

Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor

Prüfung der Machbarkeit
(Kurzfassung)

STUDIEN
BERICHT

Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor

Prüfung der Machbarkeit
(Kurzfassung)

Studienbericht

für die Techniker Krankenkasse

Berlin, 25. Juni 2014

Autoren

Karsten Neumann
Patrick Gierling
Martin Albrecht
Jean Dietzel
Alina Wolfschütz

Reform der ärztlichen Vergütung im ambulanten Sektor - Kurzfassung der Machbarkeitsstudie

Die Techniker Krankenkasse (TK) plädiert für eine Einzelleistungsvergütung (ELV) in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Mit einer solchen Neuorientierung der Honorierung vertragsärztlicher Leistungen verbinden sich im Wesentlichen vier Ziele:

1. Das gegenwärtig überkomplexe Vergütungssystem soll **transparenter** und **einfacher** werden. Jede ärztliche Leistung, d. h. vor allem die ärztliche Arbeitszeit, soll bundesweit einheitlich vergütet werden – ohne Pauschalierung oder Abstufung. Fixe Praxiskosten werden gesondert vergütet, und zwar in der Höhe, die für eine durchschnittliche Arztpraxis der Fachgruppe betriebswirtschaftlich erforderlich ist.
2. Die ärztlichen Leistungen sollen **bedarfsgerecht** erbracht und vergütet werden. Für Patienten mit einem höheren Versorgungsbedarf sollen entsprechend höhere Vergütungen gezahlt werden. Ärzte erhalten dadurch mehr Zeit für die Behandlung Schwerkranker. Es wird weniger Geld für Patienten ausgegeben, die weniger Versorgung bedürfen. Über-, Unter- und Fehlversorgung werden verringert.
3. Das Vergütungssystem soll **weniger Konflikte** verursachen als heute. Eine Einzelleistungsvergütung beseitigt zahlreiche Streitpunkte zwischen Ärzten und Krankenkassen, die durch fallbezogene Pauschalierungen und geringe Planungssicherheit entstehen. Auch die Konflikte innerhalb der Ärzteschaft – zwischen Fachgruppen und auch unter den Kassenärztlichen Vereinigungen – werden reduziert, weil die Honorarverteilung entfällt und perspektivisch bundesweit einheitliche Preise für ärztliche Leistungen gezahlt würden.
4. Eine Reform der ärztlichen Vergütung kann perspektivisch die Annäherung von GKV und PKV erleichtern und so einen gemeinsamen Wettbewerbsrahmen schaffen.

Gleichzeitig kann ein neues Vergütungssystem nur implementiert werden, wenn die Einführung nicht zu einer Überbelastung des Systems führen wird.

Das IGES Institut hat im Auftrag der TK die Machbarkeit eines Umstiegs auf eine ELV in der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen geprüft. Die Machbarkeitsstudie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die vier zentralen Ziele erreichen lassen, ohne dass es zu übermäßigen Ausgabenzuwächsen kommen muss.

Ausgangslage

Heute besteht eine weit verbreitete Unzufriedenheit mit dem ambulanten Vergütungssystem, das überwiegend auf Pauschalen und Mengengrenzungen aufbaut. Ursache hierfür sind folgende wesentliche Mängel:

- ◆ Aus Sicht der Ärzte ist die Planungssicherheit zu gering und ein Teil der erbrachten Leistung wird nicht bzw. nur unzureichend vergütet.
- ◆ Das Honorarsystem ist intransparent und komplex. Die Verteilung von Einkommenszuwächsen auf die Regionen und Arztgruppen wird oft als ungerecht empfunden.
- ◆ Die Patientenversorgung wird durch eine Reihe von Konflikten belastet
 - zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und Krankenkassen (v. a. um die „angemessene“ Höhe der Gesamtvergütungen),
 - zwischen KV und Ärzten (KVen sind verantwortlich für die Honorarverteilung) sowie
 - zwischen und innerhalb einzelner Arztgruppen und Regionen (insbesondere aufgrund von wahrgenommenen Ungleichverteilungen)

Diese weit verbreitete Unzufriedenheit mit der aktuellen Honorarsystematik ist ein wesentliches Argument, das momentane System zu reformieren. Ein transparentes und einfacheres System auf Basis einer ELV kann diese Defizite adressieren und damit auch die Versorgungssituation verbessern.

Erfahrungen mit Einzelleistungsvergütungen

In Deutschland zeigt das Beispiel der Privaten Krankenversicherung (PKV), dass eine reine ELV ohne jegliche mengensteuernde Elemente zu deutlich umfangreicheren Leistungen und Ausgaben beim einzelnen Versicherten führt. Dagegen zeigen Erfahrungen in der GKV (aktuell bei extrabudgetären Leistungen und in der vertragszahnärztlichen Vergütung), dass eine ELV, die durch geeignete Instrumente flankiert wird, nicht notwendigerweise mit überproportionalen Mengenausweitungen und Kostensteigerungen verbunden sein muss.

Ein ähnlicher Befund ergab sich bei der Betrachtung der ambulanten Vergütung in anderen OECD-Ländern. Wo die ELV in "Reinform" angewandt wird, insbesondere in Teilen der Gesundheitssysteme der USA, Kanadas oder Frankreichs, werden die Auswirkungen zunehmend so kritisch gesehen, dass eine vollständige Abschaffung der ELV diskutiert wird. Länder wie die Niederlande, Japan oder die Schweiz dagegen, die die ELV als ein Element eines komplexeren Vergütungssystems anwenden und mit Mengensteuerungsinstrumenten verbinden, scheinen keinen derartigen Anpassungsdruck zu verspüren und kommen offensichtlich mit der ELV gut zurecht.

Konzept

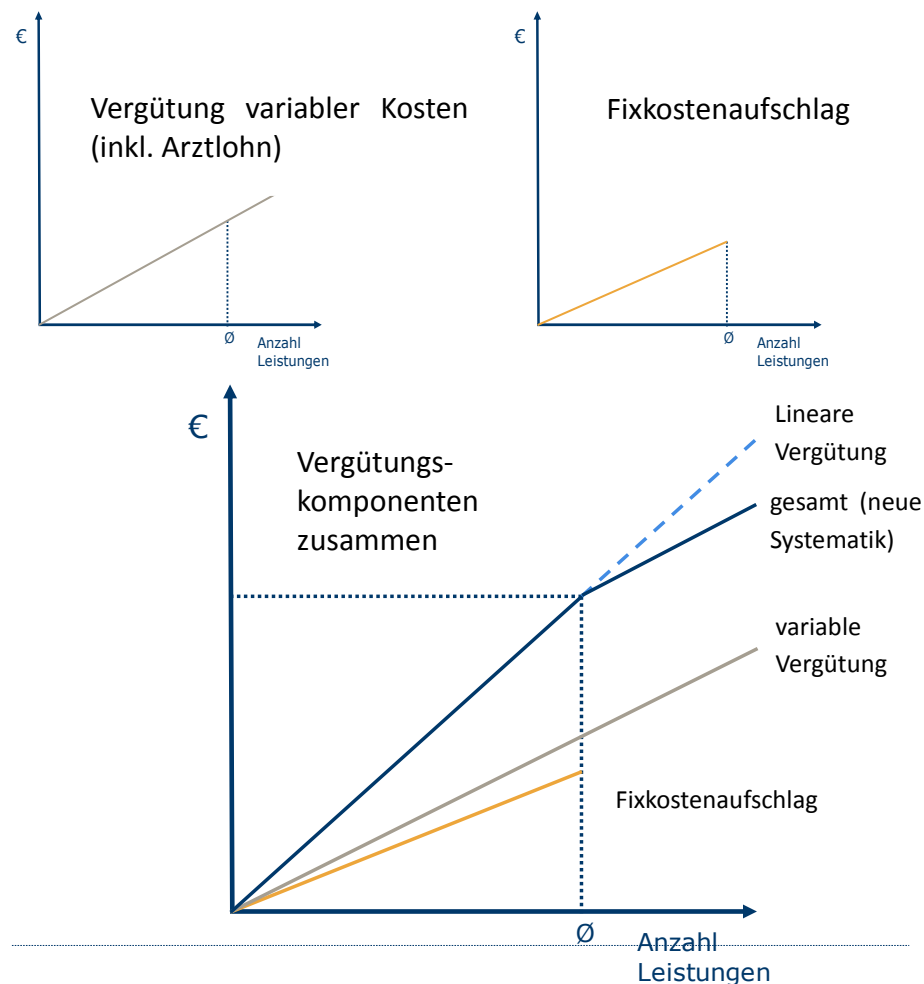
Aufbauend auf diesen Erfahrungen wurde unter Abwägung mehrerer Alternativen ein Konzept für eine ELV im ambulanten Sektor entwickelt, welches einerseits die oben genannten Ziele der TK erfüllt, andererseits aber keine Anreize zu einer unangemessenen Leistungsausweitung setzt.

Das zentrale Gestaltungselement dieses Konzepts ist eine Unterscheidung zwischen variablen und fixen Kosten bei der Vergütung der Einzelleistungen (vgl. Ab-

bildung 1). Die Vergütung für jede abrechenbare Leistung unterteilt sich demnach in zwei Teile. Der variable Anteil (inklusive des Arztlohnes) wird für jede erbrachte Leistung unbeschränkt vergütet. Ein Fixkostenaufschlag dagegen wird nur so lange als Aufschlag auf die Leistungsvergütung gewährt, bis die durchschnittlichen Fixkosten einer Arztpraxis (differenziert nach KV und Arztgruppe) abgegolten sind. So werden die Fixkosten der Ärzte refinanziert, es findet aber bei einer höheren Leistungsmenge keine Übervergütung der Fixkosten statt (entsprechend der gestrichelten Linie in Abbildung 1), die heute besonders bei technikorientierten Arztgruppen häufiger auftritt.

Nicht bedarfsgerechte Mengenausweitungen in einer ELV werden damit auf einfache Weise beschränkt: Da der Fixkostenaufschlag für Leistungen ab dem Punkt der Abgeltung der Fixkosten entfällt, sinkt der Anreiz zu rein betriebswirtschaftlich motivierten Leistungsausweitungen. Sofern weitere Leistungen aber medizinisch nötig sind, erhält der Arzt unbegrenzt eine angemessene Vergütung für die eigene Tätigkeit bzw. für die variablen Kosten der Praxis.

Abbildung 1: Einzelleistungsvergütung – unbegrenzt für variable Kosten, begrenzt für fixe Praxiskosten (\emptyset = Leistungsmenge, die notwendig ist, um die durchschnittlichen Fixkosten zu decken)



Quelle: IGES

Die Umstellung auf dieses Vergütungssystem kann pragmatisch und kurzfristig erfolgen, wenn auf dem heutigen EBM aufgebaut wird. Die Pauschalen werden dabei durch Einzelleistungen ersetzt. Bei der Systemumstellung erfolgt die Festlegung der neuen Vergütungshöhe für Leistungen im Prinzip auf Basis der heute tatsächlich abgerechneten Punktsomme. Für die Leistungen über dem Durchschnitt entfällt der rechnerische Fixkostenaufschlag. Dadurch wird in der Gesamtheit trotz der neuen Fixkostenvergütung eine annähernd kostenneutrale Umstellung erreicht. In den Folgejahren sollen die Gebührenpositionen zunehmend durch sachgerechte Kalkulationen aktualisiert werden. Dabei sind auch Ausnahmesituationen abzubilden, weil etwa in einer ländlichen Region Sicherstellungszuschläge für manche Leistungen erforderlich sind. Als Basis für die Kalkulationen dienen die statistisch erhobenen Kostenstrukturen und die Leistungserbringung in den ärztlichen Praxen. Es wird empfohlen, die Leistungsbeurteilung

durch ein unabhängiges Institut (analog zum InEK im stationären Sektor) durchführen zu lassen.

Kostenabschätzung und Vorzüge einer Einzelleistungsvergütung

Die finanziellen Auswirkungen einer Umstellung auf die ELV wurden basierend auf TK-Abrechnungsdaten simuliert. Anhand der heutigen Verteilung von Fallzahlen, Abrechnungspunkten und Arbeitszeiten auf Arztpraxen wurde modelliert, in welchem Ausmaß Ärzte ihre Leistungen unter den Bedingungen einer ELV ausweiten. Dabei wurden mehrere Mechanismen berücksichtigt, insbesondere mögliche Steigerungen der Fallzahlen je Praxis und der Punktmenge je Fall. Bei vorsichtigen Annahmen ergibt sich aufgrund von Leistungsausweitungen eine Steigerung der Vergütungssumme für die GKV um insgesamt 5,4 bis 5,9 Prozent im ersten Jahr. Dies entspricht einer zusätzlichen Vergütung von 1,29 bis 1,41 Mrd. Euro. Eine entsprechende zusätzliche Leistungsausweitung in den folgenden Jahren wird nicht erwartet. Eine Erhöhung dieser Größenordnung erscheint im Vergleich zu den bisherigen jährlichen Zuwächsen der Gesamtvergütung – in den letzten fünf Jahren (2007-2012) zwischen 1,7 und 7,1 Prozent bzw. jahresdurchschnittlich +3,7 Prozent – und mit Blick auf die mit der Umstellung auf ELV erwarteten Vorteile vertretbar. Die Umstellung auf die ELV könnte damit verknüpft werden, dass die üblichen Honorarsteigerungen für ein Jahr ausgesetzt werden.

Im Gegensatz zu normalen Vergütungssteigerungen geht eine Umstellung auf die ELV mit einer echten Verbesserung für alle am System beteiligten Akteure einher.

Mit Blick auf die heute nahezu undurchdringbaren Zahlungsströme in der ambulanten Versorgung ergeben sich durch die angedachte Einzelleistungsvergütung auf fast allen Ebenen wesentliche Vereinfachungen und für alle Vertragspartner ein konfliktfreieres Honorarsystem. Die Notwendigkeit für die Vereinbarung von Gesamtvergütungen entfällt ebenso wie das Erfordernis der Bildung von Honorartöpfen. Die unbeliebten Mengenbegrenzungsinstrumente der Honorarverteilung entfallen. Stattdessen gibt es für einen Arzt einen festen Leistungspreis mit ebenfalls festem Fixkostenaufschlag, den er bis zum Erreichen der durchschnittlichen Fixkostenhöhe voll erstattet bekommt. Eine externe Mengenbegrenzung, eine Budgetierung oder bei steigender Leistungsmenge sinkende Punktwerte gibt es nicht. Für jede zusätzliche Leistung sind die Einnahmen im Voraus bekannt, für den Arzt liegt somit eine maximale Transparenz und Planbarkeit vor. Die Vergütungssystematik ermöglicht zudem einen Vergleich der eigenen Praxiskosten mit vergleichbaren Ärzten und zeigt Effizienzpotenziale auf.

Patienten profitieren von zufriedeneren Ärzten und einer zielgenaueren Versorgung. Bei undifferenzierten Pauschalen ist die Vergütung für leichtere und schwere Fälle identisch, weswegen ein Anreiz zur Patientenselektion besteht. In einer ELV entfällt dieser Fehlanreiz, sofern dieser eine kleinteilige Gebührenordnung zu Grunde liegt.

Die Krankenkassen können einen direkten Bezug zwischen Leistung und Vergütung herstellen und darauf aufbauend Instrumente der Qualitätssicherung implementieren. Durch den Wegfall des Honorarkonflikts besteht eine bessere Basis für die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Krankenkassen bei wichtigen gemeinsamen Projekten wie der Verbesserung der Behandlungsqualität, dem Ausbau der Prävention und bei Verbesserungen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

Umsetzungsperspektiven

Eine mögliche flächendeckende Umsetzung erfordert im ersten Schritt eine Verfeinerung der Datenbasis. Die Daten des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung von variablen Kosten und Fixkosten sollten durch eine Vergrößerung der Stichprobe nach Arztgruppen bzw. nach KV-Regionen differenzierbar sein.

Das vorliegende Konzept bedeutet einen fundamentalen Wechsel der bisherigen Vergütungssystematik. Dementsprechend ist eine umfassende Diskussion des Konzeptes empfehlenswert, in die alle relevanten Stakeholder eingebunden werden.

Vor der bundesweiten Einführung des Konzepts sollte ein Pilotprojekt (Modellvorhaben) in einer Modellregion durchgeführt werden, um die Tauglichkeit des Konzepts in einem Praxistest unter Beweis zu stellen. Für eine sinnvolle Erprobung ist eine Beteiligung einer ausreichenden Zahl von Krankenkassen erforderlich, um die Mehrheit der Versicherten in der Modellregion einzubeziehen. Nach der Erprobung des Konzepts bieten sich für die konkrete schrittweise Umsetzung verschiedene gesundheitspolitische Optionen an. Die konkrete Umsetzung des Konzepts kann schrittweise im Rahmen einer Konvergenzphase erfolgen, um übermäßige Verluste einer Systemumstellung für bestimmte Fachgruppen oder Regionen zu vermeiden.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com