



Perspektiven für die Vergütung von PORT- Gesundheitszentren

Perspektiven für die Vergütung von PORT- Gesundheitszentren

Vorwort

Unsere Gesundheitsversorgung ist mehr denn je in Bewegung. Die Zahl der Gesundheitsfachkräfte sinkt, vor allem im ländlichen Raum. Die Anzahl der älteren Menschen steigt und chronische und Mehrfacherkrankungen nehmen zu. Auch unser Wissen ist gewachsen und damit die Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Ihre zukunftsfähige Gestaltung hat sich bei anhaltendem Kostendruck mit verschiedenen Megatrends wie dem demografischen Wandel, der Veränderung des Krankheitspektrums, der Digitalisierung der Arbeitswelt und Phänomenen wie der aktuellen Corona-Pandemie auseinanderzusetzen. Der Reformdruck steigt.

Mit dem Programm „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ fördert die Robert Bosch Stiftung an mittlerweile 13 Standorten in Deutschland die (Weiter-)Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren für die Primär- und Langzeitversorgung. Mit unserer Förderung wollen wir dazu beitragen, die Gesundheitsversorgung mehr auf die Bedarfe chronisch Erkrankter auszurichten. Dabei geht es uns weniger um das Füllen von Lücken, sondern vor allem um eine qualitative Weiterentwicklung und das Setzen neuer Maßstäbe für eine Versorgung, die konsequent bei den Menschen vor Ort ansetzt.

PORT-Gesundheitszentren für die wohnortnahe, ambulante Versorgung zeichnen sich dadurch aus, dass sie

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte und kontinuierliche Versorgung umsetzen,
- die Patienten im Umgang mit ihren Erkrankungen unterstützen,
- multiprofessionelle Teams aus Gesundheits-, Sozial- und anderen Berufen haben, die miteinander auf Augenhöhe arbeiten,
- neue Potenziale wie E-Health nutzen
- Prävention und Gesundheitsförderung einschließen, sowie
- kommunal gut eingebunden sind.

Die Bündelung dieser Merkmale unter einem Dach oder an einem Standort ist in der deutschen Gesundheitslandschaft innovativ. Für die Patienten ist eine koordinierte Versorgung entscheidend. Sie gewinnen viel, wenn Fachkräfte miteinander kooperieren und eine umfassende Versorgung aus einer Hand bieten. Die bereits bestehenden PORT-Zentren wirken vor Ort und dienen innerhalb ihres Einzugsgebiets als erste Anlaufstelle für alle grundlegenden gesundheitlichen Belange. Diese bedarfsgerechten, populationsbezogenen Angebote mit regionalem Bezug bedeuten einen Paradigmenwechsel hin zu einer Primärversorgung.

Diese für Deutschland neue Versorgungsform erfordert eine veränderte Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen innerhalb der Zentren sowie mit weiteren Leistungserbringern über Sektorengrenzen hinweg. Darüber hinaus sollte die Vergütungsstruktur angepasst werden. Auf die Frage, wie sich die Vergütung insbesondere von ambulanten Leistungen weiterentwickeln lässt, gibt es keine einfachen Antworten. Die Autoren der Oberender AG haben in unserem Auftrag beleuchtet, welche Lösungen andere Länder anwenden und wie verschiedene Optionen für Deutschland aussehen könnten.

Mit dieser Veröffentlichung möchten wir die Diskussion über veränderte Vergütungsmodelle anstoßen, um Primärversorgungsangebote nach dem PORT-Modell und eine qualitative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung für chronisch Erkrankte in Deutschland zu ermöglichen.

Wir wünschen Ihnen eine anregende Lektüre!

Robert Bosch Stiftung

Stuttgart, im Oktober 2020

Inhalt

9	Executive Summary
10	1 Grundlagen der Vergütung im Kontext der PORT-Zentren
10	1.1 Hintergrund
12	1.2 Zielstellung
13	1.3 Ökonomische Grundlagen der Vergütung medizinischer Leistungen
17	1.4 Internationale Erfahrungen
22	2 Handlungsoptionen
22	2.1 Option 1: Primärversorgungspauschale
22	2.1.1 Sozialleistungsträgerübergreifende Lösung
24	2.1.2 Fazit
25	2.2 Option 2: Sektorenübergreifendes Regionalbudget
25	2.2.1 Große Budgetlösung – das Komplettpaket
26	2.2.2 Kleine Budgetlösung – Fokus Primärversorgung
26	2.2.3 Virtuelle Budgetlösung
27	2.2.4 Options-, Pflicht- und Zuordnungsmodelle
28	2.2.5 Qualität
28	2.2.6 Fazit
30	2.3 Option 3: Patientenpauschale und Strukturzuschlag
30	2.3.1 Grundlagen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)
34	2.3.2 Optionen der Verankerung im EBM
36	2.3.3 Fazit
37	2.4 Vergütung versus Finanzierung
38	2.5 Weitere Aspekte
39	3 Fazit
41	Abbildungsverzeichnis
42	Abkürzungsverzeichnis
43	Literaturverzeichnis
47	Impressum

Executive Summary

Mit den Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Gesundheitszentren bzw. im folgenden kurz PORT-Zentren) existiert ein Versorgungsmodell, das darauf abzielt, einen grundlegend neuen Ansatz der Primärversorgung im deutschen Gesundheitswesen zu etablieren. An verschiedenen Stellen ist die Vergütung der hierfür zu erbringenden Leistungen im Status quo unzureichend. So geht das Leistungsspektrum deutlich über den Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hinaus und berührt diverse Sozialleistungsträger außerhalb des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Ferner werden prinzipiell im Regelleistungskatalog vorhandene Leistungen in einer besseren Qualität angeboten, die durch die derzeitigen Vergütungsmodalitäten nicht entsprechend abgedeckt wird. Ein weiterer zentraler Punkt ist die enge Verknüpfung des etablierten Vergütungssystems mit der persönlichen Leistungserbringung eines Arztes¹, was die Etablierung neuer Berufsbilder – wie dem der Community Health Nurse – erschwert. Ziel dieses Beitrags ist eine ergebnisoffene Erörterung alternativer Vergütungsmodelle, welche spezifische Stärken und Schwächen herausarbeitet, ohne eine Entscheidung für oder gegen bestimmte Optionen zu präjudizieren. Hintergrund hierfür ist die starke Kontextabhängigkeit, die pauschalierende Aussagen erschwert.

Der Blick in die einschlägige gesundheitsökonomische Literatur sowie auf die Reformansätze anderer Länder macht deutlich, dass es keine Blaupause für ein idealtypisches Vergütungssystem gibt. Die bestmögliche Variante stellt eine Kombination verschiedener Vergütungskomponenten dar, die sich durch den Grad ihrer jeweiligen Pauschalierung unterscheiden. So können darin feste Pauschalen für einzelne Zentren, kontaktunabhängige und -abhängige Patientenpauschalen und in geringem Umfang die Vergütung von Einzelleistungen ihren Platz finden. Nur über einen kontinuierlichen Prozess der Evaluation und Anpassung kann näherungsweise eine optimale Gewichtung der einzelnen Komponenten erreicht werden.

Beim Abwägen der verschiedenen Optionen Primärversorgungspauschale, sektorenübergreifendes Regionalbudget und auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) basierende Patientenpauschale mit Strukturzuschlägen zeigt sich, dass keine Lösung ideal ist. Für den weiteren Entscheidungsprozess ist zu eruieren, wie verschiedene Kriterien zu gewichten und zu bewerten sind. Erst dann lassen sich Aussagen ableiten, in welchem Kontext eine spezifische Alternative die dominante Strategie darstellt.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden bei Personenbezeichnungen mal nur die männliche, mal die weibliche Form verwendet. Entsprechende Begriffe gelten grundsätzlich für alle Geschlechter und beinhalten keine Wertung.

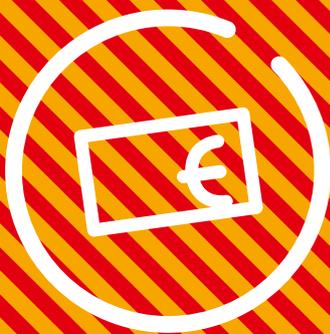
1 Grundlagen der Vergütung im Kontext der PORT- Zentren

1.1 Hintergrund

Die sektorale Fragmentierung der Gesundheitsversorgung, die demografische Entwicklung und die zunehmende Prävalenz chronischer Krankheiten stellen die Finanzierung von Gesundheitssystemen vor Herausforderungen. Zugleich kämpfen die Gesundheitssysteme mit Fragen der Versorgungsqualität und einem zunehmenden Fachkräftemangel. Um diese Probleme zu adressieren, werden weltweit neue Versorgungsformen und Vergütungsmodelle entwickelt und getestet.

Bereits 1978 betonte die World Health Organization (WHO) hinsichtlich nachhaltiger Versorgungsformen die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung (WHO 1978). Dieses Modell wird von den PORT-Gesundheitszentren der Robert Bosch Stiftung aufgegriffen. Zum einen muss es gelingen, die Finanzierung so auszugestalten, dass die richtigen Anreize gesetzt werden, um eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Von der Vergütung wird zum anderen erwartet, dass sie angemessen ist, um genügend Interessenten für die verschiedenen Berufs- und Tätigkeitsfelder zu gewinnen, ohne knappe finanzielle Mittel zu verschwenden.

Die heute zunehmend verfügbaren digitalen Optionen schaffen Potenziale des schnelleren Austausches von Leistungs- und Ergebnisdaten, der Generierung von Lerneffekten und der Verbesserung der Versorgungsqualität bei einem zugleich effizienten Einsatz von Ressourcen. Damit treffen die Herausforderungen auf (neue) Möglichkeiten, die es bei der Suche nach alternativen Versorgungs- und Vergütungsoptionen zu berücksichtigen gilt.



Die deutsche Gesundheitspolitik hat die Nachteile des nach Sektoren gegliederten Gesundheitssystems bereits vor nahezu 25 Jahren erkannt und seither zu verändern versucht. Besondere Versorgungsformen wurden mit dem Ziel entwickelt, durch die Verbesserung der sektorenübergreifenden und interdisziplinär fachübergreifenden Kooperation der Leistungserbringer eine effiziente medizinische Versorgung zu erreichen (DGIV 2019). Trotz dieser Anstrengungen funktionieren die einzelnen Versorgungsbereiche nach wie vor weitgehend nach ihren sektoralen Eigenheiten. Oftmals bestimmt nicht der medizinische Bedarf die Art und den Ort der medizinischen Versorgung, sondern die den Sektoren zugrunde liegenden Regeln der Vergütung und Bedarfsplanung. Das Vergütungssystem bestimmt zudem weitgehend, welche Leistungen grundsätzlich von welchem Akteur angeboten werden bzw. angeboten werden können, und prägt maßgeblich die pekuniären Anreize, die auf das Verhalten von Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten etc. wirken. Es ist festzuhalten, dass bisher nicht einmal das eher bescheidene Ziel, die etablierten Strukturen nachhaltig zu reformieren und besser aufeinander abzustimmen, zufriedenstellend erreicht wurde.

Die Vision der PORT-Zentren geht jedoch noch einen Schritt weiter, als nur die optimale Verzahnung der im Status quo vorzufindenden Versorgungspraxis anzustreben: Die Zentren basieren auf dem Konzept der Primärversorgung, welches das im SGB V umschriebene Leistungsspektrum deutlich übersteigt und eine Bandbreite von Inhalten abdeckt – beginnend bei Angeboten zur sozialen Teilhabe, Gesundheitsförderung und Prävention über die Behandlung akuter Erkrankungen bis hin zu einer Langzeitversorgung chronisch Erkrankter.

Zentren der Primärversorgung sind damit erste Anlaufstelle in gesundheitsbezogenen Fragen für Einzelpersonen ebenso wie für Familien und über alle Altersgruppen und Lebensphasen hinweg. „Dabei umfasst Primärversorgung gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt – einem gemeindenahen Ansatz folgend – eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen“ (Klapper 2018, S. 3).

Entsprechend umfassend sind die Herausforderungen, wenn es gilt, Empfehlungen für ein Vergütungssystem zu entwickeln, das der den PORT-Zentren zugrunde liegenden Vision gerecht wird. Dabei gilt es abzuwägen zwischen einerseits einer idealtypischen Ausgestaltung und andererseits einer praxisnahen Lösung – auch unter den derzeitigen Vorzeichen einer zeitnahen Implementierung.

1.2 Zielstellung

Mit der Implementierung von PORT-Zentren gehen **fünf wesentliche Herausforderungen** hinsichtlich der bestehenden Vergütungssystematik einher:

- **Herausforderung 1:** PORT-Zentren sollen einen Beitrag leisten, Gesundheit zu erhalten, Gesundheit wiederherzustellen und mit Krankheit und Behinderung gut leben zu können. Entsprechend decken PORT-Zentren ein Leistungsspektrum ab, dessen Bestandteile in verschiedenen Büchern des SGB verankert sind.
- **Herausforderung 2:** Fokussiert man auf Gesundheitsversorgung im engeren Sinne und damit auf das SGB V (GKV), das inhaltlich den größten Teil der PORT-Aktivitäten abdeckt, geht das Leistungsspektrum eines PORT-Zentrums immer noch deutlich über den Umfang des (bestehenden) Regelleistungskatalogs hinaus (Bedarfsanalyse, Vernetzungsaktivitäten, Public Health-Komponenten etc.) und wird folglich in Teilen nicht vergütet.
- **Herausforderung 3:** Zwar werden einzelne Leistungen der Art nach vergütet (z. B. Koordination der Versorgung), jedoch nicht in einem Umfang bzw. in einer Qualität, die dem Anspruch des PORT-Gedankens gerecht wird.
- **Herausforderung 4:** Ferner bringt der interprofessionelle Teamansatz der PORT-Zentren mit sich, dass neue nicht-ärztliche Berufsbilder entstehen, die in dem stark auf den Arzt als Leistungserbringer fokussierten Vergütungssystem des ambulanten Sektors kaum abrechnungsfähige Leistungen auslösen können. Diese Umstände führen dazu, dass zum einen derzeit für PORT-Zentren Finanzierungslücken bestehen und zum anderen die Vergütung von PORT-Zentren stark fragmentiert ist.
- **Herausforderung 5:** Die bereits existierenden PORT-Zentren benötigen möglichst zeitnah eine Verbesserung ihrer Vergütungssituation, um ihr Fortbestehen auch regelhaft sichern zu können.

Abbildung 1 fasst diese fünf Herausforderungen nochmals zusammen und dient für die im Folgenden noch dargestellten Vergütungsoptionen als Referenz.

SGB-übergreifendes Leistungsspektrum	●
Leistungen, die über den Regelleistungskatalog hinausgehen	●
Eine ausreichende Vergütung der gewünschten Leistungsqualität	●
Abrechnungsfähigkeit neuer Berufsbilder	●
Aussicht auf eine zeitnahe Umsetzung	●

Abbildung 1: Zentrale Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik

Quelle: Eigene Darstellung

Ziel dieses Beitrags ist es, zu eruieren, welche Optionen für eine Weiterentwicklung der bestehenden Vergütungssysteme existieren und zu prüfen, inwiefern diese geeignet sind, jene Finanzierungslücke zu schließen und die mit dem Vergütungssystem einhergehenden Anreize möglichst optimal an der Vision des PORT-Gedankens auszurichten. Dabei wird differenziert zwischen einer am Ideal ausgerichteten Vergütung und einem pragmatischen Umsetzungsvorschlag nahe an den etablierten Strukturen.

1.3 Ökonomische Grundlagen der Vergütung medizinischer Leistungen

Wie Leistungen in einem Gesundheitswesen vergütet werden sollen, ist eine der zentralen gesundheitsökonomischen Fragestellungen. Im Fokus der wissenschaftlichen Literatur steht dabei die Vergütung von Leistungen, die von ambulant tätigen Ärzten und von Krankenhäusern erbracht werden. Da ein PORT-Zentrum in seiner Grundstruktur eher eine kleine Leistungserbringereinheit darstellt, muss dafür eine Analogie zu der Vergütung von ambulant tätigen Ärzten gezogen werden.

Die zahlreichen Faktoren, die zur Ausgestaltung einer möglichst optimalen Vergütung zu berücksichtigen und zudem mit hoher Unsicherheit belegt sind, machen eine eindeutige Bewertung schwierig. Entsprechend gibt es auch in der gesundheitsökonomischen Literatur keine exakte Empfehlung für die Ausgestaltung eines optimalen Vergütungssystems. Es werden jedoch einige zentrale Parameter identifiziert.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob Leistungen prospektiv oder retrospektiv vergütet werden sollen. In prospektiven Systemen sind Menge und monetäre Bewertung einer Leistung etwa in Form einer Pauschale vorab definiert, womit ein größerer Teil der Risiken vom Versicherer auf den Leistungserbringer übergeht. Retrospektive Systeme orientieren sich meist an tatsächlich erbrachten Mengen und/oder angefallenen Kosten und folgen dabei eher dem Prinzip der Kostenerstattung – die Risiken bleiben stärker beim Kostenträger (Abbildung 2).

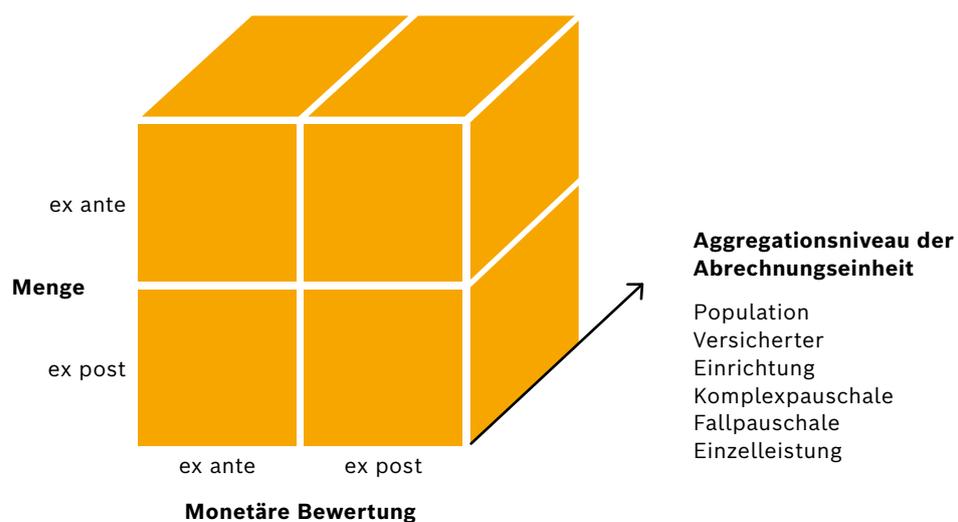


Abbildung 2: Systematik für Vergütungssysteme

Quelle: Eigene Darstellung

Ferner gilt es, das Aggregationsniveau festzulegen, auf dem die Leistungen abgerechnet werden. Das eine Extrem stellt die Abrechnung von Einzelleistungen dar. Das andere Extrem vergütet pauschal für die gesamte Bevölkerung einer Region. Wie auch bei den Dimensionen Menge und monetäre Bewertung sind in der Praxis meist Abstufungen bzw. Kombinationen unterschiedlicher Vergütungsansätze zu beobachten. Eine umfassende Darstellung aller Faktoren, die die optimale Ausgestaltung beeinflussen (siehe hierfür und im Folgenden Breyer et al. 2013), würde an dieser Stelle zu weit führen, weshalb im Folgenden auf wesentliche Elemente fokussiert wird.

