

| **Gesundheit** | Mobilität | Bildung |

IGES

Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung

Vorstellung der IGES-Studie

Pressekonferenz

Berlin, 25. Juni 2014

1. Einleitung
2. Status Quo der Vergütung ambulanter Leistungen nach EBM
3. Entwurf einer ELV im ambulanten Sektor
4. Abschätzung der Kostenentwicklung
5. Empfehlungen zur Umsetzung

1. Einleitung

Übersicht – eine Reform der ärztlichen Vergütung kann die Versorgung verbessern und Konflikte reduzieren

Ausgangslage, Ziel und Konzept der Studie zur Einzelleistungsvergütung (ELV)

Ausgangslage



- Das Vergütungssystem im ambulanten Sektor ist stark konfliktbeladen
- Besonders nachträgliche Abschläge der Vergütung werden von der Ärzteschaft als Ärgernis wahrgenommen
- Die Vergütungssystem orientiert sich zu wenig am medizinischem Bedarf

Ziel



- Die Versorgung der Patienten soll stärker im Mittelpunkt des Systems stehen
- Die Vergütung soll transparenter, einfacher und weniger konfliktbeladen werden, sowie eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen
- Die perspektivische Annäherung von GKV und PKV soll erleichtert werden

Konzept






- Zukünftig werden ambulante Leistungen auf Basis einer Einzelleistungsvergütung (ELV) honoriert
- Die ELV wird mit einer „intelligenten“ Mengensteuerung verbunden, die Preise aller Leistungen sind den Ärzten aber vorab bekannt
- Die genannten Ziele werden so zu moderaten Mehrkosten erreicht – die Umstellung sollte in mehreren Schritten erfolgen



2. Status Quo der Vergütung ambulanter Leistungen nach EBM

Die Verteilung der Mittel erfolgt im EBM auf Basis eines komplexen Systems mit mehreren Ebenen

Übersicht über die Struktur der ärztlichen Vergütung

Ebene	Vorgang
Bundes-ebene 	Festlegung des EBM-Katalogs, Vorschläge zu Veränderungsraten der MGV durch InBA und Beschlüsse des Bewertungsausschusses
KV-Ebene 	In jeder KV wird die MGV dann mit den Verbänden der Krankenkassen verhandelt. Die KVen verteilen das Geld auf die Arztgruppen (HVM)
Arzt-ebene 	Die KVen treffen in den HVMs Maßnahmen, um die Einhaltung der MGV sicherzustellen (z. B. Abstaffelung). Ein Teil der Vergütung pro Fall ist pauschaliert



EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab, InBA = Institut des Bewertungsausschusses, HVM = Honorarverteilungsmaßstab, MGV = Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, HVM = Honorarverteilungsmaßstab

Übersicht über die Probleme

- 1** **Das System ist stark konfliktbeladen:** Zahlreiche und wiederholte Konflikte zwischen GKV und Ärzteschaft, zwischen KVen und zwischen Arztgruppen
- 2** Besonders die **nachträgliche Reduzierung** der Vergütung wird von der Ärzteschaft **als Ärgernis** wahrgenommen, während die GKV ein ausreichend hohes Gesamteinkommen der Ärzte konstatiert
- 3** Die **pauschalierte Vergütung** ist **nicht bedarfsgerecht** – Für Patienten mit sehr unterschiedlichen Behandlungsbedarfen erhalten Ärzte dieselbe Honorierung. Dadurch Anreiz zur Unterversorgung bei sehr behandlungsintensiven Patienten



3. Entwurf einer ELV im ambulanten Sektor

Die ELV erfüllt die Anforderungen an ein Vergütungssystem: Orientierung am Bedarf, geringe Komplexität, Konfliktvermeidung

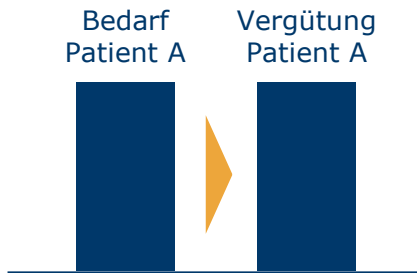
Das Konzept der Einzelleistungsvergütung (ELV)

- Erbringbare Leistungen werden kleinteilig definiert und mit einem Preis versehen. Dieser orientiert sich am tatsächlichen Aufwand des Arztes (eigene Arbeitszeit, Verbrauchskosten, Infrastrukturkosten)
- Preise der einzelnen Leistungen sind vor jedem Quartal bekannt und werden nicht nachträglich reduziert

Vorteile einer ELV

Vergütung folgt Bedarf

- Vergütung orientiert sich an erbrachten Leistungen



Weniger Komplexität

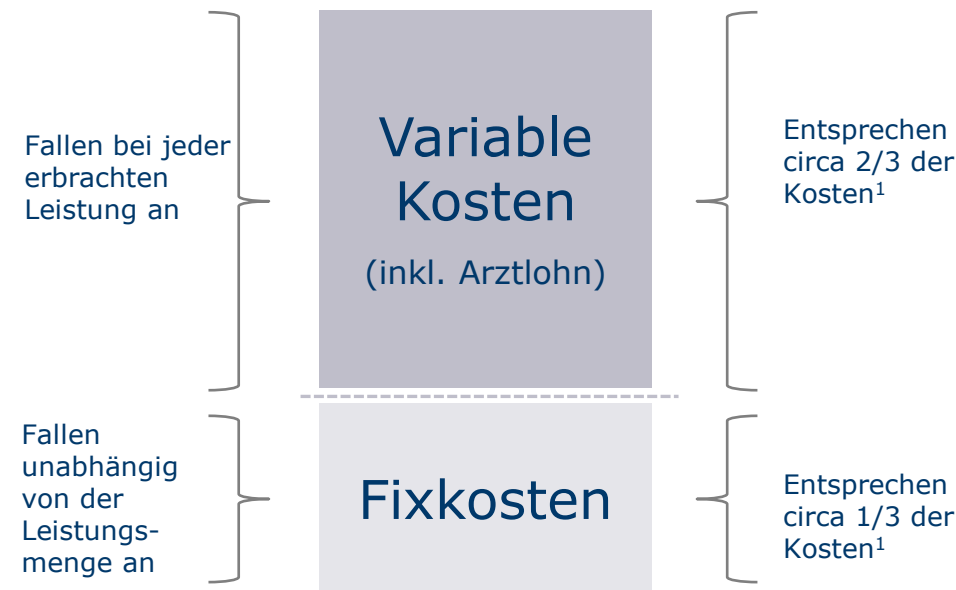
- Die ELV macht die Verhandlung von Gesamtvergütungen und auch die Regelungen der Honorarverteilungsmaßstäbe (z. B. Honorartöpfe) obsolet
- Preise orientieren sich vorwiegend an Kostenstrukturen

Weniger Konflikte

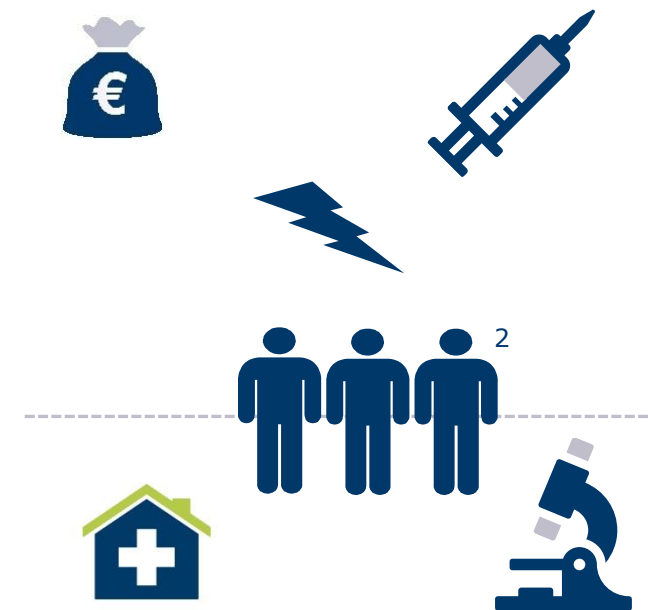
- ELV ermöglicht leistungsgerechte Vergütung
- Konfliktträchtige Verhandlungen entfallen
- Nachträgliche Reduktionen der Vergütung entfallen

Kern unseres Konzeptes zur Mengensteuerung ist die getrennte Vergütung von Fixkosten und variablen Kosten

Das Verhältnis von Fix- und variablen Kosten



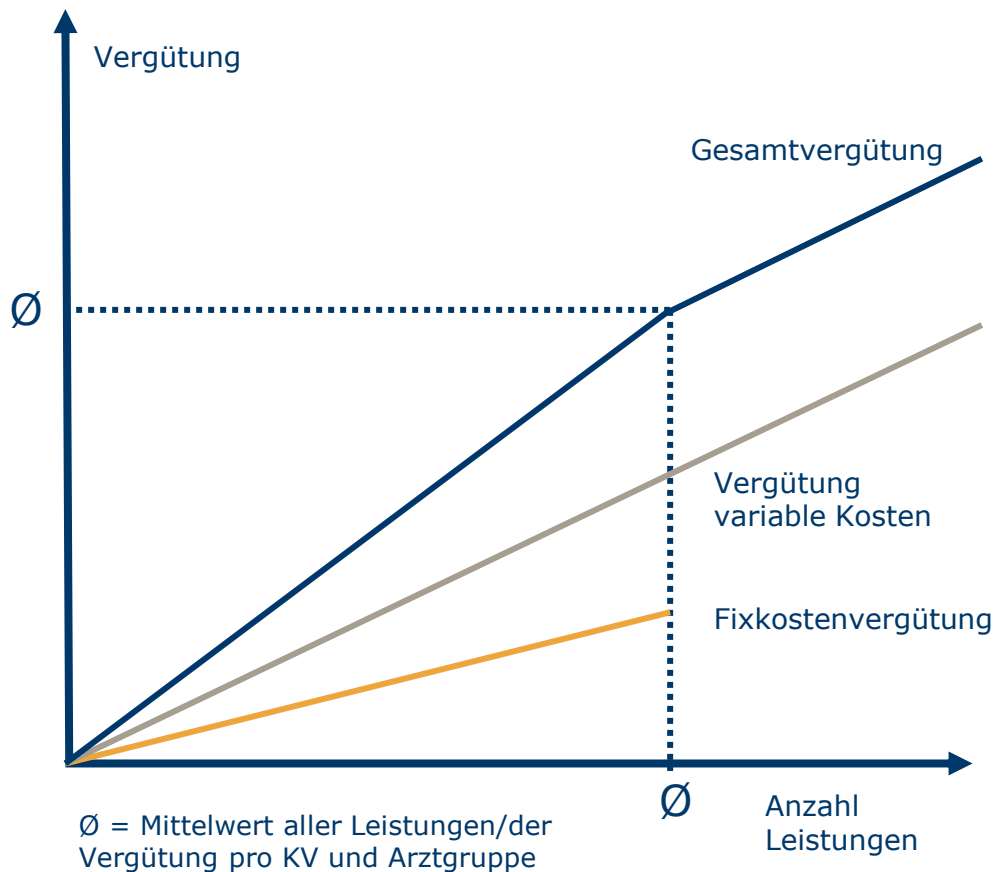
Beispiele



¹ Ermittelt auf Basis von: Statistisches Bundesamt (2011): Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich. ² Die Personalkosten für Arzthelfer sind innerhalb gewisser Grenzen fix. Sobald eine große Zahl an Patienten zusätzliche Personalkapazitäten erfordert, sind sie sprungfix. Würde Personal jedoch in Zeitarbeit beschäftigt, könnten die Personalkosten auch als variabel bezeichnet werden. Um diesen Überlegungen gerecht zu werden die Personalkosten zu einer Hälfte den Variablen Kosten und zur anderen Hälfte den Fixkosten zugewiesen.

Fixkosten werden bis zu ihrer Deckung vergütet, Variable Kosten für jede Leistung

Darstellung des Vergütungsmechanismus und der Mengensteuerung



Erläuterung

- Variable Kosten werden für alle erbrachten Leistungen vergütet (graue Linie)
- Fixkosten werden nur so lange vergütet, bis diese gedeckt sind (gelbe Linie)
- Für die Vergütung pro Leistung ergibt sich damit ein Knick nach Erstattung der Fixkosten (blaue Linie)
- Mit der geringeren Vergütung pro Leistung sinkt der Anreiz weitere Leistungen zu erbringen, da die Vergütung pro Leistung sinkt

Übersicht



Der Anreiz zur Leistungsausweitung ist gedämpft

Das Vergütungssystem ist aus Sicht der Ärzte transparent und verständlich. Der Preis einer Leistung mit und ohne Fixkostenzuschlag ist bekannt und fest. Es findet keine nachträgliche Kürzung der Vergütung statt.

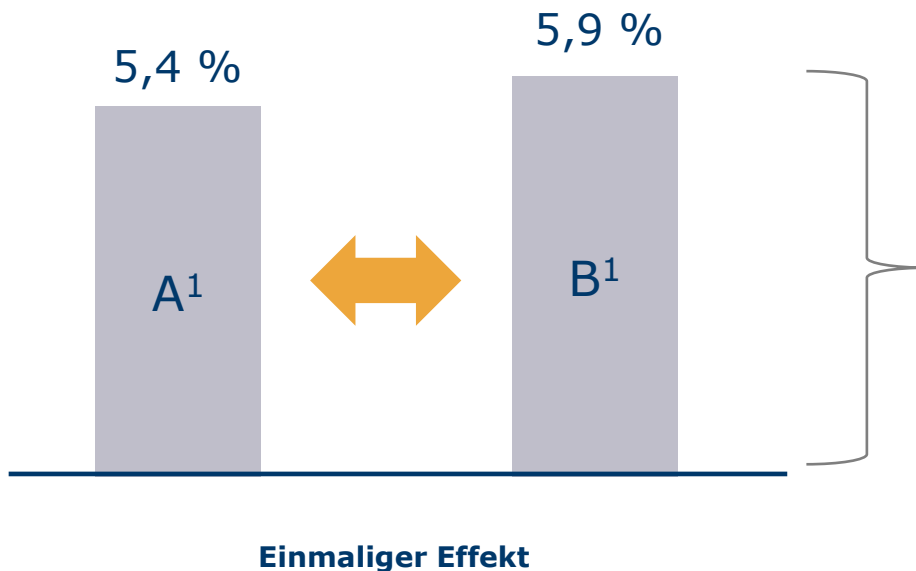
Die oft als zu hoch bewertete Vergütung von technischen Leistungen wird reduziert und die sprechende Medizin gefördert



4. Abschätzung der Kostenentwicklung

Bei Umstellung auf die ELV erwarten wir eine einmalige Kostensteigerung zwischen 5,4 und 5,9%

Abhängig von der Form der Umstellung ergibt die Modellierung eine einmalige Ausgabensteigerung zwischen 5,4 und 5,9 % der jährlichen Ausgaben für ambulante Ausgaben in der GKV (1,3 bzw. 1,4 Mrd. Euro)



- Seit 2007 lag die durchschnittliche Steigerungsrate der ambulanten Vergütung bei 3,8 % p.a. (2008: 4,6%, 2009: 7,1%, 2013: ca. 4,5%)
- Die Kosten einer Umstellung auf die ELV lägen also bei einer Aussetzung zeitweiligen Aussetzung der üblichen Steigerung beinahe im Rahmen der historischen Werte
- Gleichzeitig ergeben sich Verbesserungen in Behandlungsqualität, Transparenz, Zufriedenheit und Komplexitätsreduktion

