

---

<p>(13) Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung Ausschussdrucksache 0248(70) vom 23.06.03</p>
--

15. Wahlperiode

---

## **Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Reform des ärztlichen Vergütungs- und Abrechnungssystems**

---

Stellungnahme zum

**Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems  
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG), Bundestagsdrucksache  
15/1170 vom 16.06.2003**

---

### **1. Allgemeiner Ausgangspunkt:**

Der Erneuerungsprozess und Strukturwandel des Gesundheitssystems in Deutschland ist überfällig. Die Gesundheitsversorgung in Deutschland bleibt unter ihren Möglichkeiten<sup>1</sup>. Besondere Schwächen sind u.a. bekanntermaßen die Dominanz einer auf akute, episodenhafte und eindimensionale Krankheitsform ausgerichtete kurative Versorgung, die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, inadäquate Anreizsysteme für Krankenkassen und Leistungserbringer insbesondere in der Versorgung chronisch Kranker sowie der Mangel an interdisziplinären, flexiblen und kooperativen Versorgungsstrukturen.

Dabei befinden sich mehr oder minder alle Gesundheitssysteme in Europa in einem Erneuerungsprozess bzw. in einem Strukturwandel. Mittelknappheit und Alterung der Gesellschaft verschärfen diesen Erneuerungsprozess zusätzlich. Im Rahmen und zur Beförderung dieses Strukturwandels sollten die zur Verfügung stehenden neuen technischen, medizinischen und sozialen Möglichkeiten genutzt werden, um Schwachstellen bei der Transition (von Sektor zu Sektor bzw. Leistungsanbieter zu Leistungsanbieter) aufzulösen.

Die Ausgestaltung von Vergütungs- und Anreizsysteme spielen in allen Gesundheitssystemen eine Schlüsselrolle, da sie stärker und direkter als andere Mechanismen auf die Anbieter wirken. Dies kann zu unerwünschten Wirkungen führen, aber auch z. B. zur Intensivierung der Koordination und Kooperation der Akteure sowie zu einer effektiveren und effizienteren Leistungserbringung genutzt werden.

---

<sup>1</sup> Es geht weniger darum, ob das Dt. Gesundheitsversorgungssystem besser oder schlechter ist als andere Gesundheitssysteme. Das Bessere ist der Feind des Guten.

Die Ausgestaltung von Vergütungssystemen und ihren Anreizmechanismen verdient daher mindestens genauso hohe Aufmerksamkeit wie Regelungen, die auf Strukturen, Verträge oder Kontrollen abzielen. Gerade an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Sektor sollten die Vergütungssysteme den Wettbewerb und das faire Miteinanderwerden beider Sektoren erlauben, dabei aber Gefahren (Fallzahl, Mengenausweitung, Vernachlässigung „nicht profitabler“ Patienten) vermeiden.

## **2. Bisherige ambulant ärztliche Vergütung ist nicht unproblematisch**

Qualitätsprobleme im deutschen Gesundheitswesen führen zu nicht unerheblichen Verlusten an Lebensqualität und Lebensjahren. Alle medizinischen Leistungen, ob ambulant oder stationär, werden unabhängig von ihrer Qualität gleich vergütet.

D. h. Anbieter minderer Qualität werden gegenüber Anbieter höherer Qualität „bevorteilt“. Es gibt eine Diskrepanz zwischen qualitätsunabhängiger genormter Geldverteilung und individuellen Qualitätsstandards der Anbieter.

Darüber hinaus sind die Patienten in der Gesundheitsversorgung aufgrund der bestehenden Intransparenzen, Informationsdefiziten und grundsätzlichen Informationsasymmetrien kaum in der Lage, die Qualität der Leistungserbringer sowie die Notwendigkeit und Güte der eigentlichen Behandlung sachverständig zu beurteilen, und können nur in begrenztem Maße als souveräne und kritische Patienten auftreten. Dem behandelnden Arzt ist weitgehend die Nachfrageentscheidung übertragen, in der Erwartung, dass sich dieser als perfekter Sachwalter seiner Patienten verhält.

## **3. Was sollte die ärztliche Vergütung leisten?**

Die ärztliche Vergütung<sup>2</sup> sollte die Höhe des geleisteten Aufwandes widerspiegeln sowie Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander in Verbindung bringen. Sie sollte überschaubar sein und den Ärzten und Ärztinnen auch Sicherheit in ihrer Kalkulation geben.

Anreiz- und Vergütungssystem einerseits und die Rahmenbedingungen andererseits müssen miteinander passbar sein.

Das Problem raffinierter Vergütungssysteme besteht darin, dass diese ihre eigenen „Pathologien“ erzeugen, d.h. Effekte induzieren oder „Schlupflöcher“ öffnen, die vorher kaum absehbar waren. Aus diesem Grund sollten Vergütungssysteme so einfach und transparent wie möglich gestaltet werden.

Ärzte benötigen einen breiten Ermessensspielraum, um gute Ergebnisse zu erzielen. Der Prozess der Leistungserstellung ist nur begrenzt formalisierbar und kontrollierbar. Daher gibt es nicht das perfekte Vergütungssystem (siehe Annex 1: Stärken und Schwächen von Vergütungsformen in Gesundheitssystemen), aber es gibt die Chance Vergütungssysteme möglichst leistungsgerecht und zielführend zu gestalten.

## **4. Gesamtbewertung der vorgeschlagenen Regelungen im GMG**

Im vorliegenden Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) wird das ärztliche Vergütungs- und Abrechnungssystem u.a. durch Komplexgebühren und Fallpauschalen für fachärztliche Leistungen sowie für

---

<sup>2</sup> unabhängig vom Status des Arztes als freiberuflich tätiger oder angestellter Arzt

ambulante Operationen, durch Pauschalvergütungen für die Behandlung von Versicherten in Hausarztssystemen und durch die stärkere Einbeziehung der Krankenkassen in die leistungsgerechte Honorarverteilung weiterentwickelt (siehe auch Annex 2 und 3).

Es handelt sich um ein weitgehend schlüssiges Gesamtkonzept, das einerseits das abbildet, was zur Zeit sinnvoll machbar ist und andererseits den Akteuren und der Selbstverwaltung erhebliche Ausgestaltungsmöglichkeiten und Freiheitsgrade einräumt.

In die Zukunft gedacht, ist möglicherweise davon auszugehen und wünschenswert, dass Kooperationsformen: Ärztehäuser, Integrierte Versorgungseinrichtungen oder Gesundheitszentren das Bild der Gesundheitsversorgung prägen werden. Durch die veränderten Arbeitsstrukturen würde dann deutlich, dass die Auftrennung Versichertenpauschale einerseits und Fallpauschale andererseits sich modifizieren müsste. Daraus lässt sich möglicherweise ableiten, dass die Entwicklung einer morbiditätsabhängigen Versichertenpauschale allein für die klassische Hausarztversorgung (im Gesetz als Kann-Möglichkeit vorgesehen) so nicht zielführend ist.

Für die Integrative Versorgung<sup>3</sup> mit allen Krankheitsbildern (siehe z. B. § 140 d Bereinigung, Ausgleiche) fehlen bislang sachgerechte Kalkulationsmodelle. Ein mögliches Modell könnten z. B. risikoadjustierte Kopfpauschalen sein. Für die notwendigen Instrumente amortisieren sich Entwicklungskosten nicht in einzelnen Projekten. Ihre zentrale Entwicklung und der anschließende kostenfreie Zugang zur Nutzung ist notwendig. Um sie zu entwickeln, müssten u.a. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung zusammenarbeiten. Der Gesetzgeber sollte sie – wie bereits in § 87 Abs. 2 GMG für Leistungskomplexe geschehen – ermutigen und unterstützen, solche Kalkulationsmodelle umgehend in einem überschaubaren Zeitraum in Angriff zu nehmen.

## **5. Vergütung, Qualität und Qualitätswettbewerb (3- Qualitäts-Ebenen)**

### ***Wege zur qualitätsorientierten Vergütung***

Quantität und Qualität der erbrachten Leistung einerseits und Vergütung andererseits sind nicht völlig losgelöst voneinander zu betrachten.

1. Die **erste Ebene**, um der gegenwärtigen „Bevorteilung“ Anbieter minderer Qualität gegenüber Anbietern höherer Qualität in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, ist die Etablierung einer hinreichend praktisch wirksamen Qualitätssicherung.

2. Die **zweite Ebene** beinhaltet, dass unterschiedliche Qualität von Leistungserbringern auch für Patienten erkennbar wird. Dabei ist es vorstellbar, dass im Rahmen der (Gesamt)-Vergütung Ärzte sich nach unterschiedlichen Qualitätsstufen unterscheiden können, diese nach außen transparent für Patienten erkennbar gemacht und auch unterschiedlich honoriert werden. Diese Einteilung in Qualitätsstufen muss zwingend mehr als die Weiterbildungszertifikate beinhalten.

Die Patientin/der Patient würde selbst informiert die Wahlentscheidung treffen können.

---

<sup>3</sup> Für Gesundheitszentren nach § 311 Abs.2 SGB V gab es die Möglichkeit (bis zum 31.12.1995) nach Behandlungsfallpauschalen abzurechnen.

3. Die **dritte Ebene** betrifft konkrete, überprüfbare Qualitäts- und/oder Ergebnisziele, die auch eine modular aufgebaute Vergütung erlauben würden.

Für Verträge in diesem Bereich ist ein hohes Maß an Flexibilität und die grundsätzliche Bereitschaft zu Leistungs- und Qualitätswettbewerb erforderlich.

Theoretisch ist denkbar, dass sie sowohl in Absprache mit der Selbstverwaltung (Kassenärztliche Vereinigung) als auch in Form von unabhängigen Einzelverträgen mit Leistungserbringern geschlossen werden könnten. Dies dürfte in hohem Maße von der Beweglichkeit der Akteure und den Managementqualitäten abhängen. Von den Direkt-/Einzelverträgen geht daher ein wichtiger Reformimpuls aus.

Eine Kombination von qualitätsorientierter Vergütung und Erfolgsbonus für einzelne Disease-Management-Programme<sup>4</sup> (DMP), die eine Integration entlang der Behandlungskette und ihre Strukturierung darstellen, ist daher gut vorstellbar.

Disease-Management-Behandlungsprogramme innerhalb und außerhalb des Risikostrukturausgleiches sind bedeutsame Erfahrungsfelder, da sie theoretisch zielgruppenspezifisch arbeiten und relativ kleinteilig Qualitäts- und Erfolgskriterien entwickeln und messen könnten.

Für generelle Einzel-/Direktverträge mit Fachärzten und mit Kooperativen Versorgungsformen (Ärztelhäuser, Gesundheitszentren, Integrierte Versorgung) werden eher „aggregierte“ Qualitätskriterien als Qualitätsindikatoren eine Rolle spielen.

Die Qualitätsdifferenzierung innerhalb der Ärzteschaft (Ebene 2) als auch die qualitätsdifferenzierten Vertragsbeziehungen (Ebene 3) ergänzen sich.

Beide schließen Benchmark-Optionen nicht aus. Beiden ist gemein, dass ein gewisses Maß an Transparenz und der Nachweis von Qualität (anhand von Qualitätskriterien/Qualitätsindikatoren) vorhanden sein müssen. Beide verbessern die Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten der Patienten.

Die bisher vorgesehenen Regelungen (siehe § 303 SGB V) zum Thema Datentransparenz sind allerdings in keinster Weise genügend, um qualitätsorientierte Vergütung bzw. Qualitätswettbewerb zu ermöglichen. Hierzu bedarf es eines eigenen Datentransparenzgesetzes.

Wenn sich die Anbieterstrukturen differenzieren, hat der Versicherte die Wahl, zwischen Anbietern integrierter Versorgung und den Anbietern fach- bzw. sektorspezifischer Einzelleistungen. Wettbewerb entsteht also nicht nur zwischen Facharzt A oder Facharzt B bzw. zwischen Krankenhaus A und Krankenhaus B oder Krankenhaus B und Facharzt A. Wettbewerb entsteht zwischen unterschiedlich integrierten Leistungsangeboten und den dahinter stehenden unterschiedlich organisierten Leistungsanbieterorganisationen.

Diesen Wettbewerb um Versorgungsqualität gilt es zu fördern.

---

<sup>4</sup> Häufig wird für die Betreuung chronisch Kranker entlang von Leitlinien eine Pauschale propagiert, wobei die Leistungserbringung dokumentiert sein muss, um eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung von vornherein auszuschließen. Präventive Leistungen werden hingegen nach Einzelleistung bezahlt, um deren Erbringung zu fördern. Dieses System könnte eine vergleichende Prozessbewertung (kontinuierliche und evidenzbasierte Patientenbetreuung) sowie eine Ergebnisorientierung kombinieren, was in sich plausibel erscheint.

## ANNEX 1

**Tabelle: Stärken und Schwächen von Vergütungsformen in Gesundheitssystemen (Krauth et al. 1998)**

Vergütungsform	Stärken	Schwächen
Gehalt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten und zuwendungsorientierte Versorgung</li> <li>- macht unabhängig von Patientenforderungen</li> <li>- administrativ einfach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungsenkend</li> <li>- verlangt wenig wirtschaftliches Handeln</li> <li>- tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen „Überlastung“</li> <li>- rasche Überweisung an andere Behandler</li> <li>- Patientenbedürfnisse können tendenziell vernachlässigt werden</li> </ul>
Kopfpauschale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- fördert kontinuierliche Patientenbetreuung</li> <li>- bietet Anreize zur Senkung der Versorgungskosten</li> <li>- (prospektive) Budgetsteuerung möglich</li> <li>- administrativ einfach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enthält Anreize zur Selektion von Patienten nach Gesundheitsrisiken (Abweisung von kostenintensiven Patienten)</li> <li>- tendenziell unzureichende Versorgung von Patienten möglich</li> </ul>
Fallpauschale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entlohnung grundsätzlich gut mit den zu erbringenden Leistungen verknüpfbar</li> <li>- bietet Anreize zu effizienter Behandlung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enthält Anreize zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von schweren Fällen)</li> <li>- tendenziell unzureichende Behandlung von Patienten möglich</li> <li>- grundsätzlich ist es möglich, falsche Diagnosen anzugeben, um eine höhere Fallpauschale abrechnen zu können</li> <li>- leichte Tendenz zur Fallausweitung</li> <li>- für viele Leistungsbereiche schwierig festzulegen</li> </ul>
Einzeleistungsvergütung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- leistungsbezogene Vergütung grundsätzlich möglich (aber Problem der Kostenbestimmung)</li> <li>- tendenziell produktivitäts-/leistungssteigernd</li> <li>- Setzen von Anreizwirkungen für gewünschte Leistungen möglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- enthält Anreize zur Leistungsausweitung (überzogene Leistungen)</li> <li>- Anreize zu Leistungsverchiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, also die Arbeitszeit des Arztes wenig beanspruchenden Leistungen)</li> <li>- löst tendenziell eine Kostenspirale aus</li> </ul>
Kostenerstattung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verlangt wenig wirtschaftliches Handeln</li> <li>- führt tendenziell zu ineffizienter Leistungserbringung</li> <li>- eventuell Abrechnung nicht leistungsbezogener Kosten</li> </ul>

## **Annex 2**

### **Nummer 42 § 85 SGB V (Gesamtvergütung)**

*Abs.3. Mehrausgaben sind zulässig, wenn sie auf Grund von Beschlüssen der Bundesausschüsse Ärzte und Krankenkassen entstehen.*

Hier wird der Grundsatz der Beitragsstabilität siehe § 71 gelockert. Es wird zwar darauf hingewiesen, dass zur Modernisierung des Leistungskatalogs auch die Substitution von bisherigen Leistungen im Leistungskatalog selbst zu berücksichtigen ist. Einsparungen können aber auch in einem anderen Kontext erwirtschaftet werden.

**Abs. 3a/3c (alt)**

Die Abschnitte 3 a/3c zur Gesamtvergütung sind zu prüfen, inwieweit diese den Erfordernissen der Integrierten Versorgung, Ärztehäuser, Einzelverträgen Rechnung tragen.

**Abs.4 Satz 2**

*Die Kassenärztliche Vereinigung haben bei der Honorarverteilung einen mit den Verbänden der Krankenkassen vereinbarten einheitlichen und gemeinsamen Verteilungsmaßstab anzuwenden.*

Dem ist im Prinzip zu zustimmen.

**Abs.4 Satz 4**

**Abs.4 Sätze 6-9**

*Der HVM ist so zu gestalten, dass eine übermäßige Mengenausweitung vertragsärztlicher Leistungen verhindert wird. Es sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen mit festen Punktwerten vergütet wird (Regelleistungsvolumina).*

Das ist zu begrüßen. Für die Mengensteuerung haben sich aber auch Praxisbudgets als wirksam erwiesen.

**Abs. 4.a**

*Dem Bewertungsausschuss wird die Aufgabe übertragen, die Kriterien des HVM für die Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger psychotherapeutischer Leistungen zu bestimmen bzw. zur Festlegung der Regelleistungsvolumina.*

*Der Bewertungsausschuss soll dem BMGS zukünftig einen Bericht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur jährlich vorlegen.*

Das wird als ein Beitrag zur Verteilungsgerechtigkeit und zur Verbesserung der Transparenz begrüßt.

## Annex 3

### Nummer 43 § 87 SGB V (EBM)

b)

1. (Abs. 2 Satz 1) *Die Hinterlegung des erforderlichen Zeitaufwands für die im EBM aufgeführten Leistungen*, verbessert die Transparenz und erleichtert die Abrechnungsprüfung bzw. die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen. Auch für die Ausgestaltung von Einzelverträgen ist das vorteilhaft.
2. (Abs.2 Satz 2) *Bei der Vergütung medizinisch-technischer Leistungen ist die wirtschaftliche Auslastung der medizinisch-technischen Geräte zu berücksichtigen*. Dieser Grundsatz ist zu begrüßen. In der Vergangenheit war ein unwirtschaftlicher expansiver Einsatz von Großgeräten festzustellen.
3. (Abs.2a Satz 1 u. Satz 2) *Die Einführung und Bildung von Leistungskomplexen oder Fallpauschalen unter Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen* ist zu begrüßen. Insbesondere ist es zukunftsweisend in Erwägung zu ziehen, für kooperative Versorgungsformen, z. B. Ärzthäuser und Gesundheitszentren, spezifische Fallpauschalen zu entwickeln. Es ist zu prüfen, ob solche Fallpauschalen nicht weit mehr als die Fachrichtungen abbilden sollten.  
*Die Festlegung von Mindestanforderungen für solche kooperativen Konzepte* ist richtig und notwendig. Allerdings ist die Aussage, das der anfallende Behandlungsaufwand durch eine kooperative Versorgungsform im Vergleich zur Einzelpraxis höher ist, nicht ohne weiteres nachvollziehbar.
4. (Abs. 2a Satz 5) *Die Einführung von Versichertenpauschalen für Hausärzte* ist sachgerecht und zeitgemäß. Die Versichertenpauschale für den Hausarzt stellt eine sehr hohe Aggregationsstufe dar, die hohe Freiheitsgrade für den behandelnden Arzt aber auch möglichen Ungerechtigkeiten beinhalten kann. Eine weitere Elastizität wird dadurch erreicht, dass darüber hinaus auch Einzelleistungen und Leistungskomplexe vergütet werden können, wenn Leistungen nicht adäquat durch Pauschalen vergütet werden können. Die Einführung von Versichertenpauschalen für Hausärzte kann theoretisch auch zu unerwünschten Zuständen führen, dass Patienten tendenziell unterversorgt oder an die Fachärzte abgeschoben werden. Um diesen Tendenzen vorzubeugen, bedarf es einer hinreichend praktisch wirksamen Qualitätssicherung. Dies würde ebenso der Bevorteilung der Anbieter minderer gegenüber Anbieter höherer Qualität entgegenwirken.

*Die Versichertenpauschale soll durch eine erforderliche Einschreibung des Versicherten für ein Jahr flankiert werden. (Das wird in der Praxis noch zu einigem Klärungsbedarf führen.)*

*Für die Entwicklung morbiditätsbezogener Klassifikationssysteme für die Versichertenpauschale ist es sachgerecht, dass sie nur als Kann-Option eröffnet wird. Der Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit wird damit thematisiert, birgt aber zugleich auch die Gefahr einer Kostenexpansion und der Verlagerung und Neuentstehung solcher Verwerfungen innerhalb solcher Klassifikationen.*

*Die Entwicklung von morbiditätsbezogenen Versichertenpauschalen allein für die hausärztliche Vergütung wäre nach seiner Sinnhaftigkeit in einem Gesamtkontext kritisch zu prüfen.*

---