

Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt:

Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen

Sollen mit ordnungspolitisch fundierten Reformen Grundlagen für ein versorgungspolitisch leistungsfähiges, wettbewerbsfähig effizientes und freiheitliches Gesundheitswesen geschaffen werden, bedarf es offener Analysen und Konzepte. Für die Gesetzgebung fehlt bis heute ein Konzept, wie eine angebotsorientierte Sicherstellung mit „Kollektivverträgen“ und eine nachfrageorientierte Sicherstellung mit „Selektivverträgen“ zusammenwirken können. Systemische Grundlage bleibt bisher das kollektivvertraglich geprägte System von Bedarfsplanung nach Sitzen, Zulassung für alle Krankenkassen und kollektiven Verträgen. Dieses System wird nicht vom Bedarf der Patientinnen und Patienten abgeleitet, sondern lässt alle approbierten Ärzte zu und reguliert im Nachhinein kollektiv. Der andauernde Sachzwang einer nachgehenden Regulierung aus der kollektiven Logik lässt inzwischen auch die Ärzte Alternativen suchen. Dieser „Sachzwang“ scheint auch für ein freiheitliches System der GKV mit Wettbewerb überholt. Denn inzwischen wurden sowohl für die stationäre wie für die ambulante Versorgung „morbidityorientierte“, d.h. nachfrageorientierte Maßstäbe gefunden, die sich am Patientenbedarf (Indikation und Schweregrad) sowie der ärztlichen Kunst (evidenzbasierte Leitlinien) und der Betriebswirtschaft (kostengleiche Fallgruppen) orientieren. Von daher und angesichts der erwarteten demographischen Entwicklung wird bei den folgenden Vorschlägen von einer schrittweise zu realisierenden Neuordnungsperspektive ausgegangen, die Sektorgrenzen zu überwinden. Dabei wandelt sich der angebotsorientierte „Kontrahierungszwang“ der Krankenkassen zu einer bedarfsorientierten „Vertragspflicht“.

■ K.H. Schönbach

Ausgangslage

In Deutschland war die Zahl der ambulant tätigen Ärzte und ihre Verteilung über die ärztlichen Fachgebiete zu keiner Zeit höher oder hätte sich ausgewogener dargestellt als gegen Ende dieses Jahrzehnts. Ebenso haben die Vergütungen der Gesetzlichen wie der Privaten Krankenversicherung der Finanzkrise zum Trotz historische Höchststände erreicht. Wenn aus Sicht zahlreicher Ärzte und Patienten nach Jahrzehnten der Reform gleichwohl Bürokratie, Verteilungsfragen und Wartezeiten eher zunehmen, sollten die Grundlagen des kollektiven Bedarfspla-

nungs-, Zulassungs- und Vergütungssystems grundlegend wettbewerbsfähiger gestaltet werden. In der Vergangenheit haben wiederholte, teils im Verlaufe ihrer administrativen Vorbereitung erneut überdachte Honorarreformen in der Ärzteschaft zu nachvollziehbarem Widerstand, Apathie und Abkehr geführt. Die Hausärzte schaffen zurzeit in zahlreichen Vertragsbezirken durch freie Verträge Vertragsgrundlagen außerhalb der kollektiven Gesamtvergütung oder sind auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen vor die Schiedsämter gezogen.

Auch öffentlich sind geradezu paradoxe Reaktionen in der Ärzteschaft auf die mit einem Honorarplus von weit über 3 Mrd. Euro ausgestattete Vergütungsreform 2009 noch präsent: Offenbar erreichen regionale Gesamtvergütungen für die gesamte ambulante ärztliche Versorgung

K.H. Schönbach, Dipl. Volkswirt, Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband, Berlin.

eine natürliche Leistungsgrenze, wenn und soweit sie der Vielfalt und Dynamik der Versorgungsstrukturen in der entwickelten ambulanten Versorgung nicht mehr gerecht werden können. Und jede neue Etappe der Reform verstärkt – in guter Absicht – Unsicherheit und Konfusion bei den niedergelassenen Ärzten, wo sie Stabilität und Ordnung herzustellen beabsichtigte. Nach der soundsovielten Honorarreform in Deutschland wandern Ärzte inzwischen ebenso nach England ab – das nur halb so hohe Gesundheitsausgaben hat, um dort besser zu verdienen als in Deutschland, wie sie sich etwa der Schweiz zuwenden, wo die Gesundheitsausgaben zwar kaum höher sind als hierzulande, der Arzt aber mehr Zeit für seine Patienten hat. Am Ende des Tages muss sich das kollektive Bedarfsplanungs- und Vergütungssystem andere Ärzte suchen. Eine solche Bewertung kann sich Deutschland qualitativ nicht leisten, auch wenn das Problem quantitativ nicht ins Gewicht fällt.