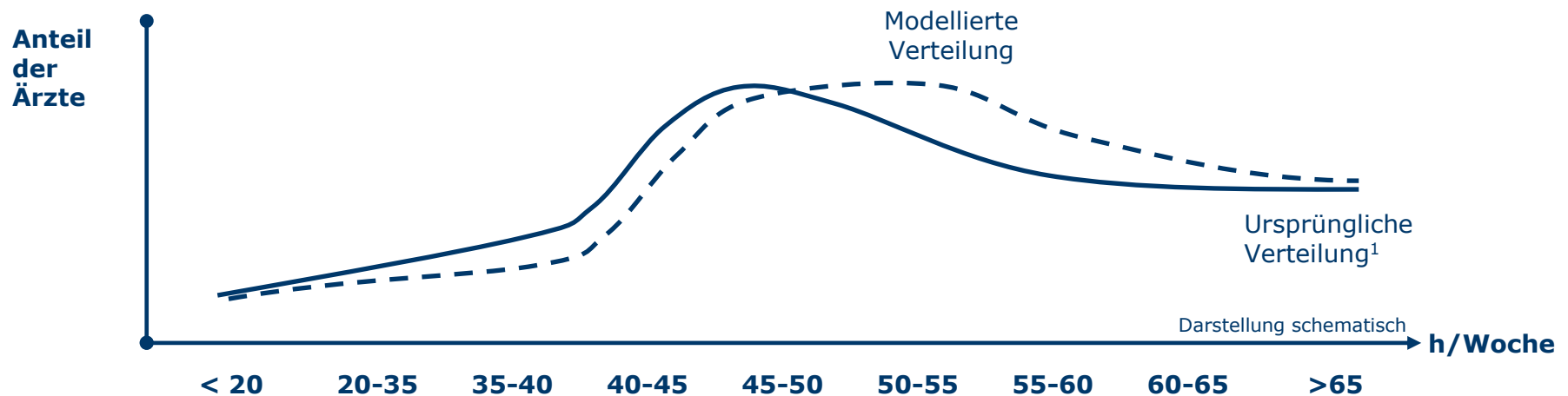
¹ Aus der aktuellen Datenlage wird nur das gesamte Abstaffelungsvolumen ersichtlich, nicht aber die Verteilung der Abstaffelungen auf die einzelnen Praxen. Daher wurde hier mit 2 Varianten gearbeitet.

Die Mengensteigerung wurde auf Basis der Arbeitszeit modelliert

Vorgehen

- Annahme eines proportionalen Verhältnisses von Arbeitszeit und erbrachter Leistung

Annahmen zur Ausweitung der Arbeitszeit



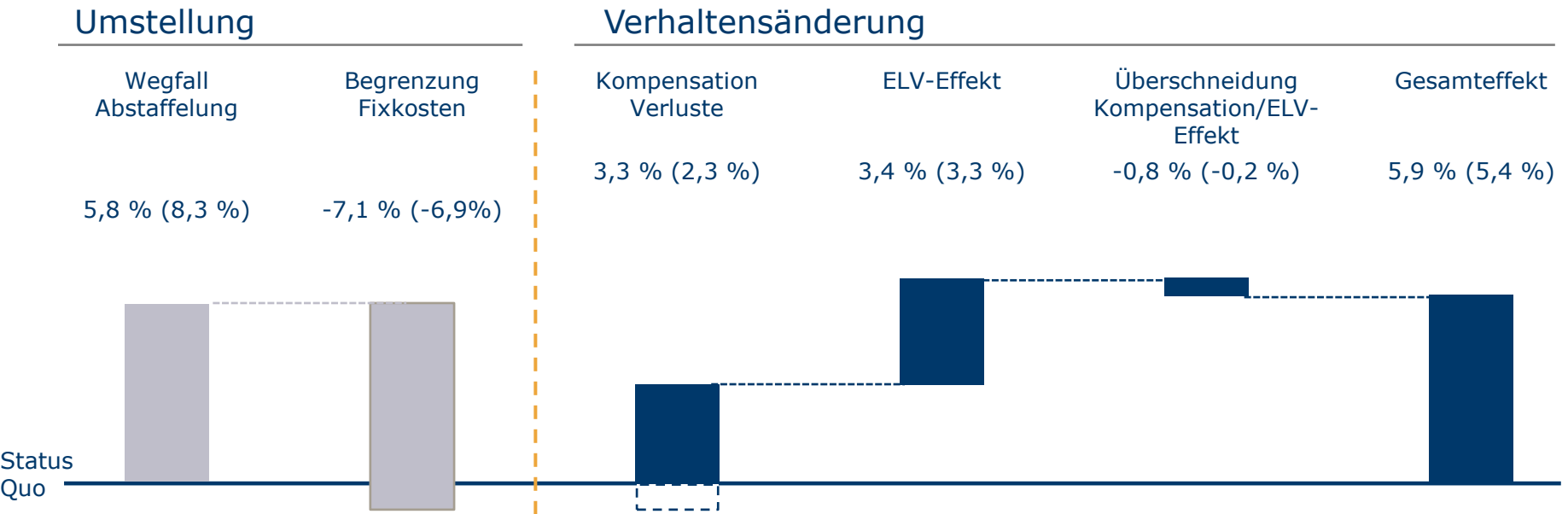
- Ärzte mit <20 Arbeitsstunden/Woche können oder wollen nicht länger arbeiten
- Ärzte mit >65 Arbeitsstunden/Woche erhöhen ihre Arbeitszeit nicht
- In den Gruppen dazwischen weiten jeweils 50% aller Ärzte die Arbeitszeit um \emptyset 5 Stunden pro Woche aus. Noch stärkere Ausweitung der Arbeitszeit unrealistisch
- Außerdem Reduktion der „Praxisferien“ um 70 % \rightarrow Ausweitung der Arbeitszeit um 2,3 %

¹ Vgl. KBV Ärztemonitor 2012. Abgerufen am 14.04.2014 unter: <http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php>.

Der Gesamteffekt von 5,9 bzw. 5,4 Prozent wurde durch eine umfangreiche Modellrechnung mit Echtdateen ermittelt

Schematische Darstellung der Berechnung von Variante B (Variante A)

- **Variante A:** Die Abstufung betrifft nur Praxen deren Punktmenge über den durchschnittlichen Punktmenge aller Praxen p.a. liegt
- **Variante B:** Die Abstufung betrifft alle Praxen unabhängig von der erbrachten Punktmenge



Berechnung für alle Arztgruppen auf Basis von TK-Daten (differenziert nach KVen)

A group of business professionals in a meeting. A man in a light blue suit is pointing at a whiteboard with a white marker. A woman with blonde hair is looking at the whiteboard, and a man with dark hair is looking at the man pointing. The background is a blurred office setting.

5. Empfehlungen zur Umsetzung

Um Verwerfungen zu vermeiden, ist es notwendig, den Übergang zum neuen System stufenweise vorzunehmen

Ausgestaltung eines Übergangsmodells

Ziele 2020



▪ Ziel **kostenneutrale Umstellung:**

- Zunächst direkte Umrechnung von EBM auf ELV



- Anpassungen der Vergütungshöhe von Leistungen werden durch unabhängiges Institut basierend auf Kostenveränderungen festgelegt

▪ Ziel **Vermeidung von Verwerfungen:**

- **Konvergenzphase** um zu starke Verluste und Gewinne einzelner Ärzte zu begrenzen, müssen die heutigen Unterschiede in den Punktwerten (Unterschiede je nach KV und indirekt auch zwischen Arztgruppen) zunächst beibehalten werden



- **Gleicher Lohn für gleiche Leistung** (bundesweit und fachgruppenübergreifend)

Ziel des Gutachtens war die Entwicklung eines Vergütungsmodells, das transparent und weniger konfliktbeladen ist und sich am medizinischem Bedarf orientiert

Dazu haben wir eine ELV entwickelt, die zwischen Fixkosten und variablen Kosten unterscheidet, um die Mengenentwicklung zu steuern

Bei einem Wechsel von EBM zu ELV erwarten wir eine einmalige Ausgabensteigerung zwischen 5,4 und 5,9 %. Dies liegt am oberen Ende der historischen Vergütungssteigerungen p.a.

Dafür bietet die ELV Vorteile für alle Stakeholder:

- Ärzte profitieren von mehr Transparenz und besserer Planbarkeit ihrer Einkünfte
 - Patienten erhalten eine bedarfsgerechte Versorgung
 - Krankenkassen können eine direkte Verbindung von Leistung und Vergütung herstellen und darauf aufbauend Instrumente der Qualitätssicherung entwickeln
-

Die Umsetzung des Konzepts kann in drei Phasen erfolgen: Verfeinerung der Datenbasis, Pilotierung und Implementierung

IGES Institut

www.iges.de