

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung

Das Sondergutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

SARAH DAUVEN,
BIRGIT COBBERS

Sarah Dauven ist stellvertretende Leiterin der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Dr. rer. oec. Birgit Cobbers ist Leiterin der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

In seinem jüngsten Gutachten zum Thema »Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung« plädiert der Sachverständigenrat neben Maßnahmen zur Fachkräftesicherung und zur Förderung der Nutzerkompetenz für ein verbessertes Schnittstellenmanagement und die Stärkung eines populationsorientierten und sektorübergreifenden Qualitätswettbewerbs. Zudem empfiehlt er eine weitere Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen an dieser Schnittstelle, eine Erweiterung der Leistungen, die im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung erbracht werden können und ein Darlehensmodell zur Förderung innovativer Versorgungskonzepte.

Teil I: Wettbewerb mit dem Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung

Ausgangspunkt des Gutachtens bilden Ausführungen zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens. Unbeschadet seiner vielfältigen Vorzüge, die sich auch aus internationaler Perspektive zeigen, besteht aus Sicht des Rates noch ein beachtliches Potenzial zur Verbesserung der Qualität, Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Dabei sind die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren, und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung, zentrale Schwachstellen des Systems. Im Mittelpunkt des Gutachtens steht daher die Frage, ob und inwieweit eine Intensivierung des Wettbewerbs an dieser

Schnittstelle zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung beiträgt. Im Kontext der Darstellung von Zielen und Leitbildern der Gesundheitsversorgung betont der Rat die Bedeutung des Wettbewerbs bei der Verwirklichung höherrangiger Gesundheitsziele. Im Zentrum stehen hier die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die Orientierung einer bedarfsgerechten Versorgung an den Wünschen der Bürger. Dieser Zielbezug stellt sich in den verschiedenen Wettbewerbsfeldern (privater Gesundheitsmarkt, kollektivvertragliches System, selektivvertragliches System und Versicherungsbereich) unterschiedlich dar. In wettbewerblicher Hinsicht besteht im Leistungsbereich, auf den sich das Gutachten konzentriert, der größte Handlungsbedarf. Unbeschadet einiger Fortschritte in den letzten

beiden Jahrzehnten weist er immer noch zwei zentrale Mängel auf: Zum einen verfügen die einzelnen Krankenkassen derzeit nur über einen geringen Spielraum für die inhaltliche Gestaltung des Leistungsangebotes und zum anderen fehlt es in den Teilbereichen, in denen sie sich differenzieren können, vielfach an einer konsistenten wettbewerblichen Rahmenordnung. Ausführungen des Rates zu grundlegenden Aspekten des Kartell- und Vergaberechts machen dies deutlich.

Umfang und Struktur der Beschäftigten aus wettbewerblicher Sicht

Neben den wettbewerbsrechtlichen Rahmenbedingungen setzt ein funktionsfähiger Preis- und Qualitätswettbewerb auf Seiten der Leistungserbringer ein ausreichendes Fachkräftepotenzial voraus, sowohl in quantitativer als auch in qualitativer Hinsicht. Die steigende Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen infolge der sich ändernden Altersstruktur der Bevölkerung steht einem schrumpfenden Fachkräftepotenzial gegenüber. Auf der Grundlage verschiedener Projektionen der Fachkräfteentwicklung im Gesundheitswesen diskutiert der Rat mögliche Handlungsansätze zur Fachkräftesicherung. Für den ärztlichen Bereich bedürfe es einer sinnvollen Neustrukturierung des ärztlichen Aufgabenzuschnitts und der Arbeitsteilung, die auch die Delegation von Aufgaben einschließt. Er plädiert für Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, wie eine arbeitsplatznahe, flexible Kinderbetreuung, verbesserte Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach einer Erziehungs- oder Pflegepause sowie innovative Modelle einer familienfreundlichen Flexibilisierung von Arbeitszeit und -organisation. Der Rat hält zudem die Optimierung der ärztlichen Weiterbildung mit verbesserten Rahmenbedingungen, strukturierten Weiterbildungsverbänden insbesondere für künftige Fachärzte für Allgemeinmedizin, individuellem Mentoring, klaren Weiterbildungszielen und systematischer Evaluation bzw. Qualitätsförderung für erforderlich. Angesichts des steigenden Bedarfs infolge der demografischen Alterung und der deutlich abnehmenden Arbeitsvolumina pro Kopf empfiehlt der Rat, die Studienplatzkapazitäten unter

Berücksichtigung der Effizienzreserven an die Veränderungen des Bedarfs anzupassen.

Für den pflegerischen Bereich besteht nach Sicht des Rates eine der vordringlichsten Aufgaben darin, die Zahl an Fachkräften zu erhöhen und dazu eine entsprechende Erweiterung der Ausbildungskapazitäten vorzunehmen sowie die Qualifikationsprofile den veränderten Anforderungen an die Pflege anzupassen. Hierfür müsse die Professionalisierung und Akademisierung der Pflege forciert und der Ausbau an grundständigen und dualen Studiengängen, die praktische Ausbildung und Hochschulqualifizierung auf Bachelorniveau miteinander verbinden, vorangetrieben werden. Der Rat fordert weiterhin die zügige Umsetzung des geplanten Pflegeberufgesetzes mit

Die Akademisierung der Pflege muss forciert und die Studiengänge ausgebaut werden.

dem die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege in der Ausbildung zusammengeführt werden sollen. Ergänzend wird die Qualifizierung der sog. Helfer- bzw. Assistenzberufe für wichtig erachtet sowie eine bessere Durchlässigkeit des (Aus-)Bildungssystems in der Pflege. Darüber hinaus ist es aus Sicht des Rates notwendig, die Arbeitsbedingungen in der Pflege auf den Prüfstand zu stellen und zu verbessern sowie neue Modelle der Arbeitsorganisation zu entwickeln und zu implementieren. Erforderlich seien auch neue Modelle der Kooperation: neue Aufgaben- und Verantwortungsteilungen, der Ausbau von multiprofessionellen Teamstrukturen und vor allem gleichwertige, weniger hierarchische Formen der Zusammenarbeit. Ähnlich wie in der ärztlichen Versorgung sei auch in der Pflege für eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf Sorge zu tragen. Dabei ist den Gutachtern zufolge zu bedenken, dass zunehmend Berufstätige mit der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen konfrontiert werden, diese aber oftmals noch schlechter mit der Erwerbstätigkeit zu vereinbaren ist als die Kinderbetreuung.

Sowohl für den pflegerischen als auch für den medizinischen Bereich empfiehlt

der Rat, dass neben Studien zum Thema Fachkräftemangel, die den Bedarf differenziert erfassen, eine kontinuierliche Gesundheitsberufe-Berichterstattung (Kennzahlen der Ausbildung, der Nachfrageentwicklung und der Beschäftigtenzahlen der Gesundheitsberufe über die Berichterstattung des Statistischen Bundesamtes hinaus) umgesetzt wird, um frühzeitig Mangel- oder auch Überversorgungstendenzen feststellen und entsprechend reagieren zu können.

Stärkung der Nutzerkompetenz als Voraussetzung eines zielführenden Wettbewerbs

Neben einem hinreichenden personellen Angebotspotenzial bildet die Kompetenz der Nutzer von Gesundheitsleistungen eine weitere zentrale Voraussetzung für einen zielführenden Wettbewerb. Unter Wettbewerbsgesichtspunkten geht es vor allem darum, Patienten durch Information und Beratung die Beurteilung und (qualitätsorientierte) Auswahl von Gesundheitsleistungen zu ermöglichen und damit einen Einfluss auf das Angebot auszuüben. Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht sprechen nach Ansicht des Rates weitere gewichtige Gründe dafür, die Nutzerkompetenz zu stärken. Da die absehbare demografische Entwicklung zu einem stark anwachsenden Anteil hoch betagter und (mehrfach) chronisch erkrankter Menschen mit komplexen Krankheitsverläufen führt, steigen die Anforderungen an eine bedarfsgerechte Patienteninformation und -beratung sowie effiziente Schulungsprogramme. Als Reaktion darauf erfolgte in Deutschland in den vergangenen Jahren ein bemerkenswerter Ausbau der Angebote zur Patienten-/Nutzerinformation und -beratung. Trotz der Fortschritte ist jedoch aus Sicht der Gutachter das Gesundheitswissen der Bevölkerung noch unzureichend. Er fordert insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen passgenaue Angebote mit speziellen didaktischen Konzepten und zielgruppenspezifischen Vermittlungsstrategien.

Der Rat begrüßt, dass sich die institutionalisierte Patienten-/Nutzerinformation und -beratung in den vergangenen Jahren so dynamisch entwickelt hat, und dass die Unabhängige Patientenberatung Deutschland e. V. (UPD) im Jahr 2011 in die Regelversorgung überführt wurde. Er sieht darin einen wichtigen

Beitrag zur Stärkung der Patientenposition und des Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Zukünftig hält er es jedoch für erforderlich, die aktuelle Praxis der Ausschreibung der UPD im Sinne einer austauschbaren Leistung zu überdenken und die Befristungsdauer von derzeit 5 Jahren zu verlängern sowie das Budget zu erhöhen und zu flexibilisieren. Darüber hinaus sollte eine institutionelle Konstruktion gesucht werden, die die Unabhängigkeit in inhaltlicher und finanzieller Hinsicht besser gewährleistet.

Der Rat befürwortet auch den bundesweiten Ausbau der Information und Beratung zu Pflegefragen in Gestalt der Pflegestützpunkte, hält es jedoch für erforderlich, die schleppende Umsetzung in einigen Bundesländern voran zu treiben und Bemühungen zu initiieren, um zu einer bundesweit einheitlicheren Struktur zu gelangen.

Der Ausbau von Information und Beratung im Rehabilitationssektor wird ebenfalls begrüßt. Die Gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger haben sich nach Ansicht des Rates jedoch als nicht tragfähig erwiesen. Hier sind neue Konzepte und Modelle gefordert.

Neben der Entwicklung neuer Modelle zur Schaffung einer flächendeckenden Informations- und Beratungsstruktur ist es den Gutachtern zufolge erforderlich, inhaltliche Angebotslücken zu schließen. Dazu gehört beispielsweise die Information und Beratung über neue Versorgungsformen. Um individuell Vor- und Nachteile bei der Krankenkassen-/Tarifwahl und bei neuen Versorgungsformen abschätzen zu können, sei die verpflichtende Bereitstellung von strukturierten Informationen durch die Krankenkassen notwendig.

Eine weitere Herausforderung stellt die fachliche Qualität von Gesundheitsinformation dar, die trotz zahlreicher Aktivitäten in den letzten Jahren noch entwicklungsbedürftig ist und der oft die nötige Evidenzbasierung fehlt.

So erfreulich die expansive Entwicklung der institutionalisierten Patienten-/Nutzerinformation und -beratung einerseits ist, hat sie nach Ansicht der Sachverständigen zugleich auch unerwünschte Wirkungen. Zwar sei ein sehr vielfältiges Angebot entstanden, doch mit der Vielzahl und Vielfalt an institu-

tionalisierten Angeboten sei zugleich die Zersplitterung und Unübersichtlichkeit für die Nutzer gestiegen. Sinnvoller ist nach Ansicht der Gutachter die Schaf-

Mit der Vielzahl und Vielfalt an institutionalisierten Beratungsangeboten ist die Zersplitterung und Unübersichtlichkeit für die Nutzer gestiegen.

fung von integrierten, sektorenübergreifenden Beratungsmodellen, in denen alle Beratungsangebote unter einem Dach zusammengefasst und in wohnort- bzw. quartiersnahe Versorgungsstrukturen eingebettet sind. Dabei sei sicherzustellen, dass die Information und Beratung neutral ist und keinen Partikularinteressen unterliegen. Zudem gilt es dem Rat zufolge, nach Lösungen für die Aufhebung der sektoralen Fragmentierung der Patienten-/Nutzerinformation und Beratung zu suchen. Die Schaffung jeweils eigener Informations- und Beratungsstellen nach SGB V, IX und XI sei aus Nutzersicht nicht sinnvoll und erschwere vor allem für gesundheitlich beeinträchtigte und belastete Patienten die Suche nach der geeigneten Beratungsstelle. Auch die mangelnde Verzahnung gesundheitsbezogener Informations- und Beratungsstellen mit sozialen Informations- und Beratungsangeboten (Wohnberatung, Seniorenberatung etc.) bedürfe der Veränderung, etwa durch Schaffung sektorenübergreifender Beratungsmodelle.

Teil II: Grundlegende Probleme und Lösungsansätze an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor

Sicherstellung von Versorgungskontinuität als Kernaufgabe des Schnittstellenmanagements

Die zahlreichen Schnittstellen im deutschen Gesundheitswesen bergen nach Ansicht des Rates ein großes Risikopotenzial für Ineffizienzen und Wohlfahrtsverluste. Dies gelte besonders für die Schnittstelle zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung, da hier durch die strukturellen Verände-

rungen in der Krankenhausversorgung, die demografische Entwicklung und den damit einhergehenden Wandel der Patientenstruktur neue Probleme und Herausforderungen entstanden seien. Patienten verlassen die stationäre Versorgung mit schwerwiegenden und komplexeren Bedarfslagen, woraus steigende Anforderungen an die ambulante Weiterversorgung resultieren. Als Kernaufgabe eines effizienten Schnittstellenmanagements sehen die Gutachter daher zunehmend die Sicherstellung der Versorgungskontinuität. Die im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vorgesehene Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem Entlassungsmanagement wird begrüßt. Darüber hinaus wird in der stärkeren Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien ein großes Potenzial gesehen, um Schnittstellenprobleme zwischen dem stationären und ambulanten Bereich zu beheben. Dies gelte insbesondere für eine verbesserte intra- und intersektorale Kommunikation bei der Arzneimitteltherapie, z. B. durch den Einsatz von elektronischen Verordnungs- und Entscheidungsunterstützungssystemen. Darüber hinaus sieht der Rat bei der sektorenübergreifenden Informationsverfügbarkeit durch digitalisierte Arztbriefe und Patientenakten Verbesserungspotenzial.

Sektorenübergreifender und populationsorientierter Qualitätswettbewerb

Im Wettbewerb an der Schnittstelle sollte nach Ansicht des Rates nicht nur der Preis, sondern auch die Qualität als Unterscheidungsmerkmal dienen. Die Grundvoraussetzung dafür sind Informationen über die Qualität der Versorgung. Die Messung der Qualität mit validen Qualitätsindikatoren verspricht eine verbesserte Gesundheitsversorgung und damit auch positive Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes. Dazu ist neben einem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement auch eine einheitliche, externe Qualitätsmessung notwendig. Im stationären Bereich sei diese bereits gut umgesetzt. Im ambulanten Bereich fehle jedoch bisher – nicht zuletzt durch die kleinteilige Struktur des Sektors bedingt – eine externe Qualitätssicherung. Der Rat empfiehlt die sektorenübergrei-

fende Qualitätssicherung nach § 137a SGB V konsequent in Richtung populationsbezogener Indikatoren weiterzuentwickeln und diese regelmäßig dem wissenschaftlichen Fortschritt anzupassen. Die Daten sollten veröffentlicht und der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden, sodass Regionen, Arzt- bzw. Anbieternetze und Krankenversicherungen verglichen werden können. Auch für die Evaluation von Projekten der integrierten Versorgung sollten diese Daten nach Ansicht der Gutachter bereitgestellt werden, sodass bewährte Versorgungsmodelle als Vorbild für andere wirken können.

In diesem Kontext wird darauf hingewiesen, dass Qualitätstransparenz die vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen und Professionen sowie den offenen Umgang mit Fehlern nicht gefährden darf. Kontinuierliches gegenseitiges Lernen sei der bessere Weg zur Steigerung der Gesamtqualität als die Marktbereinigung durch Ausscheiden von einzelnen Marktteilnehmern.

Bis populationsbezogene, sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zur Erkennung hochwertiger Gesundheitsversorgung dienen können, ist nach Sicht der Gutachter allerdings noch Entwicklungsarbeit notwendig. Indikatoren könnten hier generell nur Auffälligkeiten aufzeigen, denen dann innerhalb der Region nachgegangen werden müsse. Der größte Vorteil der populationsbezogenen Indikatoren – nämlich dass sie nicht einrichtungs- sondern patientenbezogen sind – ist gleichzeitig ihr größter Nachteil: Es fehlt ein im Einzelfall klar Verantwortlicher. Diese Qualitätsverantwortung kann und soll dem Rat zufolge bewusst auf regionaler Ebene je nach

Die Qualitätsverantwortung soll auf regionaler Ebene und nach den jeweiligen Bedürfnissen organisiert werden.

den jeweiligen Bedürfnissen organisiert werden. Insgesamt bedarf das Gesundheitssystem nach Ansicht des Rates einer stärkeren Fokussierung auf patientenrelevante Ergebnisse. Ergebnisindikatoren sind zwar schwieriger zu erheben als Struktur- und Prozessindikatoren und

müssen überdies risikoadjustiert werden. Allerdings bieten letztlich nur sie Raum für gezielte Innovationen in den Versorgungsstrukturen.

Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär

Der medizinisch-technische Fortschritt ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung. Dieses Potenzial ist nach Meinung des Rates bei Weitem noch nicht ausgeschöpft. Wann immer Leistungserbringer, die ursprünglich unterschiedlichen Sektoren zuzurechnen sind, an einer Sektorengrenze um die Erbringung identischer Leistungen konkurrieren, bedarf es eines einheitlichen Ordnungsrahmens, um Effizienzpotenziale heben zu können. Neben vergleichbaren Qualitätssicherungssystemen, gleichen Regelungen bzgl. der Abrechnung von neuen Behandlungsmethoden, einheitlichen Leistungsdefinitionen, vergleichbaren Einkaufsoptionen sowie einheitlichen Regelungen zur Zulassung und Budgetierung umfasst dies auch die Vereinheitlichung der Vergütung und der Investitionsfinanzierung. Die Einführung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung im Rahmen des GKV-VStG wird von den Gutachtern begrüßt, da hierdurch weitgehend faire Wettbewerbsbedingungen geschaffen wurden, zu denen die Leistungserbringer um Patienten konkurrieren können. Der Umfang dieses Versorgungsbereiches beschränkt sich derzeit jedoch noch auf ein schmales Leistungsspektrum. Die Begrenzung begründet sich aus der Befürchtung angebotsinduzierter Leistungsausweitungen. Auch fehlt es noch an dem zusätzlichen Schritt, der den Wettbewerb der Leistungserbringer um Patienten auch zu einem Wettbewerb der Krankenversicherer werden lässt. Es würde sich daher anbieten, diesen Bereich einer selektiven Vertragsgestaltung zu unterstellen. Krankenkassen könnten auf diese Weise bspw. Qualitätskriterien oder Mengenbegrenzungen in Verträgen vereinbaren. Unter dieser Voraussetzung könnten auch viele der ambulanten Operationen, stationärsersetzende Eingriffe und weitere Leistungen,

wie bislang noch stationär behandelte Kurzzeitfälle, in diese Versorgungssäule überführt werden. Zudem erhalte der Bereich dann Modellcharakter für die Erprobung einer selektiven Vertragsgestaltung, die hier nicht parallel zu Kollektivverträgen, sondern unabhängig von diesen als alleiniger Allokationsmechanismus fungierte.

Die Rolle des Staates in diesem Wettbewerbsmodell wäre eine andere als heute: Neben einer allgemeinen Rechtsaufsicht über die Anbieter und geschlossenen Verträge käme ihm v.a. die Aufgabe zu, Mindestkriterien vorzugeben, die anschließend durch selektivvertragliche Regelungen der Krankenkassen umzusetzen sind.

Wettbewerbliche Lösungen wären insbesondere in heute schon überversorgten Gebieten möglich, da es hier für einen funktionierenden Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern genügend Optionen gäbe. Auf diese Weise könnten heutige Überkapazitäten reduziert und gleichzeitig die relative Attraktivität bislang weniger gut versorgter Gebiete langfristig erhöht werden. Ausdrückliche Kritik üben die Gutachter an der strikten Regulierung der Eigentumsverhältnisse bei medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Die diesbezüglichen gesetzlichen Regelungen werden als innovationshemmend und weder versorgungspolitisch noch ökonomisch gerechtfertigt bewertet.

Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen durch selektive Verträge

Der Rat weist eindringlich darauf hin, dass in einer Erweiterung der selektiven Vertragsmöglichkeiten an der Sektorengrenze ein beachtliches Potenzial liege, um die Intensität des Wettbewerbs zu erhöhen und dadurch Verbesserungen der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erzielen. Grundsätzliche Kritik üben die Gutachter an der unverändert bestehenden Pflicht der Krankenkassen zum Abschluss einer hausarztzentrierten Versorgung sowie an der Anbindung der besonderen Versorgungsformen (hausarztzentrierte Versorgung, integrierte Versorgung sowie besondere ambulante ärztliche Versorgung) an die Beitragssatzstabilität. Dies zeuge von einem Misstrauen in die

Entwicklung der integrierten Versorgung

	2008	2009	2010	2011
Verträge (brutto)	6 400	6 262	6 374	6 339
Teilnehmer	1 661 283	1 635 270	1 771 949	1 926 133
Ausgaben	1 225 064 973	1 224 214 367	1 353 068 055	1 352 305 185

Quelle: Eigene Berechnungen, KJ1, KV 45

Vertragsfreiheit sowie in die Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen, die sich durch selektive Verträge und den mit ihnen einhergehenden Wettbewerb erreichen lassen und enge die Vertragsfreiheit der Parteien unnötig ein. Zielführender sei vielmehr eine spezifische Förderung und Ausweitung sektorenübergreifend angelegter selektiver Vertragsmöglichkeiten.

Von großer Bedeutung für den Vertragswettbewerb ist ein funktionierendes Verfahren zur Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung. Ohne Bereinigung der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung müssten Krankenkassen, die Selektivverträge schließen, ärztliche Leistungen doppelt bezahlen. Der vom Bewertungsausschuss getroffene Bereinigungsbeschluss hat nach Meinung der Gutachter ein für Hausarztverträge praktikables Bereinigungsverfahren etabliert, das aber mit einer Reihe von Problemen behaftet ist: Die Abgrenzung des Versorgungsauftrages von Selektivverträgen gestaltet sich oft schwierig und die Gestaltungsmöglichkeiten der Selektivvertragspartner werden durch den Zwang zur Orientierung am EBM stark eingeschränkt. Der für den Bereinigungsbetrag zugrunde gelegte historische Leistungsbedarf und der tatsächliche Leistungsbedarf können erheblich voneinander abweichen. Ferner sei die Bereinigung auf Einzelarztebene unbefriedigend gelöst. Beispielsweise sollte auch bei Kollektivvertragsärzten eine Fallzahlkürzung vorgesehen werden, wenn Patienten in den Selektivvertrag wechseln. Überdies ist die Bereinigung von Verträgen mit situativer Teilnahme nach Meinung des Rates kaum sinnvoll durchführbar. Besonders problematisch sieht der Rat die mit dem GKV-VStG eingeführte alleinige Honorarverteilungskompetenz der KVen. Alle Fragen der Honorarverteilung, die Selektivverträge und Bereinigung betreffen, sollten wieder im Einvernehmen mit

den Krankenkassen zu lösen sein.

Als zu erprobendes, ergänzendes Verfahren wird eine interne Bereinigung zwischen den Vertragspartnern des Selektivvertrages vorgeschlagen. Die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte rechnen demnach sämtliche von ihnen erbrachten Leistungen nach wie vor mit den KVen ab. Im zweiten Schritt reichen die am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzte das Honorar, das sie von den KVen für die im Rahmen von Selektivverträgen erbrachten Leistungen erhalten haben, direkt an die Krankenkassen weiter. Im dritten Schritt hätten die Krankenkassen nun die Möglichkeit, die Selektivvertragsärzte nach anderen, vertraglich vereinbarten Maßstäben zu vergüten, um z. B. Anreize für höhere Qualität zu setzen.

Ergebnisse einer Befragung zur Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

Auch die Ergebnisse einer eigenen Befragung des Rates zu den integrierten Versorgungsformen weisen u. a. auf die Bedeutung der Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung für die Krankenkassen hin. Bei dieser Erhebung sind die Gutachter der Frage nachgegangen, wie sich die Aktivitäten der Krankenkassen nach Auslaufen der Anschubfinanzierung entwickelt haben

Von großer Bedeutung für den Vertragswettbewerb ist ein funktionierendes Verfahren zur Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung.

und ob – und wenn, in welcher Form – andere Rahmenbedingungen und neuerliche finanzielle Anreizstrukturen für innovative integrierte Versorgungsprogramme erforderlich erscheinen. Die

hochgerechnete Entwicklung der integrierten Versorgung ist in der Tabelle dargestellt. Von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossene Verträge wurden mehrfach gezählt.

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Vertragszahlen seit 2008 weitgehend stagnieren. Allerdings ist die Entwicklung bei den einzelnen Krankenkassen sehr unterschiedlich verlaufen. Während Eigenabschlüsse nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung deutlich zurückgingen, nahm die Beteiligung an Fremdabschlüssen der Vertragsarbeitsgemeinschaften der Betriebskrankenkassen erheblich zu. Im Gegensatz zu den Vertragszahlen sind die Teilnehmerzahlen und Ausgaben inzwischen höher als im Jahr 2008. Die Knappschaft tätigt mit 44 % fast die Hälfte der Ausgaben in der Integrierten Versorgung.

Im Jahr 2011 waren 68 % der Verträge sektorenübergreifend, bei 2,2 % wurde eine Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung durchgeführt, 18 % hatten ambulantes Operieren zum Gegenstand und nur 10 % sahen eine dauerhafte Einschreibung vor. 70 % aller Verträge wurden von mehreren Krankenkassen gemeinsam abgeschlossen.

21 % aller 1442 Vertragsbeendigungen in den Jahren 2008 und 2009 gingen nach Angaben der Krankenkassen auf das Ende der Anschubfinanzierung zurück und 10,5 % der 545 Vertragsbeendigungen im Jahr 2010 auf die Sorge vor der Notwendigkeit eines Zusatzbeitrags. Unter den weiteren Gründen für Vertragsbeendigungen nahmen Kostenprobleme die klar dominierende Rolle ein.

Der wichtigste Aspekt für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung ist aus Sicht der Krankenkassen die Steigerung der Qualität, gefolgt von Kostensenkungen und der Steigerung der Zufriedenheit der Patienten. Auch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten und eine bessere Abstimmung zwischen den Sektoren sind von großer Bedeutung. Als gravierendstes Hindernis für den Abschluss zukünftiger Verträge sehen die Krankenkassen die Notwendigkeit zur Anwendung eines formalisierten Ausschreibungsverfahrens. Ein ähnlich schwerwiegendes Hindernis

stellen die Regelungen zur Budgetbereinigung dar. 79 % aller Krankenkassen haben im Rahmen dieser Befragung angegeben, dass sie gerne einen größeren Anteil ihrer Ausgaben selber gestalten würden. Immerhin 21 % lehnen dies dagegen ab.

Die höchste Priorität genießt das selektive Kontrahieren mit Krankenhäusern. Dies ist bisher nur im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V möglich. Die zweithöchste Priorität wurde erweiterten Prüfmöglichkeiten bei ambulanten Leistungen und Rechnungen zugesprochen. An dritter Stelle folgen Möglichkeiten zum selektiven Kontrahieren im Rahmen der mit dem GKV-VStG neu geschaffenen spezialfachärztlichen Versorgung.

Ebenfalls untersucht wurde die Entwicklung der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V. Sowohl bei den Vertragszahlen als auch bei den Teilnehmerzahlen und den Ausgaben zeigt sich ein kräftiger Anstieg.

Neben den Krankenkassen wurden auch Krankenhäuser befragt, ob sie verschiedene Varianten des selektiven Kontrahierens nutzen würden, wenn hierzu die Möglichkeit bestünde. Die höchste Zustimmung der Krankenhäuser findet sich mit 73 % bei höheren Fallpauschalen im Gegenzug für zusätzliche Qualitätsanforderungen. Aber auch 37 % der Krankenkassen würden diese Möglichkeit nutzen. Die mit 46 % zweithöchste Zustimmung bei den Krankenhäusern und mit 64 % höchste Zustimmung bei den Krankenkassen findet die Budgetverantwortung des Krankenhauses für die gesamte Behandlungskette. Die mit 63 % zweithöchste Zustimmung bei den Krankenkassen findet die Auswahl der Krankenhäuser nach Qualitätskriterien (im Falle elektiver Leistungen). Mit 26 % ist hier die Zustimmung der Krankenhäuser aber am geringsten, so dass vergleichsweise wenige Vertragsabschlüsse zu erwarten wären. Mit zunehmender Größe nimmt sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Krankenhäusern grundsätzlich die Bereitschaft zum selektiven Kontrahieren zu.

Angesichts der insgesamt stagnierenden Bereitschaft der Krankenkassen, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren, schlagen die Gutachter die Förderung innovativer sektorenüber-

greifender Versorgungskonzepte auf Darlehensbasis aus einem speziellen Fonds auf der Grundlage folgender Regelungen vor:

- eine Befristung der Förderung auf fünf Jahre, was einen hinlänglichen Planungszeitraum bildet,
- eine Beschränkung auf sektorenübergreifende Projekte,
- eine verpflichtende systematische Evaluation, die zur Bewertung der Ergebnisse eine adäquate Kontrollgruppe sowie Outcomeindikatoren einschließt, sowie
- eine Priorisierung von populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) Versorgungskonzepten und solchen, die den bisher vernachlässigten Bereich der Pflegeleistungen einbeziehen.

Demnach würden die Krankenkassen für ihre förderungswürdigen innovativen Versorgungsprojekte unter Sicherungsverzicht zinsverbilligte oder zinslose Darlehen für ihre Zusatzkosten

Innovative sektorenübergreifende Versorgungskonzepte sollten auf Darlehensbasis aus einem speziellen Fonds gefördert werden.

nach Bereinigung erhalten, die sie erst nach fünf Jahren zurückzahlen müssten. Sofern sich das betreffende Projekt über spätere Einsparungen refinanziert, dürfte die Rückzahlung des Kredits der Krankenkasse insofern keine Probleme bereiten. Wenn sich das Projekt zwar nicht über spätere Ausgabeneinsparungen refinanziert, seine Evaluation aber eindeutige Verbesserungen der gesundheitlichen Outcomes belegt, könnte dies dem Rat zufolge einen teilweisen Rückzahlungsverzicht mit einer Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds begründen.

Wettbewerb im Leistungsbereich und Zusatzbeitrag

Nach Auffassung der Gutachter dominiert im Wettbewerb der Krankenkassen im Leistungsbereich aktuell zu sehr der

Preis- den Qualitätswettbewerb. Das derzeit existierende Referenzniveau von null Euro bei den Zusatzbeiträgen löst bereits bei geringen Preisdifferenzen erhebliche Reaktionen der Versicherten aus. Unbeschadet der Bedeutung des Preiswettbewerbs gilt es nach Ansicht des Rates zu vermeiden, dass ein einseitiger, kurzfristig orientierter Wettbewerb zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen einen längerfristig angelegten Qualitätswettbewerb um innovative Versorgungsformen gar nicht erst entstehen lässt. Der Rat sieht aufgrund des zunehmenden Verzichts vieler Krankenkassen auf Zusatzbeiträge die Gefahr einer abnehmenden Wechselbereitschaft bei den Versicherten. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, diskutieren die Sachverständigen verschiedene Maßnahmen (z. B. eine signifikante Absenkung von Steuerzuschuss oder Beitragssatz oder die Einführung einer gesetzlichen Verpflichtung zur Prämienausschüttung). Die Gutachter kommen jedoch zum Schluss, dass diese Optionen gegenüber dem geltenden System keine komparativen Vorzüge aufweisen. Eine vorübergehende Abschwächung der wettbewerblichen Dynamik sei zudem schon deshalb unproblematisch, weil ab 2014 bei zahlreichen Krankenkassen wieder Zusatzbeiträge anfallen dürften, was den Preiswettbewerb im Versicherungsbereich dann erneut stimulieren wird. Trotz der momentanen Dominanz des Preissignals im Versicherungsbereich bekunden Versicherte in Umfragen auch nennenswerte Präferenzen für qualitative Elemente im Leistungsbereich. Diese gilt es aus Sicht des Rates im Sinne einer effizienten und effektiven Versorgung zu fördern und mit dem Ziel eines funktionsfähigen Qualitätswettbewerbs für die Versicherten transparenter zu machen. ■

Die Kurzfassung des Gutachtens steht unter www.svr-gesundheit.de zum Download zur Verfügung.