Zu prüfen ist jeweils, mit welchen Anreizen bestimmte Vergütungsvarianten einhergehen. Zentral sind dabei die Anreize in Bezug auf

- die Qualität,
- die Menge und
- die Kosten der angebotenen Leistungen,

aber auch Umgehungsstrategien wie beispielsweise die Selektion „vorteilhafter“ Patienten. Die Anreize der Vergütungsansätze wirken dabei genauso auf die Leistungserbringer ein wie ihr Berufsethos oder intrinsische Motive (Breyer et al. 2013).

Exemplarisch sei nur auf die Anreize der **Einzelleistungsvergütung** (ELV) im Kontrast zu einer Vergütung per Versichertenpauschale eingegangen. Die ELV ohne weitere flankierende Maßnahmen kann nur dann indirekt Qualitätsanreize auslösen, wenn durch gute Qualität mehr Patienten Leistungen nachfragen und folglich mehr Leistungen erbracht werden können, die dann wiederum das Einkommen des Leistungserbringers erhöhen. Durch eine entsprechende Ausgestaltung einer ELV kann auch ganz gezielt ein Anreiz zur Erbringung sinnvoller, d. h. indizierter, evtl. bisher zu wenig erbrachter Leistungen gesetzt werden.² Dieser ist jedoch ambivalent: Einerseits besteht im negativen Sinne ein Anreiz, zu viele und unter Umständen auch unnötige Leistungen anzubieten. Andererseits zeigt sich im positiven Sinne ein Anreiz zu hoher Produktivität – wer viele Patienten behandelt, wird dafür auch finanziell belohnt. Die Mengenausweitung findet in der Regel bei Leistungen bzw. Pauschalen mit einem relativ hohen Deckungsbeitrag statt.

2 Dieser Gedanke findet sich beispielsweise wieder, wenn betrachtet wird, welche ärztlichen Leistungen extrabudgetär erbracht werden. Hier stehen Leistungen etwa für Prävention und Schutzimpfungen im Fokus (KVH 2019; KVB 2019; KV RLP 2020).

Diese Zusammenhänge lassen sich auch empirisch nachweisen und können insbesondere bei knappen Behandlungsressourcen zur Vermeidung von Wartezeiten bzw. -listen beitragen.³ Es ergibt sich ferner ein Anreiz, Kosten zu minimieren, da sich bei geringeren Kosten und gegebenem Preis die Gewinnspanne erhöht. Zentrale Nachteile sind die Ausrichtung der Anreize auf die Erbringung einzelner Leistungen und die fehlende Bezugnahme auf die Gesunderhaltung in ihrer Gesamtheit. Ferner erfordert eine ELV eine umfassende definitorische Beschreibung der Leistungskomponenten, welche die Flexibilität deutlich einschränkt. Demgegenüber wird bei einer stärkeren Pauschalierung auf Ebene von Leistungskomplexen oder Indikationen ein starker Anreiz zur Vermeidung unnötiger Einzelleistungen und generell zur Kostenminimierung gesetzt. Der Mengenanreiz als solcher bleibt dabei bestehen, wie sich am Beispiel des DRG-Systems in Deutschland zeigen lässt (Schreyögg et al. 2014). Ein Qualitätsanreiz ist – ähnlich zur ELV – jedoch nur indirekt vorhanden.

Wird das Aggregationsniveau erhöht, kann der Kostenträger mit befreiender Wirkung einen **pauschalen Betrag je Versicherten** an den zuständigen Leistungserbringer zahlen. Dieser trägt dann die Verantwortung für die Versorgung mit allen notwendigen Leistungen und übernimmt vom Versicherer einen großen Teil des Morbiditätsrisikos.⁴ Ein Qualitätsanreiz liegt bei langfristiger Bindung dahingehend vor, dass sich für den Leistungserbringer ein gutes Versorgungsmanagement inklusive entsprechender Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auszahlen kann, indem durch die Gesunderhaltung der Patienten Einkommen erzielt wird, nicht nur durch die Behandlung von Erkrankungen. Allerdings entsteht ebenfalls ein starker Anreiz zur Kostenminimierung, der sich im Ergebnis beispielsweise durch den Aufbau von Zugangshürden oder die Vorenthaltung indizierter Leistungen zeigen kann. Ferner stellen Maßnahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung Investitionen dar, die kurz- bis mittelfristig die Ausgaben für den Leistungserbringer zunächst erhöhen.

3 So zeigt sich beispielsweise in der Praxis, dass die Produktivität von Ärzten, die angestellt sind, niedriger ist als die von Ärzten in eigener Praxis: „Am Beispiel der Hausärzte lässt sich daraus verallgemeinern, dass im Durchschnitt durch die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis bei formal gleichem Tätigkeitsumfang trotzdem eine Reduktion der Versorgungszeit um fast 40 % eintritt.“ (Czihal und Stillfried 2016, S. 30)

4 Für eine differenzierte Darstellung aller verschiedenen Arten von Risiken, die bei der Gestaltung von pauschalisierten Vergütungssystemen eine Rolle spielen, siehe Benstetter et al. 2020.

Ob der Leistungserbringer langfristig von der Erbringung jener Maßnahmen profitiert, ist jedoch unsicher, u. a. da der Erfolg dieser Maßnahmen stark vom Mitwirken des Patienten abhängt und dieser zudem den Leistungserbringer wechseln kann. Um den starken Anreiz zur Kostenminimierung einzugrenzen, werden derartige Pauschalen daher in der Regel mit einem starken Qualitätsmonitoring kombiniert. Im Idealfall orientiert sich dieses an der Ergebnisqualität. So bliebe auch ein weiterer Vorteil der pauschalen Vergütung erhalten: Der Weg zur Zielerreichung bleibt offen, d. h., Leistungserbringer können flexibel und kreativ nach Lösungen für die bestmögliche Versorgung suchen.

In der Abwägung, wie weitgehend eine Pauschalierung – die immer mit einer Risikoübertragung an den Leistungserbringer einhergeht – gestaltet werden kann, ist der Aspekt der **Risikoneigung** zu betrachten. Kleine Leistungserbringer wie niedergelassene Ärzte in einer Praxis zeichnen sich durch eine relativ kleine Zahl an Behandlungsfällen aus und gelten als risikoavers. Darunter ist zu verstehen, dass ein Leistungserbringer einem sicheren Einkommen der Höhe X einen größeren Nutzen beimisst als einem mit Unsicherheit versehenen Erwartungswert in gleicher Höhe X. Je stärker pauschaliert wird und je mehr Risiko damit auf den Leistungserbringer übertragen wird, desto größer ist seine Unsicherheit. Für das gleiche Nutzenniveau benötigt ein angestellter Arzt mit sicherem Lohn eine niedrigere Entlohnung als ein Vertragsarzt in einer eigenen Praxis, dessen Einkommen nur einen Erwartungswert darstellt. Das erwartete Einkommen muss folglich höher sein, um diesem den gleichen Nutzen zu stiften. Die Differenz zwischen dem festen Einkommen und dem erwarteten Einkommen, bei denen das identische Nutzenniveau erreicht wird, repräsentiert die **Risikoprämie**.

Um sich überhaupt als Leistungserbringer zu engagieren und nicht alternativen Tätigkeiten nachzugehen, muss ein Mindestniveau an Nutzen erreicht werden, der sogenannte Reservationsnutzen. Bei starker Risikoaversion ist ein deutlich höheres zu erwartendes Einkommen in Form einer Risikoprämie erforderlich. Das heißt für den Kostenträger, dass sich durch eine Umstellung von einer ELV auf eine stärker aggregierte Vergütungsform zunächst die Kosten erhöhen, wenn vermieden werden soll, dass möglicherweise zu viele Leistungserbringer das neue Angebot ablehnen.⁵

Große Leistungserbringer wie Krankenhäuser gelten als (weitgehend) risikoneutral. Für sie ist der Nutzen eines Erwartungswerts identisch mit dem Nutzen einer garantierten Auszahlung. Entsprechend können mehr Risiken übertragen werden. Ist ein Leistungserbringer risikoavers, bietet es sich folglich an, nicht die komplette Kostenverantwortung auf ihn übergehen zu lassen, sondern eine Pauschale ggf. mit einer festen Grundvergütung (Perioden-Fixum) oder Elementen der Kostenerstattung zu kombinieren. Beides würde den Grad der Unsicherheit und damit die erforderliche Risikoprämie reduzieren.

Ein zentraler Aspekt bei pauschalierten Systemen ist die notwendige **Risikoadjustierung** der Vergütung auf Ebene der Leistungserbringer. Je kleiner der Risikopool ist, desto schwieriger ist es, für die Leistungserbringer akzeptable Ergebnisse zu erzielen, da selbst ausdifferenzierte Ansätze zur Risikoadjustierung nur einen Teil des Risikos abbilden können. Eine ungenügende Risikoadjustierung kann zu einer Erhöhung des Risikos für den Leistungserbringer oder auch einer systematischen Unter- oder Überdeckung führen.

Wie Breyer et al. 2013 weiter ausführen, ist das Honorierungs- bzw. **Vergütungssystem** durch die drei Elemente Verfahren, Form und Tarif zu beschreiben. Das **Vergütungsverfahren** beschreibt zunächst, ob (wie im Rahmen der GKV weitgehend üblich) das Sachleistungsprinzip gilt oder Kostenerstattung erfolgt. Ferner definiert das Verfahren, ob die Vergütung einstufig erfolgt und die Leistungserbringer direkt das Geld von den Krankenkassen erhalten (wie bei den Krankenhäusern oder in Verträgen nach § 140a SGB V) oder ob sie mehrstufig (wie durch Zwischenschaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung) durchgeführt wird. Die **Vergütungsform** gibt die Maßstäbe an, nach denen sich die Höhe des Honorars in einer Rechnungsperiode richtet, z. B.:

- Eingesetzte Faktormengen/Erstattung der Kosten
- Einzelleistungen
- Behandlungsepisoden/Fallpauschale
- Behandelte Patienten
- Potenzielle Patienten
- Erreichen von Qualitäts- und Behandlungszielen (Struktur, Prozess, Behandlungsziele)
- Perioden-Fixum

⁵ Zur Illustration sei auf die Erfahrungen in der Schweiz verwiesen. Dort forderten die niedergelassenen Ärzte für die Übernahme von weiteren Risiken einen so hohen Risikozuschlag, dass die Verträge nicht mehr wirtschaftlich umsetzbar waren und von der Idee Abstand genommen wurde (Zweifel 2011).

Der Tarif beschreibt schließlich den funktionalen Zusammenhang zwischen der Höhe der Vergütung und den in der Vergütungsform definierten Maßstäben. Beispielsweise kann hier ein linearer oder ein degressiver Zusammenhang festgelegt werden, sodass entweder jede zeitlich zu definierende Episode mit dem gleichen Betrag vergütet wird oder die Höhe des Betrags mit zunehmender Zahl der Episoden abnimmt, um die Fixkostendegression zu berücksichtigen. Auch wird auf dieser Stufe entschieden, ob die Vergütung prospektiv oder retrospektiv erfolgt. Das Risiko der Abweichung liegt bei prospektiven Varianten beim Leistungserbringer, bei retrospektiven Varianten beim Kostenträger.

Zusammenfassend halten Breyer et al. 2013 (S. 442) mit Blick auf mögliche Umsetzungsoptionen fest:

„Bei frei praktizierenden Ärzten sprechen mehrere Gründe für ein gemischtes Honorierungssystem. Die Kosten können dabei in Form der verwendeten Faktormengen und erbrachten Einzelleistungen berücksichtigt werden. Durch eine qualitätsabhängige Vergütung sowie eine Kopplung der Honorierung an die Patientenzahl oder die Anzahl der eingeschriebenen bzw. potentiellen Patienten können dem Arzt Qualitätsanreize gegeben werden.“

Obwohl ein PORT-Zentrum größer als eine Einzelpraxis ist und durch das breitere Angebotsportfolio eine etwas breitere Risikostreuung aufweist, bleiben die zentralen Charakteristika des Arztes erhalten. Entsprechend kann abgeleitet werden, dass für die Finanzierung von PORT-Zentren Mischsysteme ein sinnvolle Lösung sind, welche die spezifischen Anreize einzelner Vergütungsformen möglichst gut austarieren, auch wenn ex ante kein objektiv richtiger Mix identifiziert werden kann (Abbildung 3). Dies zeigt sich auch in der heterogenen Ausgestaltung derartiger Systeme in verschiedenen Ländern.

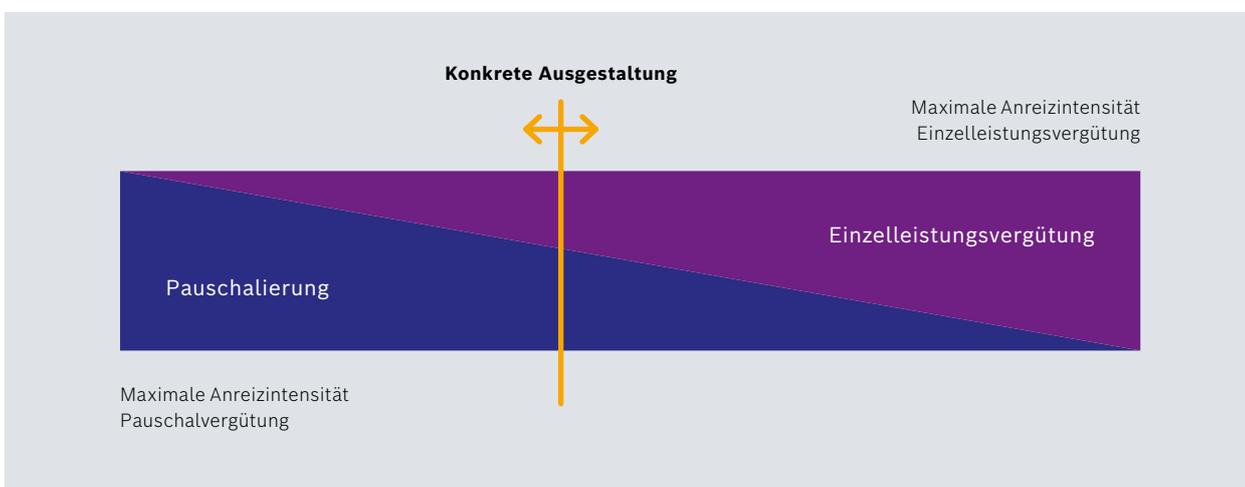


Abbildung 3: Abwägung unterschiedlicher Anreizintensitäten in Mischsystemen

Quelle: Eigene Darstellung

1.4 Internationale Erfahrungen

Nahezu alle Gesundheitssysteme weltweit sehen sich mit den eingangs geschilderten Herausforderungen des demografischen Wandels, der Chronifizierung von Erkrankungen und einer zunehmenden Ausgabenexpansion konfrontiert. Entsprechend finden sich in nahezu allen Ländern kontinuierliche Bemühungen, um durch Reformen die Anreize der verschiedenen Vergütungsoptionen zu optimieren und sich einer zumindest kurzfristig idealen Konstellation anzunähern. Diese Bemühungen führten in den letzten Jahren häufig zu einer stärkeren Koordination der Patientenversorgung und der Entwicklung neuer Versorgungskonzepte. Dabei sollen stets Qualität und Kosten der Versorgung in angemessener Weise adressiert werden. Gesundheitsökonomische Theorie ebenso wie empirische internationale Vergleiche zeigen jedoch, dass kein optimales Vergütungssystem existiert. Jeder Ansatz bringt „Nebenwirkungen“ in Form nicht intendierter und möglicherweise sogar kontraproduktiver Anreize mit sich, die es zu beobachten gilt. Korrigierende Eingriffe sind folglich die Norm und auch objektiv nicht vermeidbar.

Das Gestaltungsspektrum lässt sich nach wie vor am umfassendsten durch den Spannungsbogen zwischen ELV und Pauschalierung und die mit ihnen jeweils assoziierten Fehlanreize beschreiben (Mengen- und Ausgabenexpansion vs. Risikoselektion und Leistungsrationierung). Eine Tendenz besteht darin, die Vergütungssysteme für ambulante Versorgungsleistungen stärker zu differenzieren bzw. durch eigene Bausteine für spezifische Versorgungsaspekte und/oder Patientengruppen zu erweitern (KOMV 2019). Im Folgenden wird auf Länder vertieft eingegangen, die relevante Primärversorgungsstrukturen etabliert haben. Die Vergütungsansätze anderer Länder, die aus anderen Gründen interessante Einsichten liefern können, werden nur knapp angerissen.

In der **Schweiz** hat die ELV in der ambulanten ärztlichen Versorgung nach wie vor einen hohen Stellenwert. Dort hatte es zwar zwischenzeitlich eine Hinwendung zu Vergütungen auf Basis von Kopfpauschalen gegeben. Aufgrund der Schwierigkeiten bei Berechnung und Risikoadjustierung und einer hohen erforderlichen Risikoprämie für Ärzte basiert die Vergütung derzeit wieder stärker auf einer ELV in Kombination mit Effizienz- und Qualitätsboni (Benstetter et al. 2020; Breyer et al. 2013).

Auch in **Österreich** ist das Vergütungssystem aktuell stark von der ELV geprägt und fördert dementsprechend die Leistungsausweitung (Czypionka und Ulinski 2014). Durch die Implementierung von insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten (PVE) bis zum Jahr 2021 soll in Österreich ein Konzept zur multiprofessionellen Versorgung über alle Lebensabschnitte hinweg entstehen (Bachner et al. 2018). Eine PVE setzt sich aus einem Kernteam (drei Ärzte, eine diplomierte Pflegekraft, eine Ordinationsassistentin) sowie je nach Bedarf aus weiteren Professionen (z. B. Ergotherapeuten, Diätassistenten, Pharmazeuten etc.) zusammen und kann mit externen Partnern wie z. B. mit Apotheken und anderen Arztpraxen kooperierend zusammenarbeiten (Mayr et al. o. J.). In der Zukunft sollen hier bei der Vergütung Anreize geschaffen werden, die die Attraktivität des Hausarztberufes wieder steigern, da Hausärzte im Schnitt ein wesentlich geringeres Einkommen haben als Fachärzte: Ihr Gehalt liegt rund 2,7-mal über dem bundesweiten Durchschnittsgehalt, beim Facharzt liegt es rund 4,4-mal höher (Czypionka und Ulinski 2014). Die Vergütung der in einer PVE erbrachten Leistungen sollte klar definiert sowie einfach zu administrieren sein. Bundesweit ist ein einheitlicher Gesamtvertrag vorgesehen, der die prinzipiellen Grundlagen festlegt. Auf Landesebene werden zwischen der Sozialversicherung und den PVE dann individuelle Einzelverträge abgeschlossen (Mayr et al. o. J.). Für eine PVE bestehen neben einer möglichen Anschubfinanzierung auch weitergehende Förderangebote sowohl auf nationaler als auch auf europäischer Ebene (BMSGPK 2019). Die Leistungsvergütung in der PVE soll mittels eines gemischten Modells aus Grundpauschale, risikoadjustierter Kopf- bzw. Fallpauschale, ELV, Erstattung von Personalkosten für das erweiterte Team und aus leistungsabhängigen Komponenten bestehen (Abbildung 4). Dabei deckt die Grundpauschale Sachkosten und den Personalaufwand des Kernteams ab. Ausschließlich für einige sehr aufwändige Leistungen soll weiterhin die ELV angewandt werden. Der leistungsabhängige Anteil der Vergütung soll nicht mehr als 5 % der gesamten Vergütung betragen.