Denn auch bei den Fachärzten werden zurzeit konkrete Bemühungen verstärkt, unmittelbare Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen einzugehen. Gerade die schier bis ins Letzte detaillierte, gebietskörperschaftlich geprägte Honorarplanung mit den verschiedensten Vergütungssegmenten wird auch von den Fachärzten nicht mehr akzeptiert. Sie war ein Hauptgrund dafür, dass Ärzte – insbesondere im wohlhabenden Süden der Republik – in Scharen privaten Zusammenschlüssen wie dem MEDI-Verbund folgen. Die bloße Abkehr von der „KV“ kann aber nicht das Ziel sein. Die ambulante Versorgung braucht ein neues, stabiles wettbewerbliches Fundament.

Für einen wettbewerblichen Neuanfang gilt: Der Arzt will das für den Patienten Sinnvolle tun und dafür verständlicherweise angemessen vergütet werden. Er will nicht immer neue, teils als unverständlich empfundene kollektive Honorarsysteme bedienen und sich nur „trotzdem“ noch um seine Patienten kümmern. Er will nicht fortgesetzt Honorarbescheide nachzuvollziehen versuchen, die mit seiner Praxis nicht allzu viel zu tun haben und selbst von Fachleuten kaum nachvollzogen werden können. Kurzum: Alle Suche und das Hin und Her zentraler Honorarreformen von der Einzelleistungsvergütung zur Pauschale und zurück sind in einer modernen Gesellschaft vom Scheitern bedroht. Sie sind vom Scheitern bedroht, weil jeder informierte Arzt bei einem kollektiven Honorarsystem Wege findet, in einer großen Gruppe am Ende nicht der Dumme zu sein. Medizinisch begründetes Verhalten wird so von ökonomischen Kalkülen über die Maßen beeinflusst.

Was zentral geleistet werden muss, ist ein im Kern medizinisch begründetes, stabiles und an Patientenproblemen (Indikationen und Schweregraden) anknüpfendes Vergütungssystem, das dann auch betriebswirtschaftlich fundiert wird. Für die stationäre Versorgung ist mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (G-DRGs) eine international bewährte Lösung für Deutschland angepasst und erfolgreich eingeführt worden. Sie sollte auch für die ambulante Versorgung adaptiert werden und den geeigneten Maßstab für ein plurales Vertragssystem herstellen. Dieser Maßstab leistet wie ein Tarifvertrag „Transparenz“. Für den

Leistungsaustausch bedarf es dann – wie in allen anderen Bereichen auch – konkreter Verträge ohne Kontrahierungszwang. Wer Wettbewerb sagt und Wettbewerb will, der muss auch Freiheit geben und Regeln, unter denen das Vertragsprinzip gelten kann.

1. Sicherstellung

Niederlassung und ihre Entwicklung

Die Ärzte, deren Zahl gerade im letzten Jahrzehnt erheblich über den Bedarf gestiegen ist, werden in einer älter werdenden Gesellschaft gebraucht. Die demographische Herausforderung der nächsten Jahrzehnte wird vielfach diskutiert. Von daher ist die Diskussion um die sogenannte Ärzteschwemme abgeklungen. Es gibt aber eine höchst ungleiche Verteilung der Niederlassungen gemessen an dem regionalen Behandlungsbedarf der Bevölkerung. Aus diesen Disparitäten aber gleich umgekehrt einen „Ärztemangel“ abzuleiten, ist verfehlt.

- Vielmehr gelingt es zum einen der ambulanten Bedarfsplanung in der heutigen Form nicht, für eine angemessene regionale Verteilung der Ärzte zu sorgen. Und die Lücken, die die Bedarfsplanung offen lässt, sind bedeutender als ausgewiesen. Denn viele Planungsbezirke sind in den letzten Jahren zusammengelegt bzw. vergrößert worden – ganz Berlin etwa ist ein Planungsbezirk – und die Bezirke schließen heterogene Gebiete mit Über- und Unterversorgung ein. So gibt es etwa in Berlin West über 100mal mehr Psychotherapeuten als in Berlin Ost.
- Zum anderen haben Ärzte in vielen Fällen eine fachärztliche Tätigkeit am Krankenhaus oder seinem Medizinischen Versorgungszentrum vorgezogen. Die Krankenhäuser sind inzwischen mit zahlreichen Formen für die ambulante Behandlung geöffnet. Damit findet ein immer größerer Teil der fachärztlichen Versorgung außerhalb der klassischen niedergelassenen Praxis statt.

Von daher ist es dringend angezeigt, dass zum einen der Gemeinsame Bundesausschuss die Planungs- oder besser „Versorgungsbezirke“ adäquater fasst, sektorübergreifend unter Einschluss der ambulanten Versorgung an den Krankenhäusern und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) definiert und so die tatsächliche Versorgungssituation spiegelt. Die Veränderung von Planungsbezirken muss einem öffentlichen Nachprüfungsverfahren unterzogen sein. Und vor allem muss die Verteilung konsequent mit dem Vertragssystem verbunden werden. Es kann nicht sein, dass sich in überversorgten Gebieten unter Kontrahierungszwang der Krankenkassen immer mehr Vertragsärzte niederlassen, während in deutlich unterversorgten Gebieten nach Zusatzvergütungen und Hilfe der Bürgermeister gerufen wird. Es bedarf mithin ökonomischer Anreize und Konsequenz. Die zuletzt auf alter Grundlage im Erweiterten Bewertungsausschuss gegen die Stimmen der Ärzteseite verabschiedeten Vergütungsanreize zur Abkehr von Über- und Unterversorgung sind demgegenüber allenfalls halbherzig, mit inkonsequenten Übergangszeiten versehen und von der Selbstverwaltung weiter reduzierbar.

Für die hausärztliche Versorgung bildet der trotz Sonderförderung fortdauernde Rückgang der Zahl weitergebildeter Allgemeinmediziner ein Problem. Die dadurch entstehenden Versorgungslücken konnten bisher weithin durch hausärztlich tätige Internisten geschlossen werden. Grundlegender wirkt sich für die gesamte ambulante Versorgung aus, dass nachfolgende Ärztejahrgänge offenbar eine mit anderen Berufsgruppen vergleichbare Work-Life-Balance anstreben. Der Wertewandel führt an dieser Stelle zu komplexeren Anforderungen. Vor allem junge Ärztinnen, aber auch Ärzte schreiben auch dem privaten und dem Familienleben einen angemessenen Stellenwert zu und schätzen kaum anders als ihre Generation flexible Arbeitszeiten hoch ein. Selbst dort, wo aus betriebswirtschaftlichen Gründen, etwa mit Blick auf die gemeinsame Gerätenutzung, von einer Einzelpraxis nicht abgeraten wird, ist für Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit etwa in Medizinischen Versorgungszentren sehr attraktiv.

Kurzum: Insbesondere eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung wird künftig vor allem in Ballungsräumen und Residenzstädten weiterhin gesichert sein. Im ländlichen Raum und kleineren Städten wird sie nicht der Normalfall bleiben. Dies gilt umso mehr, wenn demographische Faktoren den Bedarf verändern. Ein dringend benötigtes, die fachärztliche Versorgung sicherstellendes System, kann offenbar nur noch sektorübergreifend konzipiert sein und muss Krankenhäuser und MVZ einbeziehen. Von daher braucht es sektorübergreifender Bedarfsplanungs-, Vergütungs- und Vertragssysteme.

Vergütung und Leistungsentwicklung

Die Honorierung der Ärzte beruht auf ohne Alternative „einheitlich und gemeinsam“ vereinbarten kollektivvertraglichen Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen je Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichten. Die Verteilung der Honorare an die Ärzte ist fast vollständig von dem Gesamtvertrag der einzelnen Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung entkoppelt. Die einzelne Krankenkasse kann in der Regel nur durch Sonderverträge und Zahlungen neben der Gesamtvergütung zumindest mittelbaren Einfluss auf die Versorgung ihrer Versicherten nehmen. Von daher ist der Kassenwettbewerb an der Drehscheibe der ambulanten ärztlichen Versorgung unterbrochen. Eine Ausnahme bilden die Integrierte und die besondere (haus-) ärztliche Versorgung.

Mit der Einführung „morbiditätsbedingter Gesamtvergütungen“ der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde die Mittelaufbringung neu geregelt. Die Krankenkasse zahlt nun nach den beschlossenen Vergütungsmodellen in einem differenzierten, indikationsgetriebenen und versichertenspezifischen Zuschlagssystem morbiditätsorientierte Gesamtvergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung. Damit soll der Zahlbetrag der Krankenkasse je Versicherten methodisch genau dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versichertenstruktur der Krankenkasse nachgebildet werden. Und man möchte annehmen, die Krankenkasse

wird dies akzeptieren, weil ihre so exakt proportionierten Finanzmittel nun auch der guten ambulanten ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten zugute kommen. Und Ärzte werden diese Vergütung begrüßen, weil der so vergütete Behandlungsbedarf medizinisch und ökonomisch passt. Doch diese Erwartungen sind nicht erfüllt: Die Kassenärztliche Vereinigung führt die so indikationsbezogen gezahlten Gesamtvergütungen der Krankenkassen kassenübergreifend zusammen und zahlt an die Ärzte in weitem Umfang Pauschalen je Fall aus, und zwar unbeachtlich des indikationsbedingten Behandlungsbedarfes. So hat das neue Honorarsystem – dem große Erwartungen vorausgingen – weithin für Unverständnis und Bürokratie gesorgt.

Für die Regelversorgung aus der regionalen Gesamtvergütung bleibt es danach bei der „Regelleistung“ und den Anreizen von Fallpauschalen ohne Indikationsbezug, deren Vergütungsvolumen mehr und mehr von ausgewählten „frei abrechenbaren Leistungen“ geschmälert wird. Da die regionale Gesamtvergütung „Fälle“ honoriert, werden in immer größerer Zahl „Fälle“ abgerechnet. Inzwischen resultieren daraus 17,8 Arztkontakte pro Versicherten und Jahr. In den skandinavischen Ländern etwa beträgt die Zahl der Arztkontakte rund 5 pro Versicherten und Jahr. Trotz Praxisgebühren und historisch niedrigem Krankenstand bewegen Ärzte offenbar immer mehr strukturierten und rationalisierbaren Behandlungsbedarf innerhalb des Praxiskreislaufes. Warnende Äußerungen der Ärzteschaft lassen aufhorchen. Durch die bisherige demographische Entwicklung kann diese Sorge nicht erklärt werden. Vielmehr werden bei Fallpauschalen offenbar planbare und in hoher Zahl reproduzierbare Behandlungsabläufe innerhalb des Systems der Fallpauschalen bevorzugt. Patienten, die diesem Muster nicht entsprechen und erhöht ärztliche Zeit erfordern, geraten vermehrt in den externen Praxiskreislauf. Neue Patienten schließlich, mit unklaren Behandlungsproblemen, werden mit bisher ungeahnten Wartezeiten konfrontiert.

Für die Ärzte offenbart sich dieses Anreizsystem als selbst auferlegte Taylorisierung ihres Arbeitstages, bei dem sie beklagen, für die wirklich Kranken oder ihnen im jeweiligen ärztlichen Fachgebiet besonders anvertrauten Patienten keine Zeit mehr zu haben. Die Vergütungen je Fall sinken wie zuvor die Vergütungen je Einzelleistung, zumal wenn die Kassenärztliche Vereinigung vorsorglich die Vorwegabzüge erhöhen muss. Und für die Patienten ergibt sich kein besseres Bild. Sie erleben Wartezeiten, Überfüllung und kurze Beratungszeiten. Obwohl ihre Beiträge nie höher waren als heute, nehmen Qualität und Service in der ambulanten Versorgung eher ab. Der Versicherte zahlt hohe Beiträge für Leistungen, von denen er täglich in der Presse das Wort „Zweiklassenmedizin“ lesen kann.

2. Weiterentwicklung

Die schwarz-gelbe Koalition Anfang der 90er Jahre hat neben der Neukodifizierung des SGB V (GRG 1989) insbesondere mit der Wahlfreiheit der Versicherten die (mit Rudolf Dressler) Voraussetzungen für den Kassenwett-

bewerb geschaffen. Sie hat aber auch die strikte Budgetierung der Leistungsausgaben eingeführt (GSG 1993). Erst die schwarz-rote Koalition hat den Wettbewerbsansatz aufgegriffen (GKV-WSG 2007) und die Budgetierung abgeschafft. Offen ist noch die Weiterentwicklung durch die neue schwarz-gelbe Koalition.

Vertragsprinzip statt Kontrahierungszwang

Die ambulante ärztliche Versorgung war in der Entwicklung seit 1993 stets Drehscheibe der Konflikte um die Budgetierung und Steuerung, weil der Arzt als Verordnungsberechtigter der Krankenkasse weit mehr Ausgaben verursacht und verantwortet als sein eigenes Honorar. Von daher ist es umso verständlicher, dass der einzelne Arzt Umstände vorzieht, die ihm ein kalkulierbares Honorar bieten und Klarheit über seine Steuerungsaufgabe.

- Von der Logik der Sache her kann die Krankenkasse, die mit der Kassenärztlichen Vereinigung quasi allen Ärzten gegenüber unter Kontrahierungszwang steht, dem einzelnen Arzt im Regelsystem kein kalkulierbares Honorar zusichern, sondern nur der Gesamtheit der ärztlichen Vertragspartner. Entschiede sich die Politik aber in einem wettbewerblichen Ansatz konsequent für eine Abkehr vom Kontrahierungszwang zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. allen ihren Pflichtmitgliedern, würde die Krankenkasse auch kalkulierbare Honorare für den Arzt leisten können. Die heutige Kultur verschiedener, teils ineinander verschachtelter Vergütungssegmente mit teilweise der Abstufung unterworfenen Bereichen und der damit verbundene Reparaturbetrieb könnten so überwunden werden. Als Stichwort sei auf Verträge mit einem Mix aus kontaktunabhängiger Jahres-Einschreibe-Pauschale beim Hausarzt verwiesen, auf Komplexhonorare mit klarem Indikationsbezug und qualifikationsgebundener Einzelleistungsvergütung. Gerade für die fachärztliche Versorgung böte sich ein sektorübergreifendes System diagnosebasierter Fallpauschalen an.
- Entschiede sich die Politik gegen den Kontrahierungszwang und folgerichtig für das freie Vertragsprinzip, würden auch die Grundlagen erreichbar, den Arzt bei seinen strukturellen Steuerungsaufgaben für von ihm veranlasste Leistungen aus einer unklaren, umfassenden Pflicht zu entlassen. Nach dem Vertragsprinzip hätten die Vertragsparteien zu vereinbaren, wie und mit welchen Mitteln sie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherstellen. Dass es dabei weiterhin gesetzlicher Grundlagen bedarf, steht außer Frage. Der Gestaltungsbereich vertraglicher Regelungen würde sich (allerdings ebenso) ganz anders justieren, wie die konkrete Unterstützung des Arztes bei Entscheidungsprozessen größer würde. Als Stichwort sei hier nur auf kassenspezifische Arzneimittellisten verwiesen. Heute verstößt die gemeinsame Selbstverwaltung als öffentlich-rechtlicher Partner des Arztes schon gegen Kartellrecht, wenn sie dem Arzt etwa zur Arzneimittelauswahl konkretere Empfehlungen gibt. In einem System mit Kontrahie-

rungszwang kann vom Arzt aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes alles gefordert werden, aber im Hinblick auf den einzelwirtschaftlichen Konkretisierungsvorbehalt eben nichts konkret. Entsprechend bleibt die Managementunterstützung „allgemein“. Das öffentlich rechtliche System muss sein „Zwangsmittglied“ Arzt schon aus rechtlichen Gründen mit abstrakten, nicht entscheidungsnahen Empfehlungen schlicht allein lassen. Konkrete Unterstützung im Management gibt es nicht per Verwaltungsakt.

Das heutige Planungs-, Zulassung- und Vergütungssystem sichert mithin auf der Makro-Ebene der Gesamtvergütungen und Ordnungsvolumina scheinbar „berechenbare“ Ergebnisse, hinterlässt aber auf der Mikro-Ebene der Versorgung beim einzelnen Arzt inadäquate Informationen und damit verbundene Regeln. Werden solche inadäquaten Regeln verletzt, verbietet es sich meist, Verstöße tatsächlich zu sanktionieren. Die Regeln geraten zu Appellen und Mahnungen. Beispielsweise hat es in Deutschland trotz Dauerdiskussion seit 1989 (!) bis heute systematisch keine tatsächlich regressbewehrte Richtgrößenprüfung für Arzneimittel gegeben. Prüfungen, die Regresse erzeugt hätten, wurden wegen Daten- und/oder Rechtsfragen letztlich niedergeschlagen.

Ambulante DRGs für den Arzt

Die Einzelleistungsvergütung wählt im Kern „ärztliche Verrichtungen“ zu ihrem Maßstab. Deren sprunghafte Vermehrbarkeit ist bekannt. Werden dagegen Fallpauschalen vergütet, steigt die Zahl der Fälle in ungeahnter Form. Eine ordnungspolitische stabile, selbst lernende Lösung wählt dagegen einen medizinisch fundierten Maßstab, der – wie die DRGs im stationären Bereich – an Indikationen und Schweregraden von Patientenproblemen anknüpft. Mit den bereits für die Zukunft gesetzlich angemahnten „Komplexpauschalen“ ist in die Richtung gezeigt. Aber solche Komplexpauschalen knüpfen immer noch im Kern an „Leistungen“ an. Ebenso richtet sich der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zurzeit geforderte „Zeitbezug“ der Vergütung, der ja im Kalkulationssystem des EBM bereits enthalten ist, auf die Vergütung nach Einzelleistungen. Dass Ärzte dann schneller arbeiten als in Durchschnittsvorgaben ist Teil der ärztlichen Kunst.

Demgegenüber ist ein wie bei den DRGs „indikationsbezogenes“, Vergütungssystem überlegen, bei dem nicht – wie heute ambulant – zwischen der Aufbringung der Gesamtvergütung (nach Indikationen) und der Verteilung der Mittel an den Arzt (nach Fällen) unterschieden wird. Bei ambulanten „DRGs“ werden insbesondere die niedergelassenen Fachärzte wie ihre Kollegen in den gleichen Fächern stationär in vergleichsweise kurzer Übergangszeit zum medizinisch sachkundigen Codieren finden. Wie im stationären Bereich wird ein Institut Indikationslegenden verknüpfen und Schweregrade so anordnen, dass diagnosebezogene Fallgruppen mit gleichem Ressourcenaufwand gebildet werden und vergütet werden können. Mit den ambulanten DRGs

- kommen die Mittel mittels Indikationsbezug bei den Patientenproblemen an und bei dem Arzt, den der Patient frei wählt,
- findet der Arzt dazu eine Vergütung, die dem professionell guten Standard der ärztlichen Kunst in der Medizin entspricht,
- wird entsprechend die Therapiefreiheit in der ambulanten Versorgung wirtschaftlich geschützt, statt die ärztliche Kunst auf die geeignete Abrechnung verwenden zu müssen.

Dabei könnte der Effekt, dass die jeweilige Gesamtvergütung der jeweiligen Krankenkasse sich mit der Zunahme der gemessenen Morbidität erhöht, erhalten bleiben. Denn wie im stationären Bereich wäre von den ambulant tätigen Ärzten bald eine verlässliche und stabile Codierung nach Diagnosen zu erwarten, so dass alle gewinnen. Gewinnen wird auch die Qualität der Versorgung, weil die Vergütungen problemadäquat sind. Und aufgrund der höheren Therapiefreiheit wird eine sektorübergreifende Qualitätssicherung hinzukommen. Der gemeinsame Bundesausschuss arbeitet bereits an einem entsprechenden System. Die Anstrengungen sollten sicherlich unter Einbezug der Patientenvertreter intensiviert werden. Darüber hinaus ist jede Gruppe von Vertragspartnern bemüht, Qualität vertraglich zu fördern und verpflichtet, Qualitätsmanagement zu betreiben sowie Qualitätsberichte zu erstellen und zu veröffentlichen.

Und schließlich wird die Vertragsfreiheit des einzelnen Arztes gestärkt, wenn er individuell eine Vergütung nach dem gleichen Maßstab vorfindet, wie sie mit dem Kollektiv seiner Berufsgenossen in der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird. Dies ist gerade dann der Fall, wenn die Vergütung des Behandlungsbedarfs beim einzelnen Arzt nach der gleichen Methodik vollzogen wird wie die Aufbringung der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Auf die heute praktizierte, hoch komplexe „Bereinigung“ der kollektiven Gesamtvergütung zugunsten individuell vereinbarter Versorgungsaufträge kann dann verzichtet werden.

Von diesem indikationsbezogenen, bedarfsorientierten Maßstab der Vergütung bzw. der Vergütungsgerechtigkeit und dem Dumpingverbot ist die jeweilige konkrete Vertragsgestaltung zu unterscheiden. Arzt, MVZ oder Krankenhaus bzw. entsprechende Verbände müssen selbstverständlich frei sein, auf dieser Grundlage mit der Krankenkasse andere Vergütungsformen zu vereinbaren (Capitation, P4P, etc.). Und schließlich ist darauf hinzuweisen, dass für die Hausärzte, deren Gesamtvergütung ja bereits heute von der fachärztlichen Gesamtvergütung abgetrennt ist, sowohl bei der Aufbringung der Mittel (Kopfpauschale) wie bei der Vergütung (Grund- und Zusatzpauschalen) spezifisch geeignete Maßstäbe anzuwenden sind. Hier geben die Hausarztverträge den innovativen Maßstab der Diskussion.

Sektorübergreifende Bedarfsplanung

Wie bereits erwähnt und von der Ärzteschaft selbst postuliert ist der ambulante Sektor unter sonst gleichen Bedingungen künftig nicht mehr in der Lage, ohne sektorübergreifenden Einbezug der ambulanten Leistungen des stationären Sektors eine qualifizierte und wohnortnahe fachärztliche Versorgung herzustellen. Der stationäre Sektor weist infolge der Reorganisation aufgrund des neuen diagnosebasierten Vergütungssystems der DRGs einen deutlichen Produktivitätssprung auf. Gemessen wird eine seit der Einführung der DRGs um 20 bis 30 Prozent höhere Produktivität. Ein beträchtlicher Teil der zurzeit in den Krankenhäusern offenen Arztstellen ist in Häusern anzutreffen, die weniger als 75 Prozent Auslastung aufweisen, obwohl die Auslastung betriebswirtschaftlich incentiviert wird. Es ist eine vordringliche Aufgabe der Politik, die stationäre Bedarfsplanung und Investitionsfinanzierung mit dem Vergütungssystem zu synchronisieren, d.h. leistungsorientiert auszugestalten. Ohne eine monistische Finanzierung geht das nicht. Damit könnten auch besser als bisher bedarfsferne Kapazitäten aufgedeckt werden und ausscheiden. Die Produktivitätsgewinne des stationären Sektors könnten auf diesem Wege sinnvoll und bedarfsgerecht für die ambulante Versorgung gewonnen werden. Dazu bedarf es einer integrierten Sicht. Kurzum: Für den fachärztlichen Bereich sollte die Trennung ambulant – stationär aufgegeben werden.

Eine solche auch von der Ärzteschaft geforderte Integration kann allerdings nicht einfach durch gemeinsame „Planung“ von Angeboten bewältigt werden. In einem Wettbewerbssystem bewirtschaftet die GKV nicht „Kapazitäten“ oder „Sitze“, sondern stellt Leistungen sicher und vergütet sie nach Inanspruchnahme.

- Von daher ist es zweifellos unverzichtbar, dass künftig eine sektorübergreifende ambulante Bedarfsplanung in adäquaten Versorgungsregionen formuliert wird, bei der die Partner der Sicherstellung zusammenwirken. Für die ambulant Beteiligten aus dem stationären Sektor sind dies die zuständigen Landesbehörden mit Unterstützung der Landeskrankenhausesellschaften und für den ambulanten niedergelassenen Bereich die Krankenkassen und ihre Vertragspartner in der allgemeinen und besonderen ärztlichen Versorgung. Die allgemeine ärztliche Versorgung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt; die besondere von den jeweiligen Vertragspartnern.
- Die sektorübergreifende Bedarfsplanung wird dann notwendigerweise leistungsorientiert sein müssen. Für die Planungsbereiche wird festgelegt, welche erwartete Leistungsmenge mindestens durch Verträge abgedeckt werden muss. Dabei kommt es auf die ungeteilte Sicherstellung einer wohnortnahen Präsenz im Wesentlichen bei den Hausärzten, Kinderärzten, Gynäkologen und Augenärzten an. Für alle übrigen ambulanten fachärztlichen Leistungen müssen dagegen Qualifikationen, Häufigkeiten und maximal zumutbare Wege von den Sicherstellungspartnern festgelegt werden. Wie diese populationsbezogen vereinbarten Sicherstellungsvor-

gaben dann mit der besten Qualität und dem besten Service mittels ambulanter, stationärer oder mobiler Vertragspartner hergestellt wird, muss dem Wettbewerb überlassen sein.

Demgegenüber wäre es rückwärtsgewandt und wettbewerbsfeindlich, bei der heutigen Bedarfsplanung nach Sitzen zu verharren und darüber hinaus moderne Betriebsformen wie MVZ dadurch zu behindern, dass eine Anteilsmehrheit für Ärzte vorgeschrieben wird. Zum einen wird ein Krankenhaus sich nicht nach „Sitzen“ beteiligen lassen und auch niedergelassene Fachärzte nehmen bereits heute mit unterschiedlichen Arbeitszeiten an der ambulanten Versorgung teil. So stehen Ärzte bereits häufiger nur die Mindestzeit von 20 Wochenstunden vertragsärztliche zur Verfügung und verwenden die übrige Zeit privatärztlich. Zum anderen aber können im Wettbewerb nur Ergebnisse und ihre Qualität zählen und nicht Ort oder Rechtsform der Leistungserbringung. Ein Vergütungsabschlag bei ambulanten Krankenhaus-Leistungen wegen des Entfalls von Investitionsanteilen ist sachgerecht, soweit und solange die Investitionen hier außerhalb der Leistungsentgelte geregelt sind. Auch an dieser Stelle liegt schließlich unerledigter Reformbedarf und ein Ärgernis, wenn Länder ihren Finanzierungsanteil vernachlässigen dessen ungeachtet eine leistungsbezogene monistische Finanzierung der Investitionen politisch blockieren.

Dabei kann die Gesundheitspolitik darauf bauen, dass die Vergütungssysteme ambulant wie stationär inzwischen diagnosebasiert und leistungsbezogen formuliert sind bzw. – wie hier vorgeschlagen – formuliert werden können. Die Bereitstellung von Leistungen in den Regionen harmonierte auf dieser Grundlage mit den Verträgen über die Versorgung, die angemessen vergütet werden. So werden für die Regionen zur Sicherstellung strukturiert Mindestleistungsmengen vorgegeben. Krankenkassen schreiben ihre jeweiligen Anteile unter gleichen Bedingungen regional aus und weisen Verträge den Aufsichtsbehörden nach. Punktwerte können nach unten und Sicherstellungszuschläge nach oben begrenzt werden. Bei Abkehr von Ihrem Zwangscharakter kann sich die Kassenärztliche Vereinigung dauerhaft an diesem Verfahren beteiligen. Und schließlich wird die Aufgabe der notwendigen sektorübergreifenden Qualitätssicherung den Ärztekammern zugewiesen. Die Aufsicht über die Sicherstellung obliegt den Landesbehörden als Regulierungsinstanzen. Erfüllt eine Krankenkasse ihre Vertragspflichten nach Feststellung des aufsichtführenden Landes nicht, wird sie für den Anschlußzeitraum für das jeweilige Gebiet zur Kostenerstattung nach der GOÄ verpflichtet und die Fondszuweisung zuvor ggf. gekürzt.

Das sektorübergreifende Vergütungssystem ambulanter fachärztlicher Leistungen sollte wie betont als Fortsetzung und Weiterentwicklung des DRG-Systems gestaltet werden. Es bietet sich dazu an, das Institut für Entgelte im Krankenhaus (InEK) für den fachärztlichen Teil der Versorgung mit dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu verbinden, um die langjährige Erfahrung des InEK für die ambulante Versorgung zu nutzen.

Anzumerken sind für eine solche Vorgehensweise sicherlich schützende Rahmenbedingungen und Bestandschutzfristen, die hier nicht im Detail anzuführen sind. Aber auch wenn der verfassungsrechtliche Gestaltungsspielraum des Bundesgesetzgebers für die Krankenversicherung groß ist und mit der skizzierten Lösung in keiner Weise überfordert würde, ist es ein Gebot der Fairness, bestehenden Praxen eine Vertragsschutzfrist einzuräumen. Dem entspricht auf der anderen Seite, dass auf jeglichen Dirigismus bei der Fragen der Betriebsgrößen und -formen verzichtet wird.

Exempel „Ambulantes Operieren“

Die in diesem Beitrag skizzierten Maximen können exemplarisch für das „Ambulante Operieren“ angewandt werden. Damit würde im Übrigen schrittweise Vertrauen und Sicherheit für eine solche Entwicklung erzeugt. Beim Ambulanten Operieren kann der so definierte Vertragswettbewerb unmittelbar parallel im stationären und vertragsärztlichen Sektor mit den Leistungen nach § 115b SGB V eingeführt werden. Dieser Leistungsbereich hat einige strukturelle Besonderheiten gegenüber anderen Versorgungssegmenten, die im Folgenden nur kurz benannt werden:

- Die Leistungen werden heute im stationären und im vertragärztlichen Bereich extrabudgetär vergütet.
- Die Leistungen sind allgemein als elektiv anerkannt, weil sie im Krankenhaus nur auf Überweisung hin durchgeführt werden dürfen.
- In zahlreichen Regionen gibt es einen Wettbewerb um Patienten, so dass sich für ausgeschriebene Leistungen ausreichend viele Bieter finden werden.
- Für bestimmte Eingriffe sind Qualitätssicherungsinstrumente entwickelt bzw. befinden sich aktuell in der Entwicklung.

Um Qualitätsgewinne und Effizienzreserven erschließen zu können, sollte der zurzeit noch bestehende Kontrahierungszwang in der stationären und vertragsärztlichen Versorgung für den Bereich der Leistungen nach § 115b SGB V aufgehoben werden. Der Gesetzgeber schafft dazu unter Beteiligung der Selbstverwaltung eine einheitliche Leistungsdefinition. Die Vereinbarung von Preisen und Mengen entlässt der Gesetzgeber in den freien Wettbewerb. Das intensiviert zum Nutzen der Patienten wie der Beitragszahler den Leistungs- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern und Vertragsärzten. Wie oben dargelegt, käme den Bundesländern für die Versorgung beim Ambulanten Operieren, die selektivvertraglich vereinbart wird, ordnungspolitisch ein „Wächteramt“ zu. Ihnen obläge die staatliche Kontrolle darüber, dass eine ausreichende, flächendeckende Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Wichtig ist zudem die Implementierung strikter Qualitätssicherung für alle Leistungen, wobei auf die Erfahrungen mit Routinedaten zurückgegriffen wird. Dadurch wird eine Überbürokratisierung bei den Leistungserbringern vermieden und trotzdem der Versuch

vereitelt, mit nicht qualitätsgesicherter Medizin Marktanteile zu erreichen.

3. Fazit

Ein sektorübergreifender Wettbewerbsansatz, der die Sicherstellung der ambulanten Versorgung garantiert, die ambulanten Krankenhausleistungen einbezieht und kalkulierbare Vergütungen sichert, ist möglich. Statt des Kontrahierungszwangs mit jedem Anbieter muss es dabei eine leistungsbezogen sicherstellende Vertragspflicht der Krankenkassen geben. Statt der Zulassung aller po-

tentiellen Anbieter und ihrer kollektiven Regulierung im Nachhinein wir die Einführung des Vertragsprinzips zu mehr Qualität und Verlässlichkeit auf der Mikroebene der Versorgung führen und die Management-Unterstützung der Ärzte nachdrücklich verbessern können. Der damit verbundene Wettbewerbsansatz wird insbesondere den Beteiligten auf der Makro-Ebene zahlreiche neue Management- und Steuerungsaufgaben abverlangen. Er muss sich insbesondere bewähren im Hinblick auf die Sicherstellung in unterversorgten, ländlichen Gebieten. Dort auf der hier betont knapp skizzierten Grundlage „Versorgung“ auszu-schreiben hätte sicherlich bald neue Angebotsstrukturen zur Folge.

Aktuelle Neuerscheinung



Mezzanine-Märkte in der Krankenversicherung

Ein Zugang zu innovativen Gesundheitsleistungen

Von RA Prof. Dr. med. Dr. iur. Christian Dierks, FASozR, Prof. Dr. Stefan Felder und Prof. Dr. Jürgen Wasem

2010, 86 S., brosch., 14,90 €, ISBN 978-3-8329-5231-0

Mezzanine-Märkte sind Versicherungsmärkte für medizinische Leistungen und Produkte, deren Kosten aufgrund einer Kosten-Nutzen-Bewertung künftig nicht oder nur teilweise von der gesetzlichen Basis-krankenversicherung übernommen werden.

Die Autoren schlagen vor, diese Märkte auch für die gesetzliche Krankenversicherung über Satzungsleistungen, Wahltarife und Zusatzversicherungen zu erschließen. Sie schildern in ihrem Beitrag die zu erwartenden Entwicklungen in der Krankenversicherung, die eine Differenzierung zwischen gesetzlicher Basis- und privater Zusatzversicherung notwendig machen. Dazwischen werden Mezzanine-Märkte entstehen, die Elemente von gesetzlicher und privater Krankenversicherung kombinieren.

Abschließend unterbreiten sie eine Gesetzesformulierung, die das vorgeschlagene Konzept in das bestehende System der deutschen Krankenversicherung integriert.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos