

Frühjahrssymposium 2023
Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V.
*„Das vertragsärztliche Vergütungssystem
unter Veränderungsdruck“*
Berlin, 27. April 2023

Vergütung zukunftsfähig aufstellen

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-
Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement
der Universität Duisburg-Essen

Gesundheitsökonomisches Zentrum CINCH, Essen

Leibniz Science Campus Ruhr

Agenda

- ▼ Die Nutzenfunktionen der Beteiligten
- ▼ Ziele von Vergütungssystemen
- ▼ Herausforderung „Inflation“
- ▼ Herausforderung „Ambulantisierung“
- ▼ Schlussbemerkungen

Agenda

- ▼ Die Nutzenfunktionen der Beteiligten
- ▼ Ziele von Vergütungssystemen
- ▼ Herausforderung „Inflation“
- ▼ Herausforderung „Ambulantisierung“
- ▼ Schlussbemerkungen

Die „Nutzenfunktion“ des Vertragsarztes: $u = f(Y_r, t, Q) / 1$

- ▼ Mögliche Elemente einer idealtypischen Nutzenfunktion $u = f(Y_r, t, Q)$:
 - $Y_r = \text{Real-Einkommen}$, mit $Y_r = f(U - K; i)$
mit $U = \text{Umsatz}$, $K = \text{Kosten}$, $i = \text{Inflation}$
wobei $U = f(t; m; g; \pi)$ und $K = f(m; p; \pi)$
mit $m = \text{Menge techn. Inputs}$; $g = \text{Gebühren}$; $p = \text{Gestehungspreise technischer Inputs}$; $\pi = \text{Produktivität / Produktionstechnologie}$
 - $t = \text{ärztliche Arbeitszeit}$
 - $Q = \text{Qualität (als Proxy für Patientenwohl, ethische Dimension)}$

Die „Nutzenfunktion“ des Vertragsarztes: $u = f(Y_r, t, Q) / 2$

wobei (jeweils c.p.) gelte (keine Rangfolge!):

- $u_2 > u_1$, wenn $Y_{r2} > Y_{r1}$ (Zieleinkommens-Hypothese oder Einkommensmaximierung?)
- $u_2 > u_1$, wenn $t_2 < t_1$ („Vereinbarkeit von Familie und Beruf“)
- $u_2 > u_1$, wenn $Q_2 > Q_1 \Leftrightarrow$ „((nur) partieller) Sachwalter des Patienten“

dabei:

$Q = f(t, m, \pi)$, mit $Q_2 > Q_1$ wenn $t_2 > t_1$ und/oder wenn $m_2 > m_1$;
abnehmender Grenznutzen, Kippunkte

Die „Nutzenfunktion“ der KVen/KBV: $w = f(\Sigma Y_r, \lambda, Q)$

- ▼ Mögliche Elemente einer idealtypischen Nutzenfunktion $w = f(\Sigma Y_r; \lambda; Q)$
wobei ΣY_r = Summe vertragsärztl. Einkommen und λ ein Parameter für die Leistungsgerechtigkeit der Vergütungen zwischen den Arztgruppen

wobei gelte:

- $w_2 > w_1$, wenn $\Sigma Y_{r2} > \Sigma Y_{r1}$ („Maximierung der Gesamtvergütungen“)
- $w_2 > w_1$, wenn $\lambda_2 > \lambda_1$ („Interessenausgleich zw. Arztgruppen“)
- $w_2 > w_1$, wenn $Q_2 > Q_1$ („Sicherstellungsauftrag“)

Die „Nutzenfunktion“ des GKV-SV: $v = f(b, \lambda, Q)$

- ▼ Mögliche Elemente einer idealtypischen Nutzenfunktion $v = f(b; \lambda; Q)$

wobei b = durchschn. Beitragssatz der GKV

mit $b = (\text{GKV-Ausgaben} - \text{Bundeszuschuss}) / \text{beitragspflichtige Einnahmen d. Versicherten}$ (komplexes Zusammenspiel zw. Gesundheitsfonds und Kassen vereinfachend vernachlässigt)

wobei gelte:

- $v_2 > v_1$, wenn $b_2 < b_1$ („Sachwalter der Beitragszahler“)
- $v_2 > v_1$, wenn $Q_2 > Q_1$ („Sachwalter der Versicherten als Patienten“)
- [$v_2 > v_1$, wenn $\lambda_2 > \lambda_1$ („Sachwalter der Versicherten als Patienten“)?]

Agenda

- ▼ Die Nutzenfunktionen des Vertragsarztes und der GKV
- ▼ Ziele von Vergütungssystemen
- ▼ Herausforderung „Inflation“
- ▼ Herausforderung „Ambulantisierung“
- ▼ Schlussbemerkungen

Ziele von Vergütungssystemen aus gesellschaftlicher Sicht

- ▼ Anreize zu wirtschaftlicher Leistungserbringung
- ▼ Anreize zu Qualität
- ▼ Anreize zur Behandlung (i) *aller* Patienten und dies (ii) entsprechend ihrer Bedarfe
- ▼ Leistungsgerechte Vergütung
- ▼ Anreize zur Orientierung der Leistungserbringung an gesundheitspolitischen Zielvorstellungen
- ▼ Anreize zur Implementierung von medizinischem Fortschritt
- ▼ Transparenz für Leistungserbringer (und Finanzierer)

Zielkonflikte

- ⇒ Zielkonflikte zwischen einzelnen Zielen
- ⇒ Normative Entscheidungen über die Auflösung der Zielkonflikte
- ⇒ „Misch-Systeme“ sowohl aus theoretisch-konzeptioneller Sicht als auch in der empirischen Realität zur Moderation von Zielkonflikten

Agenda

- ▼ Die Nutzenfunktionen des Vertragsarztes und der GKV
- ▼ Ziele von Vergütungssystemen
- ▼ Herausforderung „Inflation“
- ▼ Herausforderung „Ambulantisierung“
- ▼ Schlussbemerkungen

Vergütungssystem unter Inflationsstress: Arzt /1

- ▼ Realeinkommen des Arztes c.p. doppelt „angegriffen“:
 - Steigende Preise der Inputfaktoren erhöhen Kosten und mindern c.p. Einnahmenüberschuss/Einkommen
 - Reale Entwertung eines nominal konstanten Einnahmenüberschusses/Einkommens
 - Inflation mindert c.p. Nutzen des Arztes
- ▼ Wirkung der Inflation kann sich zwischen Arztgruppen je nach Produktionsfunktion (und damit Preisen der Inputfaktoren) unterscheiden

Vergütungssystem unter Inflationsstress: Arzt /2

- ▼ Reaktion des Arztes auf inflationsbedingt sinkendes Realeinkommen apriori unbestimmt:
 - Reduzierung technischer Inputs, ggfs. mit qualitätsminderndem Effekt?
 - Reduktion der Arbeitszeit (Freizeit wird attraktiver), ggfs. mit qualitätsminderndem Effekt?
 - Erhöhung der Arbeitszeit (Kompensation der realen Einkommensminderung), ggfs. mit qualitätserhöhendem Effekt?

Vergütungssystem unter Inflationsstress: KVen

- ▼ Inflation senkt c.p. Realwert der Gesamtvergütungen
- ▼ Arztgruppen-unterschiedliche Inflation beeinträchtigt c.p. Interessenausgleich zwischen den Arztgruppen
- ▼ Qualitätseffekte ärztlicher Reaktionen auf die Inflation wirken entsprechend ihrer Nutzenfunktion auf die KVen

Vergütungssystem unter Inflationsstress: GKV

- ▼ Beitragspflichtige Einnahmen erhöhende Inflation ohne Mehrausgaben der Kassen senkt c.p. den Beitragssatz
- ▼ Beitragssatz-neutral, wenn inflationsbedingte Veränderungsrate von (Ausgaben – Bundeszuschuss) der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen entspricht
- ▼ Qualitätseffekte ärztlicher Reaktionen auf die Inflation wirken entsprechend ihrer Nutzenfunktion auf die GKV

- ▼ Gesetzlicher Rahmen grundsätzlich geeignet, damit die ihre Gestaltungsmöglichkeiten nutzende Selbstverwaltung der Herausforderung „Inflation“ sachgerecht begegnen kann
- ▼ Dazu berufene Institutionen:
 - zuvörderst Bewertungsausschuss
 - nachgelagert: Partner der Gesamtverträge

Inflation und vergütungsrechtliches Instrumentarium /2

- ▼ Allgemeine Inflation: gehört zu den Elementen, die im Rahmen der Anpassung des Orientierungswertes (§ 87 Abs. 2e u. 2g SGB V) als „Entwicklung der für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten“ zu berücksichtigen ist.
- ▼ Da die Kosten nicht direkt beobachtet werden können, ist ein gesundheitsökonomisch-statistisches Modell als Entscheidungsgrundlage erforderlich, dessen Modellparameter mit Daten zu speisen sind

- ▼ Unterschiedliche Ausgestaltungen eines gesundheitsökonomisch-statistischen Modelles möglich – sowohl was die funktionalen Abhängigkeiten im Modell als auch die einzubeziehenden Daten angeht
- ▼ So werden faktisch auch mehrere Modelle betrachtet und mit Daten gefüttert
- ▼ Bewertungsausschuss trifft jährlich bei der OW-Anpassung (teilweise explizit, teilweise implizit) Entscheidung über die Ausgestaltung und Datenfütterung eines solchen Modelles – dabei Konsens, dass OW-Anpassung *verhandelt* und nicht anhand der Modelle *ausgerechnet* wird (auch weil kein Konsens über die Modellspezifikation besteht)

- ▼ Zu den Ausgestaltungsmöglichkeiten eines Modelles gehört auch die Beobachtungsperiode der einzuspeisenden Daten, z.B.:
 - Ist-Daten der einbezogenen Variablen abgeschlossener Jahre
 - unterjährige Ist-Daten der einbezogenen Variablen
 - Prognosen zu erwartender Werte für einbezogene Variablen
- ▼ Unterschiedliche Beobachtungsperioden gehen mit unterschiedlichen Time-Lags zw. Kostenentwicklung und Berücksichtigung im OW einher
- ▼ Z.B. hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss im August 2022 beschlossen, das für den Beschluss über die OW-Anpassung für 2023 im Wesentlichen Daten für die Veränderungen der betrachteten Kostenparameter von 2020 nach 2021 berücksichtigt werden

- ▼ spezielle Inflation, die einzelne Arztgruppen sehr unterschiedlich betrifft, nicht sinnvoll Gegenstand der OW-Anpassung
- ▼ aktuelles Beispiel: Energiekosten-Anstiege wirken auf stromintensive Praxen deutlich anders als auf nicht-stromintensive Praxen
- ▼ Hier sind spezifische Lösungen (z.B. Anpassung von spezifischen GOPs, neue GOPs etc.) angezeigt
- Insgesamt: Umgang mit Inflation ist zwar eine Herausforderung für das Vergütungssystem, aber diese ist im Rahmen des geltenden gesetzlichen Rahmens lösbar

Agenda

- ▼ Die Nutzenfunktionen des Vertragsarztes und der GKV
- ▼ Ziele von Vergütungssystemen
- ▼ Herausforderung „Inflation“
- ▼ Herausforderung „Ambulantisierung“
- ▼ Schlussbemerkungen

Ambulantisierung schreitet weiter voran

- ▼ Im europäischen u. internationalen Vergleich hinkt Deutschland bei der Ambulantisierung von OPs und weiteren ambulant-sensitiven Fällen hinterher
- ▼ Multifaktorielle Ursachen für das Hinterher-Hinken, u.a. die **bestehenden Vergütungsanreize**
- ▼ Nutzung der Ambulantisierungspotenziale zur Verbesserung der Effizienz, aber z.B. auch zur Minderung des Fachkräfteengpasses im pflegerischen Bereich
- ▼ Förderung der Ambulantisierung über unterschiedliche Mechanismen möglich, u.a. auch durch unterschiedliche **Kombinationen von Zwang mit Anreizen**

Obligatorische sektorengleiche Vergütung: Hybrid-DRGs

- ▼ Modell des § 115f SGB V: für einen Teilbereich des AOP-Katalogs nach § 115b SGB V erfolgt die Vergütung durch Fallpauschalen („Hybrid-DRGs“) obligatorisch unabhängig davon, ob die Leistungen ambulant oder stationär erbracht werden
- ▼ Unterschiedliche Modelle der Kalkulation der Hybrid-DRGs möglich
- ▼ Teilnahmeberechtigt: Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V) sowie zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V), die die Qualifikations-Voraussetzungen nach § 115b SGB V erfüllen
- ▼ Leistungen sind extrabudgetär – Abrechnung entweder direkt ggn. den Krankenkassen oder („gegen Aufwandsersatz“) durch die KVen oder Dritte
- ▼ Partner der § 115b SGB V-Vereinbarung sollten sich bis 31.3. auf Katalog und Vergütung verständigen – jetzt liegt der Ball beim BMG

Sektorengleiche Vergütung: eine Beispielkalkulation für Orthopädie und Unfallchirurgie

Tabelle 11: Fälle und Abrechnungsvolumina mit Zuordnung zu komplexerer Fallschwere und daraus resultierende SGP 2.

DRG		DRG Fälle	EBM Fälle	AOP Fälle	Fälle Gesamt	Honorar	SGP 2	DRG (Normal-lieger) 2019
I16C	SCHULTER SONST.	10.402	33.366	2.055	45.823	74.149.776 €	1.618 €	2.676,45 €
I18B	KNIE	45.434	73.290	28.874	147.598	187.269.924 €	1.269 €	2.275,87 €
I20H	VORFUSS	46.948	91.171	11.713	149.832	167.764.687 €	1.120 €	2.665,82 €
I23C	ENTFERNUNG OS-MATERIAL	13.743	4.684	8.173	26.600	31.950.361 €	1.201 €	2.201,43 €
I24B	ARTHROSKOPIE	29.015	102.424	63.622	195.061	151.428.656 €	776 €	2.197,88 €
I29B	ARTHROSKOPIE SCHULTER	67.869	25.888	685	94.442	364.252.015	3.171 €	3.743,49 €**
I29C	KOMPLEX	20.444			20.444			
Gesamt		233.855	330.823	115.122	679.800	976.815.419 €		

**Durchschnitt aus I29B (3.520,16) und I29C (3.966,82).

Quelle: Arnegger et al.: Analyse und Einführung einer sektorengleichen Versorgung und Vergütung in Orthopädie und Unfallchirurgie. WIFIN Working Paper 15/2022, S. 19

Hybrid-DRGs und Nutzenfunktion des Vertragsarztes

- ▼ werden (und das gilt auch für die Krankenhäuser) in kurzfristiger Betrachtung erbracht, sofern Vergütung oberhalb Grenzkosten (allerdings dürften längerfristige strategische Erwägungen die kurzfristigen kostentheoretischen Überlegungen überlagern)
- ▼ in aller Regel für Vertragsärzte dann ökonomisch interessanter als die bisherige EBM-Vergütung dieser Leistungen, wenn bei der Kalkulation der Hybrid-DRGs die (stationären) DRGs einfließen
- ▼ Ausweitung der Arbeitszeit oder Umschichtung des bisherigen Leistungsspektrums des Multi-Produkt-Unternehmens Arztpraxis mit leistungsspezifisch differierenden Grenzerlös-Grenzkosten-Differenzen?

Hybrid-DRGs und Nutzenfunktion des KV-Systems

- ▼ Hybrid-DRGs ermöglichen Ausweitung des vertragsärztlichen Honorarvolumens
- ▼ Tätigkeitsverlagerungen von Vertragsärzten zu über Hybrid-DRGs vergüteten Leistungen als Risiko für den Interessenausgleich zwischen den Arztgruppen („Modell gleicher Einkommen bei gleicher Anstrengung“; λ)
- ▼ Tätigkeitsverlagerungen von Vertragsärzten als Risiko für die Sicherstellung der übrigen vertragsärztlichen Leistungen (Q) (im Rahmen der bisherigen Kapazitäten/Köpfe für die vertragsärztliche Versorgung)

Hybrid-DRGs und Nutzenfunktion der GKV

- ▼ Hybrid-DRGs erschließen Wirtschaftlichkeitsreserven und insoweit c.p. Beitragssatzsenkungen
- ▼ Tätigkeitsverlagerungen von Vertragsärzten als Risiko für die Sicherstellung der übrigen vertragsärztlichen Leistungen (Q) für die Versicherten

Hybrid-DRGs als Herausforderung für das vertragsärztliche Vergütungssystem

- ▼ Beobachtung der Auswirkungen auf die übrige vertragsärztliche Versorgung notwendig
 - ggfs. Anpassung im relativen Vergütungsgefüge erforderlich
 - Auswirkungen auf die Anpassung des Orientierungswertes?
- ▼ Stehen die vom Gesetzgeber für „spätestens ab dem Jahr 2026“ geforderten „geeigneten empirischer Kostendaten des ambulanten und stationären Bereichs“ für die Kalkulation für Hybrid-DRGs im ambulanten Bereich zur Verfügung?
 - Ausstrahlung auf den ambulanten Bereich im Übrigen?

Investoren-betriebene Kapitalgesellschaften und Ambulantisierung der Versorgung

- ▼ Bedeutung Investoren-betriebener ambulanter Versorgungseinrichtungen nimmt zu
- ▼ Sind in besonderer Weise in der Lage, die notwendigen Investitionen an der Schnittstelle ambulant-stationär zu leisten
 - Skalenerträge
 - Kapitalkraft
- ▼ Zugleich unterscheidet sich ihre Zielsetzung von der freiberuflicher Vertragsärzte
 - Q stärker nur instrumentell in der Nutzenfunktion verankert
 - Zugleich aber professionellere Möglichkeiten Q innerorganisatorisch auszugestalten
 - Abwägung zw. Y und t irrelevant
- Besondere Beobachtung des Versorgungsgeschehens angezeigt

Agenda

- ▼ Die Nutzenfunktionen des Vertragsarztes und der GKV
- ▼ Ziele von Vergütungssystemen
- ▼ Herausforderung „Inflation“
- ▼ Herausforderung „Ambulantisierung“
- ▼ Schlussbemerkungen

Schlussbemerkungen /1

- ▼ Ambulantes Vergütungssystem hoch komplex und an den Grenzen der Verständlichkeit – auch für die korporativen Akteure, gewiss für die Mehrzahl der Vertragsärzte
- ▼ Nicht förderlich mit Blick auf die Akzeptanz des Systems
- ▼ Defizitär oft auch die Datenlage in Bezug auf Marktstrukturen und Kosten von Leistungen

Schlussbemerkungen /2

- ▼ Aber – bezogen auf die mit ihm verfolgten Ziele – funktional:
 - Kombination aus budgetierter und nicht-budgetierter Gesamtvergütung sowie Weiterentwicklung der budgetierten Gesamtvergütungen entlang der Kriterien Morbidität und Praxiskosten gut begründbar
 - Gebührenordnung (EBM) als „Mischtyp“ aus Einzelleistung und Pauschalierung entspricht dem internationalen gesundheitsökonomischen State of the Art
 - Anpassung an den Medizinischen Fortschritt gegeben (in den durch Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gesetzten Grenzen, die jenseits des Vergütungssystems im engeren Sinne sind)
- ▼ Insgesamt sind die Voraussetzungen (auch durch die institutionelle Ausgestaltung) gegeben, neue Herausforderungen adäquat zu verarbeiten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit