschränkt – dennoch besteht angesichts einer wesentlich höheren stationären Vergütung ein entsprechender Anreiz.

ABBILDUNG 1: Überblick über Akteure und Vertragsbeziehungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung



Quelle: eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

einem korporativen Gremium mit den Bänken der KBV und des GKV-SV, beschlossen.² Jegliche Änderungen des EBM erfolgen ebenfalls nur durch den Beschluss des Bewertungsausschusses. Da in der ambulanten ärztlichen Versorgung der Erlaubnisvorbehalt gilt, können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur in den EBM aufgenommen (und auch nur dann von den Ärzten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht) werden, wenn dies zuvor vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen wurde. Der EBM weist den meisten Leistungen³ Punkte zu, die ihre Bewertungsrelationen ausdrücken. Mittels des Orientierungswerts bzw. des auf dessen Basis auf der regionalen Ebene verhandelten regionalen Punktwerts erfolgt die Umrechnung in eine Bewertung in Euro.

Grundsätzlich erfolgt die Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM nach einem Vollkostensystem, dem Standardbewertungssystem (STABS), und wird vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) vorbereitet. Das STABS unterscheidet zwischen ärztlichen Leistungen (ÄL) und technischen Leistungsanteilen (TL). Während bei letzteren die betrieblichen Kosten nach Kostenstellen erfasst werden und unter Berücksichtigung von Jahresbetriebszeiten und Auslastungsgraden der Kostenstellen den einzelnen GOP zugerechnet werden, geht in die ÄL in Gestalt von Arztminuten der kalkulatorische Arztlohn ein (IGES Institut 2010). In diesen Kalkulationen werden allerdings, anders als z.B. im DRG-System, keine systematisch empirisch erhobenen (Durchschnitts-)Kosten aus den Arztpraxen, sondern Einzelerhebungen und Expertenschätzungen verwendet (Albrecht und Al-Abadi 2018). Da die Festsetzung der GOP immer in einem Verhandlungsprozess erfolgt, kommt es hier auch immer wieder, z.B. im Rahmen von Kompromisslösungen, zu diskretionären Entscheidungen.

² Kommt der Bewertungsausschuss zu keinem Ergebnis, so wird ein um einen unabhängigen Vorsitzenden und zwei weitere unabhängige Mitglieder erweiterter Bewertungsausschuss einberufen.

³ Einigen Leistungen, wie z.B. Laborleistungen, wird direkt ein Betrag in Euro zugewiesen.

Der EBM enthält sowohl arztgruppenübergreifende als auch arztgruppenspezifische Leistungen. Zur Erbringung von speziellen Leistungen sind auch Bedingungen der Strukturqualität einzuhalten, wie z. B. das Absolvieren einer spezifischen Fortbildung. Die vertretenen Vergütungsformen reichen von Fall- über Komplexpauschalen zu Einzelleistungsvergütungen.⁴

Grundsätzlich erfolgt die Vergütung der ambulanten ärztlichen Leistungen also entsprechend den GOP des EBM. Diese Vergütung erfährt jedoch eine Modifizierung durch die Zweistufigkeit des Vergütungssystems bzw. die Budgetierung der ambulanten ärztlichen Vergütung.

Auf der Ebene der KV-Regionen beschließen nämlich nach § 87a Abs. 3 SGB V die KVen einerseits und andererseits die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam, neben dem regionalen Punktwert die Gesamtvergütung, die das Budget für die im folgenden Jahr zu erbringenden ambulanten vertragsärztlichen Leistungen darstellt. Seit 2009 wird die Gesamtvergütung nicht mehr gebunden an die Entwicklung der Lohnsumme, sondern an die Zahl und Morbiditätsentwicklung der Versicherten als sogenannte morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) fortgeschrieben. Derzeit berechnet das InBA nach Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87a Abs. 5 Satz 3 SGB V jeweils für jeden KV-Bezirk eine Veränderungsrate aufgrund der Entwicklung der ambulanten ärztlichen Diagnosen auf Grundlage eines vorab beschlossenen Klassifikationssystems und eine Veränderungsrate aufgrund demographischer Entwicklung. Der Bewertungsausschuss teilt diese Veränderungsrate den Verhandlungspartnern auf der regionalen Ebene mit (Bewertungsausschuss 2017), die dann die regionalen Veränderungsrate der MGV unter Berücksichtigung weiterer vom Gesetzgeber in § 87a Abs. 4 SGB V aufgeführter Kriterien verhandeln.

Im Ergebnis stellt die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung MGV eine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen der Ärzte zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung dar. Seit 2012 erfolgt die Honorarverteilung (wie auch zuvor bis 2004) durch die KVen nur noch im Benehmen, nicht mehr im Einvernehmen mit den Krankenkassen. Grundlage ist der sogenannte Honorarverteilungsmaßstab. Die KVen sind dabei bis auf einige Vorgaben, so die getrennte Weiterentwicklung des Honorars an den haus- und an den fachärztlichen Versorgungsbereich, relativ frei in der Gestaltung der Form der Umsetzung der Budgetierung. Eine häufig genutzte Form ist das sogenannte Regelleistungsvolumen, das eine praxisbezogene Honorarsumme festlegt, bis zu der die Preise der Euro-Gebührenordnung zu vergüten sind, und erst danach Abstaffelungen vorsieht. Durch die Gestaltung der Honorarverteilung kann die KV z. B. über die in diesem Rahmen gebildeten „Töpfe“ bzw. Teilbudgets der Arztgruppen über Vergütungsanreize versorgungsgestaltend tätig werden.

Außerdem können die Vertragspartner, aufbauend auf Empfehlungen des Bewertungsausschusses, besonders förderungswürdige oder neue Leistungen als ohne quantitative Begrenzung zu erstattende GOP in die sogenannte extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) ausgliedern. Im am 11.5.2019 in Kraft getretenen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind relativ umfangreiche weitere extrabudgetäre Vergütungsanteile vorgesehen, so z. B. für Leistungen an neuen Patienten oder in der offenen Sprechstunde. Dies wird den Anteil der nicht budgetierten Leistungen deutlich erhöhen.

4 Der „Behandlungsfall“ spielt im Vergütungssystem der vertragsärztlichen Versorgung eine hervorgehobene Rolle. Die gesamte von derselben Arztpraxis innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall (§ 1a Nr. 28 Bundesmantelvertrag Ärzte).

2.1.2 Vergütungen ambulanter Versorgungsformen an der Sektorengrenze ambulant / stationär

Zusätzlich zu den kollektivvertraglichen Regelungen der ambulanten ärztlichen Versorgung öffnete der Gesetzgeber in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von weiteren ambulanten Versorgungsformen, mehrheitlich erbringbar durch Krankenhäuser.

Tabelle 1 zeigt einen Überblick der entsprechenden Versorgungsformen mit Ausnahme selektivvertraglicher Versorgungsformen nach Art ihrer Vergütungsregelung. Dabei wären in einigen Fällen Doppelzuordnungen möglich gewesen, auf die zum Zweck der Übersichtlichkeit verzichtet wurde, so z. B. bei den vor- und nachstationären Behandlungen.

Bei den Versorgungsformen in der Rubrik 1 werden wesentlich die Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungssystems angewendet. Die Versorgungsformen der Rubrik 2 jedoch haben zumindest in Teilen andere Vergütungsregime. Bei den Versorgungsformen der Rubrik 3 erfolgt die Vergütung auf Basis des stationären Vergütungssystems.

TABELLE 1: Überblick über weitere ambulante Versorgungsformen (ohne selektivvertragliche Versorgungsformen)

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
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*	§ 39 SGB V
Ein-Tages-Fälle**	§ 39 SGB V
Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung	§ 115d SGB V

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

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

Quelle: eigene Darstellung

Die Leistungen des **ambulanten Operierens** werden nach Kapitel 31 EBM vergütet. Sie sind sowohl für niedergelassene Ärzte als auch für Krankenhäuser extrabudgetär gestellt.

Auch die **geriatrischen Institutsambulanzen** sind infolge ihrer Institutsermächtigung berechtigt, Leistungen des EBM abzurechnen. Entsprechende GOP sind zum 1.7.2016 in den EBM eingefügt worden und werden ebenfalls extrabudgetär vergütet.

Krankenhausärzte können über **§ 116 SGB V zur Erbringung ambulanter Leistungen ermächtigt** werden, wenn eine ausreichende ambulante Versorgung der Versicherten anders nicht sichergestellt werden kann. Die Vergütung erfolgt nach EBM entsprechend der vertragsärztlichen Vergütung.

Dies gilt auch, wenn Krankenhäuser nach **§ 116a SGB V bei Unterversorgung** bzw. zur Deckung eines besonderen lokalen Versorgungsbedarfs ermächtigt sind.

Die **ambulante Behandlung nach § 116b SGB V alt** betrifft die Vorgängerregelung der spezialfachärztlichen Versorgung, die sukzessive über Konkretisierungen der entsprechenden Richtlinie umgesetzt wird (s. u.). Vor und bis zu zwei Jahre nach Inkrafttreten eines entsprechenden Beschlusses zur Konkretisierung können bisher zugelassene Krankenhäuser entsprechende Leistungen wie bisher nach EBM zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung abrechnen.

Die **spezialfachärztliche Versorgung** stellt einen eigenen Versorgungsbereich dar, an dem ambulante und stationäre Leistungserbringer teilnehmen können, wenn sie den Nachweis darüber erbringen können, die Voraussetzungen dazu zu erfüllen („wer kann, der darf“). Der Versorgungsbereich umfasst

- die Behandlung von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
- die Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungszuständen mit entsprechend geringen Fallzahlen
- die Erbringung von hoch spezialisierten Leistungen.

Aufbauend auf der allgemeinen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung § 116b SGBV (ASV-RL) vom 21.3.2013 (Gemeinsamer Bundesausschuss 2013) wird der Versorgungsbereich sukzessive durch Konkretisierungen über Einzelrichtlinien erweitert. Zielsetzung des Gesetzgebers ist mittelfristig ein eigenständiger Vergütungsbereich beruhend auf kollektiven dreiseitigen Verträgen auf Bundesebene zwischen dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV), Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), wofür er allerdings keine Frist gesetzt hat. Die derzeitige Vergütung in der spezialfachärztlichen Versorgung setzt auf dem EBM auf und erweitert ihn um zusätzliche Leistungspositionen. Dabei gilt anders als in der vertragsärztlichen Versorgung der Verbotsvorbehalt und es besteht keine Budgetierung, d. h. das Vergütungssystem ist einstufig.

Hochschulambulanzen werden nach § 120 Abs. 2 SGB V auf der Basis von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land getroffenen Vereinbarungen vergütet. Seit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015 sind sie ermächtigt, nicht nur im Rahmen des für Forschung und Lehre notwendigen Umgangs Patienten ambulant zu behandeln, sondern auch solche, die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Behandlung

der Ambulanz bedürfen. Es gilt auch hier der Verbotsvorbehalt. Grundsätze der Vergütung der Hochschulambulanzen sind auf Basis eines Schiedsspruches in einer Vereinbarung bundeseinheitlicher Grundsätze zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation auf Bundesebene zwischen GKV-SV und DKG vereinbart worden (GKV-Spitzenverband und Krankenhausgesellschaft 2016). Darin ist festgelegt, dass die Vergütung grundsätzlich in Form von behandlungsfallbezogenen Pauschalen zu erfolgen hat; die Anzahl der unterschiedlichen Pauschalen darf 50 nicht überschreiten. In Ausnahmefällen sind ergänzende Leistungsvergütungen möglich. Die Vereinbarung von Art und Höhe der Vergütung sowie ggf. von Mengenbegrenzungen mit dem jeweiligen Krankenhaus bleibt der regionalen Ebene der Krankenkassen überlassen.

Für die Vergütung der psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA), der sozialpädiatrischen Zentren, der pädiatrischen Spezialambulanzen sowie der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung werden ebenfalls regionale Vereinbarungen zur direkten Vergütung durch die Krankenkassen getroffen, ohne dass hierzu eine Vereinbarung von Grundsätzen auf Bundesebene vom Gesetzgeber vorgeschrieben wäre.

Die **psychiatrischen Institutsambulanzen** behandeln nach § 118 SGB V Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind. In der Mehrheit der Bundesländer werden sie über Quartalsfallpauschalen vergütet, in einigen Bundesländern wird auch Einzelleistungsvergütung verwendet (Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode 2016).

Pädiatrische Spezialambulanzen für Kinder mit entsprechendem Behandlungsbedarf in den Spezialisierungsindikationen werden für Leistungen entsprechend dem EBM über die vertragsärztliche Gesamtvergütung vergütet. Auf Landesebene können jedoch hier gemeinsam und einheitlich bei Bedarf Zusatzpauschalen vereinbart werden.

Sozialpädiatrische Zentren behandeln entsprechend § 119 SGB V Kinder, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Auch sie werden in der Regel über Quartalsfallpauschalen vergütet (Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode 2016).

Die **medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung** sind erst im Rahmen des GKV-VSG 2015 in das SGB V eingefügt worden und befinden sich noch im Aufbau. Zielgruppe sind Patienten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Während für andere Versorgungsformen, so z. B. für PIA und geriatrische Institutsambulanzen, Rahmenvereinbarungen auf Bundesebene zu Leistungsinhalten, Zugang etc. vom Gesetzgeber vorgeschrieben sind, ist dies hier nicht der Fall. Die Vergütung wird analog zu den drei vorab beschriebenen Versorgungsformen ebenfalls auf Landesebene geregelt. Im Rahmen der bisher abgeschlossenen Verträge wurden verschiedene (Quartals-)Pauschalen vereinbart, dabei in der Regel jeweils eine Pauschale für den Erstkontakt und für die Folgekontakte (Schliemann 2018).

Vorstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V dienen der Abklärung der Indikation oder der Vorbereitung einer stationären Behandlung, **nachstationäre Behandlungen** sichern oder festigen den stationären Behandlungserfolg. In Bezug auf ihre Vergütung werden zwar nach § 115a Abs. 3 SGB V durch die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen

und den Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung regional Vergütungspauschalen vereinbart, in der Regel als Fachabteilungspauschalen und Leistungen über technische Großgeräte. Jedoch dürfen diese nach § 8 Abs. 2 KHEntgG bei Abrechnung einer DRG für die zugehörige stationäre Behandlung im Falle vorstationärer Behandlungen nicht und im Falle nachstationärer Behandlungen nur bei Überschreitung der Grenzverweildauer der DRG zusätzlich abgerechnet werden.

Die Vergütung der **Notfallambulanzen/Portalpraxen** erfolgt grundsätzlich per EBM. Jedoch werden die entsprechenden Pauschalen analog zu GOP der spezialfachärztlichen Versorgung im Ergänzten Bewertungsausschuss beschlossen. Die aktuell gültigen Pauschalen sind durch den ergänzten erweiterten Bewertungsausschuss am 7.12.2016 beschlossen worden (Bewertungsausschuss 2016d).

Disease-Management-Programme (DMP) nach § 137f SGB V sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen, die in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt sind. Die umsetzenden Krankenkassen oder ihre Landesverbände können, falls erforderlich, nach § 137f Abs. 7 SGB V mit zugelassenen teilnehmenden Krankenhäusern Verträge über ambulante Leistungen durch sie abschließen. Die Vergütung wird entsprechend vertraglich vereinbart und enthält i. d. R. Zusatzpauschalen, aber auch einige Einzelleistungsvergütungen für besondere Leistungen.

Teilstationäre Behandlungen im Krankenhaus beinhalten die medizinische Versorgung der Patienten sowie Unterkunfts- und Verpflegungsleistungen, die jedoch nicht vollständig, sondern nur entweder tagsüber oder nachts erbracht werden. Grundsätzlich werden sie im Rahmen des DRG-Systems über spezielle German Diagnosis Related Groups (G-DRG) vergütet (vgl. Abschnitt 2.1.4 „Grundzüge des DRG-Systems“), ggf. können auch Entgelte individuell verhandelt werden. Während stationäre Fälle im Allgemeinen nicht im Fokus dieser Arbeit stehen, ist zumindest zusätzlich darauf hinzuweisen, dass es einen geringen Fallzahlanteil mit identischem Aufnahme- und Entlasstag gibt. Zumindest bei einem Anteil dieser sogenannten Ein-Tages-Fälle, die nicht durch Tod, Verlegung oder Entlassung gegen den ärztlichen Rat erklärt werden können, wird seitens der Krankenkassen angezweifelt, inwiefern tatsächlich ein stationärer Aufenthalt für diese Patienten erforderlich war oder ob auch eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Die **stationsäquivalente psychiatrische Behandlung** nach § 115d SGB V wurde erst mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) zum 1.1.2018 ins SGB V eingefügt. Das Krankenhaus kann hier eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams anbieten. Die Vergütung erfolgt im Rahmen des Entgeltsystems Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (PEPP-System). Im PEPP-Entgeltkatalog sind dafür zwei unbewertete Entgelte jeweils für die stationsäquivalente Behandlung von Erwachsenen und von Kindern und Jugendlichen enthalten, für die krankenhausindividuelle Entgelte zu vereinbaren sind (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2018).

2.1.3 Vergütungen in der selektivvertraglichen Versorgung

In selektivvertraglichen Versorgungsformen ist es für Einzelkassen oder Kassenverbände möglich, gezielt mit ausgewählten Leistungserbringern zu kontrahieren, sich damit im Kassenwettbewerb zu profilieren sowie Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben. Dazu können Elemente von Managed Care angewendet werden. Gegenüber den Regelungen der kollektivvertraglich regulierten Vergütungssysteme besteht hier die Möglichkeit, gezielt andere Vergütungsmodelle zu vereinbaren, auch über die Sektorengrenzen hinweg, um dem Vertragsziel entsprechende Anreize für die Leistungserbringer zu setzen.

Nach der Neuordnung der selektivvertraglichen Versorgungsformen im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) 2015 sind sie im SGB V wie in Tabelle 2 aufgeführt verortet:

TABELLE 2: Selektivvertragliche Versorgungsformen

Versorgungsform	Rechtsgrundlage
Modellvorhaben	§ 63 ff SGB V
Hausarztzentrierte Versorgung	§ 73b SGB V
Besondere Versorgung	§ 140a SGB V
Quelle: eigene Darstellung	

Ziel von **Modellvorhaben** nach §§ 63 ff. SGB V ist es, mittels Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern. Dabei kann der Leistungsumfang des ambulanten Sektors erweitert werden, solange kein Leistungsverbot des G-BA vorliegt. Krankenkassen und ihre Verbände können mit einzelnen Leistungserbringern als auch mit KVen kontrahieren. Modellvorhaben sind in der Regel auf maximal acht Jahre befristet und müssen evaluiert werden. Von den Vergütungsregelungen des SGB V und des Krankenhausrechts kann abgewichen werden. Die kollektiven Vergütungssysteme müssen um in den Modellvorhaben erbrachte GKV-Leistungen bereinigt werden.

Ziel der **hausarztzentrierten Versorgung** nach § 73b SGB V ist eine bessere Abstimmung des Behandlungsprozesses durch den Hausarzt als Gatekeeper des Behandlungssystems. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihren Versicherten eine hausarztzentrierte Versorgungsform anzubieten; im Gegensatz zur sonstigen Vertragsfreiheit in Selektivvertragsystemen sind sie auch gesetzlich verpflichtet, mit Vereinigungen, die mindestens die Hälfte der Hausärzte einer KV vertreten, zu kontrahieren. Die Verträge können sowohl als Add-on-Verträge zur kollektivvertraglichen Versorgung konzipiert sein als auch diese substituieren. Im letzteren Falle findet eine Bereinigung der kollektiv vereinbarten Gesamtvergütung statt.

Im Rahmen der besonderen Versorgung sind mehrere bisher getrennt regulierte Versorgungsformen durch das GKV-VSG zusammengeführt worden, so die bisherigen Strukturverträge, die besondere ambulante Versorgung und die integrierte Versorgung.

Die besondere Versorgung nach § 140a SGB V ermöglicht über das selektive Kontrahieren der Krankenkassen

- eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung)
- besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften

Auch hier kann analog zu den Regelungen zu den Modellvorhaben bei Erbringung ambulanter Leistungen über die kollektivvertraglichen Leistungen hinausgegangen werden. Die Liste möglicher Vertragspartner aufseiten der Leistungserbringer umfasst

- zur Versorgung der GKV-Versicherten berechnigte Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften
- Träger von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der GKV-Versicherten berechnigte Leistungserbringer anbieten
- Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen
- Praxiskliniken
- pharmazeutische Unternehmen und Medizinproduktehersteller
- Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zur Unterstützung von Mitgliedern, die an der besonderen Versorgung teilnehmen.

Auch hier kann von den Vergütungsregelungen des SGB V und des Krankenhausrechts abgewichen werden und werden für im Selektivvertrag erbrachte GKV-Leistungen die kollektivvertraglichen Budgets bereinigt.

Grundsätzlich können die Vergütungssysteme für Selektivverträge frei vereinbart werden. Es besteht keine Pflicht, diese zu publizieren, sodass nur für einen kleinen Teil der Verträge die Vergütungsvereinbarungen frei einsehbar sind. Im ambulanten Bereich werden auch hier häufig Kombinationen aus Pauschalen und Zusatzleistungen verwendet, die entweder als zusätzliche Leistungen zur Vergütung nach EBM oder nur über den Selektivvertrag vergütet werden.⁵ Auch die veröffentlichten Haus- und Facharztverträge des Medi-Verbundes Baden-Württemberg beinhalten Fall- und Komplexpauschalen sowie Einzelleistungsvergütungen. Teilweise werden Boni für das Erreichen bestimmter Versorgungsziele, wie z.B. die Verringerung stationärer Krankenhauseinweisungen im AOK-Facharzt-Programm/ Bosch BKK-Facharztprogramm Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, gezahlt, also Formen von Pay for Performance (P4P) verwendet (AOK Baden-Württemberg et al. 2017).

2.1.4 Grundzüge des DRG-Systems

Seit 2003 werden die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser zum großen Teil über Fallpauschalen über das System der Diagnosis Related Groups (DRG-System) vergütet. Medizinisch-ökonomisch homogene Fallpauschalen werden auf der Basis von Hauptdiagnosegruppe, Prozeduren und Fallschwerefaktoren (Alter, Nebendiagnosen, etc.) gebil-

5 So werden ab 2018 im Gesunden Kinzigal Fallpauschalen je Patientenkontakt aus dem bisherigen individuellen KV-Vergütungsvolumen mit einem zusätzlichen Aufschlag gebildet sowie zusätzlich förderungswürdige Einzelleistungen ohne Budgetierung vergütet (Optimedis (2018). Gesundes Kinzigal führt 2018 Direkthonorierung für ärztliche Leistungspartner ein.

det. Das DRG-System basiert wie der EBM auf einer Vollkostenrechnung, die Kalkulationsgrundlage ist jedoch deutlich ambitionierter. Kalkulationsbasis sind die jährlich empirisch erhobenen Fallkostendaten sogenannter Kalkulationskrankenhäuser (ca. 230 Einrichtungen), welche ihre Kostendaten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) übermitteln (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2017). Auf dieser Basis entwickelt das InEK den jährlichen DRG-Katalog, indem möglichst kostenhomogene Fallgruppen gebildet werden. Ebenfalls wird für alle DRG ein Relativgewicht kalkuliert, welches den ökonomischen Schweregrad eines Falls abbildet in Relation zu den durchschnittlichen Fallkosten aller stationären Leistungen. Auch werden Zu- und Abschläge des Relativgewichts für die einzelnen DRG festgelegt, die bei einer Überschreitung bzw. Unterschreitung der oberen / unteren Grenzverweildauer wirksam sind.⁶

Der Preis für eine DRG ergibt sich aus ihrem Relativgewicht, multipliziert mit dem jährlich auf Landesebene zwischen den Kostenträgern und der Landeskrankenhausesellschaft verhandelten Landesbasisfallwert (§ 10 KHEntgG).

Auch das einzelne Krankenhaus unterliegt einer Budgetierung, die jährlich mit den Kostenträgern auf Landesebene prospektiv verhandelt wird und aus geplanten Fallzahlen, Case Mix Index (durchschnittlicher Fallschweregrad des Krankenhauses) und Landesbasisfallwert gebildet wird. Bei Unterschreitung des geplanten Erlöses wird ein anteiliger Mindererlösanteil von den Krankenkassen gezahlt, bei Überschreitung muss ein anteiliger Mehrleistungsabschlag von den Krankenhäusern zurückerstattet werden. Dieser Erlösausgleich erfolgt über Zuschläge auf bzw. Abschläge von den Fallpauschalen des Folgejahres.

Im DRG-System erfolgt also die Kalkulation der relativen Höhe der einzelnen Fallpauschalen regelorientierter als im ambulanten vertragsärztlichen Vergütungssystem, der Schwerpunkt der korporatistischen Verhandlungssysteme liegt auf den Verhandlungen zum Landesbasisfallwert und zu den Krankenhausbudgets.

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz – PpSG) von 2018 werden den Krankenhäusern künftig die tatsächlich entstandenen Personalkosten für Pflegepersonal bettenführender Abteilungen erstattet. Entsprechend sind nach dem neu gestalteten § 17b Abs. 4 KHG die Vertragsparteien auf Bundesebene beauftragt, basierend auf einem Konzept des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die Pflegepersonalkosten aus dem bisherigen DRG-System auszugliedern und zur Ablastung der Pflegepersonalkosten auf die Kostenträger eine neue Pflegepersonalkostenvergütung zu entwickeln. Insofern sind hier wesentliche Änderungen der Anreizwirkungen des DRG-Systems zu erwarten.

2.1.5 Grundzüge des PEPP-Systems

Das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHfRG) 2009 stellte mit seinem Auftrag an die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene für den Bereich der Psychiatrie und Psychosomatik den Startschuss zur Entwicklung eines pauschalierenden Entgeltsystems auch für diesen deutlich schwieriger zu standardisierenden stationären Leistungsbereich dar. Ausgehend von der vorangegangenen Vergütung nach Pflegesätzen und dem darauf aufbau-

⁶ Ferner werden zur Homogenisierung der Fallkosten bestimmte seltene, aber teure Kostenpositionen in Zusatzentgelte ausgegliedert. Dies betrifft beispielsweise die Gabe von Bluterpräparaten, die zusätzlich zur geleisteten DRG vergütet werden.

end verhandelten Krankenhausbudget befindet sich das System derzeit noch im Übergang. Ursprünglich war geplant das PEPP-System wie das DRG-System als leistungsorientiertes Vergütungssystem zu verwenden, künftig wird es jedoch nur Teil eines Budgetsystems sein. Seit 2018 befindet sich das System in der verpflichtenden Einführungsphase, d. h. alle entsprechenden Krankenhäuser müssen es zur Abrechnung verwenden. Allerdings basiert bis einschließlich 2019 die Budgetberechnung noch auf dem bisherigen Modus, d. h. die Abrechnung nach PEPP ist für die Krankenhäuser budgetneutral (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2017). Ab 2020 sollen individuelle Budgetverhandlungen der Krankenhäuser auf Basis des PEPP-Systems stattfinden, werden jedoch durch weitere Aspekte ergänzt (Krankenhausvergleich, strukturelle und regionale Besonderheiten, Umsetzung künftiger Personalstandards).

Die Kalkulation beruht wie im DRG-System auf Istkosten, die für 2018 von 114 Kalkulationskrankenhäusern geliefert wurden. Daraus werden nach den PEPP-Fallgruppen für einzelne Belegungstage Bewertungsrelationen ermittelt, welche die Relation der Behandlungskosten zu den bundesdurchschnittlichen Tagesbehandlungskosten repräsentieren. Diese tagesbezogenen Relativgewichte nehmen mit zunehmender Belegungszeit ab (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) 2018). Die Tagesbehandlungspauschalen ergeben sich durch die Multiplikation mit einem krankenhausindividuell verhandelten Basisfallwert.

2.2 Vergütungssystem für ambulante und ggf. ambulant erbringbare Leistungen im PKV-System

Die Gebührenordnung für alle ambulanten Leistungen im privatärztlichen Leistungsbereich ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie wird angewendet für die Gruppen der Selbstzahler und der sogenannten „Kostenerstatter“ im GKV-System nach § 13 Abs. 2 SGB V und vor allen Dingen für PKV-Versicherte, darunter Beamte. PKV-Versicherte rechnen die Leistungen per Kostenerstattung mit ihrem jeweiligen Krankenversicherungsunternehmen ab, im Falle der Beamten erstattet die Beihilfe einen Teil der Arztrechnung. Während im stationären System grundsätzlich das DRG-System auch für PKV-Patienten angewendet wird, können hier wahlärztliche Leistungen zusätzlich auch per GOÄ abgerechnet werden.

Die GOÄ wird per Rechtsverordnung erlassen und stammt derzeit in ihren wesentlichen Strukturen und Bewertungen aus dem Jahr 1982. Die letzte Teilreform in Bezug auf die Laborleistungen fand im Jahr 1996 statt. Die GOÄ beruht im Wesentlichen auf Einzelleistungsvergütungen.

Die Gebühren der einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) bestimmen sich aus den Einzelleistungen zugeordneten Punkten, die mit einem festen Punktwert (0,0582873 Euro) multipliziert werden. Zusätzlich wird dieses Produkt mit einem sogenannten Steigerungsfaktor multipliziert, der vom Arzt innerhalb eines Rahmens je nach Schwierigkeit und Zeitaufwand der erbrachten Leistung festgesetzt werden kann. Für persönliche ärztliche Leistungen liegt der Gebührenrahmen der Steigerungsfaktoren zwischen 1 und 3,5, wobei bei der Berechnung eines Steigerungsfaktors über 2,3 eine Begründungspflicht des Arztes besteht. Dies führt in der Regel bei PKV-Versicherten zu der Verwendung eines Steigerungsfaktors von 2,3 für diese Leistungen. Für bestimmte Leistungsbereiche sind eingeschränkte Gebührenrahmen vorgesehen, so z. B. u. a. im Bereich der physikalisch-medizinischen Leistungen, der strahlendiagnostischen und weiterer Leistungen von 1 bis 2,5 mit Begrün-

dungspflicht ab einem Faktor von 1,8 und bei Laborleistungen von 1 bis 1,3 mit Begründungspflicht bei einem Faktor ab 1,15. Sonderregelungen gelten für Versicherte des Standardtarifs und des Basistarifs der PKV. So werden nach Vereinbarung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern die meisten persönlichen Leistungen im Basistarif unter Verwendung des Steigerungsfaktors 1,2 abgerechnet, bei physikalisch-medizinischen Leistungen etc. wird der Faktor 1,0, bei Laborleistungen 0,9 angesetzt (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Verband der privaten Krankenversicherung 2010).

Der wenig aktuelle Stand der GOÄ bzgl. des medizinisch-technischen Fortschritts hat dazu geführt, dass ein erheblicher Teil der Leistungen im Wege der Analogabrechnung, d. h. unter Nutzung von nach Art, Kosten und Zeitaufwand vergleichbaren GOP als Grundlage, abgerechnet werden. Die Bundesärztekammer (BÄK) gibt hierzu ein Verzeichnis der Analogen Bewertungen heraus, die im Zentralen Koordinationsausschuss für Gebührenordnungsfragen unter Beteiligung von Vertretern der BÄK, des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), der Beihilfekostenträger und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) beschlossen oder zumindest abgestimmt wurden (Hess und Klackow-Franck 2015).

Obwohl bei den einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) der Abstand in der Vergütungshöhe zwischen EBM und GOÄ sehr unterschiedlich ist, liegt insgesamt die Vergütung gleicher Leistungen in der GOÄ deutlich höher als in der ambulanten ärztlichen Vergütung der GKV. Eine Studie basierend auf Daten des Jahres 2006 ergab, dass ambulante ärztliche Leistungen des GKV-Leistungsumfangs zu diesem Zeitpunkt per GOÄ etwa 2,3-mal so hoch vergütet wurden wie im GKV-System (Walendzik et al. 2008).

Die Notwendigkeit einer Novellierung der GOÄ wird spätestens seit den 2000er Jahren gesehen. Die Bewertungsrelationen berücksichtigen weder den technischen Fortschritt bei gerätebezogenen Leistungen noch bilden sie in ausreichendem Ausmaß Gesprächsleistungen ab. Neue Leistungen können wesentlich nur als Analogleistungen abgerechnet werden und finden keinen eigenständigen Eingang in die Gebührenordnung.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat sich schon vor längerer Zeit festgelegt, die GOÄ nicht ohne enge Rückkopplung mit Ärzteschaft und privater Krankenversicherung zu novellieren. Mehrere Novellierungsansätze sowohl im Alleingang einer der beiden Seiten als auch in Beratungen zwischen PKV-Verband und Bundesärztekammer (BÄK) sind gescheitert. Inzwischen liegt jedoch ein in Teilen ausgearbeiteter konsentierter Entwurf vor, der in seinem Bearbeitungsstand auch grundsätzlich von den Bundesärztetagen 2016 und 2017 akzeptiert wurde (120. Deutscher Ärztetag 2017; 121. Deutscher Ärztetag 2018).

Konsentiert zwischen BÄK unter Beteiligung der ärztlichen Berufs- und Fachverbände und den Kostenträgern ist die Leistungslegendierung einer neuen GOÄ. Sie beruht weiterhin wesentlich auf Einzelleistungsvergütung. Enthalten sind 4.196 Hauptleistungen und 1.393 Zuschläge, die sich entweder auf die Einzelleistung oder übergeordnet auf mehrere Leistungen beziehen (z. B. Zuschlag für die Behandlung eines Kindes bis zum achten Lebensjahr) (Reinhardt 2018).

Grundsätzlich soll der einfache Gebührensatz berechnet werden können. Steigerungsmöglichkeiten auf den zweifachen Satz sollen nur auf Grundlage einer sogenannten Positivliste besonderer Erschwerungsgründe möglich sein. Die derzeit auf Basis von diversen Datenquellen von der BÄK entwickelte monetäre Bewertung der GOP legt eine Vollkostensystematik

zugrunde, die zwischen der Bemessung ärztlicher Leistung nach eingesetzter Arbeitszeit und weiteren Leistungen wie Leistungen des Praxispersonals, technische Leistungen und Gemeinkosten unterscheidet.

Zielgröße der Reform ist ein Preiseffekt von ca. 5,8 Prozent auf die Ausgaben der Kostenträger. Dieser soll in einer Monitoringphase von drei Jahren von einer „Gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ“ (GeKo) (zu ihrer Zusammensetzung und weiteren geplanten Funktionen siehe unten), die sich zu diesem Zwecke einer Datenstelle bedient, überwacht bzw. unter Einstimmigkeit der Mitglieder analysiert werden (Reinhardt 2017). Wesentliche Datengrundlage sollen die Kopfschadenstatistiken der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) sein. Dabei sollen demographische und morbiditätsbedingte Ausgabenveränderungen sowie die Ausgaben für neue Leistungen herausgerechnet werden.

Die kontinuierliche Weiterentwicklung der GOÄ soll nach den Vorstellungen von PKV und Ärzteschaft auf Basis von Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ (GeKo) an den Verordnungsgeber Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erfolgen, um eine kontinuierliche Aktualisierung der GOÄ zu erreichen. Die GeKo soll paritätisch von Vertretern der Ärzteschaft und der Kostenträger besetzt sein. Sie soll weiterhin auch Empfehlungen zur weiterhin möglichen Verwendung von Analogbewertungen für neue Leistungen sowie für die Positivliste der oben behandelten besonderen Erschwerungsgründe abgeben.

Eine Umsetzung der Novellierung der GOÄ wird sich jedoch vermutlich auch bei Einigung der Ärzteschaft und der Kostenträger aus PKV und Beihilfe weiterhin verzögern, da das BMG zunächst auf Basis der aktuellen Koalitionsvereinbarung eine Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen (KOMV) berufen hat, die bis Ende 2019 Empfehlungen zu grundsätzlichen Ansätzen in der ambulanten vertrags- wie privatärztlichen Vergütung abgeben soll. Der Koalitionsvertrag lässt ausdrücklich offen, inwieweit es in dieser Legislaturperiode noch zu Maßnahmen des Normgebers kommen wird (CDU et al. 2018).

3

Entwicklung einer Kriteriologie zur
Bewertung von Vergütungssystemen für
ambulante und ambulant erbringbare
ärztliche Leistungen

Die Bewertung gesundheitspolitischer Maßnahmen bzw. der Gestaltung von Teilen eines Gesundheitssystems kann nur im Zusammenhang mit der Erreichung von Gestaltungszielen erfolgen. Gleichwohl gibt es keinen allgemein oder wissenschaftlich konsentierten Katalog von Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und ihren Teilsystemen.

Ziele, die im Zusammenhang mit ärztlichen Vergütungssystemen als wesentlich genannt werden, sind einerseits die Erzeugung von Anreizen, ein effizientes Leistungsangebot hinsichtlich Versorgungsniveau und Versorgungsformen zur Verfügung zu stellen, andererseits Gerechtigkeit gegenüber den ärztlichen Leistungserbringern (Ellis und McGuire 1993). Diese Ziele sind jedoch auf einem relativ hohen Komplexitätsniveau formuliert, bedürfen also im Zusammenhang mit der Diskussion einer umfangreicheren Umstrukturierung von Vergütungssystemen der Konkretisierung und Ergänzung.

Häufig zitiert und verwendet wird in der Gesundheitssystemforschung der Basis-Kriterienkatalog des Commonwealth Fund. Dieser bezieht sich primär auf Gesundheitssysteme als Ganzes (Schoen et al. 2006; Gauld et al. 2011). In Tabelle 3 ist im Überblick der in diesem Zusammenhang verwendete Basis-Kriterienkatalog mit fünf Hauptkriterien abgebildet, von denen zwei jeweils über Unterkriterien weiter spezifiziert werden.

Der Ansatz ist einerseits umfassend in dem Sinne, dass verschiedene Aspekte eines Gesundheitssystems bewertet werden können, also z. B. sowohl Finanzierungsaspekte

TABELLE 3: Basis-Kriterienkatalog des Commonwealth Fund zur Bewertung von Gesundheitssystemen

Hauptkriterium	Spezifizierung
Gesundheitlicher Outcome	
Qualität	Effektive gesundheitliche Versorgung
	Koordinierte gesundheitliche Versorgung
	Sichere gesundheitliche Versorgung
	Patientenzentrierte gesundheitliche Versorgung
Zugang	Universelle Teilhabe an der Versorgung
	Finanzielle Erschwinglichkeit der Versorgung (Affordability)
Effizienz	
Gleichheit (Equity)	
Quelle: auf Basis von Schoen et al. 2006; Gaul et al. 2011	

TABELLE 4: In der wissenschaftlichen Literatur genutzte Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und der Organisation gesundheitlicher Leistungserbringung

Klinische Qualität
Kosten
Zugang
Gleichheit (Equity)
Patientenerfahrung
Patientensicherheit
Organisatorische Responsivität
Versorgungskoordination
Koordination mit sozialen Diensten (Community Service)
Ärztliche Arbeits- und Lebenszufriedenheit
Steuerungsfähigkeit (Governance)
Innovationszugang
Quelle: eigene Darstellung

als auch Aspekte der Organisation der Leistungserbringung, andererseits sind durchaus zumindest weitere Differenzierungen in den Zielkriterien denkbar. Gleichzeitig wird schon an dieser Aufstellung klar, dass Zielaspekte häufig nicht unabhängig voneinander sind, wie z. B. Gleichheitsaspekte in der Versorgung und Zugangsaspekte.

In einem systematischen Review erfassen Aluwahlia et al. (2017) auf narrative Weise Kriterien, die in der wissenschaftlichen Literatur zur Bewertung von Gesundheitssystemen und der Organisation gesundheitlicher Leistungserbringung genutzt werden. Tabelle 4 zeigt im Überblick diese Kriterien in der Reihenfolge der Häufigkeit ihrer Verwendung.

Auch hier zeigt sich, dass die Kriterien einerseits teilweise näher ausgeführt werden müssen (klinische Qualität), andererseits in vielfältiger Weise miteinander verknüpft sind.

In beiden dargestellten Schemata handelt es sich um Bewertungskriterien aus gesellschaftlicher Perspektive, wenn man vom Kriterium der ärztlichen Zufriedenheit absieht, das allerdings nicht nur als Ausdruck einer Stakeholderperspektive, sondern auch als Voraussetzung der mittelfristigen Funktionsfähigkeit eines Gesundheitssystems gesehen werden kann. Bezogen auf die Bewertung von Systemreformen fehlen jedoch Kriterien der gesundheitspolitischen Realisierbarkeit, in die jeweils die Stakeholderperspektiven mit einbezogen werden müssen.

Die für die vorliegende Studie verwendete Krieriologie wurde in einem dreischrittigen Prozess entwickelt. Grundsätzlich wurde auch hier die gesellschaftliche Perspektive eingenommen.

Zunächst erfolgte, wie oben dargestellt, eine Analyse der in der Literatur verwendeten Krieriologien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und Systemen gesundheitlicher Leistungserbringung.

In einem zweiten Schritt wurden die in diesem Zusammenhang in der Literatur verwendeten Kriterien auf ihre Sinnhaftigkeit in Hinblick auf das zu untersuchende Teilsystem, also

die Vergütungssysteme im Bereich von ambulanten und ambulant erbringbaren ärztlichen Leistungen, überprüft und in ein System von Kriterien und Subkriterien sowie zugehörigen Aspekten geordnet. Dabei waren auch hier, wie schon oben diskutiert, Überschneidungen und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Kriterien nicht vollständig vermeidbar. Schließlich wurde der Kriterienkatalog erweitert, insbesondere in Hinblick auf eine explizite Berücksichtigung von ökonomischen Anreizkonstellationen sowie auf Aspekte der Realisierbarkeit der zu diskutierenden Reformmodelle. In diesem Zusammenhang sind auch Aspekte der einzelnen Stakeholderperspektiven zu berücksichtigen.

Der so vom Projektteam entwickelt Kriterienkatalog wurde in einem Workshop unter Teilnahme von relevanten Stakeholdervertretern vorgestellt und diskutiert. Aufbauend darauf

TABELLE 5: Kriteriologie der vorliegenden Studie

Kriterium	Subkriterium	Aspekte
Anreize zur Versorgungsqualität	Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung	Indikationsqualität, evidenzbasierte Auswahl der Behandlung, Behandlungsqualität
	Anreize zur Patientenorientierung	Patientenzentrierung, Patienteninformation, Berücksichtigung von Patientenpräferenzen, sprechende Medizin
	Patientensicherheit	Vermeidung unzureichender, überflüssiger oder schädlicher Behandlung, Qualifikation des Leistungserbringers, Notfallversorgung
	Anreize zur Behandlungscoordination	Informationsübermittlung und Koordination sektorintern, an den Sektorengrenzen (stationär, Reha, Pflege) und im Verhältnis zu kooperierenden medizinischen Berufsgruppen
Anreize zur Wirtschaftlichkeit	Anreize zur Behandlungseffizienz	Einzelwirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringer, wirtschaftliche Auswahl von Versorgungssettings, Vermeidung von Doppeluntersuchungen, Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen und Auswahl kosteneffektiver Leistungen, Vermeidung arztinduzierter Nachfrage, Reduzierung von ASK
	Anreiz- / Teilnahmekompatibilität	Teilnahme der Leistungserbringer an wirtschaftlichen Angeboten und Versorgungsformen
Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang		Wartezeiten, Angebot an evidenzbasierten Leistungen, Zugang für Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf
Innovationszugang		Zeitnaher Einbezug innovativer Methoden mit Zusatznutzen, Anreize zu effektiver und effizienter Produkt- und Prozessinnovation
Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer		Gleiche Vergütung für gleiche Leistung, Kalkulierbarkeit der Vergütung
Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit		Sachgerechte Zuordnung möglicher Finanzierungskosten auf die Finanzierungsträger Einkommensumverteilungen unter Gerechtigkeitsaspekten, Abfederung von reformbedingten Einkommensveränderungen
Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen		Responsivität auf Veränderungen der Versorgungslandschaft, z. B. Morbiditätsveränderungen Ambulantisierung von Leistungen, regionale Unterversorgung, demographische Veränderungen
Transparenz und Regulierbarkeit		Planbarkeit, klare Zuständigkeiten, Kohärenz der Rahmenregulierungen (z. B. Bedarfsplanung, Qualitätssicherung), Regulierungskosten, administrative Kosten für Leistungserbringer und Finanzierungsträger, angemessener Datenzugang z. B. zu Evaluationszwecken. Responsivität auf Fehlanreize
Realisierbarkeit		Realisierungskosten, Realisierungswiderstände, Perspektiven relevanter Stakeholder, Akzeptanz durch Leistungserbringer, rechtliche Machbarkeit

Quelle: eigene Darstellung

erfolgten dann Ergänzungen und Verdeutlichungen, z. B. in Hinblick auf die Einbindung der Stakeholderperspektiven.

Tabelle 5 zeigt den finalen Kriterienkatalog, mit dem im Folgenden sowohl die derzeitigen Vergütungssysteme für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen wie auch die vom Projektteam zu entwickelnden Vergütungsmodelle bewertet werden sollen. Spalte 1 zeigt das jeweilige Kriterium, Spalte 2 explizite Subkriterien und in Spalte 3 sind Aspekte gesammelt, die bei der Bewertung berücksichtigt werden sollen. Wiewohl hier versucht wird, relevante Aspekte abzubilden, erhebt diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch hier sind, ähnlich wie in den oben dargestellten Ansätzen, Überschneidungen und Wechselbeziehungen zwischen einzelnen Kriterien und auch Aspekten nicht vermeidbar, was es bei der Anwendung der Kriterien auf die Beurteilung der derzeitigen Regulierungssituation und auf reformierte Modelle zu beachten gilt. Bei der Aufteilung auf Kriterien, Subkriterien und Aspekte waren unterschiedliche Ansätze möglich. Die getroffene Auswahl orientiert sich auch an der Zielsetzung, das Kriterienset überschaubar und übersichtlich zu halten.

Dem Kriterium „Anreize zur Versorgungsqualität“ wurden vier Subkriterien zugeordnet. Effektive Versorgung bemisst sich hier an solchen Aspekten wie der Indikationsqualität, der evidenzbasierten Auswahl an Behandlungsmethoden und der Behandlungsqualität. Patientenorientierung drückt sich generell in einer patientenzentrierten Behandlung aus, charakterisiert durch eine angemessene Patienteninformation sowie die Berücksichtigung von Patientenpräferenzen bei der Auswahl der Behandlung. Sie bedingt eine Betonung der sogenannten sprechenden Medizin. Patientensicherheit wiederum manifestiert sich in der Vermeidung unzureichender, überflüssiger oder schädlicher Behandlung. Als Faktoren wirken auf sie z. B. eine angemessene Qualifikation der medizinischen Leistungserbringer und eine angemessene Organisation der Notfallversorgung. Ein wichtiger Faktor für die Versorgungsqualität ist im deutschen fragmentierten Versorgungssystem die Koordination der Gesamtbehandlung eines Patienten, sodass entsprechende Anreize hier als eigenes Subkriterium verwendet werden. Angesprochen sind in umfassender Form die Informationsübermittlung und Koordination sektorintern, an den Sektorengrenzen (stationär, Reha, Pflege) und im Verhältnis zu kooperierenden medizinischen Berufsgruppen.

Dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit werden zwei Subkriterien zugeordnet – einerseits die Behandlungseffizienz, andererseits aber auch die Anreizkompatibilität, die darüber entscheidet, ob sich Leistungsanbieter finden, die eine bestimmte Versorgungsform anbieten und welchen Umfang ihr Angebot hat. Die Behandlungseffizienz umfasst sowohl die einzelwirtschaftliche Effizienz der Leistungserbringer als auch die wirtschaftliche Auswahl von Versorgungssettings. Sie drückt sich aus z. B. in der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und von unnötigen medizinischen Maßnahmen, der Auswahl kosteneffektiver Leistungen, der Vermeidung arztinduzierter Nachfrage sowie der Reduzierung von ambulant-sensitiven Krankenhausesleistungen (ASK). Das Subkriterium der Anreiz-/Teilnahmekompatibilität richtet sich auf die Frage, inwieweit ausreichende Anreize für die Leistungserbringer zu deren Teilnahme an wirtschaftlichen Angeboten und Versorgungsformen vorliegen.

Die Anreize bzgl. Equity beziehen sich in erster Linie auf den Patientenzugang. Allgemein wird hier das Ziel gleicher – natürlich im optimalen Falle kurzer – Wartezeiten auf medizinische Behandlungen sowie gleichen Zugangs zu medizinischem Fortschritt adressiert. Dazu gehört auch die Frage des bedarfsgerechten Zugangs für Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf.

Wie schon oben erwähnt, wird der Innovationszugang, abgesehen von spezifischen Aspekten wie z.B. der Verteilung der Zugangschancen, noch einmal als eigenes allgemeines Kriterium verwendet. Angezielt wird hier der zeitnahe Einbezug innovativer Methoden mit Zusatznutzen, also nicht ein unterschiedsloses Einbeziehen jeglicher neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode ohne Beurteilung ihrer Effektivität. Zusätzlich ist zu untersuchen, ob Anreize zu effektiver und effizienter Produkt- und Prozessinnovation vorliegen.

Die Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer wird verstanden über den Grundsatz gleicher Vergütung für gleiche Leistung. Sie bezieht aber auch Aspekte der Kalkulierbarkeit der ärztlichen Vergütung ein.

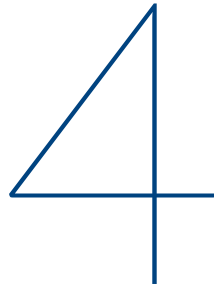
Das Kriterium „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“ bezieht sich in erster Linie auf die Verteilungswirkungen möglicher Reformen. Dabei geht es z.B. um die Verteilung möglicher Finanzierungskosten auf die primären und sekundären Finanzierungsträger, also die Träger der Krankenversicherungen sowie ihre Versicherten sowie ggf. den Staat. Außerdem adressiert das Kriterium die Verteilung möglicher Reformauswirkungen auf Einnahmen und Einkommen der medizinischen Leistungserbringer. Auch das Vorhandensein einer zeitlichen Abfederung von möglichen Umverteilungsfolgen von Reformen wird in die Beurteilung nach diesem Kriterium einbezogen.

Die Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen als Kriterium bewertet grundsätzlich den Grad der Responsivität auf Veränderungen der Versorgungslandschaft.

Das Kriterium trägt der Situation Rechnung, dass sowohl die Versorgungsanforderungen und die Versorgungssituation in der Bundesrepublik Deutschland regional unterschiedlich sind als auch die demographische, soziale, medizinische und soziokulturelle Entwicklung in der Prognose zu Veränderungen von Anforderungen an die medizinische Versorgung führt. Als Beispiele sind hier Veränderungen der zu versorgenden Morbidität, der Prozess der zunehmenden Ambulantisierung von Leistungen, das wachsende Problem regionaler Unterversorgung, demographische Veränderungen und veränderte Weiterbildungserfordernisse des ärztlichen Nachwuchses genannt.

Das Kriterium „Transparenz und Planbarkeit“ bezieht sich insbesondere auf die Steuerbarkeit und Evaluierbarkeit des Versorgungsangebots. Es umfasst eine Reihe von Aspekten. Einerseits adressiert es die Planbarkeit der Versorgung, klare Zuständigkeiten und die Kohärenz der Rahmenregulierungen. Dies kann sich z.B. auf Regelungen der Bedarfsplanung und Qualitätssicherung beziehen. Dazu untersucht es die Responsivität des Systems auf Fehlentwicklungen durch Fehlanreize. Im Zusammenhang damit ist auch der angemessene Datenzugang z.B. zu Evaluationszwecken zu beurteilen. Außerdem umfasst das Kriterium die Frage nach der Angemessenheit der Höhe der administrativen Kosten für Leistungserbringer und Finanzierungsträger.

Unter das Kriterium der Realisierbarkeit fallen sowohl gesundheitspolitische als auch rechtliche Aspekte. Aus gesundheitspolitischer Perspektive soll hier insbesondere beurteilt werden, inwieweit die zu untersuchenden Versorgungsmodelle im Interesse relevanter Stakeholder liegen und welche Unterstützung bzw. welche Widerstände gegenüber ihrer Realisierung zu erwarten sind. Dabei spielt die Akzeptanz der Leistungserbringer selber eine wichtige Rolle. Aus rechtlicher Sicht können sowohl die Beurteilung der verfassungsrechtlichen Zulässigkeit als auch möglicher Komplikationen durch die Form des Gesetzgebungsprozesses (z.B. Zustimmungspflichtigkeit des Bundesrates) betrachtet werden.



Der Status quo in der Vergütung
ambulanter und ambulant erbringbarer
Leistungen im Lichte der Kriteriologie

Bei der Anwendung der in Kapitel 3 entwickelten Kriteriologie auf die in Kapitel 2 beschriebenen Vergütungssysteme müssen verschiedene Aspekte betrachtet werden.

So gehen Effekte und Anreizwirkungen aus von

- einzelnen Vergütungssystemen,
- dem Zusammenwirken verschiedener Vergütungssysteme innerhalb des GKV-Systems,
- dem Zusammenwirken der Vergütungssysteme des GKV-Systems mit der privatärztlichen Vergütung.

Im Folgenden werden rein qualitative Bewertungsansätze gegliedert nach den oben dargestellten Kriterien und Subkriterien vorgestellt. Bei der Bewertung der einzelnen Vergütungssysteme liegt der Fokus auf dem kollektiven vertragsärztlichen und dem privatärztlichen Vergütungssystem. Nur in besonders relevanten Fällen werden auch Auswirkungen weiterer Vergütungssysteme wie z. B. der spezialfachärztlichen Vergütung einzeln diskutiert und bewertet.

Im folgenden Text wird für jedes Kriterium nach der beschriebenen Systematik ein Bewertungsansatz vorgestellt. Grundlage hierfür ist die systematische Anwendung des Kriteriums auf die Vergütungssysteme im Status quo durch die Autoren. Die daraus hervorgegangenen Ergebnisse wurden sodann am 20.11.2018 auf einem Workshop mit dem Auftraggeber und Vertretern relevanter Stakeholder vorgestellt und diskutiert. Dort vorgebrachte Anregungen und Korrekturen wurden, soweit seitens der Autoren als zielführend erachtet, in die hier abschließend vorgestellte Bewertung einbezogen.

4.1 Anreize zu Versorgungsqualität: Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung

Über das vertragsärztliche Vergütungssystem und verbundene Regulierungen wird die Indikationsqualität nicht unterstützt und ist nur begrenzt und ansatzweise z. B. über die Untersuchung zeitlicher Kontinuität auch über mehrere Leistungserbringer kontrollierbar. Erst über das am 11.5.2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sollen Kodierrichtlinien verpflichtend für die vertragsärztliche Versorgung eingeführt werden. Der EBM belohnt außerdem nicht eine ausführliche, auch soziale Anamnese im Rahmen von Gesprächsleistungen, erste Ansätze befinden sich auch hier im TSVG in Form der verpflichtenden Einführung von Zuschlägen auf die Versichertenpauschalen für neue Patienten. Qualitätssicherungselemente sind vorwiegend auf die Strukturqualität und in kleinen Teilen auf die Prozessqualität bezogen und manifest im Bundesmantelvertrag

Ärzte als kollektivvertraglichem Rahmen sowie in Abrechnungsvoraussetzungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Generell besteht keine Bindung der Vergütungsregelungen an eine leitliniengerechte Versorgung. Selektivvertragliche Versorgungsansätze enthalten häufig weitere Elemente von Struktur- und Prozessqualität und integrieren teilweise ergebnisorientierte Qualitätsansätze in die Vergütung, wie z. B. der Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg (AOK Baden-Württemberg et al. 2017). Pauschalierung und Budgetierung des EBM schaffen Anreize, die zu Unterversorgung der Patienten (Scott 2000) bzw. speziell im Quartalsbezug zu zeitlicher Verzögerung von Versorgungsleistungen führen können.

Im privatärztlichen Vergütungssystem ist die Diagnosekodierung noch weniger reguliert als im vertragsärztlichen System. Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) enthält keine Bestimmungen zu Struktur-, Prozess- oder gar Ergebnisqualität und durch die fehlende Einbindung in Verträgen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern gibt es auch kein qualitätssicherndes vertragliches Regelwerk. Die nicht budgetierte Einzelleistungsvergütung schafft Anreize zur Überversorgung (Scott 2000). Die Anreize bzgl. der Versorgung für Patienten im Basis- oder Notlagentarif fallen allerdings insofern ggf. verändert aus, als die Höhe der Vergütung der Einzelleistungen über relativ niedrige Höchststeigerungsfaktoren begrenzt ist – d. h. die Anreize eines Einzelleistungsvergütungssystems zu Erbringung möglichst vieler Leistungen könnten, wenn die Grenzkosten der Erbringung höher sind als die Höhe der jeweiligen Einzelvergütung ist, ggf. auch ins Gegenteil verkehrt werden.

Bezüglich der Einschätzung der Anreize zur bedarfsgerechten effektiven Versorgung hinsichtlich der Versorgungsqualität im Zusammenspiel der Vergütung ambulanter und stationärer Leistungserbringer muss zunächst die Einschränkung angebracht werden, dass die Vergleichbarkeit der Qualität im Sinne einer Messung schon alleine eingeschränkt ist aufgrund des weitgehenden Fehlens sektorenübergreifender Qualitätskriterien (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018). Anreize aus den vielfältigen Vergütungssystemen im Verhältnis zueinander folgen jedenfalls nicht systematisch Qualitäts- oder Bedarfskriterien, sondern entstehen durch ein zufälliges Ergebnis der Verhältnisse historisch bedingt entstandener Vergütungsformen und -höhen zueinander. Betrachtet man das Nebeneinander kollektiv- und selektivvertraglicher Vergütungsstrukturen, so stellt sich die Frage, inwieweit erfolgreich erprobte Anreizkonzepte in die kollektivvertragliche Versorgung übernommen werden, d. h. das kollektive Vergütungssystem von den selektivvertraglichen Erfahrungen bzgl. qualitativer Versorgungsanreize profitiert. Dies kann zwar teilweise (vgl. Abschnitt 4.11), aber nicht systematisch beobachtet werden.

Das Zusammenwirken der ambulanten Vergütungssysteme für privat und für gesetzliche Versicherte verstärkt die grundsätzlich schon konstatierte gegenläufige Anreizsituation. Denn das Nebeneinander stärker pauschalierter und einzelleistungsvergütungsbasierter Vergütungssysteme gepaart mit dem Niveauunterschied der Vergütung befördert Versorgung nach finanziellen Anreizen statt nach Bedarf und verschärft die Tendenz zur Unterversorgung bei GKV- und Überversorgung bei PKV-Versicherten. Dabei sind die Niveauunterschiede der Vergütungen je nach Leistungserbringergruppe unterschiedlich und erzeugen dementsprechend auch unterschiedliche Anreize; Ausnahme vom im Allgemeinen höheren Vergütungsniveau der GOÄ sind z. B. psychotherapeutische Leistungen, die im Rahmen der GOÄ teilweise einer relativ geringeren Bewertung unterliegen (z. B. bei der nicht budgetierten tiefenpsychologischen oder analytischen Einzeltherapie unter Berücksichtigung des Strukturzuschlags im EBM). Effekte bezüglich eines unterschiedlichen patientenbezogenen Outcomes sind jedoch bisher nicht nachweisbar.

4.2 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung

Gesprächsleistungen im EBM sind im Vergleich zu technischen Leistungen tendenziell unterbewertet, was grundsätzlich die Umsetzung des Grundsatzes der Patientenorientierung über das persönliche Gespräch negativ anreizt. Die relative Unterbewertung hat verschiedene Gründe. Einerseits kann der technische Fortschritt die Sachkosten bei der Erbringung von technischen Leistungen verringern und so den Produktivitätsfortschritt widerspiegeln. Soweit dies zu geringeren Kosten der Leistung führt, wird in der Regel der EBM nicht zeitnah angepasst. Gesprächsleistungen dagegen als persönliche Leistungen unterliegen durch ihre starke Bindung an die Gesprächszeit des Leistungserbringers nicht einem entsprechenden Produktivitätsfortschritt. Weiterhin sinken die Kosten technischer Leistungen durch ihren Fixkostenanteil, z. B. bei Geräteeinsatz, bei steigender Leistungsmenge anteilig; die Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM berücksichtigen dies einstweilen nicht. Das TSVG sieht in Bezug auf die beschriebenen Problematiken eine Fristsetzung für eine Anpassung der GOP für technische Leistungen sowie erstmalig die Einführung einer mengenabhängigen, die Fixkostendegression berücksichtigenden Abschlagsregelung vor. Ein weiterer Grund für die tendenziell geringere Bewertung von Gesprächsleistungen mag die geringe Kontrollierbarkeit durch den Kostenträger insbesondere in nicht ausdrücklich zeitlich getakteten Fällen (anders als z. B. in der Psychotherapie durch die direkte Zeitbindung der therapeutischen Sitzung) sein. Dies gilt besonders bei nicht stärker inhaltlich differenzierten GOP. Bei Pauschalen, die Gesprächsleistungen beinhalten, besteht aus ökonomischer Sicht der Anreiz, diese möglichst knapp zu halten.

Generell fehlt im GKV-System ein Rahmen der Qualitätssicherung für Aufklärung und Shared Decision Making gerade im Bereich der nicht operativen Leistungen, sodass hier dann auch keine kollektivvertraglichen Rahmenbedingungen Anreizen aus dem Vergütungssystem entgegenwirken könnten (Coulter 2018).

Für die GOÄ gilt das oben beschriebene Problem einer Nichtberücksichtigung der Produktivitätsentwicklung bei technischen Leistungen und den entsprechenden Ungleichgewichten zwischen der Bewertung technischer und Gesprächsleistungen analog, verschärft durch die wesentlich stärkere Verzögerung der Aktualisierung der Bewertungen der GOP. Dieser Umstand kann nur begrenzt ausgeglichen werden durch Erhöhung des Steigerungsfaktors. Allerdings reizen die generell höhere Vergütung im Vergleich zum vertragsärztlichen Vergütungssystem, die Einzelleistungsvergütung und die höhere Vergütungssicherheit durch fehlende Budgetierung dazu an, in Wettbewerb um Privatpatienten zu treten und deshalb Patientenpräferenzen zu berücksichtigen. Gesprächsleistungen können insofern auch als Instrument der Kundenbindung gesehen werden, sodass die relative Unterbewertung innerhalb der GOÄ insoweit dann nicht wesentlich ins Gewicht fällt.

Anreize aus dem Zusammenwirken verschiedener Vergütungssysteme innerhalb des GKV-Systems sind bzgl. der Patientenorientierung nicht eindeutig bewertbar. Selektivverträge können Gespräch und Aufklärung stärker in ihren Vergütungen betonen; dies ist von der jeweiligen vertraglichen Vereinbarung abhängig. Von der Struktur der selektivvertraglichen Versorgungsformen her selber könnte ein Anreiz zum stärkeren Eingehen auf Patientenpräferenzen ausgehen, da die Versicherten zur Teilnahme motiviert werden müssen – dies ist dann aber nicht eine Auswirkung der Merkmale der Vergütungssysteme, sondern der gesetzlichen Gestaltung der Rahmenbedingungen der selektivvertraglichen Versorgung als solcher.

Die Unterschiede in Höhe und Struktur des kollektiven vertragsärztlichen und des privatärztlichen Vergütungssystems reizen einerseits, wie oben beschrieben, dazu an, stärker auf Patientenpräferenzen von wirtschaftlich ertragreicheren Privatpatienten einzugehen. Andererseits besteht ein noch stärkerer Anreiz zum Einsatz technischer Leistungen bei Privatpatienten.

4.3 Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit

Im ambulanten vertragsärztlichen Vergütungssystem kann die Pauschalierung Anreize setzen zur weniger umfassenden und damit risikobehafteten Versorgung aufwendiger Fälle. Dies mag zusätzlich besonders gegen Quartalsende zu ggf. mit patientenbezogenen Risiken verbundenen Verschiebungen veranlassen als Auswirkung der quartalsbezogenen Budgetierung. Bei elektiven nicht budgetierten Leistungen der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV), wie z. B. bei ambulanten Operationen oder den im stationären Setting erbrachten belegärztlichen Leistungen, können Mengenimpulse zu risikobehafteter Überversorgung ausgelöst werden (Hemschemeier, Bittkowksi und Stollorz 2018). Investitionen der niedergelassenen Ärzte für Patientensicherheit sind häufig nicht abbildbar und vergütet. Der EBM enthält nur wenige Positionen mit der direkten Zielsetzung Patientensicherheit, so die in 2016 in Ausführung des Auftrags durch das am 1.1.2016 in Kraft getretene Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) beschlossenen GOP zur Erstellung eines Medikationsplans (Bewertungsausschuss 2016c).

Die Einzelleistungsvergütung der GOÄ setzt wiederum, wie in Abschnitt 3.1 schon diskutiert, Anreize zur Überversorgung und kann insofern das Patientenrisiko durch unnötige Untersuchungen und Behandlungen erhöhen.

Im Zusammenwirken der Vergütungssysteme für die verschiedenen möglichen Leistungserbringer reizt die häufig lukrativere Vergütung über Diagnosis Related Groups (DRG) dazu an, Behandlungen auch ohne Notwendigkeit in den stationären Bereich zu verlagern und hierdurch die Patienten stärker in der stationären Versorgung vorhandenen Risiken auszusetzen, wie z. B. einer möglichen Infektion mit krankenhausessoziierten Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA).

Im Zusammenwirken der ambulanten Vergütungssysteme für GKV- und Privatpatienten verstärken sich auch in Hinblick auf den Aspekt der Patientensicherheit die gegenläufigen Anreize gegenseitig.

4.4 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungskoordination

Die Koordination von Diagnostik und Behandlung kann sowohl die Tätigkeit verschiedener ärztlicher als auch nicht ärztlicher Leistungserbringer umfassen. Explizite Vergütungsanreize zu Koordinationstätigkeiten sind bisher im EBM nur vereinzelt zu finden und wurden erst relativ kürzlich implementiert, so z. B. der Zuschlag für Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Bewertungsausschuss 2016b) oder das weiterführende geriatrische Assessment (Bewertungsausschuss 2016a). Das am 11.5.2019 in Kraft getretene Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sieht die Einführung eines Zuschlags auf

die Grundpauschale bei Vermittlung eines dringend notwendigen fachärztlichen Termins durch den Hausarzt vor. Auch in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung finden sich einige zusätzliche abrechenbare Positionen für Koordinationsleistungen bei Tumor-erkrankungen (Bewertungsausschuss 2018). Diese Versorgungsform sieht im Bereich der onkologischen Erkrankungen außerdem verpflichtende Kooperationen vor; die Form deren praktischer Umsetzung bleibt jedoch offen. Selektivverträge gerade der hausarztzentrierten Versorgung enthalten teilweise Zusatzziffern für Koordinationsleistungen, z. B. in Verbindung mit Krankenhausaufenthalten (Hausärzterverband Westfalen-Lippe 2017).

Generell bildet der EBM die Arztzentrierung von Koordinationsleistungen im kollektiven GKV-System und der medizinischen Versorgung in Deutschland ab, so z. B. durch die Vergütung der nicht ärztlichen Praxisassistenten über den EBM an den Arzt. Die Budgetierung der einzelnen Arztpraxis bezogen auf die durch die mobilitätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) vergüteten Leistungen und zusätzlich die Wirtschaftlichkeitsprüfung können die Weiterüberweisung von Patienten befördern, nicht aber notwendig die Kooperation. Eine sektorenübergreifende Koordination der Behandlung kann allerdings bei Beleg- und teilweise bei Honorar- und Konsiliarärzten stattfinden; dies ist aber abhängig von der spezifischen Versorgungsform.

Die Arztzentrierung des Versorgungssystems spiegelt sich auch im privatärztlichen Bereich. Dabei kennt die GOÄ kaum Koordinationsleistungen im engeren Sinne; es bleiben allenfalls einige GOP für die Vergütung von Besuchen durch Praxispersonal sowie z. B. die Begleitung des Patienten ins Krankenhaus. Anders als das kollektive Vergütungssystem der GKV sind aufgrund Einzelleistungsvergütung und Fehlens eines pauschalierten Budgets wirtschaftliche Anreize vorhanden, die eher die eigene Weiterbehandlung des Patienten anregen denn seine Überweisung zu anderen Leistungserbringern. Zusätzlich zu den oben genannten spezifischen Versorgungsformen von Beleg-, Honorar- und Konsiliarärzten erlaubt allerdings das privatärztliche Vergütungssystem die ambulante Vor- und Nachbehandlung durch den Chefarzt rund um stationäre Aufenthalte und insofern auch hier Versorgung aus einer Hand, die insoweit zumindest die Koordination zwischen ambulanten und stationären fachärztlichen Leistungserbringern unnötig macht.

Die Vielfalt der Vergütungssysteme für ambulante Leistungen im GKV-System erscheint wenig koordinationsfördernd unter den verschiedenen Vergütungsbereichen. Zwischen den Leistungserbringern im Krankenhaus sind aufgrund der gemeinsamen Organisationsstruktur Kooperation und Koordination eher möglich; dabei reizen die unterschiedlichen Anreizwirkungen der Vergütungen und ihrer Verhältnisse zueinander allerdings eher dazu an, im Sinne optimaler Vergütungshöhe denn optimaler Versorgung zu koordinieren.

Spezifische Einflüsse der Interaktion von privatärztlicher und vertragsärztlicher Vergütung auf die Koordination der Versorgung scheinen nicht wesentlich relevant.

4.5 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zu Behandlungseffizienz

Im vertragsärztlichen kollektiven Vergütungssystem reizen grundsätzlich sowohl pauschalisierte GOP als auch Budgetierung in Richtung sparsamer Mittelverwendung an. Es ist zu fragen, in welchem Umfang dies in Richtung der Auswahl möglichst effizienter Leistungen umgesetzt wird, wenn dies zu einer Art impliziter Rationierung führt. Möglicherweise können durchsetzungsfähigere Patienten mit höheren Bildungsressourcen im Rahmen des

Budgets ihre Bedarfe und Präferenzen auch erfolgreicher realisieren (siehe Abschnitt 4.7), was dann einer über alle Patienten effizienten Behandlungsstrategie entgegenstehen würde. Gegebenenfalls können auch Anreize zur Verschiebung von Behandlungen, um Quartalsbudgets nicht zu überschreiten, die Effizienz der Gesamtbehandlung beeinträchtigen. Die Pauschalierung von GOP kann außerdem dazu führen, gerade längerfristig wirtschaftliche Behandlungselemente, wie z. B. eine ausreichende Nachsorge, zu vernachlässigen. Anreize zur effizienten Behandlung über das gesamte Versorgungssystem, auch über die Sektoren hinaus, wie z. B. zur Vermeidung von ASK, werden nicht systematisch ausgelöst.

Die Anreizsituation bzgl. einer Mengendynamik an Behandlungsfällen ist differenziert zu betrachten. Sie ist einerseits abhängig von der regionalen Umsetzung der MGV in individuelle budgetäre Beschränkungen, wie z. B. in Regelleistungsvolumen, und dem davon abhängigen möglichen Umfang, zugrunde liegende kalkulatorische Fallzahlen in der Höhe zu beeinflussen. Andererseits hängt es von der lokalen Versorgungs- und Konkurrenzsituation ab, inwiefern die Generierung von weiteren Patienten bzw. Fällen überhaupt möglich ist.

Im privatärztlichen Vergütungssystem wirken die schon oben diskutierten Anreize der Einzelleistungsvergütung auf Leistungsausdehnung und dadurch herabgesetzte Behandlungseffizienz, indem unnötige Diagnostik und Behandlungen durchgeführt werden. Ist die diagnostische und therapeutische Methode gewählt, bestehen bei der Einzelleistungsvergütung Anreize, sie möglichst kostengünstig zu erbringen – wobei die Anstrengungen zur Effizienz geringer sein dürften, wenn die Vergütung großzügiger ausfällt.

Unterschiedliche Formen und Höhe von Vergütungen für die gleiche Leistung innerhalb der ambulanten ärztlichen Versorgung im GKV-System regen die Auswahl der Versorgungform nach Vergütungskonstellation statt nach Wirtschaftlichkeit an.

Auch hier verstärken sich die gegenläufigen Effekte der Vergütungssysteme im GKV-System und für Privatpatienten gegenseitig und reizen gegen eine effiziente Verteilung der Behandlungskapazitäten auf das jeweilige Gesamtkollektiv an Patienten an. Betrachtet man die Allokation der Ressource niedergelassener Arzt insgesamt, so ist festzustellen, dass der Anteil an privat versicherten Personen in der regionalen Bevölkerung mit der Dichte an niedergelassenen Haus- und Fachärzten auch unter Berücksichtigung relevanter Covariablen korreliert (Sundmacher und Ozegowski 2015). Wiewohl Einkommensermäßigungen nur begrenzt auf Niederlassungsentscheidungen einwirken (Gibis et al. 2012) und andere möglicherweise mit dem Anteil an Privatpatienten korrelierte Faktoren, wie z. B. berufliche Perspektiven des Partners, eine Rolle spielen, ist die Wirksamkeit negativer Anreize der unterschiedlichen Vergütungssysteme hinsichtlich einer wirtschaftlichen Verteilung der Ressource Arzt hochwahrscheinlich.

4.6 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahmekompatibilität

Grundsätzlich erscheinen derzeit die Anreize des kollektiven vertragsärztlichen Vergütungssystems ausreichend, ärztliche Leistungserbringer zu generieren, zumal durch den Anteil an GKV-Versicherten in der Bevölkerung von knapp 90 Prozent relativ wenig Alternativen ambulanter ärztlicher Leistungsausübung vorliegen und der Vertragsarzt durch die ambulante Bedarfsplanung nur begrenztem Wettbewerb unterliegt. Allerdings ist ein Trend zu angestellter ambulanter Berufsausübung bei Vertragsärzten und -psychotherapeuten festzustellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2018), der jedoch vorwiegend von veränderten

Lebenskonzepten der Leistungserbringer auszugehen scheint. Zusätzlich bestehen Fehlverteilungen bzgl. einzelner Arztgruppen und Regionen, die jedoch nur begrenzt rein monetär adressierbar erscheinen (Kittel et al. 2016).

Der ökonomische Anreiz, Privatpatienten zu behandeln, ist in der Regel mit wenigen Ausnahmen (s. Abschnitt 4.1 zu psychotherapeutischen Leistungen) hoch. Die Möglichkeit, eine reine Privatpraxis zu führen, hängt jedoch vom am Standort vorhandenen Privatpatientenpotenzial und Fachgebiet ab und insofern nicht alleine vom Vergütungssystem.

Bezüglich der Anreize zur Teilnahme an unterschiedlichen Versorgungsformen sind systematische Anreizwirkungen in etlichen Fällen schwer auszumachen. Für Krankenhäuser ist es jedoch häufig ökonomisch ertragreicher, Leistungen im stationären Setting anzubieten. Selektivverträge ermöglichen den teilnehmenden Ärzten häufig die Abrechnung zusätzlicher GOP zum EBM und generieren auf diesem Wege Teilnahmeanreize. Gegen belegärztliche Versorgungsformen, die allerdings stationäre Leistungen anbieten, wirken für die Krankenhäuser negative Vergütungsanreize in Gestalt der Belegarzt-Fallpauschalen (B-DRG) (Walendzik et al. 2019).

Die Anreize aus den Unterschieden des privatärztlichen und des ambulanten kollektiven GKV-System reizen, wie schon in Abschnitt 4.5 beschrieben, zur bevorzugten Niederlassung in Regionen mit höherem Privatpatientenanteil an.

4.7 Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang

Im Rahmen des EBM können wenig differenzierte Pauschalierungen, also z.B. nur grob nach Alter differenzierte Grundpauschalen, ohne weitere Aufschläge und in Kombination mit wenigen GOP in Einzelleistungsvergütung abrechenbarer Leistungen zu negativen Anreizen zur Behandlung von Patienten mit höherem Leistungsbedarf führen. Die Budgetierung und ihre quartalsbezogene Umsetzung können unterschiedliche Zugangschancen für Patienten je nach Zeitpunkt des Behandlungsbedarfs generieren. Durchsetzungsfähigere Patienten und solchen mit höherem Bildungsgrad können ggf. ihren Leistungsanspruch bei Geltung eines Budgets leichter und schneller durchsetzen.

Innerhalb der Klientel der Privatpatienten entstehen keine Anreize gegen die Behandlung von Patienten mit höherem Leistungsbedarf, da die Differenzierungsmöglichkeiten in der Abrechnung über die GOÄ durch die Einzelleistungsvergütung und die Anwendung abgestufter Steigerungsfaktoren größer sind. Allenfalls gestaltet sich die Behandlung von Patienten mit hohem technischem Leistungsbedarf gegenüber solchen mit hohem Gesprächsbedarf tendenziell lukrativer. Anders sieht die Situation bei Privatversicherten im Basis- und im Notlagentarif aus – die rechtliche Begrenzung des Steigerungsfaktors ermöglicht hier eine deutlich geringere Vergütung des Arztes als im Falle anderer Privatpatienten und löst entsprechende schwächere ökonomische Behandlungsanreize aus.

Einige der gesonderten Versorgungs- und Vergütungsansätze im GKV-System sind dafür angelegt, Zugangsprobleme in der kollektiven ambulanten Versorgung zu kompensieren und besondere Leistungsbedarfe zu erfüllen, so z.B. die medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEb). In Hinblick auf das Kriterium Equity sind sie insofern positiv zu bewerten.

Selektivvertragliche Versorgung wiederum steht grundsätzlich im Spannungsfeld zwischen den Zielen, Wettbewerb zwischen Krankenkassen und auch unter Gruppen von Leistungserbringern zur Einführung innovativer Prozesse und Strukturen zu nutzen, einerseits und gleichen Zugangs zur medizinischen Versorgung für alle GKV-Versicherten andererseits. Zwischen diesen Zielen besteht ein Trade-off. Insofern können im Falle der Existenz selektivvertraglicher Versorgungsangebote durchaus z. B. unterschiedliche Wartezeiten für teilnehmende und nicht teilnehmende Versicherte zu bestimmten Leistungen resultieren, wenn, wie im Falle des Vertrags zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg, der Zugang des Patienten zu den im Rahmen des Vertrags vergüteten Leistungen in einem festgelegten Zeitraum erfolgen muss (AOK Baden-Württemberg et al. 2017).

Unterschiede im Zugang zwischen Privatpatienten und GKV-Versicherten stehen häufig im Zentrum einer Diskussion um Ungleichheit und sind empirisch belegt (z. B. Lungen et al. 2008). Obwohl sich die Wartezeiten für GKV-Versicherte aufgrund der deutlich geringeren Anzahl von Privatpatienten bei Angleichung der Vergütungsanreize nicht wesentlich verkürzen würden, wird der Umstand der Ungleichbehandlung als solcher gesellschaftlich als hochsensibel wahrgenommen (Walendzik und Lungen 2018). Hinzu kommt, dass die Versorgungsdichte mit niedergelassenen Ärzten mit dem Anteil an Privatpatienten korreliert, wie in Abschnitt 4.5 diskutiert.

4.8 Innovationszugang

Aufgrund des Erlaubnisvorbehalts in der vertragsärztlichen Versorgung und der noch einmal verzögerten Umsetzung von vom Gemeinsamen Bundesausschuss positiv bewerteten Leistungen in den EBM durch den Bewertungsausschuss ist der Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden über den EBM relativ langsam. Allerdings besteht dann die weitgehende Sicherheit einer Evidenzbasierung des Zusatznutzens der neu vergüteten Leistung. Auch einer Aufnahme von Leistungen, die nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen werden, gehen längere Verhandlungsprozesse in den Gremien des Bewertungsausschusses voraus. Das kollektive ambulante ärztliche Vergütungssystem setzt zwar grundsätzlich Anreize auch zur Prozess- und Organisationsinnovation, wenn diese zu wirtschaftlicherer Erbringung von Leistungen und damit zur Erhöhung des erzielten Praxisüberschusses führt. Der Druck hierauf ist jedoch bedingt durch die langsamen Anpassungsprozesse des EBM relativ gering. In der jährlichen Anpassung des Orientierungswerts sollen zwar nach Vorgabe des Gesetzgebers in § 87 Abs. 2g SGB V Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt werden, soweit dies nicht über die Anpassung von einzelnen GOP geschehen ist. Dies gestaltet sich jedoch einstweilen bei empirisch nicht durchweg realisierten Wirtschaftlichkeitsreserven schwierig und im Verhandlungsprozess wenig durchsetzbar. Auch Anreize zur Förderung innovativer kooperativer Versorgungsformen werden durch das vertragsärztliche Vergütungssystem nicht ausgelöst.

Das privatärztliche Vergütungssystem erlaubt einen schnellen Zugang zu Produktinnovation und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch die Umsetzung in Analogziffern der GOÄ. Jedoch können so auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ohne Evidenzbasierung ihres Nutzens angewendet werden, die ggf. keine oder negative Wirkungen erzielen. Produktinnovation kann ein Wettbewerbsparameter für die Gewinnung von Privatpatienten oder deren Praxisbindung sein. Durch die sehr seltene Anpassung der

GOÄ ist der Druck auf Prozess- und Organisationsinnovation noch geringer als im GKV-System. Auch die GOÄ fördert keine innovativen kooperativen Versorgungsformen.

In Hinblick auf die verschiedenen Vergütungssysteme innerhalb der ambulanten Leistungserbringung für GKV-Patienten erscheint es nicht immer begründet, dass die Leistungsumfänge alternativ dem Verbots- oder dem Erlaubnisvorbehalt unterliegen je nach Versorgungssektor, nicht aber nach der Qualifikation des Leistungserbringers.

Die Konzepte eines angemessenen Innovationszugangs stehen sich im Vergleich des privatärztlichen und vertragsärztlichen Systems diametral gegenüber: langsamer Innovationszugang unter weitgehender Garantie von Evidenzbasierung in der GKV versus schneller Innovationszugang ohne Evidenzbasierung bei privatärztlicher Vergütung. Es wird teilweise argumentiert, dass eine im internationalen Vergleich schnelle Umsetzung des medizinisch-technischen Fortschritts Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen PKV und GKV-System sei, der sich eben auch in unterschiedlich konstruierten Vergütungsordnungen mit jeweils entsprechenden Aufnahmeprozessen für Innovation manifestiert (Loskamp et al. 2017). Ein solcher Zusammenhang lässt sich jedoch einstweilen empirisch nicht schlüssig nachweisen.

4.9 Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer

Die Kostenannahmen bei Kalkulation der GOP im Standardbewertungssystem (STABS) beruhen nicht auf systematischen empirischen Erhebungen der Kosten von Kalkulationspraxen analog zum DRG-System, sondern, wie in Abschnitt 2.1.1 beschrieben, auf Einzelerhebungen, Schätzungen und auch häufig auf normativen Setzungen im Rahmen des Verhandlungsprozesses im Bewertungsausschuss. Dabei fließen sowohl die Kräfteverhältnisse von Arztgruppen innerhalb der ärztlichen Interessenvertretung als auch zufällige kompromisshafte Beschlusskonstellationen ein. Dies alleine kann bewirken, dass die Abbildung von Leistungen im EBM mehr oder weniger empirisch vorfindbaren Kostenstrukturen durchschnittlicher Arztpraxen entspricht. Später und schon im Zeitraum von Kostensenkungsmaßnahmen im kassenärztlichen System aufgenommene Leistungserbringergruppen, wie z. B. die nicht ärztlichen Psychotherapeuten, unterliegen zusätzlich einem dadurch ausgelösten Nachteil. Wie in Abschnitt 4.2 beschrieben, kann sich auch für Leistungserbringer mit einem höheren Anteil von Gesprächsleistungen ein Vergütungs Nachteil aufgrund der Bewertungseffekte in den GOP ergeben. Der Pauschalierungsgrad des EBM ist je nach Arztgruppe unterschiedlich.

Die Morbiditätsorientierung bei der Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) beschränkt sich auf eine Fortschreibung ausgehend von einem historischen Ausgangszustand (Wasem und Walendzik 2009); einzelne Anpassungen fanden bisher nur diskretionär und nicht zielgerichtet morbiditätsorientiert statt. Insofern wurde die Summe der Gesamtvergütungen nicht nach dem Morbiditätskriterium zwischen den KVen verteilt, sodass die Budgetierung im Verhältnis zur zu versorgenden Morbiditätslast regional unterschiedlich ausfällt. Auch die Honorarverteilung aus der MGV erfolgt nicht grundsätzlich morbiditätsorientiert, sodass für verschiedene Arztgruppen, aber auch einzelne Praxen der Budgetdruck durchaus unterschiedlich ausfallen kann und ausfällt, so wie auch je nach Arztgruppe und Praxisschwerpunkt der Anteil extrabudgetärer Leistungen variiert. Grundsätzlich führt die Budgetierung für die einzelne Arztpraxis zu Honorarunsicherheit.

Auch die privatärztliche Vergütung basiert nicht auf einer systematischen empirisch fundierten Kalkulation. Dazu kommt die jahrelang fehlende Anpassung. Zwar können neue Leistungen durch im Rahmen von Schätzungen ökonomisch vergleichbarer Analogziffern vergütet werden, jedoch dürften die Vergütungsrelationen der GOP insgesamt inzwischen deutlich von den Kostenrelationen abweichen und zu ungleichen Konstellationen für die Arztgruppen führen. Auch hier ist, wie in Abschnitt 4.2 erläutert, ein Vergütungsnachteil für Gesprächsleistungen zu konstatieren, der Ärzte mit einem dadurch geprägten Leistungsprofil benachteiligt.

Verschiedene Vergütungssysteme innerhalb des GKV-Systems führen auf eher unsystematische Weise zu verschiedenen Arzteinkommen – ein Teil ist dabei allerdings auch statusbedingt, wenn es sich um angestellte Ärzte handelt. Selektivverträge nutzen als Anreize sehr häufig höhere Vergütungen für die Leistungserbringer bzw. die Möglichkeit zur Erbringung zusätzlicher extrabudgetär vergüteter Leistungen und somit auch der Erzielung höherer Einnahmen.

Sehr deutlich sind die Vergütungsunterschiede zwischen Ärzten je nach ihrem Anteil an Privatpatienten. Für 2006 wurde im Durchschnitt eine etwa 2,3-mal so hohe Vergütung aus GOÄ gegenüber dem kollektiven vertragsärztlichen Vergütungssystem in Bezug auf den Leistungsumfang des GKV-Systems errechnet (Walendzik et al. 2008). Dazu kommt die Möglichkeit, in einem größeren Umfang als gegenüber GKV-Patienten (mit Ausnahme ggf. bei Zusatzversicherten GKV-Patienten) Leistungen außerhalb des Leistungsumfanges der GKV zu erbringen. Dies führt zu Disparitäten im Einkommen von Ärzten je nach Einzugsgebiet und kann zu den in Abschnitten 4.5 und 4.7 diskutierten Effekten auf Wirtschaftlichkeit und Patientenzugang führen. In Bezug auf den Anteil von Privatpatienten ist außerdem historisch bedingt ein deutliches Gefälle zwischen alten und neuen Bundesländern erkennbar (Verband der privaten Krankenversicherung 2016).

4.10 Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit

Die an den vergangenen Leistungsbedarfsanteilen ihrer Versichertenkollektive orientierten Finanzierungsanteile der Krankenkassen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erscheinen grundsätzlich sinnvoll. Durch die kollektivvertragliche Gestaltung haben die Finanzierungsträger des GKV-Systems Steuerungsmöglichkeiten über die Ausgestaltung des Vergütungssystems im Bewertungsausschuss. Im selektivvertraglichen Bereich können Einzelkassen gesonderte Finanzierungskonzepte verhandeln.

Die Ausgaben der Kassen für ambulante ärztliche Leistungen sind abhängig von dem jeweiligen regionalen Angebot an entsprechenden Leistungen. Insofern können von den einzelnen Krankenkassen nur begrenzt beeinflussbare und nicht morbiditätsbedingte Ausgabenunterschiede zwischen Kassen mit unterschiedlicher regionaler Verteilung ihrer Versichertenkollektive entstehen, was in der Vergangenheit zu Diskussionen um eine entsprechende Anpassung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs geführt hat (Drösler et al. 2018).

Im PKV-System ergeben sich die Finanzierungsanteile der einzelnen Versicherungsunternehmen direkt aus der Inanspruchnahme. Generell bestehen durch das Kostenerstattungssystem kaum Steuerungsmöglichkeiten auf das Behandlungsgeschehen; die rechtliche Konstruktion der GOÄ lässt einstweilen keine kontinuierliche Mitgestaltung der Vergütungsordnung zu.

Das Zusammenwirken der verschiedenen Vergütungssysteme in der ambulanten GKV-Versorgung kann einen Einfluss auf regional unterschiedlich aufgestellte Krankenkassen insofern haben, als die regionale Zusammensetzung der Leistungserbringerformen unterschiedlich sein kann. Unterschiedliche Vergütungshöhe und -formen in Selektivverträgen unterliegen allerdings der Kontrolle und den strategischen Ansätzen der Kassen.

Die Lastenverteilung zwischen den Versicherungsunternehmen der PKV und den gesetzlichen Krankenkassen ist insofern ungleich, als die unterschiedlichen Zugangsbedingungen zu einer ungleichgewichtigen Verteilung der Morbiditätslast führen, getriggert insbesondere durch die Versicherungspflichtgrenze und damit eine unterschiedliche sozioökonomische Zusammensetzung der Versicherten und den Kontrahierungszwang nur im GKV-System, sodass die PKV-Unternehmen gesundheitliche vorbelastete Versicherte nicht aufnehmen müssen (Huber und Mielck 2010). Dies führt zu Unterschieden in den Beitrags- / Prämienbelastungen der jeweiligen Versichertengruppen. Die Kostenentwicklung bei gleicher Morbidität ist andererseits im Falle gesetzlicher Krankenkassen durch die vertraglichen Bindungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern besser steuerbar, als dies private Krankenversicherungsunternehmen vermögen.

4.11 Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen

Vorteil des vertragsärztlichen Vergütungssystems hinsichtlich seiner Adaptionfähigkeit ist generell seine vertragliche Natur und die Existenz eines kontinuierlich arbeitenden Gremiums zur Anpassung des EBM und begleitender Regelungen in Gestalt des Bewertungsausschusses. Weiterhin zeigt die Reformhäufigkeit im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung eine relativ starke Aktivität des Gesetzgebers in der Anpassung von Regulierungen. Ein Teil der vertraglichen Regelungskompetenzen liegt im Bereich der KV-Regionen und erlaubt insbesondere über die Honorarverteilung Anpassung an die regionalen Verhältnisse. Durch den – im Zeitverlauf jeweils unterschiedlich ausgestalteten – Morbiditätsbezug der Gesamtvergütung werden Anpassungen des Leistungsbedarfs an die Entwicklung von Demographie und Morbidität vorgenommen. Allerdings reicht der Morbiditätsbezug im Wesentlichen, wie in Abschnitt 4.9 genauer beschrieben, nicht weiter als bis zur Fortschreibung der Gesamtvergütung; interregionale Umverteilungen fanden nur diskretionär statt und die Ebene der Honorarverteilung kennt keinen durchgehenden systematischen Morbiditätsbezug. Bisher ist noch kein systematisches Element zur Anpassung der ambulanten ärztlichen Vergütung insbesondere auf budgetärer Ebene an die Ambulantisierungstendenzen der Medizin installiert. Aus dem Vergütungssystem heraus sind wenig Anreize zur Unterstützung der Tendenz zu Netzwerkbildung, größeren Praxen, Angestelltentätigkeit festzustellen und auch eine verstärkte Einbeziehung nicht ärztlicher Berufe, im Ausland teilweise als Lösungsansatz demographischer Herausforderungen praktiziert, wird nur relativ schwach unterstützt (vgl. auch Abschnitt 4.4).

Im Rahmen der privatärztlichen Vergütung sind Anpassungsbewegungen an veränderte Demographie und Morbidität, aber auch an eine zunehmende Ambulantisierung medizinischer Leistung über die Einzelleistungsvergütung ohne Budget möglich. Theoretisch ist die GOÄ auch durch den Ordnungsgeber häufiger anpassbar als derzeit praktiziert, faktisch geschieht die Anpassung an den medizinisch-technischen Fortschritt über Analogziffern. Über diese Anpassungsmechanismen hinaus sind – aufgrund der fehlenden Steuerungs-

mechanismen der Versorgung im Rahmen des Kostenerstattungsprinzips – keine gezielten Anpassungen an weitere gesellschaftliche Trends möglich.

Die selektivvertragliche Versorgung erlaubt die Erprobung neuer Versorgungskonzepte, die dann bei Erfolg zumindest teilweise ins Kollektivsystem übertragen werden; so wurde z. B. der Einsatz nicht ärztlicher Praxisassistenzen aufbauend auf den Ergebnissen entsprechender Modellprojekte seit 2009 basierend auf der Delegationsvereinbarung im Rahmen des Bundesmantelvertrags stufenweise ins kollektive Vergütungssystem übernommen (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband 2009). Das Nebeneinander verschiedener kollektiver Vergütungssysteme wiederum zeigt wenig Ansätze, die Möglichkeiten der Ambulantisierung und kooperative Versorgungsformen zu stärken; so haben Krankenhäuser häufig starke Vergütungsanreize, Leistungen eher stationär zu erbringen.

Das parallele Bestehen des vertragsärztlichen kollektiven und des privatärztlichen Vergütungssystems ist insbesondere bzgl. der Anpassung an Morbiditätsentwicklungen in der Gesamtbevölkerung und entsprechender Ausrichtung an regionalen Bedarfen kontraproduktiv, wie in Abschnitten 4.1 und 4.7 beschrieben.

4.12 Transparenz und Regulierbarkeit

Alleine durch seinen komplizierten Aufbau ist das kollektive ambulante Vergütungssystem der GKV relativ intransparent und nur für Experten durchschaubar (Neumann et al. 2014). Es besteht kein Datenzugang für Wissenschaftler und allgemein werden Daten aus verschiedenen Quellen, insbesondere aus Routinedaten von Leistungserbringern und Krankenkassen, selten zusammengefügt; teilweise fließen solche Daten allerdings bei Auswertungen des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) zusammen. Einzelne Veränderungsmaßnahmen des Vergütungssystems werden evaluiert; allerdings fehlt es an Evaluationen grundsätzlicher Umgestaltungen, wie z. B. verstärkter Pauschalierung.

Das korporative System verfügt über Selbstregulationsmechanismen und ist seitens des Gesetzgebers auch über gesetzliche Vorgaben aktivierbar. Allerdings verlaufen Anpassungsprozesse relativ langsam und sind aufgrund der Involvierung einer relativ großen Anzahl von Stakeholdervertretern auch kostenträchtig. Da Anpassungen innerhalb des Vergütungssystems insbesondere durch die Budgetierung häufig dazu führen, dass es Gewinner und Verlierer in Gestalt von Regionen, Arztgruppen oder strukturunterschiedlichen Praxen gibt, sind diese oft konfliktiv (Neumann et al. 2014). Systemvorteil ist allerdings die geregelte Berücksichtigung der Positionen von dort berücksichtigten Stakeholdern in kompromisshaften Regelungen. Dagegen sind die Interessen weiterer Stakeholder, z. B. von Patienten und von anderen Heilberufen, dort allenfalls indirekt vertreten. Eine direkte Transparenz für Versicherte kann kaum angenommen werden.

In Bezug auf das privatärztliche Vergütungssystem besteht für die Leistungserbringer eine relativ hohe Transparenz, weniger jedoch für die Versicherer, so z. B. hinsichtlich regelmäßiger Diagnosekodierung. Die Steuerungsmöglichkeiten der privaten Krankenversicherungsunternehmen in Bezug auf die ambulante ärztliche Versorgung sind, wie schon in Abschnitt 4.10 erwähnt, sehr gering. Noch schwieriger als im GKV-System ist der Datenzugang für wissenschaftliche Analysen. Dagegen besteht für die Patienten durch das Kostenerstattungsprinzip und das Einzelleistungsvergütungssystem eine relativ hohe Transparenz.

Das Nebeneinander verschiedener Vergütungssysteme für ambulante Leistungen im GKV-System erschwert die Transparenz. Verschärft wird dieser Sachverhalt dadurch, dass auch Qualitätsdaten nicht vergleichbar sind; hier ist z. B. auf den Unterschied zwischen einrichtungs- und arztbezogener Messung von Strukturqualität zu verweisen. Im selektivvertraglichen Bereich besteht nur ein sehr begrenzter wissenschaftlicher Zugang zu Versorgungsdaten.

Grundsätzlich behindert das Nebeneinander von Vergütungssystemen in GKV und PKV eine übergeordnete Transparenz und Steuerung des Versorgungssystems.

4.13 Realisierbarkeit

Da es sich um die schon bestehenden ambulanten Vergütungssysteme handelt, liegen keine aktuellen Realisierungsbarrieren vor.

5

Gestaltungselemente einer möglichen
Reform der Vergütung ambulanter und
ambulant erbringbarer Leistungen

Ärztliche Vergütungssysteme sind durch viele verschiedene Gestaltungselemente gekennzeichnet und ihre Funktionsweise hängt darüber hinaus von der Regulierung der Rahmenbedingungen ab. Im folgenden Abschnitt sollen deshalb wesentliche Gestaltungselemente in ihrer Variabilität dargestellt und erste mögliche Wechselwirkungen zwischen ihnen aufgezeigt werden.

Der Begriff „einheitliches Vergütungssystem“ wird bei der Modellbildung in unterschiedlicher Reichweite verstanden. So finden sich Modellvarianten, die in einem eher engen Verständnis wesentlich auf die gemeinsame Gestaltung eines Gebührenverzeichnisses abstellen, sowie auch solche, die weitergehende Regulierungen (etwa die Höhe der Vergütung betreffend) mit einbeziehen.

5.1 Leistungsrahmen

Die Fragestellung des Leistungsrahmens, der von einem reformierten Vergütungssystem umfasst werden soll, stellt sich im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts in mehrfacher Weise.

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 z. B. das TK-Modellprojekt der Hybrid-DRG. Darauf aufbauendes mittelfristiges Ziel kann eine reguläre gemeinsame Vergütung für diesen Leistungsbereich sein (Ballast 2018). In seinem Gutachten 2018 schlägt der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) ein entsprechendes System für einen so definierten *Katalog an ambulanten Leistungen mit fortwährend angepassten Vergütungen* vor. So wäre es möglich, die bestehenden ambulanten und stationären Vergütungssysteme ansonsten unangetastet zu belassen.

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, Messerle und Schreyögg 2018). Besonders naheliegend wäre die Einbeziehung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die ja auch eine Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen ambulanter und stationärer Leistungserbringer anstrebt. Hier könnten dann gleichzeitig Korrekturen bzgl. in der Zwischenzeit erkannter problematischer Regulierungen vorgenommen werden, z. B. was den Verwaltungsaufwand des Zugangs oder eine bislang eher begrenzte Kooperationsleistung angeht. Vorstellbar wäre auch der Einbezug aller fachärztlichen Leistungen ausgenommen des grundversor-

genden fachärztlichen Leistungsbereichs. Dies führte dann zu der Frage, inwieweit dann auch der hausärztliche und der grundversorgende fachärztliche Bereich einer Vergütungsreform bedarf – allerdings u.U. mittels einer andern Kombination von Vergütungsformen. Je stärker die Erweiterung der betroffenen Leistungsbereiche, umso komplizierter dürfte sich die Diskussion um eine potenzielle Entbudgetierung (vgl. Abschnitt 5.3.3) gestalten, da je nach Leistungsbereich das Potenzial von angebotsinduzierten Mengenentwicklungen unterschiedlich sein dürfte.

Weiterhin ist die Frage zu klären, inwieweit es unter den Bedingungen des Wettbewerbs zwischen Leistungserbringern aus verschiedenen Sektoren weiterhin sinnvoll ist, die Erlaubnis zur Erbringung und die Vergütung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an die ärztliche Sektorenzugehörigkeit zu binden. Denkbar sind z. B. Lösungen, die diese Kompetenz an strukturelle Voraussetzungen wie z. B. eine Weiterbildungserlaubnis binden (Walendzik et al. 2019).

Für ein gemeinsames ambulantes Vergütungssystem für GKV- und PKV- bzw. Privatpatienten stellt sich ebenfalls die Frage nach dem Leistungsumfang. Grundlage dürfte mindestens der Leistungsumfang der GKV sein. Dabei ist die Frage zu klären, inwiefern der Arzt mit dem (GKV- wie Privat-)Patienten auf privater Basis eine andere Vergütung vereinbaren darf, was allerdings zu einer Aushebelung des gemeinsamen Vergütungssystems führen könnte. Denkbar wäre es auch, den gesamten Leistungsumfang der bisherigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu integrieren. In dem Falle dürfte die Gestaltung der Entscheidungsgremien schwieriger sein. Fällt der Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Bereich und beschränkt sich, wie eher wahrscheinlich, das gemeinsame Vergütungssystem auf den Leistungsbereich der GKV, so ist zu klären, in welchen Fällen bei Leistungen außerhalb des kodifizierten Leistungsbereichs die Erstattungsmechanismen dieses Systems für Leistungen auf Basis neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gelten und wann sie im Gegensatz dazu per GOÄ vergütet werden können oder müssen und ob hierfür für GKV- wie Privatpatienten gleiche Spielregeln gelten.

Versteht man die Frage nach dem Leistungsrahmen weiter, so stellt sich auch die Frage, ob weiter ein Opt-out aus dem kollektiven Vergütungssystem über Selektivverträge möglich sein soll.

5.2 Rahmenbedingungen

Die Optionen für die Gestaltung einer einheitlichen Gebührenordnung sind stark abhängig von der Regulierung von Rahmenbedingungen. Zentrale Elemente sind hier die Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung und die Gestaltung der Qualitätssicherung.

5.2.1 Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung

Bisher unterliegt die Bedarfs- und Kapazitätsplanung der Krankenhäuser und der vertragsärztlichen Versorgung zwei völlig unterschiedlichen Regulierungssystemen und auch unterschiedlichen Akteuren. Allein ermächtigte Krankenhausärzte fließen in die Bedarfsplanung des ambulanten Versorgungssystems ein. Die privatärztliche Tätigkeit wiederum ist nicht Gegenstand der ambulanten Bedarfsplanung.

Grundsätzlich ist eine Neugestaltung der Bedarfs- und Kapazitätsplanung nicht Gegenstand dieser Studie. Gleichwohl ist die Regulierung des Vergütungs- und Kapazitätsplanungssystems kaum unabhängig voneinander zu sehen. Wird ein gemeinsamer Vergütungsbereich für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser geschaffen, so ist mit Verlagerungen von Leistungen zwischen diesen Bereichen zu rechnen, ggf. in größerem Umfang, als dies schon heute der Fall und immer wieder Gegenstand von Überlegungen bzgl. Vergütungsanpassungen in den betroffenen Sektoren ist (Bohm, Priess und Schrader 2014). Diese Verlagerungen müssen ihren Niederschlag in der Kapazitäts- und Bedarfsplanung finden. Der Zuschnitt dieser Planung und eine ggf. darauf aufbauende Beschränkung des Zugangs von Leistungserbringern wiederum haben starken Einfluss z. B. auf die Möglichkeit einer Entbudgetierung in der Vergütungsordnung. Umgekehrt würde ein einheitliches Vergütungssystem, insbesondere bei vorwiegendem Indikationsbezug, eine morbiditäts- und damit stärker bedarfsorientierte Kapazitätsplanung erleichtern (Bock, Focke und Busse 2017).

Konsequenterweise wird von vielen Autoren – jeweils in unterschiedlichen Gestaltungsversionen – eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung gefordert (Schönbach 2011; Amelung et al. 2017; Sundmacher et al. 2018). Eine Alternative könnte bei stärkeren Leistungsverlagerungsprozessen und Beibehaltung der bisherigen Planungssysteme die Installation von Ausgleichsmechanismen bzw. Verhandlungslösungen über Verlagerungen zwischen den Sektoren sein, was sich vermutlich aber sehr kompliziert gestalten würde.

Dagegen finden sich keine Vorschläge, die privatärztliche Versorgung in die ambulante Bedarfsplanung mit einzubeziehen. Diese erscheint dem PKV-System – ähnlich wie die Budgetierung der Vergütung – systemfremd. Insofern könnte dieses Thema eher im Rahmen eines einheitlichen Versicherungssystems relevant werden.

5.2.2 Qualitätssicherung

Schon 2012 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012) als Voraussetzung für einen fruchtbaren Wettbewerb an den Sektorengrenzen vergleichbare Informationen über die Qualität der Versorgung genannt. 2010 wurde basierend auf dem Auftrag des Gesetzgebers die erste Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) beschlossen; ab 2019 wurde diese durch die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) ersetzt (Gemeinsamer Bundesausschuss 2018). Wissenschaftlich unterstützt wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis 2015 vom Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (aQua-Institut) und seit 2016 durch das mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) installierte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Bisher hat der G-BA allerdings nur drei sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren, nämlich zur perkutanen Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie, zur Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen – und zur Cholezystektomie (Bundesausschuss 2019) beschlossen.

Auch die weitere Ausgestaltung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungssystems ist nicht Gegenstand dieses Gutachtens. Gleichwohl sollte eine vergleichbare Qualität von Leistungen Grundlage eines gemeinsamen Vergütungssystems sein. Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität sollten auch im Sinne eines unverzerrten Wettbewerbs für alle

Gruppen von Leistungserbringern gleichermaßen gelten – hier sei nur beispielhaft auf die Thematik arzt- vs. einrichtungsbezogener Mindestmengen hingewiesen. Indikatoren der Ergebnisqualität sollten für die Patienten transparent sein – im Rahmen des Vergütungssystems wäre zu überlegen, inwieweit Pay-for-Performance-Elemente zu verwenden wären (vgl. Abschnitt 5.3.1). Über Qualitätsindikatoren einzelner Einrichtungen hinaus sehen weitergehende Konzepte der Qualitätssicherung jedoch auch die Verwendung populationsbezogener Qualitätskriterien vor, um auch Kooperationsleistungen und ihre Ergebnisse abbilden zu können (Döbler et al. 2018).

So wie eine einheitliche Gestaltung der Qualitätssicherung als Grundlage einer sektorenübergreifenden Vergütung angesehen werden kann, so wird diese von ihrer Datengrundlage her wiederum erleichtert durch einheitliche Fall- bzw. Vergütungsauslösung über die Sektoren hinweg (Bock, Focke und Busse 2017; Köster-Steinebach 2018).

5.3 Gestaltungselemente eines reformierten Vergütungssystems

Im folgenden Abschnitt werden Ausgestaltungsoptionen eines ärztlichen Vergütungssystems nach dem jeweilig behandelten Aspekt beschrieben und in ihren grundsätzlichen Anreizwirkungen diskutiert.

5.3.1 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 bzw. die Stärke der ausgelösten Reaktion ist allerdings abhängig davon, inwieweit ihre ärztliche Tätigkeit durch finanzielle Nutzenerwägungen motiviert ist.

Einzelleistungsvergütungen entgelten abgegrenzte einzelne ärztliche Leistungen wie beispielsweise in der GOÄ und reizen insofern ökonomisch zur Maximierung der erbrachten Einzelleistungen an. Soweit keine Abrechnungsvoraussetzungen der Struktur- oder Prozessqualität vorliegen, entfalten sie keine direkten Qualitätsanreize – ggf. kann allenfalls vom Patienten beobachtbare Qualität für den Wettbewerb auf den Behandlungsmärkten relevant sein. Einzelleistungen werden in Vergütungssystemen mit kombinierten Vergütungsformen häufig genutzt, um zur Erbringung als besonders förderungswürdig angesehener Leistungen anzureizen. Möglich wäre dies z. B. auch zur Verbesserung der Patientenkommunikation bei entsprechenden Gesprächsleistungen oder bei Koordinationsleistungen.

Bei der Fallpauschale handelt es sich um eine pauschalierte Vergütung aller Leistungen für einen medizinisch und/oder zeitlich abgegrenzten Fall. Wenn eine nicht notwendigerweise alle indikationsspezifischen Leistungen umfassende Gruppe von Leistungen gemeinsam vergütet wird, wird häufig der Ausdruck Komplexpauschale verwendet. Ökonomisch reizen Fallpauschalen in all ihren Formen zur jeweiligen Maximierung der Fälle unter Minimierung der pro Fall erbrachten Einzelleistungen an. Hieraus kann sich – in Abhängigkeit vom Differenzierungsgrad der Pauschale – ein Anreiz zur Risikoselektion zum Nachteil komplizierterer Fälle ergeben. Ähnlich wie bei der Einzelleistungsvergütung können sich Qua-

litätsanreize nur aus Abrechnungsvoraussetzungen und aus dem Wettbewerb mit anderen Leistungserbringern ergeben.

Kopfpauschalen sind Vergütungen für bei einem ärztlichen Leistungserbringer bzw. seiner Organisation für eine feste Periode eingeschriebene Patienten. Sie sind in der Regel verbunden mit der Verpflichtung des Patienten, während der Einschreibungsperiode sich nur bei dem entsprechenden Leistungserbringer behandeln zu lassen bzw. nicht andere Leistungserbringer gleicher Fachrichtung aufzusuchen. Die ökonomischen Anreize entsprechen analogen der Fallpauschale, nämlich hier zur Maximierung der eingeschriebenen Patientenzahl und zur Minimierung des patientenbezogenen Aufwands. Entsprechend ergibt sich – auch hier in Abhängigkeit vom Differenzierungsgrad der Pauschale – die Gefahr von Risikoselektion zum Nachteil besonders behandlungsbedürftiger Patienten. Qualitätsanreize werden auch hier nur entsprechend wie in den bisher diskutierten Vergütungsformen ausgelöst.

Extremfall einer Pauschalierung sind – hier nicht vorgeschlagene – populationsbezogene Vergütungen, die gleichzeitig als eine Form von Budgetierung verstanden werden können. Hier wird entsprechend zur Minimierung des Aufwands bezogen auf die gesamte zu versorgende Population angereizt.

Bei allen pauschalierten und fall- bzw. kopforientierten Vergütungsformen stellt sich die Frage nach dem Zeitbezug. Bisher orientiert sich der Fallbegriff in der kollektiven ambulanten Vergütung am Quartalszeitraum. Gerade für den hausärztlichen Bereich werden jedoch auch Jahrespauschalen diskutiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018; Greß und Schnee 2018), um Wartezeiten am Quartalsende aus ökonomischen Gründen zu vermeiden.

Feste Vergütungen nach Arbeitszeit, in der Regel als Gehalt, reizen ökonomisch gesehen generell zur Minimierung des Aufwands an, sieht man von steuernden Rahmenbedingungen und intrinsischer Arbeitsmotivation ab.

Unterschiedliche Ausgestaltungen von qualitätsorientierten Vergütungsformen sind unter dem Namen Pay for Performance (P4P) erprobt worden, um dem Fehlen von Qualitätsanreizen der übrigen Vergütungsformen entgegenzuwirken. Die Vergütung erfolgt hier nach Qualitätsparametern in Bezug auf die erbrachte Leistung, wobei Zielgrößen solche der Struktur-, der Prozess- und auch der Ergebnisqualität sein können. Besonders bei Festlegung der Vergütung nach Ergebnisindikatoren können sich auch hier Anreize zur Risikoselektion ergeben, wenn einerseits die Indikatoren nicht risikoadjustiert sind und andererseits es sich um Ergebnisse handelt, die stark vom Verhalten des Patienten abhängen. Auch besteht die Gefahr, dass nicht inzentivierte Aktivitäten vernachlässigt werden. Bisherige Übersichtsarbeiten zur Evaluation von P4P-Programmen konnten ihre Wirksamkeit hinsichtlich Qualitätsverbesserung der Leistung noch nicht zweifelsfrei nachweisen (Veit et al. 2012; Dragosits 2016; Schmacke, 2019).

Da 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; Christianson und Conrad 2011).

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 / Leistungskomplexen / 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. So hat der Gesetzgeber in der stationären Versorgung seit mehreren Jahren Vergütungsabschläge bei geplanten Mengenausweitungen vorgegeben, die aktuell als *Fixkostendegressionsabschlag* firmieren (§ 4 Abs. 2a KHEntgG). Entsprechend beauftragt auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) den Bewertungsausschuss, Leistungen mit hohem technischem Leistungsanteil so festzulegen, dass die Punkte, die im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EMB) für diese Leistungen vergeben werden, ab einem bestimmten Schwellenwert mit zunehmender Menge sinken. Eine solche Fixkostendegression wird von Neumann et al. (2014) als mögliche Alternative zur Budgetierung (vgl. Abschnitt 5.3.3) vorgeschlagen. Sie kann allerdings auch als Form der Budgetierung angesehen werden, die sich auf einen Teil der Vergütung, nämlich den Anteil der Fixkosten an den Gebührenordnungspositionen (GOP), bezieht. Die Fixkostendegression kann unterschiedlich ausgestaltet werden und sich sowohl auf einzelne Leistungen und Leistungskomplexe beziehen als auch auf die gesamte Vergütung einer Praxis. Allerdings besteht beim Bezug auf ein Portfolio von unterschiedlich strukturierten Leistungen unter jeweiligem Abzug einer festen Fixkostenrate nach Erreichen der Refinanzierung der Fixkosten die Gefahr, dass Anreize gegen die Erbringung arztzentrierter Leistungen entstehen, weil deren variabler Kostenanteil dann nicht ausreichend vergütet wird. Dies könnte sich z. B. auf die Erbringung von Gesprächsleistungen negativ auswirken. Soll die Fixkostendegression auch für Privatpatienten angewendet werden, so erscheint eine Anpassung des Zeitpunkts der Rechnungslegung ans Ende des Quartals sinnvoll. Gegebenenfalls müssen auch angepasste Überprüfungsmechanismen in der Abrechnungsprüfung angewendet werden.

Häufig wird moniert, dass Veränderungen von Vergütungsformen bzw. ganzer Vergütungssysteme keiner systematischen Evaluation unterliegen. Entsprechend fordern mehrere Autoren für die hier diskutierten Reformthematiken eine gesetzliche Verpflichtung zur systematischen Evaluation solcher Reformen über die in der Vergangenheit schon mehrfach vorgesehenen Evaluationen einzelner Veränderungen hinaus (Fürstenberg und Weißling 2018; Schmacke 2018).

5.3.2 Vergütungsadressaten

Vergütungsadressaten im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung sind traditionell in Deutschland einzelne Praxen oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) bzw. Krankenhäuser, d. h. organisatorisch und wirtschaftlich selbstständige Einheiten der Leistungserbringung. Alternativ wäre es möglich, auch Netzwerke von Leistungserbringern zu vergüten und die Verteilung der Vergütung unter deren Mitgliedern diesen zu überlassen. Hierüber ließen sich stärkere Koordinationsleistungen anreizen und auch ggf. Pay-for-Performance-Konzepte auf die Leistung des gesamten Netzwerks beziehen. Entsprechende Vorschläge sektorenübergreifender Netzwerke unter Einbeziehung von P4P-Elementen in die Vergütung finden sich bei Berchtold et al. (2017) bezogen auf das Schweizer Gesundheitssystem sowie bei Augursky et al. (2018) und Heyder et al. (2018). Hahn (2018) sieht

gerade in der Vergütung von Praxisnetzen das Potenzial, pauschalisierte Vergütungsformen über den primärärztlichen Versorgungsbereich hinaus sinnvoll einzusetzen. Ein entsprechendes Konzept lässt sich jedoch nur da anwenden, wo entsprechende Netzwerke be- oder entstehen.

Bisher wird der Weg der Vergütung von Netzwerken allenfalls im selektivvertraglichen Bereich gewählt. Selbst in Leistungsbereichen, die Kooperation zwischen verschiedenen Leistungserbringern in der Regulierung voraussetzen, so die spezialfachärztliche Versorgung, werden einstweilen weiterhin einzelne Leistungserbringer vergütet.

Weitergehende Netzwerkkonzepte beziehen auch Professionen außerhalb der Ärzteschaft ein. So schlägt z. B. Schmacke (2018) im primärärztlichen Bereich die Installation und Vergütung von „Familienzentren für Gesundheit und Soziales“ unter Einbeziehung pflegerischer und sozialer Berufe vor. Hier bleibt allerdings offen, inwieweit diese Zentren als Netzwerke oder als wirtschaftliche Einheiten organisiert werden sollen.

5.3.3 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. Darüber hinaus führt die Notwendigkeit, die regionalen Budgets auf einzelne Arztpraxen hinunterzuberechnen, zu Verteilungskämpfen zwischen Arztgruppen (Neumann et al. 2014). Entsprechend entstehen bezogen auf die Bundesebene auch Rivalitäten bzgl. der Verteilung von Mitteln auf die regionalen KV-spezifischen Gesamtvergütungen.

Für die hier zu entwickelnden Reformmodelle muss zunächst die grundsätzliche Entscheidung getroffen werden, inwieweit weiterhin eine Budgetierung des ärztlichen Honorars anzustreben ist. Letztlich handelt es sich dabei um eine Pauschalierung des ärztlichen Honorars auf einer Ebene oberhalb der eigentlichen Gebührenordnung. Insofern ist die Frage der Notwendigkeit einer Budgetierung im Sinne einer Kostenbegrenzung auch abhängig von den Anreizwirkungen der verwendeten Vergütungsformen in der Gebührenordnung. Hier suchen Neumann et al. (2014) insbesondere mit dem Vorschlag der durchgehenden Einführung einer Fixkostendegression in der Gebührenordnung nach Lösungen. Greß und Schnee (2018) diskutieren als ggf. alternative Steuerungsmaßnahme die Begrenzung der Patientenzahl von Arztpraxen pro festgelegtem Zeitraum an.

Die Frage der Budgetierung muss außerdem unterschiedlich betrachtet werden bzgl. einer gemeinsamen Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungserbringer und Krankenhäuser innerhalb des GKV-Systems und für eine mögliche Erweiterung auf das PKV-System. Im zweiten Falle erscheint eine Budgetierung zumindest im aktuellen Rahmen des dualen Krankenversicherungssystems zunächst insofern als systemfremd, als sie das für die PKV charakteristische Kostenerstattungsprinzip infrage stellen könnte. Allerdings sind im Krankenhausbereich alle Patienten in die Budgetierung über den Mehr- bzw. Mindererlösausgleich einbezogen. Umgesetzt wird dies durch Zuschläge und Abzüge auf die Diagnosis Related Groups (DRG) im Folgejahr. Sollen also auf diese Weise Privatpatienten einbe-

zogen werden, müsste die Umsetzung der Budgetierung massiv angepasst werden, indem auch im ambulanten Bereich die Abschläge auf die Gebührenordnungspositionen (GOP) einer Folgeperiode angewendet würden. Gleichzeitig müssten analog zu den derzeitigen Honorarverteilungsmaßstäben der KVen Gesamtbudgets für die Arztpraxen bezogen auf alle Patienten geschaffen werden, wodurch sich die Frage nach der institutionellen Vorgehensweise bzgl. Berechnung und Überprüfung stellen würde. Alternativ ließe sich – unter relativ starker Verzögerung der Rechnungslegung für Privatpatienten – auch ein Modell gleichzeitiger Budgetierung mit gleichzeitigen Abschlägen vorstellen. Insgesamt erscheinen aber all diese Modelle in der Umsetzung deutlich schwieriger als die Fixkostendegression und insofern wenig realistisch.

Ist im Vergütungssystem die Frage nach der Budgetierung positiv entschieden, so ergeben sich unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten. Zunächst stellt sich die Frage nach der Bestimmung und der Weiterentwicklung des Budgets. Ausgangspunkt kann, wie bei der Umstellung auf die morbiditätsbasierte Weiterentwicklung der Gesamtvergütung in 2009, der Status quo des bisherigen Budgets sein, aber auch eine Ermittlung des tatsächlichen Leistungsbedarfs – wobei die methodische Vorgehensweise hier noch zu bestimmen wäre. Würde man in dem Zusammenhang die unbudgetierte Gesamtvergütung als Ausgangspunkt verwenden, so würde dies zu entsprechenden Mehrkosten führen. Denkbar wäre auch ein morbiditätsorientierter Aufsatzpunkt (Wasem und Walendzik 2009)

Sowohl bzgl. einer (auch regionalen) Ermittlung eines Leistungsbedarfs im Ausgangspunkt als auch bei seiner Fortschreibung stellt sich die Frage, welcher Variablen in eine empirische Berechnung eingehen sollten. Wird eine bedarfsorientierte Festlegung und Fortschreibung des Budgets angestrebt, so sind angebotsseitige Faktoren bei der Berechnung weitgehend auszuschließen. Dies würde erleichtert durch ein gemeinsames Budget für alle ambulanten und ambulant erbringbaren Leistungen, da das Problem von Verlagerungseffekten zwischen vertragsärztlichen und stationären Leistungserbringern zumindest stark reduziert wäre (vgl. auch die Parallele zur Bedarfsplanung, Abschnitt 5.2.1). Dagegen würde das Weiterbestehen von zwei Budgets die Notwendigkeit implizieren, Regelungen für Anpassungen bei Leistungsverlagerungen zu finden. Sowohl Herr, Messerle und Schreyögg (2018) als auch Greß und Schnee (2018) schlagen für eine solche Konstellation auch prospektive und damit flexiblere Anpassungen vor als im bisher retrospektiv angelegten Weiterentwicklungssystem der ambulanten Gesamtvergütung.

Rein diagnosen- und demographiebedingte Bedarfsprognosen könnten ergänzt werden durch die Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren (Walendzik und Wasem 2011). Diese liegen allerdings einstweilen in den GKV-Routinedaten nur äußerst rudimentär vor (z.B. über den Versichertenstatus), sodass aggregierte regionale Daten verwendet werden müssten. Eine besondere Herausforderung wäre im Übergangszeitraum eine bedarfsorientierte Ermittlung und Fortschreibung eines Budgetanteils für PKV-Patienten, da Diagnosedaten bei den Versicherungsträgern nur rudimentär vorliegen. Generelle Voraussetzung für eine angemessen gestaltete Bedarfsprognose für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen sind gemeinsame und verpflichtend gestaltete Kodierrichtlinien.

Bisher geschieht die Verteilung der Gesamtvergütungen zwischen den Regionen allenfalls über diskretionäre Anpassungen bedarfs- bzw. morbiditätsorientiert. Fast völlig fehlt eine Morbiditätsorientierung bei der Honorarverteilung zwischen Arztgruppen und Arztpraxen. Zusätzlich entfalten je nach Pauschalierung der Gebührenordnung für die jeweiligen Arztgruppen deren Abstaffelungsquoten für die Vergütung ihrer Leistungen eine unterschiedliche Dynamik. Eine Beibehaltung dieses Status quo hätte den Vorteil, keine Verschiebungen

zwischen den Vergütungen der Leistungserbringer zu erzeugen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Protest seitens der Verlierer und infolge zu wahrscheinlichen Mehrkosten durch den Ausgleich dieser Verluste führen würden. Eine stärkere Morbiditätsorientierung der Honorarverteilung, insbesondere bis zur Ebene der einzelnen Leistungserbringerorganisation, würde jedoch in Richtung einer bedarfsgerechten und regional angeglichenen ambulanten ärztlichen Versorgung anreizen (Walendzik 2011; Walendzik und Lungen 2018).

Auch bei der Gestaltung der Budgetierung ist die Frage nach dem Bezugszeitraum zu diskutieren, denn stärker noch als in Bezug auf Fallpauschalen wird hier das Phänomen der Verschiebung von Leistungen ins Folgequartal diskutiert (Himmel und Schneider 2017). Eine Verlängerung der Bezugsperiode der Budgets z. B. auf ein Jahr könnte entsprechende, möglicherweise die Patientensicherheit gefährdende Versorgungsbrüche vermindern.

5.3.4 Variabilität der Vergütungshöhe einzelner GOP

Grundsätzlich sieht ein gemeinsames Vergütungssystem gleiche Vergütungspositionen für alle medizinischen Leistungserbringer unabhängig von Sektor und Versicherungsstatus des Patienten vor. Es stellt sich aber die Frage, ob Abweichungen in Gestalt von Zu- oder Abschlägen in begründeten Fällen möglich sein sollen. So können Finanzierungssituationen in verschiedenen Versorgungssettings abweichen. Für gesellschaftlich erwünschte Vorhaltekosten könnten entsprechende Leistungserbringer Zuschläge auf Gebührenpositionen erhalten. Andererseits könnten Krankenhäuser wegen der zumindest theoretisch vorliegenden Landesfinanzierung ihrer Investitionskosten entsprechende Abschläge auf ihre Gebührenordnungspositionen erhalten (Ballast 2018). Alternativ wird auch vorgeschlagen, die Investitionskostenanteile einer Gebührenordnungsposition getrennt auszuweisen und den Krankenhäusern nicht zu vergüten. Weitere diskutierte Ausgestaltungsvarianten beziehen sich auf schweregradbedingte Zuschläge auf indikationsbezogene Pauschalen sowie gesonderte Übernachtungspauschalen auch im ambulanten Bereich für Praxiskliniken (von Stillfried und Czihal 2018). Weiterhin kann es sich als sinnvoll erweisen, z. B. bei drohender oder bestehender Unterversorgung regionale Vergütungszuschläge zu nutzen.

Während die vorangegangenen möglichen Vergütungsvariationen sich auf Fallaufwände und/oder besondere Kosten- oder Versorgungssituationen beziehen, stellt sich im Falle einer gemeinsamen Gebührenordnung im vertrags- und privatärztlichen Bereich die Frage, ob diese bei gemeinsamen Gebührenordnungspositionen auch eine entsprechend gleiche Vergütungshöhe implizieren muss. Denkbar wäre – ähnlich wie im derzeitigen System der GOÄ – die Nutzung eines durch den behandelnden Arzt variabel anzusetzenden Steigerungsfaktors, der im Regelfall höher als 1 ist. Dadurch bliebe allerdings die ökonomische Anreizsituation bestehen, vorrangig Privatpatienten zu behandeln, und es wäre schon aus diesem Grund unwahrscheinlich, dass sich Wartezeiten zwischen den Patientengruppen angleichen. Insofern schlagen mehrere Autoren eine vollständige Angleichung der Gebührenordnung auch in der Vergütungshöhe vor (Grenz und Schnee 2018; Hermann und Graf 2018). Sollte allerdings im GKV-System die Budgetierung beibehalten werden, im PKV-System dagegen nicht, ergibt sich darüber allerdings auch unabhängig von einer etwaigen Differenzierung der Vergütungshöhe in der unmittelbaren Gebührenordnung eine – wenn auch im Vergleich zum derzeitigen Abstand in der Vergütungshöhe geringere – Vergütungsdivergenz.

Da eine Angleichung der Vergütung in den beiden Versicherungssystemen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Anhebung der GKV-Vergütung führt und die Auswirkungen zudem regional und kassenspezifisch unterschiedlich sein würden (Wasem et al. 2013), impliziert die Wahl der grundsätzlich gleichen Vergütungshöhe die Entwicklung von Ansätzen zur Finanzierung und Verteilung (vgl. Abschnitt 5.3.6).

Schließlich können regional unterschiedliche Vergütungshöhen für den gleichen Leistungsumfang auch Ergebnis von Übergangsregelungen zur Kompensation ärztlicher Einnahmenverluste im Rahmen der Einführung des gemeinsamen Vergütungssystems für Patienten mit unterschiedlichem Versicherungsstatus sein (Wasem et al. 2013) (vgl. Abschnitt 5.3.6).

5.3.5 Entscheidungs- und Kalkulationskompetenzen und -grundsätze

Ärztliche Vergütungssysteme sind in institutionelle Zusammenhänge eingebunden. Entscheidungen können durch staatliche und korporative Akteure auf verschiedenen regionalen Ebenen getroffen werden. Während das GKV-Vergütungssystem grundlegend korporatistisch angelegt ist, der Staat also die Rahmenbedingungen über seine Gesetz- und Verordnungsgebungskompetenz vorgibt und die Umsetzung bzw. Ausgestaltung des Rahmens in die Kompetenz der Selbstverwaltung fällt, ist die GOÄ Gegenstand einer Rechtsverordnung. Allerdings zeigt die Diskussion um die Novellierung der GOÄ, dass auch hier der Weg in Richtung quasi korporativer Unterstützung der Regulierung geht (vgl. Abschnitt 2.2). Insofern dürfte sich sowohl bei einer gemeinsamen Vergütungsordnung für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen als auch für ambulante Leistungen für GKV- und Privatpatienten eher die Frage stellen, wie sinnvoll zusätzliche Akteure in die korporatistischen Entscheidungsmechanismen einzubeziehen sind. Nagel et al. (2017) monieren hier die Gefahr dreiseitiger Verträge zuungunsten eines überstimmten Partners oder auch Dritter und betont die Notwendigkeit einer angemessenen Schiedskonstruktion. Soll der PKV-Verband Funktionen in kollektivvertraglichen Institutionen übernehmen, so verändert sich seine Rolle, auch wenn er in der Vergangenheit schon die Umsetzung gesetzlicher Regulierungen übernommen hat, wie z. B. im Rahmen der Umsetzung des Basistarifs und seiner Mitwirkung im DRG-System.

Institutionell ist auch zu entscheiden, wie die Kompetenzverteilung zwischen regionalen und nationalen Entscheidungsgremien gestaltet werden soll. Eine besondere Rolle spielt die Aufgabenverteilung zwischen den institutionellen Ebenen dann, wenn es weiterhin bei der Nutzung von Budgetierung bleibt. Außerdem ist bzgl. der dann notwendigen Honorarverteilungssysteme zu entscheiden, inwieweit Kostenträger zu beteiligen sind, mit denen hier derzeit nur Benehmen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hergestellt werden muss. Denn bei budgetärer Begrenzung spielen die Regelungen der Honorarverteilung eine nicht zu vernachlässigende Rolle bei der Versorgungssteuerung.

Wenn auch auf korporativer Ebene grundsätzliche Gestaltungsentscheidungen fallen, so ist zu regeln, wie die Umsetzung in die konkrete Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) geschehen soll. Im Zusammenhang damit ist zunächst zu entscheiden, ob sich die gemeinsame Gebührenordnung auf eine normativ orientierte Kalkulation wie den Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) oder auf eine streng empirisch basierte Kalkulation auf Grundlage der Daten von Kalkulationspraxen bzw. -krankenhäusern analog zum DRG-System stützen soll. Entsprechend ist auch die Rolle der die Gebührenordnungspositionen kalkulierenden zuarbeitenden Institution zu definieren. Im Falle der Istkostenkalkulation

sollte die Position des entsprechenden Instituts tendenziell stärker sein; ggf. könnte auch eine Stärkung von Eingriffsrechten des Gesetzgebers folgen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) spricht sich für den Bereich der durch die vertragsärztliche Versorgung und durch Krankenhäuser erbringbaren Leistungen für die Gewinnung von ambulanten Kalkulationspraxen zusätzlich zu Kalkulationskrankenhäusern aus und sieht erste vergleichbare Ansätze in der Zusammenarbeit des Instituts des Bewertungsausschusses mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Bezug auf Daten des dort geführten ZI-Panels. Weiterhin plädiert er für eine verstärkte Zusammenarbeit des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Auch Bock, Focke und Busse (2017) befürworten eine strenge Regelbindung der Kalkulation auf Basis von Kalkulationspraxen mit eng begrenzten Ausnahmetatbeständen für abweichende Vergütungen und schlagen zum Zwecke der Kalkulation eine Fusion von InEK und InBA vor. Bezüglich der Kalkulationspraxen stellt sich die Frage, wie groß die entsprechende Stichprobe sein muss und inwieweit die Erhebung der Daten vergütet werden muss.

Eine weitere zu behandelnde Thematik im Rahmen der Kalkulation von ambulant erbringbaren Leistungen ist die Frage des Tarifgebers in der Kalkulation. Dies gilt für gleiche Leistungen durch unterschiedliche Arztgruppen und umso mehr für Leistungserbringertypen wie Krankenhäuser und ambulante Praxen mit jeweils unterschiedlichen Kostenstrukturen. Vorschläge variieren über eine größere Bandbreite. Fürstenberg und Weßling (2018) schlagen grundsätzlich den – als wirtschaftlicher angesehenen – Tarifgeber „vertragsärztliche Versorgung“ vor. Die meisten Ansätze jedoch orientieren sich entweder an den Kostenstrukturen desjenigen Leistungserbringertypus, der die Leistung am häufigsten erbringt oder an einer Mischkalkulation entsprechend den Anteilen der Leistungserbringertypen (Albrecht und Al-Abadi 2018; von Stillfried und Czihal 2018). Ein von vornherein festgelegter Tarifgeber „ambulante ärztliche Versorgung“ könnte starken Anpassungsdruck auf Leistungserbringer im Krankenhaus ausüben, zumindest wenn kein expliziter Übergangszeitraum zur Anpassung gewährt wird. Die beiden anderen Ansätze lassen durch ihre Ausgestaltung automatisch Raum für allmählichere Anpassungen, insbesondere wenn die Entscheidung über die jeweils zu realisierende Tarifgeberkonstellation auf empirischer Basis in regelmäßigen Zeiträumen revidiert wird. Bei der Orientierung am häufigsten Leistungserbringertypus kann es allerdings zu abrupten Kalkulationswechseln und damit Veränderungen in den Einnahmen für die betroffene Leistung kommen, sodass sich auch hier Fragen nach Übergangszeiträumen stellen.

Eine spezielle Fragestellung betrifft die Vergütung von Leistungen im Rahmen neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, falls diese auch im vertragsärztlichen Bereich, ggf. unter bestimmten Bedingungen, erbracht werden können (vgl. Abschnitt 5.1). Hier ist naturgemäß eine Kalkulation auf Basis einer größeren Kostenstichprobe nicht möglich. Es stellt sich die Frage, inwieweit hier die bisher im stationären Bereich praktizierte Methode der individuellen Verhandlung mit den Kostenträgern beim vom InEK festgestellten deutlichen Mehraufwand der neuen Leistungen für niedergelassene Praxen praktikabel ist. Alternativ könnte die Kalkulation der Vergütung dem zuarbeitenden Institut auf Basis eigener Kostenerhebungen ganz zugeordnet werden.

5.3.6 Gestaltung des Systemübergangs

Umstellungen eines ärztlichen Vergütungssystems produzieren in der Regel Gewinner und Verlierer unter den Leistungserbringern. Dabei versuchen die Verlierer in Folge häufig, über entsprechende Öffentlichkeitsarbeit eine Kompensation ihrer Verluste zu erreichen, was oft erfolgreich ist. Je stärker die reforminduzierte Umverteilung von Einnahmen ist, umso mehr stellt sich auch die Frage, ob ein Vertrauensschutz bzgl. getätigter Investitionen auf Basis der bisherigen Vergütungsordnung gegeben sein sollte bzw. verfassungsrechtlich geboten ist. Verteilungseffekte können sich aber nicht nur auf die Leistungserbringer beziehen, sondern auch auf die Kostenträger, die Krankenkassen und im Falle eines gemeinsamen Vergütungssystems für Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus auch auf das GKV- und das PKV-System.

Insbesondere Veränderungen in der Honorarverteilung bei bestehender Budgetierung können zu deutlichen regionalen Einnahmenverschiebungen führen. Hier stellt sich die Frage, bis zu welcher Höhe regionale Verluste ohne Kompensation durchsetzbar sind, welche Übergangszeiträume ggf. einzuräumen sind und wo schließlich solche Veränderungen nur über eine Erhöhung des Gesamtbudgets politisch realisierbar sind.

Am stärksten jedoch stellen sich Umverteilungsprobleme bei der Installation einer gemeinsamen Gebührenordnung und Gebührenhöhe unabhängig vom Versicherungsstatus der Patienten. Grundlage für potenzielle Umverteilungseffekte ist die Frage, an welchem Vergütungsniveau sich die neue gemeinsame Vergütung orientiert. Theoretisch denkbar wäre jeweils die Orientierung am bisherigen Vergütungsniveau der GKV oder der PKV, was jedoch zu starken Vergütungsverlusten der niedergelassenen Ärzteschaft oder zu maximalen Mehrkosten des GKV-Systems führen würde. Politisch durchsetzbarer könnte ein Vergütungsgesamtniveau sein, das sich am Ziel orientiert, insgesamt ärztliche Honorareinnahmen in Höhe der Summe der bisherigen Vergütungen aus PKV und GKV zu generieren. Begründbar wäre dies mit der Aufrechterhaltung von Vertrauensschutz gegenüber der Ärzteschaft und mit der Annahme der Notwendigkeit der gesamten bisherigen Vergütungssumme für die ambulante ärztliche Versorgung. Wasem et al. (2013) berechnen für ein vergleichbares Szenario (Übergang aller PKV-Versicherten in das GKV-System mit seinem derzeitigen ambulanten Vergütungssystem) auf Basis von Daten aus 2010 die ggf. zu kompensierenden Mindereinnahmen der niedergelassenen Ärzteschaft mit 4,3 Milliarden Euro in 2010 und prognostizierten 5,2 Milliarden Euro in 2019.

Die Verteilung einer solchen Kompensation steht im Spannungsfeld verschiedener Ziele: dem Vertrauensschutz bzw. Bestandsschutz gegenüber den niedergelassenen Ärzten einerseits und Versorgungszielen andererseits. Gegebenenfalls könnten daraus Übergangsregelungen abgeleitet werden, die langsam vom Status quo der Verteilung der Vergütungssumme in ein versorgungspolitisch wünschenswerteres Szenario überleiten.

Anders als in den Modellierungen von Wasem et al. (2013) können die Kompensationen bei Einführung eines gemeinsamen Vergütungssystems auf verschiedenen Ebenen ansetzen bzw. diese in kombinierter Form ansteuern. Zunächst sind höhere einzelne Gebührenordnungspositionen (GOP) denkbar. Diese könnten z. B. die bisherigen Gebührenordnungspositionen (GOP) des EBM jeweils anteilig erhöhen oder am Arztlohn und damit an der Vergütung der persönlichen ärztlichen Leistung ansetzen. Sollen Umverteilungseffekte (zunächst) abgemildert werden, sind ggf. kleinräumig regionale Zuschläge auf einzelne GOP, ggf. auch für einzelne fachärztliche Gruppen, denkbar.

Der zweite Ansatzpunkt, soweit weiterhin Budgetierungen genutzt werden, wäre die Ebene der Honorarverteilung. Hier schlagen Wasem et al. (2013) verschiedene Varianten der regionalen Verteilung der Summe der Gesamtvergütungen zwischen den KVen vor, die von der Erhöhung der Gesamtvergütungen analog zum bisherigen Anteil an Privatpatienten über die prozentual gleiche Erhöhung aller Gesamtvergütungen zur Nutzung für eine stärker morbiditätsorientierte Verteilung der Gesamtvergütungen reichen.

Abhängig von der Wahl der regionalen Verteilungsvariante und der zeitlichen Gestaltung des Übergangszeitraumes sind die Verteilung und die Refinanzierung der Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenkassen zu berücksichtigen. Müsste das GKV-System die Mehrkosten alleine schultern, wäre von einer deutlichen Beitragsmehrbelastung der GKV-Versicherten auszugehen. Da das PKV-System im gleichen Umfang von der Installation eines gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems profitiert, wäre zu überlegen, inwiefern es an den Kosten des Systemwechsels zu beteiligen wäre. Ein dritter Financier könnte der Bund über den Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds sein.



Modellbildung für ein
GKV-Vergütungssystem für ambulante
und ambulant erbringbare Leistungen
durch Träger aus verschiedenen Sektoren

Ziel dieser Modellbildung ist vorrangig die Schaffung eines gemeinsamen Vergütungssystems für alle ambulanten und ambulant erbringbaren Leistungen, die auch von stationären Trägern erbracht werden, als sektorenübergreifender Versorgungsbereich. Zwar konzentriert sich die Modellbildung auf diesen neuen sektorenübergreifenden Versorgungsbereich; trotzdem werden jedoch auch Schlussfolgerungen für das verbleibende vertragsärztliche Vergütungssystem gezogen und entsprechende Regulierungsansätze einbezogen.

Die Auswirkungen eines Vergütungssystems können nicht unabhängig gesehen werden von seinen Rahmenbedingungen insbesondere im Bereich der Kapazitätsplanung und der Qualitätssicherung. Insofern sind auch für die hier vorgestellten Reformmodelle Änderungen dieser Rahmenbedingungen sinnvoll. Deren allgemeine Ausrichtung wird im weiteren Text vorgestellt; eine konkrete Modellierung der entsprechenden Regulierungsanpassungen ist jedoch nicht Thema dieser Studie.

Die im Folgenden vorgeschlagenen Modelle entwickeln, ausgehend von der Analyse der bestehenden Vergütungssysteme und unter Berücksichtigung des grundsätzlichen Gestaltungsrahmens des deutschen Gesundheitswesens (Pfadabhängigkeit von Reformen im Gesundheitswesen), im Sinne der Kriteriologie sinnvolle Gestaltungsvarianten. Dies geschieht von vornherein im Bewusstsein von Zielkonflikten zwischen den Bewertungskriterien.

Für den hier abgegrenzten Vergütungsbereich werden im Folgenden zwei alternative Vergütungsmodelle vorgestellt, die jedoch auf einer Basis gemeinsamer regulativer Festlegungen beruhen. Insofern handelt es sich um Varianten eines gemeinsamen Modellrahmens, die sich im Wesentlichen unterscheiden durch unterschiedliche Kombinationen von Vergütungsformen und durch einen unterschiedlichen Kreis von Vergütungsadressaten. In der Folge ergeben sich auch leicht unterschiedliche mögliche zukünftige Ausstrahlungen auf eine Budgetierung der Vergütungssysteme.

6.1 Leistungsrahmen

Grundsätzlich ist der Leistungsbereich des neuen sektorenübergreifenden Vergütungssystems so abzugrenzen, dass er solche Leistungen umfasst, die in nennenswertem Umfang sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern erbracht werden. Da im Zuge des medizinischen Fortschritts die Abgrenzung sich im Laufe der Zeit verändern kann, ist insofern eine Beschreibung dieses gemeinsamen Versorgungsbereichs, etwa durch die Festlegung von Abgrenzungskriterien im Zuge einer Rechtsverordnung des BMG Auftrag des Gesetzgebers zur erstmaligen Abgrenzung und insbesondere zur regelmäßigen Anpassung des Leistungsumfangs an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) notwendig. Die

Konkretisierung und regelmäßige Anpassung der zugeordneten Leistungen an den Stand der medizinischen Entwicklung kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erfolgen. Der Leistungsbereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung wird Teil dieses neuen sektorenübergreifenden Leistungsbereichs. Abrechnungsvoraussetzungen vorwiegend der Strukturqualität sichern bei besonderen Formen der Versorgung (wie z. B. bei spezialisierten Ambulanzen, vgl. Abschnitt 2.1.2), dass nur qualitativ hochwertige Leistungen abgerechnet werden können.

Die bisherige uneinheitliche Regelung für diesen Leistungsbereich bzgl. der Erlaubnis zur Erbringung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) wird für den gesamten Vergütungsbereich einheitlich gestaltet. Die Geltung des Verbots- statt des Erlaubnisvorbehalts wird gebunden an vom G-BA festzulegenden Qualitätsvoraussetzungen insbesondere der Strukturqualität. Denkbar sind z. B. einzeln oder in Kombination

- die Bindung an 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.

Entsprechend ist vom G-BA zu entscheiden, inwieweit jeweils leistungsgruppenindividuelle, arztgruppenindividuelle oder allgemeine Voraussetzungen festzulegen sind. Diese Voraussetzungen für die Geltung des Verbotsvorbehalts werden gleichzeitig wirksam für die belegärztliche Versorgung.

Die übrigen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung verbleiben im bisherigen System der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung. Nichtsdestotrotz werden im Rahmen dieser Modellierung auch Reformansätze für das vertragsärztliche Vergütungssystem mit einbezogen.

Die Opt-out-Möglichkeit aus den kollektiven Vergütungssystemen durch Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen bleibt bestehen.

6.2 Rahmenbedingungen

Wie schon oben erwähnt, müssen Veränderungen in den Vergütungssystemen flankiert werden von entsprechenden Anpassungen insbesondere in der Kapazitätsplanung und in der Qualitätssicherung, um Anreizverzerrungen zu vermeiden.

Die Konkurrenz von Anbietern aus verschiedenen Sektoren wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verschiebungen auch der Leistungserbringung zwischen den Sektoren führen. Optimal wäre hier eine sektorenübergreifende morbiditätsbezogene Kapazitätsplanung, die möglichst auf Leistungsmengen beruhen sollte. Minimallösung, wenn auch vermutlich deutlich schwerfälliger, wären zwingend vorgesehene Verhandlungslösungen zwischen den Stakeholdern der bestehenden Planungssysteme, sodass synchrone Planungsanpassungen im System der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung vorgenommen werden können.

Sowohl zur Garantie eines fairen Wettbewerbs als auch im Sinne der Transparenz für die Patienten sind einheitliche Qualitätsanforderungen über die Sektoren der Leistungs-

erbringer hinaus unabdingbar. Die lebenslange Arztnummer als Grundlage der Zurechenbarkeit ärztlicher Leistungen stellt hier eine wichtige Grundlage dar. Die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsindikatoren ist zu beschleunigen.

Weiterhin sind auch Regelungen zur Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung anzupassen, deren exakte Gestaltung jedoch auch nicht Thema der Studie ist.

6.3 Gestaltungselemente der Vergütungssysteme

Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Gestaltungselemente der reformierten Vergütungssysteme systematisch vorgestellt.

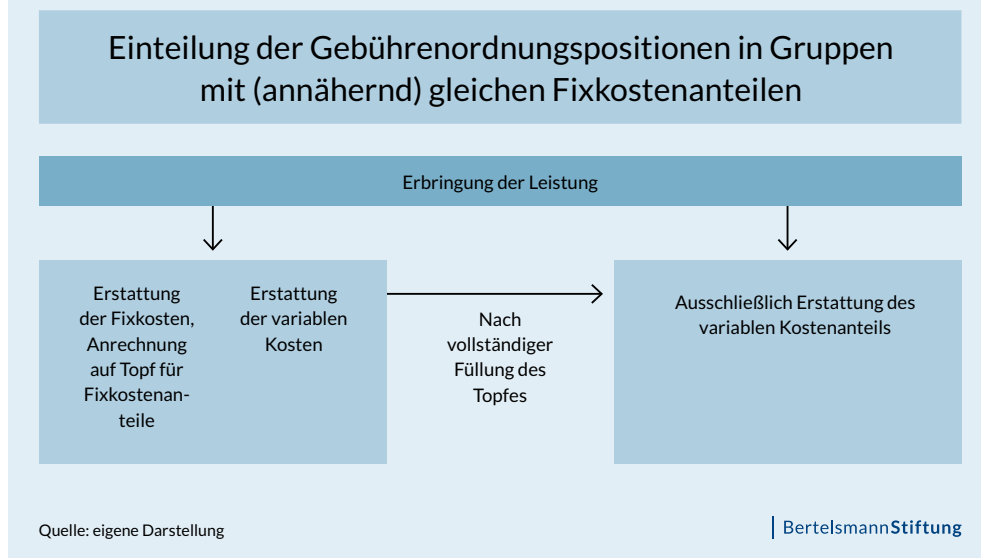
6.3.1 Vergütungsformen

Wie in Abschnitt 5.3.1 beschrieben, verwenden ärztliche Vergütungssysteme in der Regel mehrere Vergütungsformen, um davon ausgehende gegenläufige Anreizwirkungen auszugleichen. Insofern werden auch hier für beide Modellvarianten mehrere Vergütungsformen kombiniert; alleine der Schwerpunkt und teilweise die Vergütungsadressaten unterscheiden sich. Die Modellvarianten beziehen sich zudem nicht nur auf das neue GKV-Vergütungssystem für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen durch Träger aus verschiedenen Sektoren, sondern auch auf das verbleibende kollektive vertragsärztliche Vergütungssystem. Beide Varianten wenden auch Elemente von Fixkostendegression an, jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt. Für beide gilt ebenfalls der Auftrag des Gesetzgebers, nach einer Evaluation ein mögliches Auslaufen der Budgetierung zu untersuchen; dabei ist die Wahrscheinlichkeit einer zeitnahen vollständigen Budgetfreiheit je nach Modell leicht unterschiedlich aufgrund von Mengeneffekten auf Basis von Angebotsinduzierung. Für beide Varianten ist es auch notwendig, eine Regelung zur Vergütung von NUB für einen Übergangszeitraum zu konzipieren.

Modellvariante 1

Ausgehend vom bisherigen Grad der Pauschalierung der zu ersetzenden Vergütungssysteme wird auf Basis eines Auftrags durch den Gesetzgeber unter Fristsetzung durch die zuständigen korporativen Gremien überprüft, inwieweit es – gerade zur Vermeidung von Risiko-selektion – sinnvoll ist, Einzelleistungen verstärkt getrennt zu vergüten. Dies sollte zu einem deutlich höheren Anteil an Gebührenordnungspositionen (GOP) mit Einzelleistungsvergütung führen. Gleichzeitig wird ein durchgehendes System der Fixkostendegression eingeführt, das Anreize zur Mengenausdehnung zumindest aufgrund überproportionaler Gewinne bei schon amortisierten Fixkosten reduziert. Dazu sind für jede einzelne GOP Fixkostenanteile zu kalkulieren. Um Fehlanreize gegen die Erbringung arztleistungsintensiver Leistungen, z. B. Gesprächsleistungen, zu vermeiden, werden die GOP in Gruppen mit annähernd gleichem Fixkostenanteil eingeteilt. Bei Erbringung der Leistung fließt der entsprechende Fixkostenanteil (durch das Praxisverwaltungssystem jeweils mitvollzogen) in einen „Topf“ zu Deckung der Fixkosten. Nach Refinanzierung der Fixkosten bzw. vollständiger Füllung des Topfes wird bei der Abrechnung weiterer Leistungen nur der variable Kostenanteil erstattet. Abbildung 2 zeigt den Mechanismus noch einmal in graphischer Form. Die Auswirkungen dieser Anpassungen der Vergütung werden durch das neu entstandene fusionierte Institut (vgl. Abschnitt 6.3.5) evaluiert. Auf der Basis wird im

ABBILDUNG 2: Umsetzung der Fixkostendegression in Variante 1



Rahmen des zuständigen Selbstverwaltungsorgans überprüft, inwieweit eine weitere Lockerung bzw. Aufhebung der Budgetierung für diesen Leistungsbereich möglich ist.

Modellvariante 2

Ausgehend von einem verpflichtenden und einheitlichen Kodiersystem findet hier unter Fristsetzung seitens des Gesetzgebers der Übergang zu einem im wesentlichen Umfang indikationsbasierten Pauschalsystem statt. Die Pauschalen bedürfen einer ausreichenden Differenzierung, um Risikoselektion zu vermeiden. Sie werden, wo notwendig, ergänzt durch Einzelleistungsvergütungen (ELV), die jedoch nicht das dominierende Element dieses Systems sind. Bei Leistungen (inkl. Pauschalen) mit sehr hohem Fixkostenanteil, also insbesondere bei stark technisch dominierten Leistungen, wird die Fixkostendegression auch hier – deutlich selektiver als in Variante 1 – eingeführt. Parallel werden, wie in Abschnitt 6.3.2 genauer beschrieben, kollektive Vergütungen für Netzwerke für die in ihrem Rahmen erbrachten Leistungen eingeführt.

Aufgrund der noch unzureichenden Evidenz zu P4P-Modellen und der Schwierigkeit der Risikoadjustierung bei Indikatoren der Ergebnisqualität werden P4P-Vergütungskomponenten zunächst bei besonders geeigneten Leistungstypen mit Fokus auf Indikatoren der Prozessqualität erprobt. Dies kann im Rahmen der Netzwerkvergütung innovativer orientiert an leitliniengesicherten Prozessen geschehen.

Im hausärztlichen Bereich können ggf. grob indikationsbezogene Pauschalen, z.B. auf Gruppen von chronischen Erkrankungen bezogen, als Jahrespauschalen mit gleichmäßiger Auszahlung pro Quartal erprobt werden.

Auch die Auswirkungen dieses Vergütungssystems werden verpflichtend evaluiert. Aufgrund der höheren Pauschalierung kann hier ebenfalls auf dem gleichen institutionellen Weg wie in Variante 1 erwogen werden, inwieweit auf eine Budgetierung verzichtet werden kann. Allerdings sollten bei dieser Entscheidung mögliche Mengeneffekte in Richtung auf Fallvermehrung durch angebotsinduzierte Nachfrage berücksichtigt werden.

6.3.2 Vergütungsadressaten

Variante 1

Die Modellvariante 1 richtet sich, wie in den anderen kollektiven Vergütungssystemen, an einzelne wirtschaftliche Einheiten von medizinischen Leistungserbringern, also Arztpraxen, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenhäuser.

Variante 2

In der Modellvariante 2 richten sich die meisten GOP auch an einzelne wirtschaftliche Leistungserbringereinheiten. Im Bereich der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) jedoch sind die Adressaten der Vergütung Netzwerke bzw. Kooperationen, die intern ihre Honorarverteilung vornehmen. Gleichzeitig werden die Kooperationserfordernisse vom Gemeinsamen Bewertungsausschuss (G-BA) stärker inhaltlich gefüllt und das Ausmaß und die regionale Differenzierung der Zugangsregulierung überprüft und ggf. reduziert, um eventuell daraus resultierende Zugangshürden zur ASV zu vermindern. Der Gesetzgeber beauftragt außerdem den G-BA, für weitere chronische Indikationen zu überprüfen, ob das Angebot einer Netzwerkvergütung zur Anreizung von stärkerer Kooperation in der Versorgung sinnvoll erscheint. Bei positiver Entscheidung des G-BA werden von den zuständigen korporativen Gremien, ggf. in Kooperation, wenn mehrere Versorgungsbereiche betroffen sind, GOP für Netzwerkvergütungen kalkuliert. Diese sind zunächst freiwillig und alternativ zu Vergütungen für einzelne Leistungserbringereinheiten abrechenbar. Bei der Kalkulation der Netzwerkvergütungen ist insofern darauf zu achten, dass anfallende Kooperationskosten ausreichend vergütet werden und ggf. darüber hinaus Anreize bestehen, diese kooperationsfördernde Vergütungsvariante zu wählen.

6.3.3 Budgetierung

Beide Modellvarianten zielen auf die Verringerung der Notwendigkeit einer Budgetierung; die Auswirkungen von systematischer Fixkostendegression in Variante 1 und weitergehender Pauschalierung in Variante 2 sollten allerdings erst evaluiert werden, bevor die Budgetierung ggf. aufgehoben wird. Die Leistungen der ASV können weiterhin aus der Budgetierung ausgenommen bleiben.

Bei Fortbestand der Budgetierung in den Vergütungssystemen soll auf allen Ebenen die Morbiditätsorientierung gesteigert werden. Der Gesetzgeber beauftragt in dem Zusammenhang die zuständigen korporativen Gremien, den Einbezug sozioökonomischer Kriterien in die Schätzfunktion für einen morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf zu überprüfen. In ggf. mehreren Reformschritten soll weiterhin über einen Anpassungszeitraum eine bedarfsorientierte regionale Verteilung der Gesamtvergütungen angestrebt werden. Auch die Honorarverteilung zwischen Arztgruppen und Praxen/MVZ wird über einen Auftrag des Gesetzgebers an die zuständigen korporativen Gremien unter expliziter Fristsetzung auch in der verbleibenden vertragsärztlichen Versorgung stärker an der zu versorgenden Morbidität der Patienten orientiert.

Eine Erprobung von Jahresbudgets soll allenfalls versuchsweise im hausärztlichen Bereich stattfinden, um Gefahren größerer zeitlicher Versorgungslücken als bisher am Ende des Budgetjahres zu vermeiden.

6.3.4 Variabilität der Vergütungshöhe einzelner GOP

Abweichungen von den auf nationaler Ebene gemeinsam kalkulierten Gebührenordnungspositionen (GOP) sind aus bestimmten vom Gesetzgeber festzulegenden Gründen möglich. Einerseits können gesellschaftlich erwünschte Vorhaltekosten finanziert werden, wenn z. B. eine bestimmte Geräteausstattung regional vorhanden sein soll. Andererseits ist es möglich, aufgrund der – allerdings weitgehend nur teilweise realisierten – Investitionskostenfinanzierung der Länder für die Krankenhäuser hier Investitionskostenabschläge auf GOP vorzusehen. Wie bisher in der vertragsärztlichen Vergütung ist es weiterhin auch regional möglich, Aufschläge auf GOP bei besonderer Förderungswürdigkeit von Leistungen oder Leistungskomplexen zu beschließen. Schließlich sind Aufschläge für Übernachtungen in Praxiskliniken vorzusehen, soweit diese nicht als eigene GOP abgerechnet werden können.

6.3.5 Entscheidungskompetenzen und Kalkulation

Aufgrund des „Pfadcharakters“ des bestehenden Gesundheitssystems verbleiben die operativen Entscheidungen im Rahmen der Vergütungssysteme im korporativen System; der Gesetzgeber greift alleine durch gesetzliche Aufträge an die korporativen Organe ein. Entscheidungsgremium für den sektorenübergreifenden Versorgungsbereich ist der Ergänzter Bewertungsausschuss, der restliche ambulante Versorgungsbereich verbleibt beim Bewertungsausschuss. Bei beide Bereiche betreffenden Netzwerkvergütungen (Vergütungsvariante 2) ist der Beschluss im Einvernehmen zu treffen. Bei den Entscheidungsregelungen im Ergänzten Bewertungsausschuss ist darauf zu achten, Blockadesituationen weitgehend zu vermeiden.

Grundsätzlich wird eine Stärkung empirisch basierter regelgebundener Kalkulationsmechanismen zunächst im sektorenübergreifenden Versorgungsbereich angestrebt. Zu diesem Zweck werden das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zu einem Vergütungsinstitut fusioniert. Dieses Vergütungsinstitut kalkuliert die sektorenübergreifende Vergütung basierend auf einem System empirisch ermittelter Kosten. Dazu werden Kalkulationspraxen zusätzlich zu den bisherigen Kalkulationskrankenhäusern rekrutiert. Das Institut legt Stichprobengröße und Erhebungsverfahren fest. Den Kalkulationspraxen ist eine Vergütung für die Erhebung ihrer Daten zu gewähren, die durch den Ergänzten Bewertungsausschuss festzulegen ist.

Nach drei Jahren ist das Kalkulationsverfahren zu evaluieren. Daran anschließend hat der Bewertungsausschuss zu erwägen, inwieweit es für die Kalkulation des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung übernommen werden kann.

Für die Kalkulation der GOP ist 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, werden die Kostenstrukturen der wesentlichen Leistungserbringergruppen in gleitenden Durchschnitten unterlegt und diese regelmäßig den Verhältnissen in der Leistungserbringung angepasst. Im Rahmen des Kalkulationsverfahrens ist durch das Institut insbesondere auch die Art der Abgrenzung der Fixkosten im Krankenhaus festzulegen. Es ist außerdem zu überprüfen, inwieweit für Modellvariante 1 eine getrennte Berechnung der

Fixkosten und somit eine unterschiedliche Ausgestaltung der Fixkostendegressionsregelung nach Leistungserbringungssektor sinnvoll ist.

Das Verfahren zur Vergütung von NUB wird im Bereich der ambulant erbringbaren Leistungen bzgl. der Ermittlung der Notwendigkeit einer zusätzlichen Vergütung grundsätzlich dem bisherigen NUB-Verfahren beim InEK nachgebildet und in die Kompetenz des fusionierten Instituts gelegt. Jedoch wird die Höhe dieser zusätzlichen Vergütung nun ebenfalls dort kalkuliert, da eine individuelle Verhandlung mit den Kostenträgern den einzelnen Praxen nicht zuzumuten ist.

6.3.6 Gestaltung des Systemübergangs

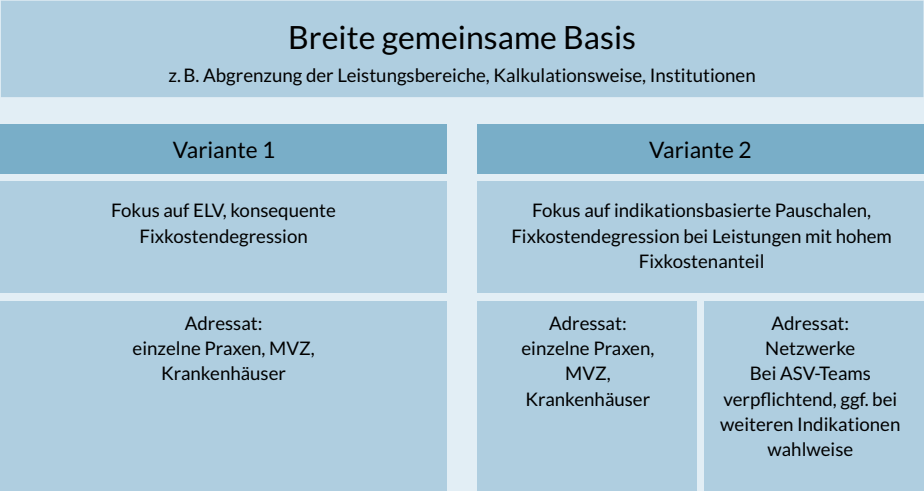
Anpassungsprobleme im Systemübergang können sich – bei Beibehaltung der Budgetierung – ergeben durch eine stärkere Morbiditätsorientierung der Verteilung der Budgets zwischen den Regionen und der Honorarverteilung an Arztgruppen und niedergelassene Ärzte. Gegebenenfalls sind hier gestufte Modelle bzw. Übergangsphasen zu erwägen

6.3.7 Zusammenfassung

Abbildung 3 fasst noch einmal in vereinfachter Form die Modellvarianten zusammen und visualisiert insbesondere ihre Unterschiede im Bereich von Vergütungsformen und Vergütungsadressaten.

Tabelle 6 und Tabelle 7 zeigen ergänzend im Überblick, welche der Reformvorschläge sich ausschließlich auf den neuen Versorgungsbereich der ambulant erbringbaren Leistungen durch Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren beziehen und welche zusätzlich auf das vertragsärztliche Vergütungssystem angewendet werden sollen. Sofern sich die Aussage in einer Zeile auf die Mehrheit der Regelungen zu einem Thema bezieht, findet sich die Ausnahme davon in der jeweils anderen Tabelle.

ABBILDUNG 3: Zusammenfassung der Modellvarianten 1 und 2



Quelle: eigene Darstellung

| BertelsmannStiftung

TABELLE 6: Regulierungsvorschläge ausschließlich für ein neues Vergütungssystem für ambulant erbringbare Leistungen durch Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren

Regelungen zum Leistungsumfang des neuen Systems
Rahmenbedingungen für Qualitätssicherung und Leistungsumfang
Verpflichtende Netzwerkvergütung für bisherige Teams der ASV in Vergütungsvariante 2
Beibehaltung der Budgetierungsfreiheit für die ASV
Zuweisung von institutionellen Entscheidungskompetenzen und Art der Leistungskalkulation
Mehrheit der Regulierungen zur Variabilität der Vergütung einzelner Leistungen / Leistungskomplexe

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 7: Regulierungsvorschläge mit Gültigkeit für die gesamte ambulante vertragsärztliche Vergütung

Mehrheit der Regelungen zu Vergütungsformen in beiden Varianten
Mehrheit der Regelungen zur Budgetierung
Mehrheit der Regelungen zu Vergütungsadressaten
Beibehaltung variabler Vergütung für besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungskomplexe
Gestaltung des Systemübergangs bei stärkerer Morbiditätsorientierung im Vergütungssystem

Quelle: eigene Darstellung

7

Modellbildung für ein gemeinsames
ambulantes Vergütungssystem für
GKV- und Privatpatienten

Auch bei dieser Modellbildung werden gemeinsame Modellparameter festgelegt und anhand bestimmter Modellmerkmale dann eine Variantenbildung vorgenommen. Diese erfolgt hier wesentlich über den Grad der Vereinheitlichung der Vergütung, also über die Frage, ob für Privatpatienten Vergütungsaufschläge möglich sind, und des Einbezugs in die Regulierung des gesamten Versorgungssystems. Angelpunkt für die Unterscheidung der Varianten ist die Frage, wie die Variabilität der Vergütung nach dem Versichertenstatus der Patienten geregelt ist. Zusätzlich unterscheiden die Varianten sich durch den Grad der Anpassung auch der Regulierungen für Privatpatienten und das PKV-System an die Rahmenbedingungen eines gemeinsamen Systems.

Letztlich sind die zwei Modellbildungen aus Kapitel 6 und 7 zwar virtuell trennbar, aber ihre Realisierung könnte durchaus in Kombination stattfinden. Darum wird die nachfolgende Modellbildung in drei Konstellationen durchgespielt: mit der Vorstellung der weitgehenden Übernahme von Regulierungen des derzeitigen vertragsärztlichen Vergütungssystems (soweit nicht explizit andere Regelungen angegeben werden) und in Kombination mit den zwei Modellvarianten aus Kapitel 6. Das führt dazu, dass für einige Gestaltungselemente keine im Vergleich zu Kapitel 6 neuen Modellierungen vorgenommen werden, wie z. B. bzgl. der Vergütungselemente oder -adressaten.

7.1 Leistungsrahmen

Zielgruppe des gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems und ggf. des Vergütungssystems für ambulant erbringbare Leistungen für Leistungserbringer aus unterschiedlichen Sektoren sind alle GKV- und PKV-Versicherten sowie andere deutsche Patienten und andere Patienten mit Wohnsitz in Deutschland oder ggf. in der EU. Der Leistungsrahmen umfasst den bisherigen Leistungsumfang der GKV, sodass Grundlage für die Abrechnung der darüber hinausgehenden Leistungen weiter die GOÄ wäre. Für die Behandlung von ausländischen Privatpatienten können die Ärzte individuelle Vergütungsvereinbarungen treffen.

Im Rahmen der zwei Modellvarianten aus Kapitel 6 müssen auch Lösungen für die Vergütung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) gefunden werden. Hierin unterscheiden sich die in diesem Kapitel vorgestellten Modellvarianten.

Modellvariante A

In Variante A werden NUB bei Privatpatienten über die GOÄ abgerechnet.

Modellvariante B

Sobald eine NUB-Vergütung vom fusionierten Vergütungsinstitut berechnet wird, muss in Modellvariante B immer, auch bei Privatpatienten, die entsprechende Leistung über diese abgerechnet werden. Damit gelten auch die dafür vorgesehenen qualitätsbezogenen Zulassungs- und Abrechnungsvoraussetzungen.

7.2 Rahmenbedingungen

Wie schon oben angesprochen, unterschieden sich die beiden Modellvarianten auch hinsichtlich ihrer Ausstrahlung auf gemeinsame Rahmenbedingungen des eigentlichen Vergütungssystems.

Modellvariante A

Modellvariante A sieht keinen weitergehenden Einbezug der Privatpatienten und ihrer Behandlung durch die Leistungserbringer in die Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung vor als bisher. Insofern sind auch reine Privatpraxen nicht in diese einbezogen.

Auch in der Qualitätssicherung beschränkt sich die Anpassung an die Regelungen für alle Patienten auf die gemeinsamen in der jeweiligen Gebührenordnung festgelegten Qualitätsvoraussetzungen.

Modellvariante B

In Modellvariante B werden die Privatpatienten und ihr Leistungsbedarf in der Bedarfs- bzw. Kapazitätsplanung gemeinsam mit den GKV-Patienten berücksichtigt. Bei einer stärker morbiditätsorientierten Kapazitätsplanung wie im Modell des Kapitels 6 folgt daraus, dass mit der Erhebung der dafür notwendigen Datengrundlage die Geltung der ambulanten Kodierrichtlinien auch für Privatpatienten gegeben sein muss (vgl. auch Abschnitt 7.3.1). In einer Übergangsperiode könnten allenfalls hier reine demographische Daten mit assoziierter Durchschnittsmorbidität verwendet werden, solange entsprechende vergangene Diagnosedaten noch nicht systematisch vorliegen.

Aus dem Einbezug der Privatpatienten in die Bedarfs- /Kapazitätsplanung ergibt sich auch die Notwendigkeit für bisherige reine Privatpraxen, in das Planungssystem einbezogen zu werden, jedenfalls solange sie Leistungen im bisherigen GKV-Leistungsumfang an ihren Patienten erbringen wollen. Gegebenenfalls wäre hier eine Übergangslösung mit garantierter Zulassung für schon bestehende Privatpraxen denkbar. Die entsprechenden kollektiven Planungs- und Zulassungsorgane wären in Variante B dann auf der Kostenträgerbank auch mit Vertretern des PKV-Verbandes zu besetzen.

In Modellvariante B werden außerdem die Patienten der PKV über den PKV-Verband auch in weitere qualitätsbezogene kollektivvertragliche Vereinbarungen zur Versorgungsqualität einbezogen.

Es kann diskutiert werden, inwieweit das PKV-System in gemeinsame Abrechnungsprüfungen einbezogen werden soll oder gemeinsame Verfahrensregelungen implementiert werden sollen. Sinnvoll erscheint dies in Bezug auf die Überprüfung der Fixkostendegres-

sion (vgl. Abschnitt 7.3.1), da hier Daten aus dem PKV- und GKV-System gemeinsam ausgewertet werden müssen.

7.3 Gestaltungselemente der Vergütungssysteme

Im folgenden Abschnitt werden auch hier die einzelnen Gestaltungselemente eines gemeinsamen Vergütungssystems bzw. gemeinsamer Vergütungssysteme für ambulante und ambulant erbringbare Leistungen für alle Patienten systematisch vorgestellt.

7.3.1 Vergütungsformen

Bezüglich der Vergütungsformen wird hier keine eigene neue Modellierung über diejenigen Modelle des Kapitels 6 hinaus vorgenommen. Ausgangspunkt sind die am Beginn des Kapitels im Grundsatz vorgestellten drei möglichen Konstellationen:

- Übernahme des EBM im Rahmen des vertragsärztlichen Vergütungssystems unter Anpassung der Vergütungshöhe der Gebührenordnungspositionen (GOP), sodass insgesamt eine Vergütungssumme erreicht wird, die den bisherigen Einnahmen aus der Behandlung von GKV- und Privatpatienten entsprechen. Hier ist das Vorgehen bzgl. weiterer ambulant erbringbarer Leistungen noch nicht thematisiert.
- Übernahme der Variante 1 der Vergütungssysteme aus Kapitel 6. Diese Konstellation vermeidet durch die Betonung der Einzelleistungsvergütung am stärksten Brüche in der Vergütung von Leistungen an Privatpatienten. Durch die Einführung einer konsequenten Fixkostendegression ist es hier allerdings sinnvoll, für die Privatpatienten eine Regelung einzuführen, die die Rechnungsstellung erst ab Ende des entsprechenden Abrechnungszeitraums/Quartals erlaubt. Die Praxissoftware sollte zu dem Zeitpunkt in der Lage sein, die Fixkostendegression auf alle betroffenen GOP umzulegen. An dieser Stelle ist zu erwägen, einen gemeinsamen durch GKV- und PKV-System legitimierten Abrechnungsprüfungsmodus einzuführen.
- Übernahme der Variante 2 der Vergütungssysteme aus Kapitel 6. Diese Variante bedingt bei Kombination mit Modellvariante A eine über die GKV-Patienten hinausgehende Geltung der ambulanten Kodierrichtlinien, um die Vergütungsform der indikationsbezogenen Pauschalen sinnvoll nutzen zu können. Die Ausführungen über die Gestaltung der Fixkostendegression gelten für den hier geringeren betroffenen Leistungsumfang der Leistungen mit besonders hohem Fixkostenanteil analog.

Auch in den letzten beiden Konstellationen wird davon ausgegangen, dass die Eingliederung der Privatpatienten nicht zu einer niedrigeren Vergütungssumme führt als der bisherigen.

7.3.2 Vergütungsadressaten

Auch die Wahl der Vergütungsadressaten ist kein gesonderter Gegenstand dieser Modellierung. In der Konstellation der Übernahme des EBM und von Modellvariante 1 aus Kapitel 6 bleiben die Vergütungsadressaten die bisherigen wirtschaftlichen Einheiten der Leistungserbringung. Modellvariante 2 aus Kapitel 6 sieht im Rahmen der ambulanten spezialfach-

ärztlichen Versorgung (ASV) verpflichtend und für ggf. festzulegende weitere Indikationen fakultativ die netzwerkbezogene Vergütung vor

7.3.3 Budgetierung

Aufgrund der Geltung des Kostenerstattungsprinzips erscheint die Einführung einer Budgetierung im Rahmen der ärztlichen Vergütung als nicht ohne größere Umsetzungsschwierigkeiten realisierbar, wie in Abschnitt 5.3.3 ausführlicher dargestellt. Insofern wird in der Modellierung darauf verzichtet. Eine Budgetierung im GKV-System führt mit höchster Wahrscheinlichkeit zu einer alleine budgetierungsbedingten Differenzierung der endgültigen Vergütungshöhe nach Versicherungsstatus. Der Umfang dieser Vergütungsdivergenz ist abhängig von der Wirksamkeit der mengenbegrenzenden Anreize der jeweiligen Gebührenordnung. Für die Modellvariante B würde die Budgetierung im GKV-System also auch bei ansonsten gleicher Bepreisung der einzelnen GOP für alle Patienten in der Gebührenordnung (siehe Variante B in Abschnitt 7.3.4) Vergütungsunterschiede zwischen GKV- und Privatpatienten im Bereich des GKV-Leistungskataloges induzieren, die allerdings im Vergleich zum Status quo von erheblich geringerem Umfang sein dürften.

7.3.4 Variabilität der Vergütungshöhe einzelner GOP

Bezüglich der Variabilität der Vergütungshöhe fokussiert die Modellierung auf Unterschiede nach Versicherungsstatus der Patienten – ansonsten gelten die eingangs erläuterten Annahmen zum vertragsärztlichen Vergütungssystem und den Modellvarianten 1 und 2 aus Kapitel 6.

Modellvariante A

Die einzelnen GOP innerhalb des GKV-Leistungskataloges sind grundsätzlich für alle Patienten gleich kalkuliert, je nach Konstellation basierend auf der Kalkulation des EBM oder dem empirisch basierten Kalkulationsmodell nach Kapitel 6. Jedoch können die GOP im Falle von Privatpatienten wie bisher in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit einem Steigerungsfaktor multipliziert werden. Der Regelsteigerungsfaktor wird so festgesetzt, dass die durchschnittliche Vergütungsdivergenz zwischen GKV-Vergütungssystem und der bisherigen Vergütung nach GOÄ gleich bleibt. Die Auswirkungen auf die privatärztliche Abrechnung beschränken sich also auf veränderte relative Preise für die erbrachten Leistungen.

Modellvariante B

Eine Differenzierungsmöglichkeit der Vergütung einzelner Leistungen ausgelöst durch den Versicherungsstatus des Patienten wird innerhalb des Leistungsumfanges der GKV (mit der Ausnahme von Leistungen an im Ausland lebende Patienten ohne deutsche bzw. EU-Staatsangehörigkeit) ausgeschlossen. Allerdings können geringere Vergütungsdivergenzen im Fall von Budgetierung im GKV-System zustande kommen (vgl. Abschnitt 7.3.3). Wie schon in Abschnitt 7.3.1 beschrieben, wird das Vergütungsniveau insgesamt so gewählt, dass zum Zeitpunkt des Systemwechsels die Gesamtvergütung des neuen Systems der Summe der bisherigen Vergütungen aus der Behandlung von GKV- und Privatpatienten entspricht.

7.3.5 Entscheidungskompetenzen und Kalkulation

Die Einbeziehung aller Patienten in die hier diskutierten Vergütungssysteme erfordert eine Beteiligung des PKV-Verbandes als weitere Kostenträgervertretung in die zuständigen korporativen Organe, wie auch in Abschnitt 7.2 diskutiert. Der PKV-Verband nimmt jeweils aufseiten der Kostenträger gemeinsam mit dem GKV-Verband bzw. den regionalen Kostenträgervertretungen an entsprechenden Verhandlungen und Abstimmungen teil und wird zum weiteren Kollektivvertragspartner.

In den Konstellationen in Kombination mit den Modellvarianten des Kapitels 6 geben die korporativen Akteure und damit auch der PKV-Verband Verhandlungsmacht gegenüber einer regelgebundenen, stärker empiriegetriebenen Kalkulationsweise des fusionierten Vergütungsinstituts ab.

7.3.6 Gestaltung des Systemübergangs

In allen Varianten löst der Systemübergang, wie schon in Abschnitt 7.3.5 beschrieben, eine Umgestaltung der korporatistischen Entscheidungsorgane aus. Ein wesentlicher Aspekt der Gestaltung des Systemübergangs ist jedoch auch die Bewältigung von durch die Reform ausgelösten Verschiebungen von Einnahmen- und Finanzierungsströmen.

Modellvariante A

Modellvariante A bedingt relativ geringfügige Einnahmenumschichtungen bei den betroffenen Leistungserbringern; allenfalls werden Verschiebungen zwischen Arztgruppen und Ärzten mit unterschiedlichen Leistungsschwerpunkten durch veränderte relative Preise der GOP für Privatpatienten ausgelöst. Insofern sind vermutlich hier keine Ausgleichsmechanismen und Übergangszeiträume notwendig.

Modellvariante B

Modellvariante B hingegen löst sowohl auf der Ebene der Kostenträger als auch der Leistungserbringer beträchtliche finanzielle Umschichtungen aus (vgl. Abschnitt 5.3.6).

Wie oben beschrieben, führt die Anpassung der ärztlichen Vergütungen auf die Summe der bisher gezahlten Vergütungen für GKV- und Privatpatienten ohne weitere Maßnahmen zunächst zu einer beträchtlichen Mehrbelastung des GKV-Systems und damit der bisherigen GKV-Versicherten, wohingegen das PKV-System und die PKV-Versicherten bzw. die meisten Privatpatienten entlastet werden. Eine PKV-Beteiligung an den Mehrkosten des GKV-Systems erscheint in dem Zusammenhang zwar sinnvoll, ist jedoch vermutlich schwer durchsetzbar. Second Best in dem Zusammenhang wäre die Finanzierung über eine Erhöhung des Bundeszuschusses, da die Finanzierung der Reform als versicherungsfremde Leistung gesehen werden kann. So kann über Steuerfinanzierung die gesamte Bevölkerung und nicht nur die bisherige GKV-Klientel beteiligt werden. Insgesamt verbleibt aber auch dann eine, wenn auch etwas geringere, Mehrbelastung der GKV-Versicherten durch die Reform.

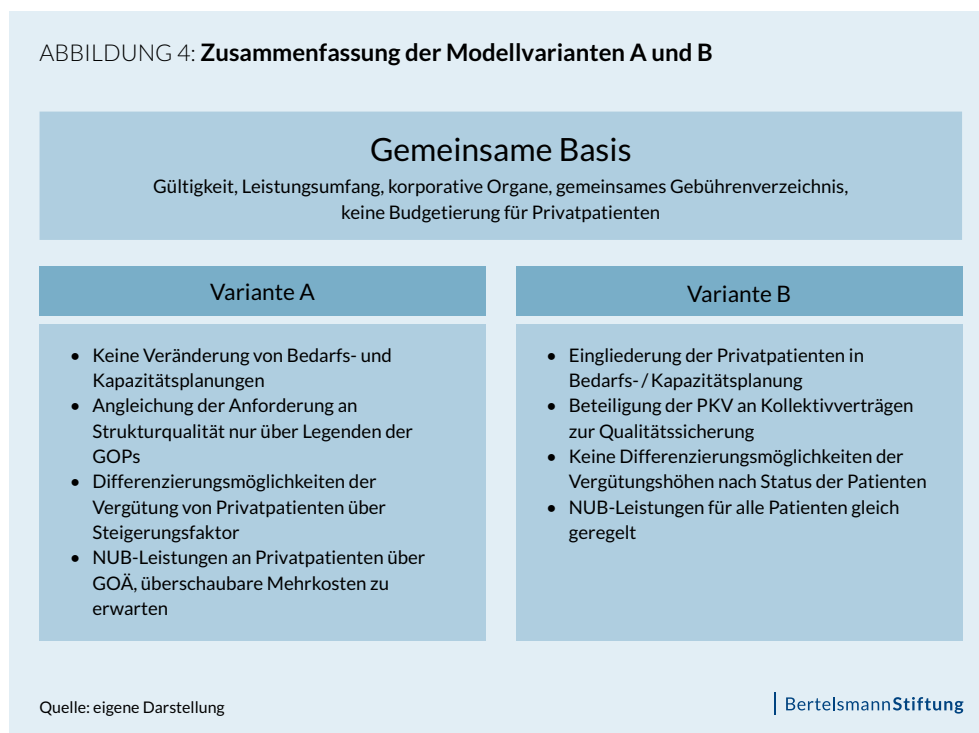
Für die ausgelösten Umverteilungseffekte zwischen Leistungserbringern in den Regionen sieht Modellvariante B einen befristeten Übergangszeitraum von etwa fünf Jahren vor, der, wie in Abschnitt 5.3.6 diskutiert, mit Vertrauensschutz für getätigte Investitionen der Arztpraxen begründet wird. Während dieses Zeitraums werden jeweils sinkende regionale

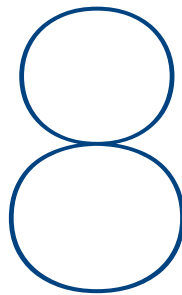
Zu- und Abschläge auf den Punktwert (im Falle des derzeitigen vertragsärztlichen Vergütungssystems auf den Orientierungswert) berechnet, je nach Anteil der PKV-Patienten einer Region. Dabei ist zu erwägen, inwieweit eine kleinräumigere Bestimmung der entsprechenden Regionen als auf KV-Ebene vorzunehmen wäre, um Gewinner und Verlierer der Reform besser identifizieren zu können. Die Punktwertzuschläge könnten auch im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) bei der Verteilung der Mittel des Gesundheitsfonds an die Kassen berücksichtigt werden. Parallel kann dieser Zeitraum in den Vergütungsvarianten des Kapitels 6 dazu genutzt werden, die KV-regionale Verteilung der Gesamtvergütungen – für den Fall des Weiterbestehens der Budgetierung – stärker morbiditätsorientiert zu gestalten und die Morbiditätsorientierung auch auf die Honorarverteilung zwischen Arztgruppen und einzelnen Organisationen der Leistungserbringung anzuwenden. Das fusionierte Institut wird in dem Falle beauftragt, den zuständigen korporativen Organen ein Übergangsmodell vorzuschlagen, das die verschiedenen Zielaspekte der Übergangsperiode angemessen berücksichtigt.

7.3.7 Zusammenfassung

Auch für dieses Modell fasst Abbildung 4 gemeinsame und je nach Modellvariante differenzierte Elemente zusammen.

ABBILDUNG 4: Zusammenfassung der Modellvarianten A und B





Die Modellvarianten für ein GKV-
Vergütungssystem für ambulante und
ambulant erbringbare Leistungen durch
Träger aus verschiedenen Sektoren im
Lichte der Kriteriologie

Im folgenden Text werden die beiden in Kapitel 6 dargestellten Modellvarianten systematisch mithilfe der Krieriologie aus Kapitel 3 bewertet. Benchmark ist die Situation im Status quo, d.h. es werden die erwarteten Veränderungen im Verhältnis zu den bestehenden Verhältnissen bei Anwendung der bisherigen Vergütungssysteme im GKV-System bewertet. Die Bezugspopulation sind hier insofern die GKV-Versicherten – anders also als im folgenden Kapitel 9, das sich auf die Gesamtpopulation der Patienten aus GKV und PKV bezieht. Für die Gesamtbewertung nach jedem Kriterium müssen verschiedene erwartete Anreizeffekte und andere mögliche Auswirkungen aggregiert werden. Da eine genaue Quantifizierung der jeweiligen Effekte nicht möglich ist, unterliegt diese Aggregation notwendigerweise einer gewissen Subjektivität. Die jeweils für die einzelnen Kriterien berücksichtigten Effekte sind am Ende jedes Abschnitts noch einmal in einer Tabelle zusammengefasst. Am Ende des Kapitels wiederum wird tabellarisch die ordinale Bewertung für alle Kriterien in einer abschließenden Tabelle zusammengefasst. Auf eine darüber hinausgehende aggregierende Bewertung über alle Kriterien hinweg wird bewusst verzichtet, da eine Gewichtung der Kriterien legitimiert nur gesundheitspolitisch getroffen werden kann.

8.1 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung

Für beide Modellvarianten erhöht sich die Anpassungsfähigkeit an den jeweiligen Behandlungsbedarf durch die Erweiterung des Leistungsumfangs über den Zugang zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) auch im ambulanten Bereich, gesichert durch Voraussetzungen der Strukturqualität. Durch die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ergibt sich auch eine Ausstrahlung auf die Versorgungsqualität im rein stationären Bereich. Wird durch die erweiterte Zulassung die Zusammenarbeit mit Zentren angereizt, so werden auch hier zusätzliche Qualitätsanreize durch bessere Zusammenarbeit gesetzt.

In beiden Varianten verbleiben, zumindest in der Umsetzung vor Überprüfung weiterer Budgetierungsnotwendigkeit, weiterhin Anreize aus der Budgetierung zu Leistungsrationierung bzw. zur Verzögerung von Leistungen bis zum nächsten Budgetzeitraum. Allerdings sollte aufgrund der Morbiditätsorientierung der Budgetierung auf allen Ebenen eine verbesserte Zuordnung der Budgets nach Morbidität und damit nach Bedarf im Vergleich zum Status quo gelingen.

Die unterschiedliche Schwerpunktsetzung der Modellvarianten bei den Vergütungsformen bedingt unterschiedliche Anreizkonstellationen. Im Falle von Variante 1 wirkt die Einzelleistungsvergütung Risikoselektion entgegen, sodass Anreize entstehen, auch kompliziertere Fälle bedarfsgerecht zu behandeln. Andererseits entstehen Anreize zu nicht bedarfsgerechter Überversorgung, die allerdings durch die noch bestehende Budgetierung begrenzt werden. Durch konsequente Fixkostendegression entfallen allerdings die Anreize, gezielt bei Leistungen mit einem hohen technischen Kostenanteil überzuversorgen.

Bei Modellvariante 2 kann die Pauschalierung, abhängig vom Differenzierungsgrad der morbiditätsbedingten Pauschalen nach erwartetem Aufwand, zu Risikoselektion führen. Die Fixkostendegression bei Leistungen mit hohem technischem Kostenanteil führt, wenn auch nicht so umfassend wie in Variante 1, zur Reduzierung von Anreizen, gezielt solche Leistungen (ggf. auch überversorgend) zu erbringen.

Die empirisch basierte Kalkulation der Gebührenordnungspositionen (GOP) vermeidet in beiden Varianten Anreize zur ökonomisch bedingten und ggf. die Versorgungsqualität beeinträchtigenden Fehlkombinationen von Behandlungsleistungen.

Vorteile bezüglich der Versorgungsqualität sind hier auch über die teilweise verpflichtende Netzbildung zu erwarten, die zu einer besseren Indikationsqualität führen könnte, falls nicht wirtschaftliche Anreize zur Fallgenerierung dominieren. Je nach Ausführung könnten positive Qualitätsanreize durch geschickt angelegte Pay-for-Performance-Elemente (P4P-Elemente) entstehen, gerade auch in Richtung von evidenzbasierten Behandlungspfaden bei Netzwerken. Auch die Orientierung an einer leitliniengerechten Versorgung ist im Netzwerk leichter nachvollziehbar.

Die beteiligten Experten bewerten beide Modellvarianten gegenüber dem Status quo hier positiv, im Falle von Variante 1 mit leichter Einschränkung.

TABELLE 8: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Qualitätssteigernde Effekte sektorenübergreifender Qualitätssicherung	Qualitätssteigernde Effekte sektorenübergreifender Qualitätssicherung
ELV schafft Anreize gegen Risikoselektion, ggf. aber zur Überversorgung, Budgetierung Gegenanreize zur Rationierung bzw. Verzögerung von Maßnahmen	Pauschalierung und Budgetierung schaffen Anreize zur Risikoselektion (insb. bei ungenügend differenzierten Pauschalen) und Rationierung bzw. Verzögerung von Maßnahmen
Konsequente Fixkostendegression schränkt Anreize zur unnötigen Erbringung technischer Leistungen ein	Regelgebundene Kalkulation verringert Fehl-anreize zugunsten oder zuungunsten bestimmter Behandlungen
Regelgebundene Kalkulation verringert Fehl-anreize zugunsten oder zuungunsten bestimmter Behandlungen	Ggf. bessere Indikationsqualität in Netzwerken
Qualitätsgesicherte Erweiterung des Leistungsumfangs durch NUB	Möglichkeit von Anreizen zur Prozessqualität durch P4P bei Netzwerken
	Qualitätsgesicherte Erweiterung des Leistungsumfangs durch NUB

Quelle: eigene Darstellung

8.2 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung

In beiden Modellvarianten entstehen höhere Anreize zur Patientenorientierung insoweit, als durch die regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Vergütungshöhe der einzelnen GOP die Überbewertung technischer Leistungen reduziert wird und insofern Gesprächsleistungen gestärkt werden.

Die konsequente Umsetzung der Fixkostendegression in Variante 1 sowie die Einzelleistungsvergütung, gerade auch für Gesprächsleistungen, begünstigt die Patientenorientierung zusätzlich. Generell setzt die Einzelleistungsvergütung Anreize, differenziertem Bedarf der Patienten entgegenzukommen, kann allerdings auch zu Überversorgung führen.

Die teilweise umgesetzte Fixkostendegression in Variante 2 zielt in eine ähnliche Richtung. Jedoch sind die Auswirkungen hinsichtlich des Patientengesprächs abhängig von der weiteren Ausgestaltung der Gebührenordnung. Reine morbiditätsorientierte Pauschalen reizen ökonomisch grundsätzlich eher zur Reduzierung von Leistungen an, was sich ggf. auf die Gesprächsleistungen auswirken könnte. Ausgelagerte besondere Einzelleistungen für Patientengespräche und Patientenaufklärung könnten dem wiederum entgegenwirken.

Die Netzwerkorientierung in Variante 2 dagegen könnte durch koordiniertere Versorgung zu einer höheren Transparenz des Versorgungsprozesses für die Patienten führen und damit deren Interessen entgegenkommen.

Insgesamt bewerten die beteiligten Experten auch hier beide Modellvarianten im Vergleich zum Status quo als positiv, hier jedoch in Bezug auf Variante 2 mit leichter Einschränkung.

TABELLE 9: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Kalkulation verhindert Überbewertung der technischen Leistungen	Regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Kalkulation verhindert Überbewertung der technischen Leistungen
Relative Anreize für Gesprächsleistungen wegen konsequenter Umsetzung der Fixkostendegression	Bei fehlender Ausgliederung von Gesprächsleistungen aus den Pauschalen negative Anreize zu Gesprächsleistungen
ELV ermöglicht Anpassung des Leistungsangebots an Patientenpräferenzen, allerdings ggf. auch patienteninduzierte Überversorgung	Bei Vergütung von Gesprächsleistungen in ELV oder anteilig in Pauschalen im Vergleich zu Modellvariante 1 etwas schwächere relative Anreize für Gesprächsleistungen wegen teilweiser Umsetzung der Fixkostendegression
	Bei Versorgung in Netzwerken transparenteres Angebot aus einer Hand im Interesse des Patienten

Quelle: eigene Darstellung

8.3 Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit

Positiv im Sinne der Patientensicherheit ist für beide Modellvarianten, dass der nunmehr mögliche Zugang zu NUB in der ambulanten ärztlichen Versorgung über die Sektoren hinweg durch Bedingungen der Strukturqualität abgesichert ist. Beide Modellvarianten verringern über ihre – wie schon oben beschrieben – unterschiedlich stark ausgeprägten Elemente der Fixkostendegression den Anreiz, unnötig möglicherweise risikobehaftete technische Leistungen zu erbringen.

In Modellvariante 1 setzt die Einzelleistungsvergütung Anreize zur Überversorgung mit möglicherweise sicherheitsrelevanten Leistungen, begrenzt durch die noch vorhandene Budgetierung. Die schon angesprochenen Anreize zur Risikoselektion je nach Gestaltung der morbiditätsorientierten Pauschalen könnten dagegen Anreize zur auch hier möglicherweise sicherheitsrelevanten Unterversorgung von betroffenen Patientengruppen führen; ähnlich könnte man generell bzgl. der Anreizwirkung von Pauschalen argumentieren.

Die stärkere Anreizsetzung zur Koordination über Netzwerke in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und ggf. in der ambulanten Versorgung weiterer Indikationen in Modellvariante 2 kann wiederum zu einer höheren Patientensicherheit durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte, die auch zur Vermeidung medizinischer Fehlentscheidungen beitragen mag, führen.

Insofern bewerten die beteiligten Experten beide Modellvarianten als eingeschränkt positiv gegenüber dem Status quo.

TABELLE 10: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Patientensicherheit“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Verringerung der Anreize zu unnötigen technischen Leistungen über Fixkostendegression	Verringerung der Anreize zu unnötigen technischen Leistungen über Fixkostendegression in etwas geringerem Umfang als in Variante 1
Anreize zu möglicherweise sicherheitsrelevanter Überversorgung durch ELV, begrenzt jedoch durch Budgetierung mit Anreizen zur Rationierung bzw. Verzögerung von Maßnahmen	Anreize durch Pauschalierung und Budgetierung zu Risikoselektion (insb. bei ungenügend differenzierten Pauschalen) und Rationierung bzw. Verzögerung von Maßnahmen
Erbringung von NUB durch Voraussetzungen der Strukturqualität abgesichert	Erbringung von NUB durch Voraussetzungen der Strukturqualität abgesichert
	Verstärkung der Koordination in der ASV, Förderung von Netzwerken

Quelle: eigene Darstellung

8.4 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination

Für beide Modellvarianten sind die Anreize zur Behandlungscoordination abhängig von der konkreten Ausgestaltung der Gebührenordnung – also im Falle von Modellvariante 1 von der Frage, inwieweit Koordinationsleistungen als Einzelleistungen GOP zugeordnet sind, bei Modellvariante 2, ob Koordinationsleistungen aus Pauschalen ausgegliedert oder in risikodifferenzierten Pauschalen zumindest ausreichend berücksichtigt werden.

Beide Modellvarianten erzeugen insofern gewisse Anreize zur Behandlungscoordination, wenn die Voraussetzungen für die erweiterte Zulassung zur Erbringung von NUB an entsprechende Bedingungen geknüpft sind, wie z. B. die Kooperation mit Zentren.

Darüber hinaus setzt nur die Modellvariante 2 deutliche Anreize zur Behandlungscoordination, indem sie im Falle der ASV Netzwerkvergütungen zwingend vorschreibt und im Falle weiterer Indikationen entsprechende Möglichkeiten eröffnet. Dies könnte die Zusammenarbeit der Netzwerkpartner im Rahmen der Behandlung gemeinsamer Patienten stärken.

TABELLE 11: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Abhängig von Ausgestaltung der Gebührenordnung hinsichtlich der Vergütung von Koordinationsleistungen	Abhängig von Ausgestaltung der Gebührenordnung hinsichtlich der Vergütung von Koordinationsleistungen
Qualifikationsanforderungen für NUB bedingen ggf. Zentrenanbindung	Qualifikationsanforderungen für NUB bedingen ggf. Zentrenanbindung
	Starke Anreize zur Kooperation durch Netzwerkvergütungen
Quelle: eigene Darstellung	

Die beteiligten Experten bewerten insofern die Variante 1 als neutral gegenüber dem Status quo, wohingegen die Variante 2 als dem Status quo überlegen erachtet wird.

8.5 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz

Beide Modellvarianten setzen im Rahmen gemeinsamer Elemente Anreize zu höherer Wirtschaftlichkeit als im Status quo vorhanden: So fördert die gleiche Vergütung unabhängig vom Sektor die wirtschaftliche Auswahl von Versorgungssettings. Die Prospektivität der Vergütung wahrt die auch im Status quo bestehenden Anreize, die gewählte Methode grundsätzlich betriebswirtschaftlich effizient zu erbringen. Dabei sorgt die deutlich verbesserte empirisch basierte Kalkulation der GOP durch das Institut für eine Verringerung der Anreizverzerrung durch falsche relative Preise. Auch die Fixkostendegression vermeidet Anreize zu unwirtschaftlichen Kombinationen von Leistungen aufgrund unterschiedlicher Deckungsbeiträge zwischen GOP, wenn auch in Modellvariante 1 ausgeprägter als in Variante 2.

TABELLE 12: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums
„Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Gleiche Vergütung unabhängig vom Sektor fördert die wirtschaftliche Auswahl von Versorgungssettings	Gleiche Vergütung unabhängig vom Sektor fördert die wirtschaftliche Auswahl von Versorgungssettings
Prospektivität der Vergütung wahrt Anreize, gewählte Methode betriebswirtschaftlich effizient zu erbringen	Prospektivität der Vergütung wahrt Anreize, gewählte Methode betriebswirtschaftlich effizient zu erbringen
Deutliche Verbesserung durch empirisch basierte Kalkulation und Rolle des Instituts und damit realitätsnähere relative Preise	Deutliche Verbesserung durch empirisch basierte Kalkulation und Rolle des Instituts und damit realitätsnähere relative Preise
Ausgelöste Mengendynamik durch ELV wird nur begrenzt durch Budgetierung und Fixkostendegression	Pauschalierung vermeidet unnötige medizinische Maßnahmen
Fixkostendegression vermeidet unwirtschaftliche Kombinationen von Leistungen aufgrund unterschiedlichen Deckungsbeitrags	Fixkostendegression bei besonders technikintensiven Leistungen vermeidet in Teilen unwirtschaftliche Kombinationen von Leistungen aufgrund unterschiedlichen Deckungsbeitrags
	Netzwerke können Doppeluntersuchungen vermeiden
	Reduzierung von ASK bei Netzwerken möglicherweise in Form von P4P aufgreifbar, gleichfalls leitlinien-gerechte Versorgung über Fachgrenzen hinweg ggf. besser per Prozessqualitätsindikatoren anreizbar
Quelle: eigene Darstellung	

Variante 1 könnte durch die vorherrschende Einzelleistungsvergütung eine unwirtschaftliche Mengenausdehnung auslösen, begrenzt allerdings durch die Budgetierung.

In Variante 2 reizen die morbiditätsorientierten Pauschalen zu wirtschaftlicher Leistungserbringung durch Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Leistungen an. Durch die Einführung von Netzwerkvergütungen und die dadurch angestoßene Kooperation könnten Doppeluntersuchungen vermieden werden. Für die Netzwerke über Fach- und Sektorgrenzen hinweg ließe sich auch die Problematik der ambulant-sensitiven Krankenhausleistungen (ASK) ggf. durch den Einsatz geeigneter Qualitätsindikatoren in P4P-Modellen besser angehen als für einzelne Leistungserbringer.

Insgesamt werten die beteiligten Experten Variante 1 unter dem Aspekt der Anreize zur Behandlungseffizienz als positiv, Variante 2 als sehr positiv gegenüber dem Status quo.

8.6 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahmekompatibilität

Durch die variable gemeinsame Tarifgeberfunktion bestehen in beiden Modellvarianten Anreize für den am kostengünstigsten arbeitenden Leistungserbringertypus. Die mögliche Kombination mit Zuschlägen bei Sicherstellungsproblemen kann dabei die Teilnahme auch eines weniger wirtschaftlichen Anbieters sichern, wenn dies versorgungspolitisch notwendig ist.

Im Falle von Modellvariante 2 könnte die verpflichtende Netzwerkvergütung die Anreize zur Teilnahme an der Versorgungsform ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

**TABELLE 13: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums
„Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz-/Teilnahmekompatibilität“**

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Anreize für den am kostengünstigsten arbeitenden LE-Typus durch gemeinsame variable Tarifgeberfunktion	Anreize für den am kostengünstigsten arbeitenden LE-Typus durch gemeinsame variable Tarifgeberfunktion
Bei Sicherstellungsproblemen Möglichkeit variabler Zuschläge	Bei Sicherstellungsproblemen Möglichkeit variabler Zuschläge
	Verpflichtende Netzwerkvergütung bei ASV kann Anreiz zur Teilnahme mindern, Bürokratierleichterungen beim Zugang diese wiederum fördern
Quelle: eigene Darstellung	

vermindern; gegenläufige Effekte könnten die gleichzeitigen Bürokratierleichterungen beim Zugang auslösen.

Deshalb schätzen die beteiligten Experten Variante 1 hier als besonders positiv ein, Variante 2 hingegen als positiv bis besonders positiv.

8.7 Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang

Durch den erweiterten Zugang zu neuen Leistungen auch im ambulanten Sektor durch die veränderte Zulassung zur Erbringung von NUB verbessert sich die Zugangsgleichheit, da sie unabhängig vom angesteuerten Versorgungssektor ist und insofern der Zugang der Patienten nicht abhängig von der regionalen Angebotsstruktur ist.

In Variante 1 ist ein erhöhter notwendiger Leistungsumfang für Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf im Rahmen der Einzelleistungsvergütung gut abbildbar. In diesem Zusammenhang kann auch die Fixkostendegression bei Bedarf für höhere Gesprächsanteile positiv wirksam werden.

**TABELLE 14: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums
„Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang“**

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Besserer Zugang zu neuen Leistungen als bisher durch NUB auch im ambulanten Bereich unabhängig von regionaler Angebotsstruktur	Besserer Zugang zu neuen Leistungen als bisher durch NUB auch im ambulanten Bereich unabhängig von regionaler Angebotsstruktur
Leistungsbedarf für Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf durch ELV vergütbar, unterstützt durch die Förderung der Gesprächsleistungen über konsequente Fixkostendegression	Leistungsbedarf für Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf wesentlich nur durch entsprechend differenzierte Pauschalen und Erhalt spezifischer Versorgungsformen (z. B. MZEB) vergütbar, allenfalls unterstützt durch die begrenzte Anwendung der Fixkostendegression
	Bei unzureichender Differenzierung der Pauschalen Anreize zur Risikoselektion zuungunsten schwierigerer Fälle
Quelle: eigene Darstellung	

Dagegen ist in Variante 2 der Leistungsbedarf für Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf wesentlich nur durch entsprechend differenzierte Pauschalen und Erhalt spezifischer Versorgungsformen (z. B. MZEB) in der Vergütung abbildbar. Gesprächsleistungen sind hier nur leichter begünstigt durch die begrenztere Anwendung der Fixkostendegression. Bei unzureichender Differenzierung der Pauschalen können Anreize zur Risikoselektion zuungunsten schwierigerer Fälle entstehen.

Vor diesem Hintergrund schätzen die beteiligten Experten Variante 1 gegenüber dem Status quo als besonders positiv, Variante 2 als positiv ein.

8.8 Innovationszugang

Beide Modellvarianten erlauben durch die Ermöglichung der Erbringung von NUB unter Qualitätssicherung auch im ambulanten Sektor einen verbesserten Innovationszugang. Von der Pauschalierung in Variante 2 können Anreize zur Prozessinnovation ausgehen, insbesondere auch bei Nutzung von Netzwerken. Diese können je nach konkreter Ausgestaltung des Vergütungssystems auch von P4P-Ansätzen unterstützt werden.

TABELLE 15: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Innovationszugang“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Zugang zu NUB auch im ambulanten Sektor unter Qualitätssicherung	Zugang zu NUB auch im ambulanten Sektor unter Qualitätssicherung
	Anreize zur Prozessinnovation durch Pauschalierung und ggf. P4P, insbesondere bei Nutzung von Netzwerken
Quelle: eigene Darstellung	

Die beteiligten Experten schätzen beide Varianten unter dem Aspekt des Innovationszugangs als besonders positiv ein.

8.9 Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer

Schon durch die empirisch basierte Kalkulation und die Rolle des Instituts wird in beiden Modellvarianten die Vergütung der einzelnen Gebührenordnungspositionen (GOP) leistungsgerechter. Fehlbewertungen aufgrund von durch unterschiedliche Bestrebungen und Kräfteverhältnisse motivierten Verhandlungsergebnissen werden vermieden. Die zunächst noch beibehaltene Budgetierung engt allerdings weiterhin die Kalkulierbarkeit etwas ein und ermöglicht hierüber einen Rest an Ungleichbehandlung über die Honorarverteilung. Die Einführung der Morbiditätsbasierung in die Honorarverteilung wiederum schränkt hier die Möglichkeit der Entstehung von nicht am Leistungsbedarf orientierten, sondern auf internen Kräfteverhältnissen von Arztgruppen beruhenden Fehlverteilungen des Budgets ein.

TABELLE 16: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Deutliche Verbesserung durch empirisch basierte Kalkulation und Rolle des Instituts	Deutliche Verbesserung durch empirisch basierte Kalkulation und Rolle des Instituts
Budgetierung engt weiterhin Kalkulierbarkeit etwas ein und ermöglicht Ungleichbehandlung über Honorarverteilung	Budgetierung engt weiterhin Kalkulierbarkeit etwas ein und ermöglicht Ungleichbehandlung über Honorarverteilung
Morbiditätsbasierte Honorarverteilung wiederum verbessert die Leistungsgerechtigkeit	Morbiditätsbasierte Honorarverteilung wiederum verbessert die Leistungsgerechtigkeit
Unterschiedliche PKV-Anteile der Praxen führen zu nicht auslastungsbedingten Unterschieden im Greifen der Fixkostendegression	Insbesondere bei zu wenig differenzierten Pauschalen gleiche Vergütung bei unterschiedlich hohem Aufwand, wenn spezifische Patientengruppen in einer Praxis behandelt werden
Quelle: eigene Darstellung	

Sind die Fallpauschalen in Modellvariante 2 zu wenig differenziert in Hinblick auf die Aufwände für unterschiedliche Patientengruppen, kann es zu nicht leistungsgerechten Fehlverteilungen der Vergütung kommen, wenn spezifische Patientengruppen in einer Praxis behandelt werden und deren Aufwand nicht durch andere Patientengruppen innerhalb der Pauschale mit weniger Leistungsbedarf ausgeglichen wird. Allerdings führt die Fixkostendegression bei Fortbestand des dualen Vergütungssystems dazu, dass Praxen mit höherem PKV-Anteil trotz gleicher Auslastung über die Vergütungssysteme hinweg in geringerem Ausmaß von der Fixkostendegression im GKV-System betroffen sind.

Insofern beurteilen die beteiligten Experten die Modellvariante 1 als besonders positiv, die Modellvariante 2 als positiv bis besonders positiv.

8.10 Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit

Generell können die Verbesserungen in der Sachgerechtigkeit der Leistungskalkulation und die stärkere Morbiditätsorientierung in der Budgetverteilung in beiden Modellvarianten zu

TABELLE 17: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Durch stärkere Morbiditätsorientierung in der Honorarverteilung höhere Verteilungsgerechtigkeit bzgl. des Angebots an ärztlichen Leistungen	Durch stärkere Morbiditätsorientierung in der Honorarverteilung höhere Verteilungsgerechtigkeit bzgl. des Angebots an ärztlichen Leistungen
Verschiebungen bei besserer Abbildung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs möglich, jedoch Umfang mit Übergangsmodellen relativ unproblematisch abfederbar	Verschiebungen bei besserer Abbildung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs möglich, jedoch Umfang mit Übergangsmodellen relativ unproblematisch abfederbar
Quelle: eigene Darstellung	

einer höheren Verteilungsgerechtigkeit in Hinblick auf das Angebot an ärztlichen Leistungen führen. Die dadurch ausgelösten Umverteilungen z.B. zwischen Regionen oder auch zwischen Arztgruppen und davon ausgelöst ggf. auch für Krankenkassen erscheinen u. U. innerhalb eines mehrjährigen Zeitraums bewältigbar und können mit zeitlich limitierten Übergangssystemen abgepuffert werden.

Insofern werden beide Modellvarianten durch die beteiligten Experten als positiv bewertet.

8.11 Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen

Beide Modellvarianten steigern durch den größeren möglichen Leistungsumfang (z.B. NUB) auch im vertragsärztlichen Sektor, stärker morbiditätsbasierte Budgets auf allen Ebenen und größere Flexibilität des Leistungserbringerspektrums insgesamt die Anpassungsfähigkeit an sich verändernde Rahmenbedingungen. Die Erhaltung der selektivvertraglichen Versorgung ermöglicht weiterhin die Erprobung neuer Behandlungs-, Organisations- und Vergütungsansätze.

Modellvariante 2 unterstützt außerdem durch die Förderung von Netzwerken die Anpassung ärztlicher Tätigkeit an veränderte Vorstellung von Berufstätigkeit und Work-Life-Balance und leistet somit einen Beitrag zur Nachwuchsgewinnung und -erhaltung. Gleichzeitig kann über Netzwerkvergütungen zusätzlich in Richtung koordinierter ärztlicher Leistungserbringung gesteuert werden, um den Versorgungsanfordernissen multimorbider und chronisch kranker Patienten gerecht zu werden.

Die beteiligten Experten schätzen unter diesem Aspekt Modellvariante 1 als positiv und Modellvariante 2 als positiv bis besonders positiv ein.

TABELLE 18: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Durch größeren möglichen Leistungsumfang (NUB), stärker morbiditätsbasierte Budgets auf allen Ebenen und größere Flexibilität des LE-Spektrums insgesamt anpassungsfähiger	Durch größeren möglichen Leistungsumfang (NUB), stärker morbiditätsbasierte Budgets auf allen Ebenen und größere Flexibilität des LE-Spektrums insgesamt anpassungsfähiger
Erhaltung der selektivvertraglichen Versorgung ermöglicht Erprobung neuer Behandlungs-, Organisations- und Vergütungsansätze	Erhaltung der selektivvertraglichen Versorgung ermöglicht Erprobung neuer Behandlungs-, Organisations- und Vergütungsansätze
	Über Förderung von Netzwerken Unterstützung der Anpassung an veränderte Modelle von ärztlicher Tätigkeit und Work-Life-Balance
	Förderung von Netzwerken ermöglicht die Anpassung an zunehmende Kooperationsnotwendigkeit bei der Versorgung multimorbider und chronisch kranker Patienten

Quelle: eigene Darstellung

8.12 Transparenz und Regulierbarkeit

Für beide Modellvarianten gilt, dass die Transparenz durch die empirisch basierte Kalkulation der GOP und den morbiditätsorientierten Verteilungsansatz des Budgets steigt. Auch die sektorenübergreifenden Qualitätsanforderungen steigern die Transparenz bzgl. der Qualität der erbrachten medizinischen Leistungen. Die sektorenübergreifende Kapazitätsplanung verbessert die Regulierbarkeit des medizinischen Versorgungsangebots.

Dagegen steigen bei einzelnen Veränderungen die Regulierungskosten, so z. B. bei der Zulassung zur Erbringung von NUB und der Erfassung der Kostengrundlagen der Arztpraxen. Sollten die Modellvarianten erfolgreich sein in dem Sinne, dass eine Budgetierung der Vergütung überflüssig wird, so entfallen Regulierungskosten für die Bestimmung und Verteilung der Budgets.

Vorteil der Variante 1 ist es, dass durch die Einzelleistungsvergütung bei Evaluierungsmaßnahmen sich der Zugang zum differenzierten Leistungsgeschehen einfacher gestaltet.

In Modellvariante 2 verbessert sich die Regulierbarkeit dadurch, dass die Entstehung von Netzwerken unterstützt werden kann. Gleichzeitig entstehen zusätzliche Regulierungskosten durch die Vereinbarung und Kalkulation doppelter Vergütungsstrukturen für einzelne wirtschaftliche Einheiten und für Netzwerke.

TABELLE 19: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Transparenz und Regulierbarkeit“

Modellvariante 1	Modellvariante 2
Höhere Regelgebundenheit und Transparenz der Kalkulation	Höhere Regelgebundenheit und Transparenz der Kalkulation
Stärkere Morbiditätsorientierung in regionaler Verteilung und Honorarverteilung lässt Zuteilung von Budgets nachvollziehbarer werden	Stärkere Morbiditätsorientierung in regionaler Verteilung und Honorarverteilung lässt Zuteilung von Budgets nachvollziehbarer werden
Höhere Transparenz durch sektorenübergreifende Qualitätssicherung	Höhere Transparenz durch sektorenübergreifende Qualitätssicherung
Bessere Regulierbarkeit durch sektorenübergreifende Kapazitätsplanung	Bessere Regulierbarkeit durch sektorenübergreifende Kapazitätsplanung
Leichtere Evaluierbarkeit durch Dokumentation des Leistungsgeschehens bei ELV	Höhere Regulierungskosten durch Zulassung zu NUB
Höhere Regulierungskosten durch Zulassung zu NUB	Höhere Regulierungskosten durch Erfassung der Kostengrundlagen der Arztpraxen
Höhere Regulierungskosten durch Erfassung der Kostengrundlagen der Arztpraxen	Bei Entbudgetierung infolge der Veränderung der Vergütungsformen Reduzierung von Administrationskosten
Bei Entbudgetierung infolge der Veränderung der Vergütungsformen Reduzierung von Administrationskosten	Unterstützung von Vernetzungen durch Einführung von Netzwerkvergütungen möglich
	Höhere Regulierungskosten durch Schaffung einer Vergütungsstruktur für Netzwerke

Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt beurteilen die beteiligten Experten beide Modellvarianten im Vergleich zum Status quo als besonders positiv.

8.13 Realisierbarkeit

Im Rahmen der Beurteilung der Realisierbarkeit werden hier insbesondere verschiedene relevante Stakeholderperspektiven bezüglich der Modellvarianten in den Blick genommen und daraus mögliche Unterstützung und Widerstände abgeleitet. Insofern werden die Ergebnisse hier (und ebenso bei der Beurteilung der Modellvarianten A und B) auch nicht zu einer Gutachterperspektive zusammengefasst, da sie die Eignung der Modellvarianten für die Vergütung ambulanter Leistungen allenfalls indirekt bewerten.

Von der Krankenhausseite ist für beide Modellvarianten insofern Widerstand zu erwarten, als das bisherige zersplitterte Vergütungssystem mit hoher Wahrscheinlichkeit eine stärkere Ertragsmaximierung erlaubt. Diese Widerstände könnten sich auch gegen eine weitergehende Angleichung der Qualitätssicherung richten.

Die Ärzteschaft der vertragsärztlichen Versorgung dürfte sowohl die Lockerung des Erlaubnisvorbehalts bzgl. der Erbringung von NUB als auch das gewichtete Tarifgeberprinzip unterstützen, da es in den meisten Fällen zu einem Wettbewerbsvorteil der vertragsärztlichen Versorgung führen würde. Jedoch sind vonseiten der KVen Widerstände wegen der Reduzierung ihrer Zuständigkeiten zugunsten der Krankenhausseite, zugunsten der Kassen bei der Honorarverteilung und zugunsten des relativ unabhängigen Vergütungsinstituts zu erwarten.

Die Krankenkassen hingegen dürften das empirisch getriebene Kalkulationssystem begrüßen. Dagegen ist hier Skepsis gegenüber der Zulassung zur Erbringung von NUB in der vertragsärztlichen Versorgung zu erwarten.

Bezüglich der Vergütungsformen in den Modellvarianten sind vonseiten der Kassen und der Ärzteschaft jeweils konträre Reaktionen vorhersehbar. Während die Ärzteseite die Einzelleistungsvergütung der Modellvariante 1 favorisieren und den morbiditätsorientierten Pauschalen aus Modellvariante 2 eher ablehnend gegenüberstehen würde, wäre von der Kassenseite her tendenziell die entgegengesetzte Haltung zu erwarten.

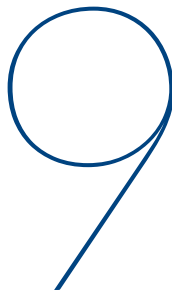
8.14 Zusammenfassung

Tabelle 21 und Tabelle 20 fassen die Ergebnisse der Modellbeurteilung noch einmal in der Übersicht zusammen. Es wird klar, dass beide Modellvarianten zwar insgesamt dem Status quo überlegen sind, aber jeweils unterschiedliche Vor- und Nachteile im Verhältnis zueinander haben. Zur Gewichtung ist letztlich der Gesetzgeber legitimiert. Die Bewertungen der Tabellen beziehen sich auf die ambulante ärztliche Versorgung der GKV-Patienten. Die Beurteilungen bewerten jeweils die erwarteten Veränderungen durch Einführung der jeweiligen Modellvariante im Vergleich zum Status quo.

TABELLE 20: Kriteriengestützte Beurteilung der Modellvarianten 1 und 2

Kriterium	Modellvariante 1	Modellvariante 2
Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zu effektiver bedarfsgerechter Versorgung	(+)	+
Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung	+	(+)
Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit	(+)	(+)
Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungskoordination	+-	+
Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz	+	++
Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität	++	+(+)
Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang	++	+
Innovationszugang	++	++
Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer	++	+(+)
Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit	+	+
Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	+	+(+)
Transparenz und Regulierbarkeit	++	++
Realisierbarkeit	Nicht bewertet	Nicht bewertet

++ sehr positiv + positiv bis sehr positiv + eingeschränkt positiv + eingeschränkt negativ - negativ bis sehr negativ - sehr negativ - sehr negativ
 Quelle: eigene Darstellung



Die Modellvarianten für ein gemeinsames
ambulantes Vergütungssystem für
GKV- und Privatpatienten im Lichte der
Kriteriologie

Bei der Beurteilung der Modellvarianten A und B ist zu berücksichtigen, dass, wie in Kapitel 7 beschrieben, für die schon in den Modellvarianten 1 und 2 des Kapitels 6 vorgenommenen Festlegungen keine erneute Modellierung vorgenommen wird, sondern im Zweifelsfalle nur Anpassungen in Hinblick auf die Anwendung auch auf Privatpatienten ergänzt wurden. Insofern kann die Beurteilung der Varianten auch nicht isoliert geschehen, sondern nur in Kombination mit weiteren Festlegungen im Schwerpunkt aus Kapitel 6. Dies wird im Folgenden so umgesetzt, dass die Kriteriaologie für jede der Varianten A und B dreifach angewendet wird: erstens unter der Annahme einer Übernahme des aktuellen einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) als Vergütungsordnung ohne weitere Anpassungen außerhalb der Parameter der Modellvarianten A und B, zweitens in Kombination mit Modellvariante 1 und drittens in Kombination mit Modellvariante 2. Bei der Kombination mit dem EBM gilt weiterhin der Erlaubnisvorbehalt in der ambulanten ärztlichen Versorgung, sodass die besonderen Vergütungsregelungen der Variante B darauf nicht angewendet werden können.

Auch hier wird mit der Situation im Status quo verglichen. Während jedoch in Kapitel 8 alleine die Auswirkungen in Hinblick auf den Personenkreis der GKV-Patienten Gegenstand der kriteriengestützten Beurteilung sind, werden hier in Bezug auf die Modellvarianten 1 und 2 die Auswirkungen auf alle Patienten bewertet. Im Text und in den tabellarischen Übersichten werden jedoch hier nur die zusätzlichen Effekte beschrieben, die sich aus der Geltung der jeweiligen Systeme speziell für die Behandlung von Privatpatienten ergeben. Auswirkungen der Reformvarianten 1 und 2 als solche auch auf GKV-Patienten, die schon in Kapitel 8 behandelt wurden, werden in dieser Darstellung nicht noch einmal explizit angesprochen, wirken sich aber natürlich auf die zusammenfassende Gesamtbeurteilung aus. Um eine bessere Übersicht über die Argumentationsstränge in diesem Kapitel für die verschiedenen Konstellationen für die Varianten A und B zu ermöglichen, werden ans Ende jedes Abschnitts noch einmal tabellarische Übersichten gestellt. Ans Ende des Kapitels wird wie in Kapitel 8 eine zusammenfassende Gesamtbeurteilung je Kriterium gestellt. Hier fließen, wie oben beschrieben, die Bewertungen in Bezug auf die Gesamtheit der betroffenen Patienten ein, damit also auch die in Kapitel 8 dargestellten Bewertungen bzgl. der Auswirkungen auf die GKV-Versicherten.

9.1 Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung

Sowohl für Variante A als auch für Variante B ergeben sich in allen Kombinationen positive Effekte durch in den Gebührenordnungspositionen (GOP) kodifizierte Qualitätsanforderungen für die Behandlung aller Patienten – bei reiner Übernahme des EBM im Rahmen der dort festgelegten Voraussetzungen der Strukturqualität, bei Kombination mit Modellvariante 1 oder 2 über die dort festgelegten sektorenübergreifenden Qualitätsanforderungen. In Modellvariante B verstärken sich diese positiven Effekte hinsichtlich der Qualitätssicherung noch einmal, da hier die PKV in weitere kollektivvertragliche Qualitätsvereinbarungen einbezogen ist.

In der Kombination mit den Varianten 1 und 2 entfallen auch für Privatpatienten aufgrund der empirisch basierten Kalkulationsweise Fehlanreize zur Erbringung bestimmter Leistungen.

In allen Kombinationen entfaltet Modellvariante B insofern positive Wirkungen, als Anreize zu einer nicht bedarfsgerechten Verteilung der Behandlungsaktivitäten durch die (zumindest fast) gleiche Höhe der Vergütung entfallen, während Modellvariante A hier weiterhin Fehlanreize hinsichtlich einer möglichen Überversorgung von Privatpatienten entfaltet.

Die gegenläufigen Anreize aus stärker pauschalierenden Vergütungsformen und Einzelleistungsvergütung in Richtung Über- und Unterversorgung bzw. Risikoselektion erstrecken sich hier auch auf Privatpatienten. Allerdings sind die möglicherweise leistungsbegrenzenden Auswirkungen der Pauschalierung in Modellvariante A weniger stark, da bei PKV-Patienten ein Ausgleich per höherem Steigerungsfaktor im zugelassenen Umfang möglich ist.

**TABELLE 21: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums
„Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung“**

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Übernahme der Strukturqualitätsvorschriften des EBM	Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System	Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System
Verringerung der Anreize zur Überversorgung von Privatpatienten durch Pauschalierung, jedoch bei Privatpatienten Ausgleich durch Steigerungsfaktor möglich	Regelgebundene Kalkulation verringert Fehlanreize zugunsten oder zuungunsten bestimmter Behandlungen auch für Privatpatienten	Regelgebundene Kalkulation verringert Fehlanreize zugunsten oder zuungunsten bestimmter Behandlungen auch für Privatpatienten
Ggf. Anreize zur Risikoselektion durch Pauschalierung, jedoch bei Privatpatienten durch Steigerungsfaktor ausgleichbar		Verringerung der Anreize zur Überversorgung von Privatpatienten durch Pauschalierung, jedoch bei Privatpatienten Ausgleich durch Steigerungsfaktor möglich
		Ggf. Anreize zur Risikoselektion durch Pauschalierung, jedoch bei Privatpatienten durch Steigerungsfaktor ausgleichbar

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 22: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Übernahme der Strukturqualitätsvorschriften des EBM	Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System	Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System
Qualitätssicherungseffekt hier noch gesteigert gegenüber Variante A, da Einbeziehung der PKV in weitere kollektive Qualitätsvereinbarungen	Qualitätssicherungseffekt hier noch gesteigert gegenüber Variante A, da Einbeziehung der PKV in weitere kollektive Qualitätsvereinbarungen	Qualitätssicherungseffekt hier noch gesteigert gegenüber Variante A, da Einbeziehung der PKV in weitere kollektive Qualitätsvereinbarungen
Reduzierung der Anreize zur Behandlungsintensität nach Versicherungsstatus des Patienten	Regelgebundene Kalkulation verringert Fehlanreize zugunsten oder zu-ungunsten bestimmter Behandlungen auch für Privatpatienten	Regelgebundene Kalkulation verringert Fehlanreize zugunsten oder zu-ungunsten bestimmter Behandlungen auch für Privatpatienten
Verringerung der Anreize zur Überversorgung durch Pauschalierung, ggf. aber Anreize zur Risikoselektion und Unterversorgung durch verstärkte Pauschalierung auch bei Privatpatienten	Reduzierung der Anreize zur Behandlungsintensität nach Versicherungsstatus des Patienten	Reduzierung der Anreize zur Behandlungsintensität nach Versicherungsstatus des Patienten
		Verringerung der Anreize zur Überversorgung durch Pauschalierung, ggf. aber Anreize zur Risikoselektion und Unterversorgung durch verstärkte Pauschalierung auch bei Privatpatienten

Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt führt dies die beteiligten Experten unter Einbezug der Ergebnisse aus Kapitel 8 zu der Einschätzung, dass Modellvariante A in Kombination mit der Geltung des EBM nur schwach positive bis neutrale Auswirkungen zeigen würde, in Kombination mit Modellvariante 1 schwach positiv und in Kombination mit Modellvariante 2 positiv im Vergleich mit dem Status quo wirken würde. In Bezug auf Variante B schätzen die Gutachter die Kombination mit dem EBM schwach positiv, mit Modellvariante 1 positiv und mit Modellvariante 2 positiv bis sehr positiv in Bezug auf Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung ein.

9.2 Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung

Auch die Privatpatienten betreffenden möglichen Auswirkungen auf die Patientenorientierung gehen hier im Wesentlichen von unterschiedlichen Anreizen zur Erbringung von Gesprächsleistungen aus. In Kombination mit dem EBM sowie mit Modellvariante 2 (soweit Gespräche nicht gesondert gefördert werden) werden hier eher negative Anreize erzeugt, wohingegen die Kombination mit Modellvariante 1 durch die umgesetzte Fixkostendegression und die Einzelleistungsvergütung eine Patientenorientierung über Gespräche stärkt. Positive Anreize zu Gesprächsleistungen können begrenzt auch durch die weniger ausgeprägte Fixkostendegression in Modellvariante 2 entstehen. Auch hier ist in Bezug auf Modellvariante A zu sagen, dass die problematischen Effekte sich weniger durchschlagend für die Privatpatienten darstellen würden, da ausführlichere Gesprächszeiten ggf. durch die Erhebung eines höheren Steigerungsfaktors ausgleichbar wären.

TABELLE 23: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung“

**Modellvariante A
in Kombination mit EBM**

Durch Pauschalierung Anreize gegen Gesprächsleistungen, für Privatpatienten jedoch ausgleichbar durch Steigerungsfaktor

**Modellvariante A
in Kombination mit Variante 1**

Regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Kalkulation verhindert Überbewertung der technischen Leistungen

Förderung von Gesprächsleistungen durch ELV mit Fixkostendegression auch für Privatpatienten

**Modellvariante A
in Kombination mit Variante 2**

Regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Kalkulation verhindert Überbewertung der technischen Leistungen

Abhängig von ggf. besonderer Förderung der Gesprächsleistungen

Positive Anreize zu Gesprächsleistungen durch die im Vergleich zu Variante 2 weniger durchgehend umgesetzte Fixkostendegression

Sonst wegen Pauschalierung Anreize gegen Gesprächsleistungen, jedoch ausgleichbar durch Steigerungsfaktor

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 24: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung“

**Modellvariante B
in Kombination mit EBM**

Durch Pauschalierung Anreize gegen Gesprächsleistungen auch für Privatpatienten

**Modellvariante B
in Kombination mit Variante 1**

Regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Kalkulation verhindert Überbewertung der technischen Leistungen

Förderung von Gesprächsleistungen durch ELV mit Fixkostendegression auch für Privatpatienten

**Modellvariante B
in Kombination mit Variante 2**

Regelmäßige empiriegetriebene Anpassung der Kalkulation verhindert Überbewertung der technischen Leistungen

Abhängig von ggf. besonderer Förderung von Gesprächsleistungen

Positive Anreize zu Gesprächsleistungen durch die im Vergleich zu Variante 2 weniger durchgehend umgesetzte Fixkostendegression

Sonst wegen Pauschalierung Anreize gegen Gesprächsleistungen auch für Privatpatienten

Quelle: eigene Darstellung

In Kombination mit beiden Modellvarianten 1 und 2 werden allerdings durch die regelmäßig angepasste, empirisch basierte Kalkulation anders als in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) besonders Überbewertungen von technischen Leistungen vermieden.

Insgesamt wird die Modellvariante A in Kombination unter Geltung des EBM als neutral beurteilt, mit Variante 1 als positiv und mit Variante 2 als schwach positiv. Modellvariante B erscheint bei Anwendung des EBM im Vergleich zum Status quo schwach negativ und in Kombination mit Variante 1 wiederum als positiv sowie mit Variante 2 als schwach positiv.

9.3 Anreize zur Versorgungsqualität: Patientensicherheit

Die Integration von Qualitätsanforderungen in das Vergütungssystem dürfte – analog zu den in Abschnitt 9.1 beschriebenen Auswirkungen auf eine bedarfsgerechte Versorgung – auch entsprechende Effekte auf die Patientensicherheit haben. Dies gilt auch bei Umsetzung von Modellvariante B für den Einbezug der PKV in weitere Kollektivvereinbarungen. In Kombination mit Modellvariante 2 könnte die Patientensicherheit durch die geförderte und teilweise geforderte Kooperation im Rahmen der Netzwerke durch Mehraugenprinzip und verbesserte Zusammenarbeit sowie die Vermeidung unnötiger belastender Doppeluntersuchungen erhöht werden.

In Modellvariante A bleiben die potenziell die Patientensicherheit beeinträchtigenden Anreize zur Überversorgung von Privatpatienten aufgrund höherer Vergütung bestehen, während Modellvariante B diese Anreize stark reduziert. Pauschalierende Vergütungsformen wie bei der Kombination mit dem EBM und mit Variante 2 könnten hier allerdings, wie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben, dämpfend wirken. Die Pauschalierung über den EBM und über die Variante 2 könnten wiederum insbesondere in Kombination mit Variante B Sicherheitsrisiken durch Unterversorgung auslösen.

Die Kombination mit Variante 1 wirkt in beiden Modellvarianten A und B der übermäßigen und ggf. sicherheitsrelevanten Belastung durch technische Leistungen mit hohem Fixkostenanteil entgegen.

Für Privatpatienten bietet Modellvariante B eine Sicherung der Strukturqualität im Bereich der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB), da nur hier zwingend die Leistungen im Rahmen der Regularien des neuen Vergütungssystems erbracht werden müssen.

Die Gesamtbewertung bzgl. des Kriteriums Patientensicherheit fällt für die Modellvariante A in Kombination mit dem EBM schwach positiv, mit den zwei Varianten 1 und 2 positiv aus. Während auch die Modellvariante B mit Vergütung per EBM als positiv beurteilt wird, sehen die beteiligten Experten die Kombinationen mit den Varianten 1 und 2 im Vergleich zum Status quo positiv bis sehr positiv.

**TABELLE 25: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums
„Versorgungsqualität: Patientensicherheit“**

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Höhere Patientensicherheit durch Übernahme der Anforderungen der Strukturqualität im EBM	Höhere Patientensicherheit durch Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System	Höhere Patientensicherheit durch Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System
Weiterhin Anreize zur möglicherweise sicherheitsrelevanten Überversorgung von Privatpatienten durch höhere Vergütung	Weiterhin Anreize zur möglicherweise sicherheitsrelevanten Überversorgung von Privatpatienten durch höhere Vergütung	Weiterhin Anreize zur möglicherweise sicherheitsrelevanten Überversorgung von Privatpatienten durch höhere Vergütung
Dämpfung dieser Anreize zur Überversorgung durch pauschalierende Vergütungselemente	Verringerung der Anreize zu unnötigen und möglicherweise belastenden technischen Leistungen über Fixkostendegression	Dämpfung dieser Anreize zur Überversorgung durch pauschalierende Vergütungselemente
NUB können weiterhin für PKV-Patienten ohne Sicherung von Strukturqualität erbracht werden	NUB können weiterhin für PKV-Patienten ohne Sicherung von Strukturqualität erbracht werden	NUB können weiterhin für PKV-Patienten ohne Sicherung von Strukturqualität erbracht werden
Quelle: eigene Darstellung		

**TABELLE 26: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums
„Versorgungsqualität: Patientensicherheit“**

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Höhere Patientensicherheit durch Übernahme der Anforderungen der Strukturqualität im EBM	Höhere Patientensicherheit durch Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System	Höhere Patientensicherheit durch Übernahme der Qualitätsanforderungen aus dem harmonisierten GKV-System
Höhere Patientensicherheit durch Einbeziehung der PKV in weitere kollektive Qualitätsvereinbarungen	Höhere Patientensicherheit durch Einbeziehung der PKV in weitere kollektive Qualitätsvereinbarungen	Höhere Patientensicherheit durch Einbeziehung der PKV in weitere kollektive Qualitätsvereinbarungen
Eliminierung der Anreize zur möglicherweise sicherheitsrelevanten Überversorgung von Privatpatienten durch höhere Vergütung	Eliminierung der Anreize zur möglicherweise sicherheitsrelevanten Überversorgung von Privatpatienten durch höhere Vergütung	Eliminierung der Anreize zur möglicherweise sicherheitsrelevanten Überversorgung von Privatpatienten durch höhere Vergütung
Verringerung der Anreize zu unnützen und ggf. schädlichen Leistungen durch Pauschalierung, aber auch ggf. Anreize zur gefahrenträchtiger Unterversorgung durch Pauschalierung	Verringerung der Anreize zu unnötigen technischen Leistungen über Fixkostendegression	Verringerung der Anreize zu unnützen und ggf. schädlichen Leistungen durch Pauschalierung, aber auch ggf. Anreize zur gefahrenträchtigen Unterversorgung durch Pauschalierung
	Erbringung von NUB nur unter Sicherung der Strukturqualität auch für Privatpatienten	Erbringung von NUB nur unter Sicherung der Strukturqualität auch für Privatpatienten
Quelle: eigene Darstellung		

9.4 Anreize zur Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination

Die Anreize zur Erbringung von Koordinierungsleistungen für Privatpatienten sind generell schon bei Anwendung des EBM etwas positiver als im Status quo einzuschätzen, da entsprechende Leistungen in einigen Fällen, so im Falle des geriatrischen Assessments, ausdrücklich zusätzlich vergütet werden. Bezüglich der Kombinationen mit Variante 1 und 2 hängt die Beurteilung von der konkreten Ausgestaltung der respektiven Vergütungsordnungen ab. Variante 2 befördert auch für Privatpatienten die Koordination durch die Einführung der Netzwerkvergütung.

Dagegen unterscheiden sich die Auswirkungen von Variante A und B in Bezug auf dieses Kriterium nicht wesentlich.

Die beteiligten Experten bewerten beide Varianten insgesamt im Vergleich zum Status quo jeweils in Kombination mit der Übernahme des EBM sowie mit Variante 1 als eingeschränkt positiv und in Kombination mit Variante 2 als positiv.

TABELLE 27: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination“

Modellvariante A
in Kombination mit EBM

Einige Koordinationsleistungen
auch für Privatpatienten über EBM
vergütet

Modellvariante A
in Kombination mit Variante 1

Abhängig von Ausgestaltung der
Gebührenordnung, mindestens
wie EBM

Modellvariante A
in Kombination mit Variante 2

Abhängig von Ausgestaltung der
Gebührenordnung, mindestens
wie EBM

Koordinationsanreize durch
Netzwerkvergütung

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 28: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination“

Modellvariante B
in Kombination mit EBM

Einige Koordinationsleistungen
auch für Privatpatienten über EBM
vergütet

Modellvariante B
in Kombination mit Variante 1

Abhängig von Ausgestaltung der
Gebührenordnung, mindestens
wie EBM

Modellvariante B
in Kombination mit Variante 2

Abhängig von Ausgestaltung der
Gebührenordnung, mindestens
wie EBM

Koordinationsanreize durch
Netzwerkvergütung

Quelle: eigene Darstellung

9.5 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz

Während Variante A die Anreize zu einer nicht bedarfsgerechten Verteilung des Behandlungsaufwands zwischen GKV- und Privatpatienten durch die ungleiche Vergütungshöhe beibehält, werden diese in Modellvariante B – bis auf die Folgen der Budgetierung im GKV-Bereich – eliminiert. Leichte Anreizverzerrungen könnten auch aus der ggf. etwas höheren Wahrscheinlichkeit entstehen, Privatpatienten Leistungen außerhalb des GKV-Leistungskatalogs anzubieten, die keine NUB-Leistungen sind. Bei Realisierung von Variante B würden außerdem starke zusätzliche Wirtschaftlichkeitsanreize für bislang PKV-starke Praxen entstehen, da diese bisher Ineffizienzen durch die höhere Privatvergütung ausgleichen konnten. In PKV-schwachen Praxen dagegen ließe der Wirtschaftlichkeitsdruck durch das im Übergang erhöhte Vergütungsniveau etwas nach.

Effizienzsteigernd auch für Privatpatienten wirken das harmonisierte Vergütungssystem für ambulante Leistungen über die Sektorengrenze hinaus sowie die realitätsnäheren relativen Preise der Gebührenordnungspositionen (GOP) durch die empirisch basierte Kalkulation.

Der EBM und stärker noch die Vergütungsvariante 2 bedingen auch für Privatpatienten Anreize gegen unwirtschaftliche Leistungsausdehnung durch die Pauschalierung. In Kombination mit Variante A allerdings können diese durch die Variabilität des Steigerungsfaktors ausgeglichen werden, während dies in Variante B nicht möglich ist.

In Kombination mit der Vergütungsvariante 1 entstehen auch für die Behandlung von Privatpatienten durch die konsequent umgesetzte Fixkostendegression Anreize gegen Leistungsausdehnung bei technischen Leistungen und zur effizienten Kombination von Leistungen. Auch in Kombination mit Variante 2 werden, entsprechend in geringerem Umfang, Anreize zu einer effizienteren Kombination von Leistungen ausgelöst. Allerdings kann in der Rechnungsstellung an Privatpatienten in Variante A mit dem Steigerungsfaktor diesen Anreizen entgegengewirkt werden.

TABELLE 29: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Grundsätzlich weiter Anreize zur ineffizienten Verteilung der Behandlungszeiten nach Versicherungsstatus der Patienten	Grundsätzlich weiter Anreize zur ineffizienten Verteilung der Behandlungszeiten nach Versicherungsstatus der Patienten	Grundsätzlich weiter Anreize zur ineffizienten Verteilung der Behandlungszeiten nach Versicherungsstatus der Patienten
Reduzierte Anreize zur Leistungsausdehnung wegen höheren Pauschalierungsgrades für Privatpatienten, allerdings ausgleichbar durch Steigerungsfaktor	Wirtschaftlichkeitsanreize auch für die Behandlung von Privatpatienten durch sektorenübergreifende Preise und empirisch basierte Kalkulation der GOP	Wirtschaftlichkeitsanreize auch für die Behandlung von Privatpatienten durch sektorenübergreifende Preise und empirisch basierte Kalkulation der GOP
	Anreize zur Leistungsausdehnung aus ELV reduziert durch Fixkostendegression sowie Anreize zur effizienteren Kombination von Leistungen, auch hier allerdings Anreize ausgleichbar durch Steigerungsfaktor	Reduzierte Anreize zur Leistungsausdehnung wegen höheren Pauschalierungsgrades für Privatpatienten, allerdings ausgleichbar durch Steigerungsfaktor

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 30: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Anreize zur ineffizienten Verteilung der Behandlungszeiten nach Versichertenstatus der Patienten stark reduziert, allenfalls leichte Anreize zur bevorzugten Behandlung von Privatpatienten wegen Einkaufs von Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums und wegen nicht vorhandener Budgetierung	Anreize zur ineffizienten Verteilung der Behandlungszeiten nach Versichertenstatus der Patienten stark reduziert, allenfalls leichte Anreize zur bevorzugten Behandlung von Privatpatienten wegen Einkaufs von Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums und wegen nicht vorhandener Budgetierung	Anreize zur ineffizienten Verteilung der Behandlungszeiten nach Versichertenstatus der Patienten stark reduziert, allenfalls leichte Anreize zur bevorzugten Behandlung von Privatpatienten wegen Einkaufs von Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums und wegen nicht vorhandener Budgetierung
Reduzierte der Anreize zur Leistungsausdehnung wegen höheren Pauschalierungsgrades für Privatpatienten	Anreize zur Wirtschaftlichkeit durch niedrigere Vergütung bei PKV-starken Praxen, dagegen Verringerung des Wirtschaftlichkeitsdrucks bei PKV-schwächeren Praxen	Anreize zur Wirtschaftlichkeit durch niedrigere Vergütung bei PKV-starken Praxen, dagegen Verringerung des Wirtschaftlichkeitsdrucks bei PKV-schwächeren Praxen
	Wirtschaftlichkeitsanreize auch für die Behandlung von Privatpatienten durch sektorenübergreifende Preise und empirisch basierte Kalkulation der GOP	Wirtschaftlichkeitsanreize auch für die Behandlung von Privatpatienten durch sektorenübergreifende Preise und empirisch basierte Kalkulation der GOP
	Anreize zur Leistungsausdehnung aus ELV reduziert durch Fixkostendegression sowie Anreize zur effizienteren Kombination von Leistungen	Reduzierte Anreize zur Leistungsausdehnung wegen höheren Pauschalierungsgrades für Privatpatienten

Quelle: eigene Darstellung

Insgesamt bewerten die beteiligten Experten hier die Variante A in Kombination mit dem EBM im Vergleich zum Status quo als neutral, in Kombination mit Modellvariante 1 als eingeschränkt positiv und mit Modellvariante 2 als positiv. Die Variante B wird in Kombination mit dem EBM als eingeschränkt positiv, mit Variante 1 als positiv und mit Variante 2 als sehr positiv unter dem Aspekt der Anreize zur Behandlungseffizienz gesehen.

9.6 Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität

In Variante A verbleiben die Anreize zu einer unwirtschaftlichen Verteilung der ambulanten Niederlassung nach Anteil der potenziellen Privatpatienten über die unterschiedliche Vergütungshöhe. Diese werden dagegen in Variante B weitgehend eliminiert, abgesehen von den – als geringfügiger einzuschätzenden – Auswirkungen der Budgetierung auf die Vergütung der Leistungen an GKV-Patienten und von Anreizen aus Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums. In der Variante B wird letzterer Effekt durch den Einbezug der neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) in das gemeinsame Vergütungssystem in Kombination mit Vergütungsvarianten 1 und 2 reduziert im Vergleich zur Kombination mit dem EBM.

TABELLE 31: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil verbleiben	Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil verbleiben	Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil verbleiben

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 32: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil werden reduziert auf Anreize aus Budgetierung bei GKV-Patienten und ggf. höhere Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums bei Privatpatienten	Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil werden reduziert auf Anreize aus Budgetierung bei GKV-Patienten und ggf. höhere Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums bei Privatpatienten Durch Einbeziehung von NUB in das gemeinsame Vergütungssystem stärkere Reduzierung nicht bedarfsorientierter Niederlassungsanreize Leistungsbedarf für PKV-Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf weiterhin durch ELV vergütbar, unterstützt durch die Förderung der Gesprächsleistungen über konsequente Fixkostendegression	Anreize zur Niederlassung in Gebieten mit hohem Privatpatientenanteil werden reduziert auf Anreize aus Budgetierung bei GKV-Patienten und ggf. höhere Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums bei Privatpatienten Durch Einbeziehung von NUB in das gemeinsame Vergütungssystem stärkere Reduzierung nicht bedarfsorientierter Niederlassungsanreize

Quelle: eigene Darstellung

Die Modellvariante A wird insgesamt im Vergleich mit dem Status quo in Kombination mit dem EBM als neutral, in Kombination mit der Variante 1 als positiv und mit der Variante 2 als eingeschränkt positiv bewertet. Dagegen schätzen die beteiligten Experten die Variante B unter dem Kriterium der Anreiz- / Teilnahmekompatibilität zusammen mit dem EBM als positiv und in Kombination mit beiden Varianten 1 und 2 als sehr positiv ein.

9.7 Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang

Während die Anreize zur Selektion zugunsten von Privatpatienten mit ggf. daraus folgendem ungleichen Zugang von Privat- und GKV-Patienten in der Modellvariante A erhalten bleiben, sind sie in Modellvariante B stark reduziert auf die Auswirkung von Budgetierung und ggf. der Möglichkeit, bei Privatpatienten mehr zusätzliche Leistungen zu erbringen. Dagegen wird in beiden Varianten A und B in Kombination mit den Varianten 1 und 2 der

TABELLE 33: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Anreize bzgl. Equity/ Gleichheit im Patientenzugang“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Anreize zur Selektion zugunsten Privatpatienten verbleiben	Anreize zur Selektion zugunsten Privatpatienten verbleiben	Anreize zur Selektion zugunsten Privatpatienten verbleiben
Pauschalierung reizt zu Risiko- selektion an	Zugang zu neuen Leistungen vor Evidenzeinschätzung G-BA für im ambulanten Bereich für GKV- Patienten weitgehender, also Verringerung des Zugangsunter- schieds zu PKV-Patienten	Zugang zu neuen Leistungen vor Evidenzeinschätzung G-BA für im ambulanten Bereich für GKV- Patienten weitgehender, also Ver- ringerung des Zugangsunterschieds zu PKV-Patienten
Leistungsbedarf auch für PKV- Patienten mit besonderem Versor- gungsbedarf nur über wenige GOP und über spezifische Versorgungs- formen (z. B. MZEB), ggf. auch aus- gleichbar über Steigerungsfaktor	Konsequente Fixkostendegressi- on unterstützt zusätzlich zur ELV Erbringung von Gesprächsleistun- gen im Falle besonderen Bedarfs auch bei Privatpatienten	Leistungsbedarf auch für PKV- Patienten mit besonderem Ver- sorgungsbedarf wesentlich nur durch entsprechend differenzierte Pauschalen und Erhalt spezifischer Versorgungsformen (z. B. MZEB) vergütbar, allenfalls unterstützt durch die begrenzte Anwendung der Fixkostendegression, ggf. aus- gleichbar über Steigerungsfaktor
		Bei unzureichender Differenzierung der Pauschalen Anreize zur Risiko- selektion zuungunsten schwierigerer Fälle
Quelle: eigene Darstellung		

TABELLE 34: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Anreize bzgl. Equity/ Gleichheit im Patientenzugang“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Anreize zur Selektion zugunsten von Privatpatientenanteil werden reduziert auf Anreize aus Budge- tierung bei GKV-Patienten und ggf. höhere Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums bei Privatpatienten	Anreize zur Selektion zugunsten von Privatpatientenanteil werden reduziert auf Anreize aus Budge- tierung bei GKV-Patienten und ggf. höhere Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Leistungen außer- halb des GKV-Leistungsspekt- rums bei Privatpatienten	Anreize zur Selektion zugunsten von Privatpatientenanteil werden reduziert auf Anreize aus Budge- tierung bei GKV-Patienten und ggf. höhere Wahrscheinlichkeit zusätzlicher Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsspektrums bei Privatpatienten
Leistungsbedarf auch für PKV- Patienten mit besonderem Versor- gungsbedarf nur über wenige GOP und über spezifische Versorgungs- formen (z. B. MZEB)	Vergütungsangleichung durch Einbeziehung von NUB verstärkt	Vergütungsangleichung durch Einbeziehung von NUB verstärkt
	Konsequente Fixkostendegressi- on unterstützt zusätzlich zur ELV Erbringung von Gesprächsleistun- gen im Falle besonderen Bedarfs auch bei Privatpatienten	Leistungsbedarf auch für PKV- Patienten mit besonderem Ver- sorgungsbedarf wesentlich nur durch entsprechend differenzierte Pauschalen und Erhalt spezifischer Versorgungsformen (z. B. MZEB) vergütbar, allenfalls unterstützt durch die begrenzte Anwendung der Fixkostendegression
		Bei unzureichender Differenzierung der Pauschalen Anreize zur Risiko- selektion zuungunsten schwierige- rer Fälle
Quelle: eigene Darstellung		

Zugang für GKV-Patienten zu NUB erleichtert und damit ein Schritt in Richtung Gleichheit im Patientenzugang im Verhältnis zu den Privatpatienten im Bereich innovativer Leistungen induziert.

Die in Abschnitt 8.7 beschriebenen Anreizwirkungen in Bezug auf Menschen mit besonderem Versorgungsbedarf gelten hier auch für entsprechende Privatpatienten. Möglicherweise problematische Auswirkungen von Pauschalierung auch in Hinblick auf Risikoselektion können für Privatpatienten in Variante A ggf. ausgeglichen werden durch die Möglichkeit der Anpassung der Vergütung über Steigerungsfaktoren.

Die Variante A wird von den beteiligten Experten insgesamt in Kombination mit dem EBM als neutral, mit Variante 1 als positiv und mit Variante 2 als eingeschränkt positiv im Vergleich zum Status quo beurteilt. Variante B wird in Verbindung mit dem EBM als positiv, mit Variante 1 als sehr positiv sowie mit Variante 2 als positiv bis sehr positiv gesehen.

9.8 Innovationszugang

In der Variante A bestehen weiterhin – durch die unterschiedliche Vergütung der NUB für GKV- und Privatpatienten – Anreize zum bevorzugten Zugang von Privatpatienten zu Innovationen, allerdings um den Preis fehlender Absicherung der Strukturqualität. In Variante B sind die Voraussetzungen in Kombination mit den Modellvarianten 1 und 2 angeglichen.

TABELLE 35: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Innovationszugang“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Zugang für NUB in der ambulanten ärztlichen Versorgung nur für Privatpatienten	Vergütungsanreize zur bevorzugten Berücksichtigung von PKV-Patienten bei fehlender Absicherung der Strukturqualität	Vergütungsanreize zur bevorzugten Berücksichtigung von PKV-Patienten bei fehlender Absicherung der Strukturqualität
Quelle: eigene Darstellung		

TABELLE 36: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Innovationszugang“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Zugang für NUB in der ambulanten ärztlichen Versorgung nur für Privatpatienten	Keine Anreize zur bevorzugten Berücksichtigung von PKV-Patienten bzgl. der Erbringung von NUB, Absicherung der Strukturqualität auch bei PKV-Patienten	Keine Anreize zur bevorzugten Berücksichtigung von PKV-Patienten bzgl. der Erbringung von NUB, Absicherung der Strukturqualität auch bei PKV-Patienten
Anreize zur Prozessinnovation durch Verminderung der Vergütungssumme bei PKV-starken Praxen, Verminderung entsprechender Anreize bei PKV-schwachen Praxen	Anreize zur Prozessinnovation durch Verminderung der Vergütungssumme bei PKV-starken Praxen, Verminderung entsprechender Anreize bei PKV-schwachen Praxen	Anreize zur Prozessinnovation durch Verminderung der Vergütungssumme bei PKV-starken Praxen, Verminderung entsprechender Anreize bei PKV-schwachen Praxen
Quelle: eigene Darstellung		

Bei Anwendung von Variante B entstehen Anreize zur Prozessinnovation durch Verminderung der Vergütungssumme bei PKV-starken Praxen, umgekehrt sinken entsprechende Anreize bei PKV-schwachen Praxen.

Insgesamt beurteilen die beteiligten Experten Variante A unter dem Kriterium Innovationszugang gegenüber dem Status quo im Zusammenhang mit dem EBM als neutral, in Kombination mit beiden Varianten 1 und 2 als positiv bis sehr positiv. Variante B sehen sie in der Version mit EBM ebenfalls als neutral an, in Kombination mit den Varianten 1 und 2 aber als sehr positiv.

9.9 Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer

Im Rahmen von Modellvariante A bleibt die ungleiche Vergütung je nach Versicherungsstatus der Patienten bei Leistungen im Rahmen des GKV-Leistungsumfangs bestehen, sodass bei gleichem Leistungsumfang ärztliche Praxen mit einem höheren Anteil von Privatpatienten auch höhere Einnahmen erzielen. Auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) werden unterschiedlich vergütet. In Modellvariante B kommt es dagegen im Rahmen des GKV-Leistungsumfangs fast zur Gleichbehandlung, wenn man von der Budgetierung im GKV-Bereich absieht. NUB werden in der Kombination mit den Varianten 1 und 2 hier ebenfalls gleich vergütet.

Sowohl Variante A als auch Variante B führen zu höherer Leistungsgerechtigkeit insofern, als die Kalkulation der Gebührenordnungsoptionen (GOP) empiriebasiert ist und zu realistischen relativen Preisen auch für Leistungen an Privatpatienten führen sollte.

Pauschalierungen wie im EBM und in Variante 2 können, insbesondere bei zu wenig differenzierten Pauschalen, zu gleicher Vergütung bei unterschiedlich hohem Aufwand auch für verschiedene Privatpatientengruppen führen. In Praxen mit Spezialisierung bzgl. besonderer Patientengruppen kann dies zu Vergütungsnachteilen führen. In Variante A können diese ggf. über Steigerungssätze ausgeglichen werden, was in Variante B nicht möglich ist.

TABELLE 37: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Unterschiedliche Vergütung nach Versichertenstatus bleibt bestehen	Unterschiedliche Vergütung nach Versichertenstatus bleibt bestehen	Unterschiedliche Vergütung nach Versichertenstatus bleibt bestehen
Durch Pauschalierung ggf. Vergütungsnachteile bei der schwerpunktmäßigen Behandlung besonders aufwendiger Patientengruppen auch bei Privatpatienten, hier jedoch u. U. ausgleichbar durch Steigerungsfaktor		Durch Pauschalierung bei ungenügender Differenzierung der Pauschalen ggf. Vergütungsnachteile bei der schwerpunktmäßigen Behandlung besonders aufwendiger Patientengruppen auch bei Privatpatienten, hier jedoch u. U. ausgleichbar durch Steigerungsfaktor

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 38: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Angleichung der Vergütung Privat- und GKV-Patienten bis auf verbleibende Budgetierung	Angleichung der Vergütung Privat- und GKV-Patienten bis auf verbleibende Budgetierung	Angleichung der Vergütung Privat- und GKV-Patienten bis auf verbleibende Budgetierung
Durch Pauschalierung ggf. Vergütungs Nachteile bei der schwerpunktmäßigen Behandlung besonders aufwendiger Patienten- gruppen auch bei Privatpatienten	Vergütung von NUB wird eben- falls angeglichen	Vergütung von NUB wird ebenfalls angeglichen
		Durch Pauschalierung bei unge- nüglicher Differenzierung der Pauschalen ggf. Vergütungs Nach- teile bei der schwerpunktmäßigen Behandlung besonders aufwen- diger Patientengruppen auch bei Privatpatienten, hier jedoch u. U. ausgleichbar durch Steigerungs- faktor
Quelle: eigene Darstellung		

Insgesamt sehen die beteiligten Experten Modellvariante A in Kombination mit dem EBM gegenüber dem Status quo als neutral an, mit Variante 1 als leicht positiv und mit Variante 2 als eingeschränkt positiv. Modellvariante B wird im Zusammenwirken mit dem EBM positiv, mit der Variante 1 sehr positiv und mit Variante 2 positiv bis sehr positiv beurteilt.

9.10 Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit

In der Modellvariante A kann es durch Veränderungen der relativen Preise aufgrund der empirisch basierten Kalkulation zu Einnahmenverschiebungen zwischen Arztgruppen kommen, die aber unter Kostengesichtspunkten als gerechtfertigt anzusehen sind. Ansonsten werden hier durch die Aufrechterhaltung des Vergütungsunterschieds keine größeren Umverteilungen ausgelöst, die die Frage nach Übergangs- und Finanzierungslösungen aufwerfen würden.

Modellvariante B jedoch löst zusätzlich zu den Umverteilungen durch veränderte relative Preise eine starke Verschiebung der Finanzierungsbelastung zunächst zwischen PKV- und GKV-System aus, indem die Preise der ärztlichen Leistungen im PKV-System sinken und im GKV-System steigen, da in der Modellierung das duale Krankenversicherungssystem bestehen bleibt. Wird, wie vorgeschlagen, die Mehrbelastung des GKV-Systems durch Erhöhung des Bundeszuschusses aufgefangen, so führt dies zu einer Minderbelastung der PKV-Versicherten sowie des Beihilfeträgers und der Selbstzahler, während die gesamte Bevölkerung als Steuerzahler belastet wird.

Die zusätzlich ausgelösten regionalen Umverteilungen der ambulanten ärztlichen Kosten zwischen KV-Regionen und kleinräumiger auch innerhalb von KV-Regionen müssten durch Übergangsprozesse abgefedert werden, was die Gefahr der Auslösung weiterer Mehrkosten in sich bergen würde. Die Unterschiede in der übergangsweisen Mehrbelastung der Kassen könnten durch Anpassung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA), wie in Abschnitt 7.3.6 beschrieben, ausgeglichen werden.

TABELLE 39: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“

**Modellvariante A
in Kombination mit EBM**

Nur Einnahmenverschiebungen zwischen Arztgruppen durch Veränderungen der relativen Preise

Keine größeren Verschiebungen von Belastungen zwischen GKV- und PKV-Sektor

**Modellvariante A
in Kombination mit Variante 1**

Nur Einnahmenverschiebungen zwischen Arztgruppen durch Veränderungen der relativen Preise; kein größerer Kompensations- oder Finanzierungsbedarf

Keine größeren Verschiebungen von Belastungen zwischen GKV- und PKV-Sektor

**Modellvariante A
in Kombination mit Variante 2**

Nur Einnahmenverschiebungen zwischen Arztgruppen durch Veränderungen der relativen Preise; kein größerer Kompensations- oder Finanzierungsbedarf

Keine größeren Verschiebungen von Belastungen zwischen GKV- und PKV-Sektor

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 40: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“

**Modellvariante B
in Kombination mit EBM**

Bei Anzielung der bisherigen Vergütungssumme starke Mehrbelastung des GKV- und Entlastung des PKV-Systems

Bei Refinanzierung durch Bundeszuschuss Belastung der Steuerzahler und Entlastung nur des Kollektivs der PKV-Versicherten

Auslösung regionaler Umverteilungen, die durch einen Übergangsprozess abgefedert werden müssen – hierdurch Gefahr weiterer Mehrkosten

**Modellvariante B
in Kombination mit Variante 1**

Bei Anzielung der bisherigen Vergütungssumme starke Mehrbelastung des GKV- und Entlastung des PKV-Systems

Bei Refinanzierung durch Bundeszuschuss Belastung der Steuerzahler und Entlastung nur des Kollektivs der PKV-Versicherten

Auslösung regionaler Umverteilungen, die durch einen Übergangsprozess abgefedert werden müssen – hierdurch Gefahr weiterer Mehrkosten

Möglichkeit der Nutzung der Mehrkostenverteilung zur Erreichung einer bedarfsgerechteren regionalen Verteilung der Budgets

**Modellvariante B
in Kombination mit Variante 2**

Bei Anzielung der bisherigen Vergütungssumme starke Mehrbelastung des GKV- und Entlastung des PKV-Systems

Bei Refinanzierung durch Bundeszuschuss Belastung der Steuerzahler und Entlastung nur des Kollektivs der PKV-Versicherten

Auslösung regionaler Umverteilungen, die durch einen Übergangsprozess abgefedert werden müssen – hierdurch Gefahr weiterer Mehrkosten

Möglichkeit der Nutzung der Mehrkostenverteilung zur Erreichung einer bedarfsgerechteren regionalen Verteilung der Budgets

Quelle: eigene Darstellung

Positiv stellt sich in Kombination mit den Varianten 1 und 2 die Möglichkeit dar, im Rahmen des Übergangsprozesses die Umverteilungsprozesse in Richtung auf eine stärkere Morbiditätsorientierung der Vergütung zu unterstützen.

Insgesamt schätzen die beteiligten Experten Variante A in Kombination mit dem EBM als neutral, in Kombination mit den Varianten 1 und 2 in Hinblick auf dieses Kriterium als positiv ein. Aufgrund der problematischen Umverteilungswirkungen wird hingegen in einem Szenario der isolierten Vergütungsanpassung ohne Veränderung des Krankenversicherungssystems die Variante B hier im Zusammenhang mit dem EBM als sehr negativ eingeschätzt, in Kombination mit den Varianten 1 und 2 als negativ bis sehr negativ.

9.11 Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen

In beiden Varianten A und B sind die Steuerungsmöglichkeiten über besondere Förderkonditionen durch regionale GOP und durch erhöhte Punktwerte auf regionaler Ebene durch den Einbezug aller Patienten erhöht.

Variante B korrigiert Fehlanreize zur Niederlassung über die Angleichung des Vergütungsniveaus für alle Patienten und ermöglicht darüber hinaus eine stärkere Einbeziehung der ambulanten ärztlichen Versorgung von Privatpatienten in die Bedarfs- / Kapazitätsplanung.

TABELLE 41: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Nutzung von besonderen Förderkonditionen auf regionaler Ebene umfassender möglich	Nutzung von besonderen Förderkonditionen auf regionaler Ebene umfassender möglich	Nutzung von besonderen Förderkonditionen auf regionaler Ebene umfassender möglich
		Erhöhung der Steuerungswirkungen der Netzwerkvergütung in Hinblick auf die Anpassung an veränderte Versorgungsbedürfnisse und veränderte ärztliche Berufsvorstellungen

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 42: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Adaptionfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Nutzung von besonderen Förderkonditionen auf regionaler Ebene umfassender möglich	Nutzung von besonderen Förderkonditionen auf regionaler Ebene umfassender möglich	Nutzung von besonderen Förderkonditionen auf regionaler Ebene umfassender möglich
Eliminierung der Fehlanreize zur Niederlassung durch Angleichung des Vergütungsniveaus der Patientengruppen nach Versichertenstatus	Eliminierung der Fehlanreize zur Niederlassung durch Angleichung des Vergütungsniveaus der Patientengruppen nach Versichertenstatus	Eliminierung der Fehlanreize zur Niederlassung durch Angleichung des Vergütungsniveaus der Patientengruppen nach Versichertenstatus
Ermöglichung einer stärkeren Einbeziehung der Behandlung von Privatpatienten in die Kapazitätssteuerung	Ermöglichung einer stärkeren Einbeziehung der Behandlung von Privatpatienten in die Kapazitätssteuerung	Ermöglichung einer stärkeren Einbeziehung der Behandlung von Privatpatienten in die Kapazitätssteuerung
		Erhöhung der Steuerungswirkungen der Netzwerkvergütung in Hinblick auf die Anpassung an veränderte Versorgungsbedürfnisse und veränderte ärztliche Berufsvorstellungen

Quelle: eigene Darstellung

Variante B mit Modellvariante 2 erhöht durch den Einbezug auch der Behandlung von Privatpatienten die positiven Steuerungswirkungen der Netzwerkvergütung in Hinsicht auf die Anpassung an den Versorgungsbedarf der Patienten und veränderte ärztliche Berufsvorstellungen.

Insgesamt bewerten die beteiligten Experten Variante A im Vergleich zum Status quo hier in Kombination mit dem EBM als neutral, mit Modellvariante 1 als eingeschränkt positiv und mit Modellvariante 2 als positiv. Variante B wird im Rahmen der Beurteilung nach diesem Kriterium zusammen mit dem EBM positiv, mit Variante 1 positiv bis sehr positiv und mit Variante 2 sehr positiv gesehen.

9.12 Transparenz und Regulierbarkeit

Auch für die Behandlung von Privatpatienten wird in den Modellvarianten A und B im Zusammenspiel mit den Varianten 1 und 2 die Kalkulation der Gebührenordnung für Ärzte (GOP) über die empirische Berechnungsgrundlage transparenter. Die verpflichtende Geltung der ambulanten Kodierrichtlinien auch in der privatärztlichen Behandlung erhöht in Modellvariante B zusätzlich die Transparenz.

In beiden Modellvarianten A und B steigert sich die Transparenz über die Leistungsqualität auch für die Privatpatienten durch Übernahme der Voraussetzungen der Strukturqualität für die jeweiligen GOP. In Variante B in Kombination mit den Varianten 1 und 2 gilt dies auch für die Qualitätsvoraussetzungen für die Erbringung von neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB). Transparenzfördernd gegenüber der GOÄ auf dem derzeitigen Stand ist in beiden Varianten A und B die Tatsache, dass im Leistungsumfang der GKV nicht mehr über Analogziffern abgerechnet wird. Allerdings sinkt die Transparenz für die PKV-Versicherten durch die Pauschalierung der Vergütung in Kombination mit dem EBM oder der Variante 2 insofern, als nicht mehr alle einzelnen Leistungen dokumentiert werden müssen.

Der Einbezug aller Ärzte in die Bedarfs- / Kapazitätsplanung verbessert die Regulierbarkeit in der Variante B.

Insgesamt steigert sich auch über die Varianten hin die Evaluierbarkeit der Versorgung durch gleiche GOP für alle Patienten, soweit Zugang zu den Daten der PKV gewährt wird. Dies gilt insbesondere in Kombination mit Modellvariante 1 wegen der hier vorgesehenen Einzelleistungsvergütung.

Insgesamt beurteilen die beteiligten Experten hier die Variante A in Kombination mit dem EBM als positiv gegenüber dem Status quo, in Kombination mit den Varianten 1 und 2 als positiv bis sehr positiv. Die Variante B wird im Zusammenwirken mit dem EBM als positiv bis sehr positiv, mit den Varianten 1 und 2 als sehr positiv gesehen.

TABELLE 43: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Transparenz und Regulierbarkeit“

Modellvariante A in Kombination mit EBM	Modellvariante A in Kombination mit Variante 1	Modellvariante A in Kombination mit Variante 2
Verbesserte Qualitätstransparenz durch die Übernahme der Regelungen des EBM zur Strukturqualität auch für Privatpatienten	Größere Transparenz durch Kalkulation auf empirischer Basis auch für Privatpatienten	Größere Transparenz durch Kalkulation auf empirischer Basis auch für Privatpatienten
Keine Analogziffern mehr bei Leistungen im Leistungsumfang der GKV	Verbesserte Qualitätstransparenz durch Übernahme der angepassten Regelungen zur Strukturqualität	Verbesserte Qualitätstransparenz durch Übernahme der angepassten Regelungen zur Strukturqualität
Verbesserte Evaluierbarkeit durch einheitliche Gebührenordnung, soweit PKV-Daten zugänglich	Keine Analogziffern mehr bei Leistungen im Leistungsumfang der GKV	Keine Analogziffern mehr bei Leistungen im Leistungsumfang der GKV
Verringerte Transparenz für PKV-Versicherte durch Pauschalierung	Verbesserte Evaluierbarkeit durch einheitliche Gebührenordnung, soweit PKV-Daten zugänglich	Verbesserte Evaluierbarkeit durch einheitliche Gebührenordnung, soweit PKV-Daten zugänglich
		Verringerte Transparenz für PKV-Versicherte durch Pauschalierung

Quelle: eigene Darstellung

TABELLE 44: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Transparenz und Regulierbarkeit“

Modellvariante B in Kombination mit EBM	Modellvariante B in Kombination mit Variante 1	Modellvariante B in Kombination mit Variante 2
Erhöhte Transparenz durch Übernahme der verpflichtenden Kodierlinien für die Behandlung von Privatpatienten	Größere Transparenz durch Kalkulation auf empirischer Basis auch für Privatpatienten	Größere Transparenz durch Kalkulation auf empirischer Basis auch für Privatpatienten
Verbesserte Qualitätstransparenz durch die Übernahme der Regelungen des EBM zur Strukturqualität	Erhöhte Transparenz durch Übernahme der verpflichtenden Kodierlinien	Erhöhte Transparenz durch Übernahme der verpflichtenden Kodierlinien
Keine Analogziffern mehr bei Leistungen im Leistungsumfang der GKV	Verbesserte Qualitätstransparenz durch Übernahme der angepassten Regelungen zur Strukturqualität	Verbesserte Qualitätstransparenz durch Übernahme der angepassten Regelungen zur Strukturqualität
Verbesserte Regulierbarkeit durch den Einbezug aller Ärzte in die Bedarfs- / Kapazitätsplanung	Verbesserte Qualitätstransparenz durch Übernahme zum Zugang zu NUB	Verbesserte Qualitätstransparenz durch Übernahme zum Zugang zu NUB
Verbesserte Evaluierbarkeit durch einheitliche Gebührenordnung, soweit PKV-Daten zugänglich	Keine Analogziffern mehr bei Leistungen im Leistungsumfang der GKV	Keine Analogziffern mehr bei Leistungen im Leistungsumfang der GKV
Verringerte Transparenz für PKV-Versicherte durch Pauschalierung	Verbesserte Regulierbarkeit durch den Einbezug aller Ärzte in die Bedarfs- / Kapazitätsplanung	Verbesserte Regulierbarkeit durch den Einbezug aller Ärzte in die Bedarfs- / Kapazitätsplanung
	Verbesserte Evaluierbarkeit durch einheitliche Gebührenordnung, soweit PKV-Daten zugänglich	Verbesserte Evaluierbarkeit durch einheitliche Gebührenordnung, soweit PKV-Daten zugänglich
		Verringerte Transparenz für PKV-Versicherte durch Pauschalierung

Quelle: eigene Darstellung

9.13 Realisierbarkeit

In Hinblick auf Unterstützung bzw. Widerstände relevanter Stakeholder dürften die Varianten A und B unterschiedlich starke Reaktionen hervorrufen.

Modellvariante A könnte insofern auf Widerstand der Ärzteschaft und ggf. des PKV-Systems treffen, als der Novellierungsprozess der GOÄ inzwischen weit fortgeschritten ist und dadurch obsolet würde. Außerdem wird sie als Schritt auf dem Weg zu einem von der Ärzteschaft abgelehnten einheitlichen Versicherungssystem interpretiert werden.

Deutlich größere Widerstände jedoch dürfte die Modellvariante B induzieren. Die Realisierung einer einheitlichen Vergütungshöhe mit vollem Ausgleich der Gesamtsumme der Vergütungen und ohne die Einführung einer Bürgerversicherung wird im GKV-System zu Befürchtungen von deutlichen Kostensteigerungen führen. Das Vertrauen, diese auf Dauer durch den Bundeszuschuss refinanziert zu bekommen, könnte angesichts der häufigen Änderungen dieses Finanzierungsbeitrags in den letzten Jahren relativ schwach ausgeprägt sein.

Auch das PKV-System kann bereits eine Vergütungsreform nach Variante A, verstärkt eine solche nach Variante B als ersten Schritt in die Bürgerversicherung interpretieren und deshalb ablehnen. Andererseits kann die Senkung des ambulanten Vergütungsniveaus zu einer Entspannung der Kostenentwicklung in den PKV-Tarifen führen, was wiederum als Entlastung aufgefasst werden könnte. Die heute höhere Vergütung der Ärzte durch die PKV ist aus PKV-Perspektive ambivalent – Marktvorteil und Kostentreiber, dies gilt entsprechend für eine Veränderung an dieser Stelle.

Variante B könnte schon alleine deshalb von der Ärzteschaft abgelehnt werden, weil sie auch hier als Schritt in Richtung Bürgerversicherung interpretiert würde, die bisher abgelehnt wurde. Die Ärzteschaft könnte jedoch insofern gespalten sein, als Ärzte mit höheren PKV-Anteilen in ihrer Klientel mittelfristig Verluste und umgekehrt solche mit niedrigeren PKV-Anteilen Gewinne erwarten könnten. Allerdings würde hier insgesamt kritisch reagiert werden auf die regulierte Vergütung für NUB bei Privatpatienten. Zusätzlich könnte die Reaktion der Ärzteschaft davon abhängen, wie realistisch der mittelfristige Verzicht auf Budgetierung aufgrund der Veränderungen im Vergütungssystem angesehen wird.

Vonseiten der Legislative könnten die zu erwartenden Kostensteigerungen, gerade bei einem Finanzierungsansatz durch den Bundeszuschuss, zu Zurückhaltung gegenüber Modellvariante B führen.

9.14 Zusammenfassung

Tabelle 45 fasst die Beurteilung der Varianten A und B in Kombination mit EBM und den Varianten 1 und 2 noch einmal in ordinaler Form zusammen. Die Bezugspopulation sind nun, anders als in Kapitel 8, alle Patienten. Es fließen insofern, wie schon in den Tabellen in den einzelnen Abschnitten dieses Kapitels, die Argumentationen aus Kapitel 8 und 9 zusammen. Auch hier wird keine Gesamtbeurteilung, d. h. keine gewichtete Zusammenfassung der Einschätzungen der beteiligten Experten zu den einzelnen Kriterien, vorgenommen. Der Benchmark ist wieder der Status quo.

TABELLE 45: Kriteriengestützte Beurteilung der Modellvarianten A und B

Kriterium	Modell A mit Status quo (EBM)	Modell A mit Variante 1	Modell A mit Variante 2	Modell B mit Status quo (EBM)	Modell B mit Variante 1	Modell B mit Variante 2
Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung	+ - (+)	(+)	+	(+)	+	++
Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung	+-	+	(+)	(-)	+	(+)
Versorgungsqualität: Patientensicherheit	(+)	+	+	+	++	++
Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination	(+)	(+)	+	(+)	(+)	+
Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz	+-	(+)	+	(+)	+	++
Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität	+-	+	(+)	+	++	++
Anreize bzgl. Equity / Gleichheit im Patientenzugang	+-	+	(+)	+	++	++
Innovationszugang	+-	++	++	+-	++	++
Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer	+-	+	(+)	+	++	++
Finanzierungsaspekte- und Verteilungsgerechtigkeit	+-	+	+	--	(-)	(-)
Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen	+-	(+)	+	+	++	++
Transparenz und Regulierbarkeit	+	++	++	++	++	++
Realisierbarkeit	Nicht bewertet	Nicht bewertet	Nicht bewertet	Nicht bewertet	Nicht bewertet	Nicht bewertet

● sehr positiv ● positiv bis sehr positiv ● positiv ● eingeschränkt positiv ● neutral
 ● eingeschränkt negativ ● negativ ● negativ bis sehr negativ ● sehr negativ

Quelle: eigene Darstellung

Auch hier ist ersichtlich, dass die jeweiligen Modellkombinationen jeweils Vor- und Nachteile haben, die teilweise gegenläufig sind. Allerdings fällt auf, dass die Variante B unter dem Finanzierungsaspekt sehr problematisch erscheint. Insofern stellt sich die Frage, ob die Realisierung einer solchen vollen Angleichung des Vergütungssystems inklusive seines Niveaus ohne gleichzeitige grundlegende Reform des Krankenversicherungssystems sinnvoll und machbar ist.

Literatur und
Abbildungs-, Tabellen- und
Abkürzungsverzeichnis

Literatur

- Ahluwalia, Sangeeta C., Cheryl M. Damberg, Marissa Silverman, Aneesa Motala und Paul G. Shekelle (2017). „What Defines a High-Performing Health Care Delivery System: A Systematic Review.“ *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 43. 450–459.
- Albrecht, Martin, und Tamir Al-Abadi (2018). „Perspektiven einer sektorenübergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen – Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektorenübergreifender Vergütungsformen“. IGES Institut gmbH. Berlin.
- Amelung, Volker, Ferdinand Gerlach, Matthias Gruhl, Susanne Ozegowski, Cornelia Prüfer-Strocks, Doris Schaeffer und Christoph Straub (2017). „PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen“. *Positionspapier 03/2017*. Friedrich Ebert Stiftung. Berlin.
- AOK Baden-Württemberg, Bosch BKK, Mediverbund AG, Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) Landesverband Baden Württemberg für Fachärzte der Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie, Freie Liste der Psychotherapeuten, Deutsche Psdychotherapeuten Vereinigung e.V. (DPtV), Interessengemeinschaft niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (IG KJPP) und MEDI Baden-Württemberg e.V. e.V. (MEDI e.V.) (2017). *Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V*. Stuttgart. https://www.medi-verbund.de/fileadmin/user_upload/PDF_Vertr%C3%A4ge/PNP/Vertrag_und_Anlagen/2017-06-09_PNP_Gesamtvertrag_17-01-01.pdf (Download 15.7.2019).
- Augursky, Boris, Christian Graf, Bernd Griewing und Dominik Walter (2018). „Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 64–71.
- Ballast, Thomas (2018). „TK-Vergütungsmodell, Schneise im Dschungel“. *Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 2. 160–162.
- Berchtold, Peter, Oliver Reich, Falk Schimmann und Urs Zannoni (2017). *Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das? Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025*. FMC Denkstoff Nr. 3. Neuägeri, CH.
- Bewertungsausschuss (2016a). „Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 372. Sitzung am 11. März 2016 mit Wirkung zum 1. Juli 2016“. Berlin. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-03-11_ba372_14.pdf (Download 15.7.2019).
- Bewertungsausschuss (2016b). „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“. Berlin. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-06-22_ba376_7.pdf (Download 15.7.2019).
- Bewertungsausschuss (2016c). „Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. Oktober 2016“. Berlin. https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21_ba383_9.pdf (Download 15.7.2019).
- Bewertungsausschuss (2016d). „Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 5a SGB V in seiner 4. Sitzung am 7. Dezember 2016 zur Anpassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2017“. Berlin. https://institut-ba.de/ba/ergaenzbeschluesse/2016-12-07_ergEBA4_3.pdf (Download 15.7.2019).

- Bewertungsausschuss (2017). „Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 402. Sitzung am 19. September 2017 zu Empfehlungen zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur nach § 87a Abs. 4 Satz 1 Nr. 2 SGB V gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 SGB V für das Jahr 2018 mit Wirkung zum 19. September 2017. Institut des Bewertungsausschusses“. Berlin.
- Bewertungsausschuss (2018). „Maschinell verarbeitbare Listen zu den Abschnitten des jeweiligen Appendix der Anlage nach § 5 Abs. 1 der ASV-Richtlinie im Excel-Format“. Berlin.
- Bock, Jens-Oliver, Klaus Focke und Reinhard Busse (2017). „Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 6. 9–15.
- Bohm, Steffen, Heinz-Werner Priess und Wilhelm F. Schrader (2014). *Quantifizierung von kleinräumigen Verlagerungseffekten mit Blick auf die Budgetverhandlungen mit einzelnen Krankenhäusern. Endbericht*. AGENON. Berlin.
- Bundesärztekammer (2017). 120. *Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll. Freiburg, 23. bis 26. Mai 2017*. Beschluss: GOÄ-Novelle fortsetzen nach Abstimmung des Leistungsverzeichnisses und der Bewertungen mit ärztlichen Berufsverbänden und wissenschaftlichmedizinischen Fachgesellschaften. Berlin. 309. 310–313. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf (Download 15.7.2019).
- Bundesärztekammer (2018). 121. *Deutscher Ärztetag Beschlussprotokoll. Erfurt, 8. bis 11. Mai 2017*. Beschluss: Fortsetzung der Arbeiten an der GOÄ-Novelle. Berlin. 275. https://www.bpm-ev.de/images/121._D%C3%84T_Beschlussprotokoll.pdf (Download 15.7.2019).
- CDU, CSU und SPD (2018). „Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode“. Deutsche Bundesregierung. Berlin.
- Chalkley, Martin, und James M. Malcolmson (2000). „Government Purchasing of Health Services“. *Handbook of Health Economics*. Hrsg. Anthony J. Culyer und Joseph Newhouse. Amsterdam. 847–890.
- Christianson, Jon B., und Douglas Conrad (2011). „Provider Payment and Incentives“. *The Oxford Handbook of Health Economics*. Hrsg. Sherry Glied und Peter C. Smith. Oxford: Oxford University Press. 624–648.
- Coulter, Angela (2018). *National Strategies for Implementing Shared Decision Making*. Gütersloh. Deutscher Bundestag 18. Wahlperiode (2016). „Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/122/1812247.pdf> (Download 15.7.2019).
- Drucksache 18/8671 – Verbesserungsmöglichkeiten durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und Bedarfsplanung“. Berlin.
- Döbler, Klaus, Hedwig Francois-Kettner, Max Geraedts, Matthias Gruhl, David Klemperer, Matthias Schrappe, Brigitte Sens und Christoph Straub (2018). „Qualität in einem sektorenübergreifenden Gesundheitswesen. Über die Bedeutung der Qualität für eine gute gesundheitliche Versorgung“. *Wiso Diskurs* 22. Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin.
- Dragosits, Aline (2016). „Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit. Dossier“. Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.
- Drösler, Saskia, Edeltraud Garbe, Joerg Hasford, Ingrid Schubert, Volker Ulrich, Wynand van den Ven, Achim Wambach, Jürgen Wasem und Eberhard Wille (2018). *Gutachten zu den regionalen Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*. Hrsg. Wissenschaftlicher Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt. Bonn.
- Ellis, Randall P., und Thomas G. McGuire (1993). „Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care“. *Journal of Economic Perspectives* (7) 4. 135–151.
- Faisst, Cristina, und Leonie Sundmacher (2015). „Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Eine internationale Übersicht mit Schlussfolgerungen für einen deutschen Katalog“. *Das Gesundheitswesen* 77. 168–177.
- Fürstenberg, Torsten, und Jens Weßling (2018). „Flexibel, evidenzorientiert, zielorientiert – Zur Gestaltung einer modernen ambulanten Vergütung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 38–43.

- Gauld, Robin, Suhaila Al-wahaibi, Johanna Chrisholm und Rebecca Crabbe (2011). „Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example“. *Health Policy* 103. 200–208.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2013). „Richtlinie ASV-RL, Stand: 16. März 2018 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“. Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1642/ASV-RL_2018-05-17_iK-2018-08-16.pdf (Download 15.7.2019).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2018). „Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung Erstfassung“. Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3419/2018-07-19_DeQS-RL_Erstfassung_BAnz.pdf (Download 15.7.2019).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2019). „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“. Berlin. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1865/DeQS-RL_2019-05-16_iK-2019-07-05_AT-04-07-2019-B3.pdf (Download 15.7.2019).
- Gibis, Bernhard, Andreas Heinz, Rüdiger Jacob und Carl-Heinz Müller (2012). „The Career Expectations of Medical Students; Findings of a Nationwide Survey in Germany“. *Deutsches Ärzteblatt International* (109) 18. 327–332.
- GKV-Spitzenverband und Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2016). „Vereinbarung bundeseinheitlicher Grundsätze zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen (Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung – HSA-SV) gemäß § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V“. Berlin. https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/3_Service/3.1_Rechtsquellen/Ambulante_Leistungen/Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung.pdf (Download 15.7.2019).
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2014). „Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und sonstige stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus – (AOP-Vertrag)“. Berlin. http://www.kbv.de/media/sp/AOP_Vertrag.pdf (Download 15.7.2019).
- Greß, Stefan, und Melanie Schnee (2018). „Angleichung der Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 16–21.
- Hahn, Ursula (2018). „Einheitlicher Bewertungsmaßstab und intersektorale Versorgung: passt das?“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 72–75.
- Hausärzterverband Westfalen-Lippe (2017). Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Nordrhein-Westfalen. https://www.hausaerzteverband-wl.de/images/hzv/2017-04-01_Honorar%C3%BCbersicht_NRW.pdf (Download 15.7.2019).
- Hemschemeier, Meike, Meik Bittkowski und Volker Stollorz (2018). *Knieprothesen – starker Anstieg und große regionale Unterschiede*. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Hermann, Christopher, und Jürgen Graf (2018). „Eckpunkte eines bedarfsorientierten ambulanten Vergütungssystems im Rahmen regionaler Versorgungssteuerung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 59–63.
- Herr, David, Robert Messerle und Jonas Schreyögg (2018). „Status quo und gesundheitspolitischer Reformbedarf im ambulanten Vergütungssystem“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 8–15.
- Hess, Renate, und Regina Klackow-Franck (2015). „Verzeichnis der Analogen Bewertungen (GOÄ) der Bundesärztekammer und des Zentralen Konsultationsausschusses für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer“. *Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*. Köln.
- Heyder, Ralf, Anja Simon, Marcus Fark und Gabriele Sonntag (2018). „Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem für ambulante Versorgung an der Sektorengrenze“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5.
- Himmel, Konrad, und Udo Schneider (2017). „Ambulatory Care at the End of a Billing Period“. *Research Paper* 14. hche Hamburg Center for Health Economics.
- Huber, Johanna H. und Andres Mielck (2010). „Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten – Forschungsstand empirischer Studien“. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 9. 925–938.
- IGES Institut (2010). *Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs*. Berlin.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2017). „Abschlussbericht Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) für das Jahr 2018“. Siegburg.

- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2017). „Abschlussbericht zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für 2018“. Siegburg. https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjwYUbt73jAhUSZ1AKHUHaDuIQFjACegQIAhAC&url=https%3A%2F%2Fwww.g-drg.de%2Fcontent%2Fdownload%2F7625%2F57185%2Fversion%2F1%2Ffile%2FAbschlussbericht_PEPP-System_2018.pdf&usg=AOvVaw3_8_86_Sbx3oSj5wxhwCEK (Download 15.7.2019).
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2018). „PEPP-Entgeltatalog PEPP-Version 2018“. Siegburg. https://www.g-drg.de/PEPP-Entgeltsystem_2018/PEPP-Entgeltatalog (Download 15.7.2019).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2018). „Gesundheitsdaten“. Berlin. <https://www.kbv.de/html/gesundheitsdaten.php> (Download 15.7.2019).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband (2009). „Vereinbarung über die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung), Stand 1.1.2019“. Berlin. https://www.kbv.de/media/sp/08_Delegation.pdf (Download 15.7.2019).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) (2010). „Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, KÖR, und dem Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. im Einvernehmen mit den Beihilfekostenträgern bezüglich der Honorierung ambulanter ärztlichen und belegärztlicher Leistungen für im Basistarif Versicherte“. Kassenärztliche Bundesvereinigung. http://www.kbv.de/media/sp/Vereinbarung_Honorierung_Leistungen_PKV.pdf (Download 15.7.2019).
- Kittel, Babette, Anika Kaczynski, Susanne Bethge und Axel C. Mühlbacher (2016). „Was braucht der neue Landarzt? Ein Analytic Hierarchy Process (AHP)“. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21. 137–141.
- Köster-Steinebach, Ilona (2018). „Ambulante Vergütung aus Patientensicht: Patientensicherheit, Zugang und Kommunikation im Zeitalter der Digitalisierung“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 32–37.
- Loskamp, Norbert, Timm Genett, Daniel Schaffer und Frank Schulze-Ehring (2017). „Medizinisch-technischer Fortschritt als Ergebnis des Systemwettbewerbs zwischen GKV und PKV. Die Rolle der Privaten Krankenversicherung (PKV)“. *Recht und Politik im Gesundheitswesen* 1.
- Lüngen, Markus, Björn Stollenwerk, Philipp Messner, Karl Lauterbach und Andreas Gerber (2008). „Waiting times for elective treatments according to insurance status: a randomized empirical study in Germany“. *International Journal for Equity in Health* (7) 1. 1–7.
- Nagel, Eckhard, Benno Neukirch, Andreas Schmid und Gerhard Schulte (2017). *Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland*. Berlin.
- Neumann, Karsten, Patrick Gierling, Martin Albrecht, Jeran Dietzel und Alina Wolfschütz (2014). *Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor. Prüfung der Machbarkeit*. IGES Institut. Berlin.
- Newhouse, Joseph P. (1996). „Policy Watch: Medicare“. *Journal of Economic Perspectives* (10) 3. 159–167.
- OptiMedis (2018). „Gesundes Kinzigtal führt 2018 Direkthonorierung für ärztliche Leistungspartner ein“. <https://optimedis.de/aktuelles/742-optimedium-april-2017?start=2> (Download 15.7.2019).
- Reinhardt, Klaus (2017). „TOP VI GOÄneu“. 120. *Deutscher Ärztetag. Freiburg*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DAETFolienReinhardt.pdf (Download 15.7.2019).
- Reinhardt, Klaus (2018). „TOP III GOÄneu“. 121. *Deutscher Ärztetag, Erfurt*. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/121.DAET/121TOP_III_Reinhardt.pdf (Download 15.7.2019).

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung; Sondergutachten 2012*. Bonn. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf (Download 15.7.2019).
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). *Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung*. Bonn/Berlin. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (Download 15.7.2019).
- Schliemann, Birgit (2018). „§ 119c SGB V aus Sicht der Kostenträger“. 121. Deutscher Ärztetag“. 1. Kongress der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZE). Rummelsberg.
- Schmacke, Norbert (2018). „Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem aus medizinischer Sicht“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 29–31.
- Schmacke, Norbert (2019). „Pay for Performance (P4P). Bilanz einer gesundheitsökonomischen Ideologie. Ein narrativer Review“. *IPP-Schriften* 15.
- Schoen, Cathy, Karen Davis, Sabrina K., H. How und Stephen C. Schoenbaum (2006). „U.S. Health System Performance: A National Scorecard“. *Health Affairs* (25) 6. 457–475.
- Schönbach, Karl-Heinz (2011). „Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen“. *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung. Neue Konzepte für Stadt und Land*. Hrsg. Klaus Jacobs und Sabine Schulze. Berlin. 97–116.
- Scott, Anthony (2000). „Economics of General Practice“. *Handbook of Health Economics*. Volume 1B. Hrsg. Anthony J. N. Culyer, Joseph P. Newhouse. Amsterdam: Elsevier. 1176–1199.
- Statistisches Bundesamt (2017). „Fallpauschalen-bezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik): Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern“. *Fachserie 12 Reihe* 6.4. Bonn. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/fallpauschalen-krankenhaus-2120640167004.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (Download 15.7.2019).
- Sundmacher, Leonie, Ronja Flemming, Sebastian Franke, Christoph Höser, Neeltje van den Berg, Ulrich Becker, Laura Schang, Julia Frank-Tewaag, Danny Wende, Thomas Kistemann, Wolfgang Hoffmann, Thomas Brechtel, Wiebke Schüttig, Isabel Geiger, Ines Weinhold, Juliane Kemen und Fabian Kleinke (2018). „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i. S. d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Gemeinsamer Bundesausschuss. Berlin. <https://www.mpsoc.mpg.de/1315198/bpl-gutachten-zusammenfassung.pdf> (Download 15.7.2019).
- Sundmacher, Leonie, und Susanne Ozegowski (2015). „Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany“. *The European Journal of Health Economics* 4. 1–9.
- Sundmacher, Leonie, Wiebke Schüttig und Cristina Faisst (2015). „Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland“. Ludwig-Maximilians-Universität München, Fachbereich Health Services Management. München. https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/3-Endbericht_Sundmacher_2015-10-27.pdf (Download 15.7.2019).
- Veit, Christof, Dagmar Hertle, Sven Bungard, Andrea Trümner, Verena Ganske und Bettina Meyer-Hofmann (2012). *Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung*. Hamburg, Institut für Qualität & Patientensicherheit. Düsseldorf. <https://www.bqs.de/images/downloads/P4P-Gutachten-BQS.compressed.pdf> (Download 15.7.2019).
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) (2016). *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2015*. Köln. <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/archiv-pkv-zahlenbericht/zahlenbericht-2015.pdf> (Download 15.7.2019).
- von Stillfried, Dominik, und Thomas Czihal (2018). „Entwicklung einer ärztlichen Gebührenordnung zur Ambulantisierung der Versorgung für GKV-Versicherte“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 4–5. 44–51.

- Walendzik, Anke (2011) *Diagnoses-based Risk Adjustment in the German Remuneration System for Outpatient Medical Care*. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 227. Universität Duisburg-Essen, Campus Essen 190, Essen.
- Walendzik, Anke, Stefan Greß, Maral Manouguian und Jürgen Wasem (2008) „Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen GKV und PKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung“. Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften. Universität Duisburg-Essen, Campus Essen 165. Essen.
- Walendzik, Anke, und Markus Lünen (2018). „Ökonomische Fundierung des Vergütungssystems oder ‚Ökonomisierung‘ der Medizin“. *Gesundheits- und Sozialpolitik* (72)4–5). 22–28.
- Walendzik, Anke, Michael Noweski, Natalie Pomorin und Jürgen Wasem (2019). „Belegärztliche Versorgung: Historie, Entwicklungsdeterminanten und Weiterentwicklungsoptionen“. IBES Diskussionsbeitrag Nr. 227. Essen.
- Walendzik, Anke, und Jürgen Wasem (2011). „Prognosesysteme für medizinische Ausgaben im Spannungsfeld zwischen Erklärung und gesundheitspolitischer Funktion“. *ZI-Workshop Regionale Besonderheiten*. Berlin.
- Wasem, Jürgen, Florian Buchner, Gerald Lux, Anke Walendzik und Lennart Weegen (2013). *Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz?* Baden-Baden.
- Wasem, Jürgen, und Anke Walendzik (2009). „Weiterentwicklung der Vergütungsreform: Was bedeutet die Morbiditätsorientierung der Gesamtvergütungen?“ *Gesellschaftspolitische Kommentare* (50). 24–29.

Abbildungs-, Tabellen- und Abkürzungsverzeichnis

Abbildungen

ABBILDUNG 1: Überblick über Akteure und Vertragsbeziehungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	19
ABBILDUNG 2: Umsetzung der Fixkostendegression in Variante 1	69
ABBILDUNG 3: Zusammenfassung der Modellvarianten 1 und 2	73
ABBILDUNG 4: Zusammenfassung der Modellvarianten A und B	80

Tabellen

TABELLE 1: Überblick über weitere ambulante Versorgungsformen (ohne selektivvertragliche Versorgungsformen)	21
TABELLE 2: Selektivvertragliche Versorgungsformen	25
TABELLE 3: Basis-Kriterienkatalog des Commonwealth Fund zur Bewertung von Gesundheitssystemen	32
TABELLE 4: In der wissenschaftlichen Literatur genutzte Kriterien zur Bewertung von Gesundheitssystemen und der Organisation gesundheitlicher Leistungserbringung	33
TABELLE 5: Kriteriologie der vorliegenden Studie	34
TABELLE 6: Regulierungsvorschläge ausschließlich für ein neues Vergütungssystem für ambulant erbringbare Leistungen durch Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren	73
TABELLE 7: Regulierungsvorschläge mit Gültigkeit für die gesamte ambulante vertragsärztliche Vergütung	73
TABELLE 8: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung“	83
TABELLE 9: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung“	84
TABELLE 10: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Patientensicherheit“	85
TABELLE 11: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination“	86

TABELLE 12: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz“	87	TABELLE 28: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination“	102
TABELLE 13: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Anreize zur Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität“	88	TABELLE 29: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz“	103
TABELLE 14: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang“	88	TABELLE 30: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreize zur Behandlungseffizienz“	104
TABELLE 15: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Innovationszugang“	89	TABELLE 31: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität“	105
TABELLE 16: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer“	90	TABELLE 32: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Wirtschaftlichkeit: Anreiz- / Teilnahmekompatibilität“	105
TABELLE 17: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“	90	TABELLE 33: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang“	106
TABELLE 18: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen“	91	TABELLE 34: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Anreize bzgl. Equity/Gleichheit im Patientenzugang“	106
TABELLE 19: Modellvarianten 1 und 2 im Lichte des Kriteriums „Transparenz und Regulierbarkeit“	92	TABELLE 35: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Innovationszugang“	107
TABELLE 20: Kriteriengestützte Beurteilung der Modellvarianten 1 und 2	94	TABELLE 36: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Innovationszugang“	107
TABELLE 21: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung“	97	TABELLE 37: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer“	108
TABELLE 22: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zu bedarfsgerechter Versorgung“	98	TABELLE 38: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Leistungsgerechtigkeit gegenüber dem Leistungserbringer“	109
TABELLE 23: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung“	99	TABELLE 39: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“	110
TABELLE 24: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Patientenorientierung“	99	TABELLE 40: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Finanzierungs- und Verteilungsgerechtigkeit“	110
TABELLE 25: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Patientensicherheit“	101	TABELLE 41: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen“	111
TABELLE 26: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Patientensicherheit“	101	TABELLE 42: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Adaptionsfähigkeit an regionale Gegebenheiten und gesellschaftliche Entwicklungen“	111
TABELLE 27: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Versorgungsqualität: Anreize zur Behandlungscoordination“	102	TABELLE 43: Modellvariante A im Lichte des Kriteriums „Transparenz und Regulierbarkeit“	113
		TABELLE 44: Modellvariante B im Lichte des Kriteriums „Transparenz und Regulierbarkeit“	113
		TABELLE 45: Kriteriengestützte Beurteilung der Modellvarianten A und B	115

Abkürzungen

ÄL: Ärztliche Leistungen	MVZ: Medizinisches Versorgungszentrum
AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse	MZEB: Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit Behinderung
ASK: Ambulant-sensitive Krankenhausleistungen	NUB: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
ASV: Ambulante spezialfachärztliche Versorgung	P4P: Pay for Performance
ASV-RL: Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung	PCCL: Patient Clinical Complexity Level
BÄK: Bundesärztekammer	PCI: perkutane Koronarintervention
BaFin: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht	PEPP: Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
B-DRG: Belegarzt-Fallpauschale	PIA: Psychiatrische Institutsambulanz
BMG: Bundesministerium für Gesundheit	PKV: Private Krankenversicherung
DeQS-RL: Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung	PpSG: Pflegepersonal-Stärkungsgesetz
DKG: Deutsche Krankenhausgesellschaft	PsychVVG: Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
DMP: Disease-Management-Programm	Qesü-RL: Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
DRG: Diagnosis Related Groups	SGB: Sozialgesetzbuch
EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab	STABS: Standardbewertungssystem
EGV: Extrabudgetäre Gesamtvergütung	TK: Techniker Krankenkasse
ELV: Einzelleistungsvergütung	TL: Technische Leistungen
G-AEP: German Appropriate Evaluation Protocol	TSVG: Terminservice- und Versorgungsgesetz
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss	ZI: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
G-DRG: German Diagnosis Related Groups	
GeKo: Gemeinsame Kommission zur Weiterentwicklung der GOÄ	
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung	
GKV-FQWG: GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz	
GKV-SV: GKV-Spitzenverband	
GKV-VSG: GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	
GOÄ: Gebührenordnung für Ärzte	
GOP: Gebührenordnungspositionen	
InBA: Institut des Bewertungsausschusses	
InEK: Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus	
IQTIG: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen	
KBV: Kassenärztliche Bundesvereinigung	
KV: Kassenärztliche Vereinigung	
KHEntgG: Krankenhausentgeltgesetz	
KHG: Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze	
KHRG: Krankenhausfinanzierungsreformgesetz	
KOMV: Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungswesen	
LE: Leistungserbringer	
MGV: Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	
Morbi-RSA: Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	

Beteiligte Expertinnen und Experten

Bei der Durchführung der vorliegenden Untersuchung wurden in drei Workshops folgende externe Expertinnen und Experten einbezogen. Die Zusammensetzung des Kreises variierte dabei zwischen den drei Terminen:

- **Dr. Martin Albrecht**, Geschäftsführer und Bereichsleiter Gesundheitspolitik beim IGES Institut GmbH
- **Thomas Czihal**, Stellvertretender Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung
- **Patricia Ex**, Geschäftsführerin beim Bundesverband Managed Care
- **Klaus Focke**, Leiter Versorgungsmanagement beim BKK Dachverband
- **Lars Gatschke**, Referent im Team Finanzmarkt beim Verbraucherzentrale Bundesverband
- **Dr. Ursula Hahn**, Geschäftsführerin der OcuNet Verwaltungs GmbH
- **Dr. Timo Harfst**, Wissenschaftlicher Referent bei der Bundespsychotherapeutenkammer
- **Barbara Kölle**, Referentin Ambulante ärztliche Versorgung beim BKK Dachverband
- **Ilona Köster-Steinebach**, Geschäftsführerin des Aktionsbündnisses Patientensicherheit
- **Göran Lehmann**, Fachreferent stationäre Versorgung bei der Techniker Krankenkasse
- **Anna Novelli**, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fachbereich Health Services Management an der Ludwig-Maximilians-Universität München
- **Hartmut Reiners**, Gesundheitsökonom und Publizist
- **Sophia Schlette**, Leiterin Stabsstelle Politik, Berufsverband der Deutschen Dermatologen
- **Christina Tophoven**, Geschäftsführerin der Bundespsychotherapeutenkammer

Impressum

© 2019
Bertelsmann Stiftung,
Gütersloh

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Bildnachweis
© Getty Images/iStockphoto/
Dean Mitchell

Gestaltung
Dietlind Ehlers

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert
Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 30 319870 5016
Telefax +49 5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

www.bertelsmann-stiftung.de