Für die Ausgestaltung der risikoadjustierten Kopf- bzw. Fallpauschale stehen drei verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Die erste ist eine Kopfpauschale mit Listensystem. Hier wird je eingeschriebenem Patienten eine Kopfpauschale ausgezahlt, unabhängig davon, ob und wie oft der Patient eine Leistung in Anspruch nimmt. Die zweite Möglichkeit ist eine Fallpauschale. Hier erhält die PVE pro Patienten einmal im Quartal die Pauschale. Es wird jedoch

nur vergütet, falls der Patient eine Leistung in Anspruch genommen hat. Die letzte Variante ist ein Mix aus den ersten beiden Pauschalen-Systemen und besteht aus einer Kopfpauschale mit freiwilliger Einschreibung von Patienten und Fallpauschalen für Patienten, die sich nicht eingeschrieben haben (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018).



Abbildung 4: Stufen der Finanzierung einer Primärversorgungseinheit in Österreich

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Österreichische Sozialversicherung (o. J.)

Das Einkommen eines Arztes setzt sich aus dem festen monatlichen Gehalt und der jährlichen Gewinnausschüttung zusammen, wobei dies von der gewählten Rechtsform abhängig ist (BMSGPK 2019).⁶

Personen, die nicht zum Kernteam gehören, können entweder in einer PVE angestellt oder selbstständig tätig und damit über eine Kooperation in eine PVE eingebunden sein. Im Falle einer Anstellung werden die Personalkosten pauschal erstattet, andernfalls ist keine Erstattung notwendig, da das selbstständig tätige Personal direkt mit der Krankenkasse abrechnet (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2018).

In den **USA** gab es bereits in den 70er Jahren erste Bestrebungen zur Etablierung von Zentren der Primärversorgung, die schließlich in die Patient Centered Medical Homes (PCMH) mündeten. 2013 existierten bereits 114 Initiativen, die auch Vergütungselemente jenseits der etablierten ELV nutzten und mehr als 20 Millionen Patienten versorgen (Edwards et al. 2014).⁷ Einen starken Schub erfuhr das Konzept im Jahr 2007, als sich führende Leistungserbringergruppen auf einheitliche Prinzipien für PCMH einigten (Erickson 2010). Mit Verabschiedung des Affordable Care Act (ACA) im Jahr 2010, der als zentrales Ziel die Stärkung der Primärversorgung hatte, steigerte sich die Zahl geförderter Modellversuche nochmals deutlich. Eine zentrale Rolle nimmt dabei das Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) ein, das mit zehn Mrd. Dollar die Reform von Versorgungs- und Vergütungsstrukturen über einen Zeitraum von zehn Jahren vorantreiben sollte (Peikes et al. 2020). In der Zeit vor dem ACA dominierte die ELV (ergänzt um Elemente der qualitätsorientierten Vergütung (Pay-for-Performance), wobei in kleinerem Umfang bereits dezidierte Vergütungsoptionen für Hausbesuche und die komplexe Versorgung multimorbider Patienten (Edwards et al. 2014) existierten.

Mit dem ACA und weiteren weniger bekannten Gesetzen kam es zu einem deutlichen Schub in Richtung alternativer Vergütungssysteme.⁸ Peikes et al. (2020) identifizieren alleine acht vom CMMI geförderte Initiativen zur Reform der Primärversorgung.⁹ Die meisten orientieren sich dabei stark an den PCMHs und versuchen diese in verschiedensten Dimensionen weiterzuentwickeln. Die Autoren stellen jedoch fest, dass trotz verschiedenster getesteter Vergütungsansätze noch über 90 % des Umsatzes mit klassischen, an der ELV orientierten Vergütungssystemen erfolgten. Ab dem Jahr 2021 werden neue Initiativen gefördert (z. B. Primary Care First Model oder Marylands Total Costs of Care Model), die den Fokus deutlich in Richtung populationsbezogene Vergütung und leistungsbezogene Adjustierung bzw. globale Budgets verlagern.

Dies entspricht Versorgungs- und Vergütungsmodellen, die bereits seit geraumer Zeit als Accountable Care Organizations (ACOs) etabliert wurden (siehe hierzu ausführlich Benstetter et al. 2020). Zusammenschlüsse von Leistungserbringern übernehmen hierbei die Verantwortung für Qualität und Kosten der Leistungserbringung gemessen an verschiedenen Benchmarks. Zentral ist das Medicare Shared Savings Program (MSSP), das verschiedenste Varianten der ACOs fördert und weiterentwickelt. Alle ACOs zeichnen sich im Kern durch folgende Charakteristika aus: Im Hintergrund wird die klassische Vergütung, die sich weitgehend an ELV orientiert, fortgeführt. Für die von einer ACO betreute Population wird jedoch jährlich ermittelt, ob die Kosten der Versorgung (all-inclusive) über oder unter dem Benchmark liegen. Wurden Einsparungen erzielt, werden diese zwischen Kostenträger und Leistungserbringern aufgeteilt. Liegen die Kosten über dem Benchmark, muss – in einer zunehmenden Anzahl von Varianten – das Netzwerk der Leistungserbringer einen Teil dieser Kosten übernehmen. Mögliche vereinnahmbare Einsparungen (Shared Savings) werden zur Qualitätssicherung jedoch mit einem Quality Score multipliziert, der maximal 100 % betragen kann und verschiedene Qualitätsdimensionen abdeckt.

6 So ist beispielsweise bei einer Gruppenpraxis mit hohem Umsatz die Rechtsform der GmbH für die Gesellschafter am lukrativsten. Denn für Kapitalgesellschaften bestehen andere steuerliche Regelungen als bei Personengesellschaften (Czypionka et al. 2011).

7 In den USA gibt es weit mehr Versorgungsmodelle, die für sich in Anspruch nehmen, PCMHs darzustellen (Philip et al. 2019). In den USA wurde jedoch schon früh deutlich, dass Versorgungskonzepte auf Basis von ELV nicht in der Lage sind, die Ziele der PCMHs zu erreichen, weshalb es sinnvoll erscheint, auf PCMH-Initiativen mit alternativen Vergütungsstrukturen zu fokussieren (Rosenthal 2008).

8 So werden PCMHs beispielsweise durch das Medicare Reform Law and CHIP Reauthorization ACT (MACRA) von 2015 abgedeckt, was sie für das sogenannte Alternative Payment Model qualifiziert (O'Dell 2016). Dieses Modell stellt eine explizite Abkehr von der ELV dar (HCP LAN 2018). Siehe auch Philip et al. 2019.

9 Diese firmieren unter Kürzeln wie MAPCP, CPC, CPC+ oder FQHC und adressieren unterschiedliche Schwerpunkt in der Weiterentwicklung, z. B. die Zielgruppe oder die Vergütungsform betreffend (Peikes et al. 2020).

Ein interessantes Detail ist das Verfahren der Zuordnung der Patienten zu einer ACO. Diese müssen sich nicht einschreiben und bleiben in ihrer Wahl des Leistungserbringers frei. Basierend auf Abrechnungsdaten wird ermittelt, für welche Patienten die in der ACO vertretenen Ärzte die primären Leistungserbringer sind. Diese Patienten werden der ACO automatisch zugeordnet und die ACO wird für diese Patienten hinsichtlich der Qualität der Versorgung sowie des finanziellen Ergebnisses zur Verantwortung gezogen.

Als eine auf die primärmedizinische Versorgung fokussierte Spielart der ACOs existieren auch Accountable Care Communities bzw. Accountable Health Communities (Tipirneni et al. 2015). Diese versuchen stärker die sozialen Determinanten von Gesundheit zu adressieren (Plescia und Dulin 2017). Auch sind verschiedene PCMHs Teil einer ACO (Peikes et al. 2020). Inwiefern diese Varianten wie auch die ACOs ihrem Anspruch gerecht werden können, ist trotz einiger positiver Zwischenergebnisse noch nicht final geklärt. Zu heterogen sind die Modelle, zu kurz die bisherigen Evaluationshorizonte und zu wenig einschneidend bisher die Maßnahmen auf Seiten des Vergütungssystems (Benstetter et al. 2020).

Ein Primärversorgungskonzept mit verstärktem Fokus auf Pauschalierung findet sich in der **kanadischen Provinz Ontario**. Die multiprofessionell zusammengesetzten Family Health Teams (FHTs) entstehen dort seit dem Jahr 2005 (Schaeffer 2017). Bei der Gründung eines FHT gehen die Ärzte eine Vereinbarung mit der Regierung ein. Sie verpflichten sich damit zur Erbringung eines bestimmten Leistungsangebots und akzeptieren das gemischte Vergütungssystem bestehend aus Kopfpauschale, ELV und Boni für Präventionsleistungen (Rosser et al. 2011). Die Höhe des Einkommens eines Arztes im FHT entspricht rund 80 %

des durchschnittlichen Facharztverdienstes und besteht zu ca. 60 % aus einer Kopfpauschale und zu rund 40 % aus ELV und Boni (Abbildung 5). Die Finanzierung der ärztlichen Leistungen wird dabei von Ontarios Gesundheitsministerium übernommen (Ewers et al. 2015). Die Kopfpauschale beträgt im Durchschnitt 124,64 kanadische Dollar pro Jahr, wobei zur Risikoadjustierung je nach Patientenmerkmalen zwischen 38 unterschiedlichen Levels – abhängig von Alter und Geschlecht – unterschieden wird. Die ELV schafft Anreize, angestrebte Leistungen anzubieten und in der Menge auszuweiten. Beispielsweise erhält der Arzt eine Zahlung für das Durchführen von Hausbesuchen bei Personen über 75 Jahren. Zusätzlich werden Vergütungsanreize etwa für die palliative und pränatale Versorgung geschaffen. Die Boni umfassen präventive Angebote, wie Mammografien, Pap-Tests, Grippeimpfungen oder Maßnahmen zur Früherkennung von Darmkrebs. So erhält ein Arzt beispielsweise zusätzlich 2.200 kanadische Dollar für die Durchführung von Hämocult-Tests zur Früherkennung von Darmkrebs bei 50 % seiner Patienten, die älter als 50 Jahre sind, oder zusätzlich 4.400 kanadische Dollar für die Durchführung von Screenings bei 70 % seiner Patienten. Zudem erhält das Team zusätzliche jährliche Zahlungen für die Versorgung von Patienten mit chronischen oder psychischen Erkrankungen oder für Patienten mit Herzinsuffizienz (Rosser et al. 2011). Die Gehälter von nichtärztlichem Personal sowie die Finanzierung von patientenorientierten Programmen werden über das vom Gesundheitsministerium zugewiesene Budget für das FHT gedeckt, welches von der Geschäftsführung verwaltet wird (Ulrich et al. 2019). Das Ministerium stellt so beispielsweise die Finanzierung der elektronischen Patientenakte sowie das Gehalt von interdisziplinären Teammitgliedern bereit, sodass die Ärzte einen Anreiz zur Ausweitung ihrer Praxis haben (Rosser et al. 2011).



Abbildung 5: Vergütung der Ärzte in Family Health Teams in Ontario

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Rosser et al. 2011

Mehr Gewicht kommt der Kopfpauschale in den **schwedischen Primärversorgungszentren** zu, die mit ihren interdisziplinären Teams das Grundgerüst des schwedischen Gesundheitssystems bilden. Die Vergütung für dort erbrachte Leistungen setzt sich im Regelfall aus einem fixen Teil, der Kopfpauschale, sowie aus einem variablen Teil bestehend aus ELV und leistungsabhängiger Vergütung zusammen (Czypionka et al. 2015). In der schwedischen Region Västra Götaland beispielsweise erfolgt die Vergütung der PVE zu ca. 90 % über eine Kopfpauschale (siehe Abbildung 6). Die restlichen 10 % der Kompensation bestimmen sich hier über einen Mix aus geografischen und sozioökonomischen Faktoren, dem Erreichen struktureller Ziele, der Patientenzufriedenheit und leistungsabhängiger Auszahlungen. Der

Anteil der leistungsabhängigen Vergütung entspricht in diesem Segment nur einem Anteil von rund 3 % (Carlsson et al. 2002). Seit Januar 2014 wird zur Berechnung der Kopfpauschale in vielen schwedischen Regionen eine Risikoadjustierung vorgenommen. In dieser werden unter anderem Patientenmerkmale wie z. B. die Dauer und Schwere des Krankheitszustandes sowie das Alter und das Geschlecht berücksichtigt. Die leistungsbezogene Vergütung dient der Generierung monetärer Anreize und der Motivationssteigerung. Merkmale, die zur Bestimmung der Höhe der leistungsabhängigen Auszahlung genutzt werden, sind z. B. die Verschreibung von körperlicher Aktivität, telefonische Verfügbarkeit und diagnostische Routinen (Czypionka et al. 2015).



Abbildung 6: Vergütung am Beispiel der Region Västra Götaland (Schweden)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Carlsson et al. 2002

Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) (2019) führt als weiteres Beispiel Selbstzahler-Zentren in Italien an. Hier haben Defizite bei der Abdeckung des Versorgungsbedarfs zur Entwicklung neuer Vergütungssegmente außerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems geführt. Das günstigere Preisniveau dieser privaten Zentren ist allerdings zumindest zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Fokus auf gut standardisierbaren Leistungen und gleichartigen Behandlungsfällen liegt. Jene Entwicklung in Italien, wie auch die Reformbemühungen in den USA oder die innovativen Tarifmodelle, stellen für die KOMV Beispiele dafür dar, dass Veränderungen des Vergütungssystems und die Einführung neuer Versorgungsstrukturen weitgehend parallel erfolgen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die beschriebenen Primärversorgungsmodelle in Österreich, Schweden, den USA und Kanada alle einen Mix unterschiedlicher Vergütungsformen verwenden, unabhängig davon, welcher Typ von Gesundheitssystem den Ausgangspunkt bildet. Auch wenn die Anteile der einzelnen Vergütungsformen zum Teil deutlich variieren, spielt die klassische ELV eine deutlich geringere Rolle als in den vorangehenden oder parallel existierenden, etablierten Vergütungssystemen dieser Länder. Immer war die Einführung des neuen Versorgungsmodells mit – zum Teil erheblichen – Anpassungen des Vergütungssystems verknüpft.

2

Handlungsoptionen

2.1 Option 1: Primärversorgungspauschale

2.1.1 Sozialleistungsträgerübergreifende Lösung

Berücksichtigt man das breite Leistungsspektrum eines PORT-Zentrums und den zugrunde liegenden ganzheitlichen Ansatz, ist offensichtlich, dass grundsätzlich zu nahezu allen Büchern des Sozialgesetzes bzw. den korrespondierenden Sozialleistungsträgern Anknüpfungspunkte bestehen (Abbildung 7). Folgt man dem Konzept der sozialen Determinanten von Gesundheit, sind beispielsweise auch Fragen der Berufstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit sowie der Kinder- und Jugendhilfe relevant. Die Intensität der Verankerung von PORT-Leistungen variiert zwischen den einzelnen SGBs, wobei sich die stärksten Bezüge im SGB V (GKV), SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) und SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) zeigen.





Abbildung 7: Sozialleistungsträgerübergreifende Pauschale

Quelle: Eigene Darstellung

Aus diesem Blickwinkel wäre zumindest als eine Komponente eines gemischten Vergütungssystems eine **sozialleistungsträgerübergreifende Pauschale** erstrebenswert. Diese könnte insbesondere die grundlegenden Bedarfe der Bevölkerung adressieren, die Gesundheit als zentralen Faktor sozialer Teilhabe direkt und indirekt beeinflussen. Das PORT-Zentrum als zentraler Kümmerer vor Ort, der das Wissen um die lokalen Gegebenheiten und

zentralen Strukturen besitzt, könnte hier einen immensen Beitrag leisten, der allen Zweigen der Sozialversicherung zugutekommt.

Bereits Knieps (1998, S. 136) formuliert mit Bezug auf die Trennung zwischen Krankenversicherung und der erst 1995 eingeführten Pflegeversicherung:

„Krankheit und Pflegebedürftigkeit sind keine naturgesetzlichen Entwicklungen, die losgelöst von sozialen und gesundheitlichen Bedingungen auftreten. Pflegebedürftigkeit ist kein unabänderlicher Zustand, sondern ein Prozeß, auf den Alter, Erkrankungen, insbesondere Multimorbidität, Behinderungen und soziale Umstände einwirken. Pflegebedürftigkeit ist daher grundsätzlich positiv zu beeinflussen. Von daher darf bezweifelt werden, ob die juristische Abgrenzung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit und damit die Zuweisung der Risiken zu unterschiedlichen Sozialversicherungssystemen in SGB V und in SGB XI auf Dauer Bestand haben kann. Pflegebedürftigkeit ist zudem eine gesundheitliche und soziale Situation, die nicht allein durch professionelle Hilfe überwunden, verbessert oder gelindert werden kann. Die Mitwirkung des sozialen Umfelds ist essentiell.“¹⁰

¹⁰ Hervorhebungen durch die Autoren.

Die Bewertung von Knieps aus dem Jahr 1998 dürfte auch heute weitestgehend Bestätigung finden. Verändert hat sich hinsichtlich der Trennung von Krankenversicherung und Pflegeversicherung seit mehr als 20 Jahren jedoch äußerst wenig, obwohl es sich „nur“ um die Verbindung von zwei Teilen des SGB handelt, die zudem von denselben Institutionen – den Krankenkassen – verwaltet werden. Dennoch sind die Beharrungskräfte massiv. Auch im auf Neuerungen ausgelegten Innovationsfonds sind sozialversicherungsübergreifende Modelle nur selten Gegenstand der Ausschreibung. Lediglich neun derartige Projekte werden im Dezember 2019 dokumentiert – bei 150 Projekten insgesamt (G-BA 2019).

2.1.2 Fazit

Eine die Sozialleistungsträger übergreifende Vergütungsoption ist ein starkes und erstrebenswertes Zielbild. Zum einen ist dieser Ansatz inhaltlich sinnvoll, zum anderen verdeutlicht er im Umkehrschluss auch die Probleme, die durch die existierende Segmentierung verursacht werden. Um zu entscheiden, wie diese Option zu priorisieren ist, muss bewertet werden, wie gravierend die bisherigen – die Umsetzbarkeit betreffenden – negativen Erfahrungen im Bereich Kranken- und Pflegeversicherung in die Entscheidung einfließen sollen (Abbildung 8). Zwar könnte sich im Bereich der Pflegeversicherung durch die absehbar gravierende Ausgabenexpansion ein größerer Handlungsdruck ergeben, offen bleibt aber, inwiefern dieser oder dahingehende politische Initiativen eine stärkere Integration der Bereiche befördern könnten.

Eine – zunächst eher symbolische – sozialleistungsträgerübergreifende Pauschale könnte jedoch einen Mosaikstein in einer Mischfinanzierung darstellen, der langfristig schrittweise ergänzt und ausgebaut werden kann. Einen Anknüpfungspunkt könnte das Präventionsgesetz darstellen (siehe auch Kapitel 2.4), welches inhaltlich gut zum Konzept der PORT-Zentren passt und neben den Krankenkassen zumindest die Pflegekassen mit in die Finanzierungspflicht nimmt.

Ferner wäre zu prüfen, inwiefern direkte Zuschüsse von Kommunen, Ländern oder ggf. auch dem Bund bezogen werden können. Um bei einzelnen Sozialleistungsträgern konkrete Ansprüche auf Vergütung geltend machen zu können, sollten die Aufgaben, die sinnvoll durch Mitarbeiter eines PORT-Zentrums erbracht werden können, erfasst, beschrieben und systematisiert werden.

Wie in Abbildung 8 zusammenfassend dargestellt, könnte neben dem SGB-übergreifenden Leistungsspektrum sicherlich auch eine größere Flexibilität bzgl. neuer Berufsbilder erreicht werden. Die möglichen inhaltlichen und qualitativen Verbesserungen im Bereich der Leistungen stehen jedoch unabhängig von der Vergütungsform unter einem Finanzierungsvorbehalt (siehe hierzu auch Kapitel 2.4). Basierend auf den bisherigen Erfahrungen muss die geringe Aussicht auf eine zeitnahe Umsetzung einer derartigen Option bei der Strategiefindung berücksichtigt und in Relation zu den Stärken dieses Ansatzes gesetzt werden.

SGB-übergreifendes Leistungsspektrum	●
Leistungen, die über den Regelleistungskatalog hinausgehen	●
Eine ausreichende Vergütung der gewünschten Leistungsqualität	●
Abrechnungsfähigkeit neuer Berufsbilder	●
Aussicht auf eine zeitnahe Umsetzung	●

Abbildung 8: Option 1 – Primärversorgungspauschale: Adressierung der zentralen Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik

Quelle: Eigene Darstellung

2.2 Option 2: Sektorenübergreifendes Regionalbudget

2.2.1 Große Budgetlösung – das Komplettpaket

Beschränkt man die Betrachtung zunächst auf den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, gehören sektorenübergreifende Regionalbudgets zu den weitreichenderen Optionen. In diesem Szenario erhält eine zu definierende verantwortliche Einheit für die Versorgung aller Einwohner einer Region Pauschalen. Diese sind risikoadjustiert und prospektiv festgelegt. Das aus der Summe der Pauschalen entstehende Budget wird für alle zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen Gesundheitsleistungen aufgewendet, umfasst also alle ambulanten wie stationären Leistungen sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.¹¹

Das Budget muss dann an alle an der Leistungserbringung Beteiligten in adäquaten Anteilen weiterverteilt werden. Hierin liegen eine große Chance und eine ebenso große Herausforderung. Einerseits kann über die Organisationsstruktur der Leistungserbringung wie auch über die Verteilung der Mittel¹² völlig neu verhandelt werden. Andererseits erfordert dies weitreichende Kompetenzen und Ressourcen zur Vertragsgestaltung. Ein derartiges Konzept ist nur denkbar, wenn die abgedeckte Region hinreichend groß ist, um die damit einhergehenden administrativen Kosten auch amortisieren zu können.

Wird ein derartiges Budget konsequent umgesetzt, würde es einen nahezu vollständigen Transfer der verschiedenen Risiken auf die Leistungserbringer bedeuten. Diese können im Falle einer kostengünstigeren Leistungserbringung profitieren, im Falle höherer Kosten müssten sie diese Differenz jedoch ebenso übernehmen. Ein derartiges Vorgehen wäre im Fall von kleinräumigen und/oder ländlichen Settings wenig realistisch, da regionale Versichertenpools sehr klein wären und teure Rückversicherungen erfordern würden. Entsprechend müssten flankierende Maßnahmen getroffen werden, die beispielsweise mögliche Verluste wie auch Gewinne begrenzen.

Dies kann und wird üblicherweise durch Maßnahmen umgesetzt, wie beispielsweise definierte Kappungsgrenzen bezogen auf vergangene Perioden (z. B. Begrenzung des Verlustes auf maximal 3 % des Budgetvolumens), oder durch die Ausgliederung von besonders teuren Leistungen.

Aufgrund der Komplexität der zu regelnden Binnenverhältnisse lassen sich Regionalbudgets leichter in Gesundheitssystemen umsetzen, die eine integrierte Leistungserbringungsstruktur aufweisen. Hier unterscheidet sich das deutsche Gesundheitssystem mit seinen unabhängigen und privatwirtschaftlich organisierten Leistungserbringern gravierend von anderen Ländern, in denen in staatlichen Gesundheitssystemen Regionalbudgets durch Verwaltungsakte durchgesetzt und eingeführt werden können.

Zentral ist die eingangs angesprochene „verantwortliche Einheit“, die Vertragspartner der Krankenversicherungen wird. Benstetter et al. (2020) sprechen hier von „Träger(n) der regionalen integrierten Versorgungsnetzwerke als Vertragspartner der Krankenkassen“ (S. 113) und weisen Krankenhausträgern aufgrund ihrer Größe (sowohl die Fallzahl als auch die personellen wie fachlichen und finanziellen Ressourcen betreffend) hierbei eine zentrale Rolle zu. Dies hat den Nachteil, dass diese potenziell durch eine optimierte ambulante Leistungsstruktur an Umsatz verlieren könnten. Wenn die Krankenhausträger ihre Geschäftsmodelle nicht konsequent anpassen, kann dies eine problematische Anreizstruktur zur Folge haben.

Beispiele aus England, der Schweiz und den USA deuten hier auf die Potenziale hin, wenn ambulant tätige Ärzte die Budgetverantwortung übernehmen. Auf diese Weise konnten in der Schweiz die Kosten der stationären Versorgung spürbar reduziert werden (Reich et al. 2012). In England wurde die Verantwortung für Verträge für elektive stationäre Leistungen, Rehabilitationsleistungen und die Notfallversorgung sowie für Community Health Services von Primary Care Trusts, die eine Verwaltungseinheit des National Health

11 Für eine umfassende Darstellung zum Thema prospektive regionale Gesundheitsbudgets sowie die folgenden Ausführungen siehe Benstetter et al. 2020.

12 Auch auf dieser Ebene wären verschiedene Mischsysteme denkbar.

Services darstellten, auf Clinical Commissioning Groups übertragen, welche von General Practitioners geleitet werden. Die Intention dieser Maßnahme war, hierdurch ein stärker an den Bedürfnissen der Patienten ausgerichtetes Vorgehen zu erreichen (Department of Health and Social Care 2010). In den USA deutet sich an, dass ACOs, die von Ärzten und nicht von Krankenhäusern geleitet werden, kostenseitig häufig effektiver sind (McWilliams et al. 2016; Introcaso und Berger 2015).

Eine zentrale Annahme dieses Ansatzes ist es, dass die Verbesserung der Versorgung im ambulanten Sektor zwar mit einem höheren Aufwand einhergeht, dieser aber durch die daraus resultierenden Einsparungen in der stationären Versorgung mehr als ausgeglichen wird, sodass auch relativ kurzfristig schon Nettoeinsparungen erzielt werden können. Dabei muss es sich nicht unbedingt um Einsparungen im Vergleich zum Vorjahr handeln. In die Berechnung des Budgets können auch Kosten der Versorgung für vergleichbare Populationen in anderen Versorgungskontexten herangezogen werden.

Die Herausforderungen sind jedoch beträchtlich. In der Schweiz ist zwischenzeitlich eine Abkehr von den beschriebenen Modellen erfolgt (Benstetter et al. 2020). In England fusionieren mehr und mehr die Clinical Commissioning Groups, sodass ab April 2020 nur noch 135 dieser Organisationen die Bevölkerung Englands betreuen und es offen bleibt, inwiefern die avisierten Ziele wirklich erreicht werden konnten (Brennan 2020). In den USA ist eine verlässliche Prognose zu den langfristigen Auswirkungen noch nicht möglich und den vielfach positiven stehen auch einige skeptische Bewertungen gegenüber (Burns und Pauly 2018).

Dennoch zeigen die internationalen Beispiele, dass Regionalbudgets möglich sind. Auch beschreiben Benstetter et al. 2020, wie vertragliche Lösungen mit den Krankenkassen gefunden und ausgestaltet werden können. Aufgrund der Struktur des deutschen Gesundheitssystems müssen sich aber hinreichend viele Leistungserbringer freiwillig bereit erklären, an diesem System mitzuwirken. Eine Beteiligung aller ist dabei nicht erforderlich. Das Vergütungsverfahren wäre zweistufig, da das Geld nicht direkt vom Kostenträger auf den Leistungserbringer übergeht, sondern der Träger des Netzwerks die Weiterverteilung übernimmt.

2.2.2 Kleine Budgetlösung – Fokus Primärversorgung

Reduziert man den Umfang des Budgets auf die Leistungen der Primärversorgung, bleibt die Grundstruktur der vorangehend geschilderten großen Budgetlösung erhalten. Allerdings reduzieren sich die Anzahl der zu beteiligenden Akteure sowie der Anteil der außerhalb der eigenen Organisation einzubindenden Teilnehmer. Letzteres gilt umso mehr, sofern der Anspruch besteht, alle Kernleistungen aus einem vollständig integrierten PORT-Zentrum heraus anzubieten. Diese Kernleistungen müssten einheitlich für alle PORT-Zentren definiert werden, da sonst für jedes Zentrum für die Ermittlung des Budgets ein eigenes Leistungsportfolio zugrunde gelegt werden müsste, das zudem bei den zu erwartenden Änderungen regelmäßig anzupassen wäre. Dies würde den administrativen Aufwand deutlich erhöhen.

In den USA wird durch spezielle Begrenzungen von Risiken versucht, auch kleinere Bezugseinheiten ab 5.000 Patienten zu ermöglichen. Hier hat sich ein Angebot privater Dienstleister¹³ entwickelt, welche die hierfür notwendige Managementkompetenz zur Verfügung stellen, sodass sich Leistungserbringer primär auf ihre medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten konzentrieren können.

2.2.3 Virtuelle Budgetlösung

Eine weichere Variante der Regionalbudgets ist eine virtuelle Implementierung, bei der die regulären Vergütungsmechanismen weiterlaufen. Es wird ein Benchmark auf Basis von Gesundheitsausgaben der vergangenen Perioden und verschiedener relevanter Trends (z. B. Ausgabenentwicklung allgemein, lokale Spezifika etc.) erstellt, der dann mit den real angefallenen Kosten der Versorgung abgeglichen wird. Nur die Differenz aus Benchmark und realen Kosten muss weiter verteilt werden (im positiven wie im negativen Fall). Der Umfang des einzelvertraglich zu regelnden Teils wird damit deutlich reduziert. Allerdings bleibt dadurch auch ein größerer Teil der restringierenden Vorgaben aus dem etablierten Vergütungssystem bestehen, was die Gestaltungsflexibilität der Verantwortlichkeiten und Prozesse etwas einschränkt. Für die Leistungserbringer wird die Abwicklung der Abrechnung zunächst erleichtert, da für alle Patienten identische Regeln für die primäre Leistungsabrechnung existieren. Die Ermittlung des finalen Ergebnisses kann jedoch frühestens nach Abschluss der Leistungsperiode erfolgen, nachdem alle Leistungen abgerechnet worden sind. In Anbetracht der existierenden Abrechnungsverfahren und der notwendigen Risikoadjustierung ist zu erwarten, dass hierfür selbst unter idealen Voraussetzungen mindestens ein halbes Jahr zu veranschlagen wäre.

13 Siehe exemplarisch Aledade 2020.

2.2.4 Options-, Pflicht- und Zuordnungsmodelle

Im Fall echter Regionalbudgets müssten alle Leistungserbringer und alle Patienten einer Region am Budgetmodell teilnehmen. Für Deutschland lässt sich ein derartiges Szenario nur schwer flächendeckend umsetzen, da niedergelassene Ärzte, andere selbstständig tätige Heilberufe und auch Krankenhäuser nicht zur Teilnahme an einem solchen Modell verpflichtet werden können.

Ähnliches gilt auch für die Patientenpopulation. Während in staatlichen Gesundheitssystemen mit definierter geografischer Zuordnung der Leistungserbringer auch eine verbindliche Zuordnung von Patienten relativ einfach möglich ist, ist die freie Wahl der Leistungserbringer in Ländern wie Deutschland oder den USA ein von den Patienten hoch angesehenes Gut. Dies zeigt sich regelmäßig in einer sehr geringen Akzeptanz von Selektivverträgen, für die Versicherte eine Arztbindung eingehen müssten.

Modelle, die Leistungserbringer und/oder Patienten verpflichten, erscheinen in Deutschland demnach relativ schwer umsetzbar zu sein. Benstetter et al. (2020) argumentieren jedoch, dass sich in einzelnen Regionen, die z. B. durch ohnehin stark ausgedünnte Versorgungsstrukturen gekennzeichnet sind, derartige Optionen ergeben könnten, da diese für alle Beteiligten eine Verbesserung zum Status quo darstellen.

Entsprechend sind für Deutschland eher Options- oder Zuordnungsmodelle von Interesse. Ein Optionsmodell ist ein klassisches Einschreibemodell, wie man es aus den Verträgen nach § 140a SGB V zur besonderen Versorgung kennt. Teilnehmende Leistungserbringer und Krankenkassen schließen Verträge, denen Versicherte dann beitreten können, aber nicht müssen. Nachteil bei Verträgen nach § 140a SGB V ist aus Sicht eines PORT-Zentrums der stark selektive Charakter, da nur Patienten, die bei teilnehmenden Krankenkassen versichert sind, die Option wahrnehmen können. Ausgehend vom eigenen Selbstverständnis strebt das PORT-Zentrum jedoch an, seine Angebote für die gesamte Kommune bereitzustellen. Zwar können alle

Patienten des PORT-Zentrums zu den Konditionen der Regelversorgung betreut werden. Allerdings können die durch einen Selektivvertrag abgedeckten Zusatzleistungen, die über den Kollektivvertrag hinausgehen, entweder für die nicht vom Selektivvertrag abgedeckte Gruppe nicht angeboten oder die Leistungen zumindest nicht refinanziert werden. Zielführend wären folglich eher Lösungen in Anlehnung an die Modellvorhaben nach § 63 SGB V, die von allen Krankenkassen gemeinsam getragen werden. Möglicherweise könnten sich auch aus Anpassungen des § 140 SGB V, wie sie im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens zum Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz zwischenzeitlich diskutiert wurden, Verbesserungen für selektivvertragliche Optionen ergeben.

Eine weitere Alternative könnte das in amerikanischen Medicare ACO praktizierte Zuordnungsmodell sein (Benstetter et al. 2020). Dabei wird anhand von Abrechnungsdaten geprüft, inwiefern ein teilnehmender Leistungserbringer für einen bestimmten Versicherten der „primäre“ Leistungserbringer ist. Ist dies der Fall, obliegt ihm die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Behandlung. In den USA wird dies im Sinne einer in Kapitel 2.2.1 dargestellten großen Budgetlösung praktiziert. Zentral ist, dass der Patient nicht an einen Leistungserbringer gebunden ist, sondern frei wählen kann, auch alternative Anbieter in Anspruch zu nehmen. Der Leistungserbringer hat keine Möglichkeit, den Patienten zwangsweise an sich zu binden. Vielmehr muss sich der Leistungserbringer durch eine attraktive Ausgestaltung des Angebots darum bemühen, dass sich der Patient im Versorgungsprozess auch durch ihn steuern lässt. Für den Patienten muss zum einen sichergestellt sein, dass er über die Teilnahme des Leistungserbringers an einem Budget-Modell informiert wird, als auch, dass der Leistungsumfang nicht hinter den des Regelleistungskatalogs zurückfällt.

2.2.5 Qualität

In den bisherigen Ausführungen wird mehrfach darauf verwiesen, dass Leistungserbringer aus einer Kostenersparnis gegenüber dem kalkulierten Budget bzw. einem Benchmark eine Marge ziehen können. Dies könnte den Anschein erwecken, dass es sich primär um ein Kostensparmodell handelt. Dem ist jedoch nicht so. Die Ansätze knüpfen insbesondere an den Triple Aim in den USA an. Der Triple Aim setzt sich aus einem primären und zwei sekundären Zielen zusammen. Das primäre Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung („improv[ing] the health of the population“). Die beiden sekundären Ziele sind eine Verbesserung der Patientenerfahrung („improving patient experience“) und Kostenreduktion („reducing costs“), wobei die sekundären Ziele dazu beitragen sollen, das primäre Ziel zu erreichen (Bodenheimer und Sinsky 2014).

Um das primäre Ziel zu erreichen und sicherzustellen, dass das letztgenannte Ziel nicht zur dominierenden Maxime wird, sind in den USA wie in allen anderen Ländern, die derartige Modelle implementieren, flankierend starke Maßnahmen zur Qualitätssicherung eingerichtet. So wird bei den genannten ACO-Modellen eine realisierte Einsparung überhaupt nur dann an die Leistungserbringer ausgeschüttet, wenn definierte Mindestanforderungen erfüllt sind. Ferner wird der zur Ausschüttung zur Verfügung stehende Betrag mit einem Qualitätsscore multipliziert ($\leq 100\%$), der sich aus verschiedenen absoluten und relativen Qualitätsindikatoren zusammensetzt (Benstetter et al. 2020).

Die Chance liegt in der Optimierung der berufsgruppen- und sektorenübergreifenden Behandlung. Die sektoralen und häufig den Handlungshorizont beschränkenden Budgetgrenzen werden aufgelöst, wodurch Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger gleichermaßen profitieren können, wenn durch eine bessere Versorgung auch die Qualität und der Effizienzgrad erhöht werden.

2.2.6 Fazit

Überträgt man diese Erfahrungen auf PORT-Zentren, wird deutlich, dass ein einzelnes PORT-Zentrum aufgrund seiner Größe keine geeignete „verantwortliche Einheit“ zum Management einer großen Budgetlösung darstellen würde, da die damit einhergehenden administrativen Herausforderungen hier nicht zweckmäßig vorgehalten werden können. Wenn eine Budgetlösung angestrebt wird, dann müsste dies in einer größeren regionalen PORT-Struktur erfolgen, etwa in einem Verbund mehrerer PORT-Zentren, die gemeinsam für eine größere Region verantwortlich sind und durch eine zentrale Managementeinheit unterstützt werden.

Ferner ist es fraglich, ob der damit einhergehende Anspruch, auch die zumindest vertragliche Steuerung der stationären und fachärztlichen Versorgung in ihrer ganzen Breite zu übernehmen, mit dem auf die Primärversorgung fokussierenden Ansatz der PORT-Zentren konform geht. Dies dürfte zumindest derzeit zu verneinen sein. Entsprechend wäre eher eine kleine Budgetlösung denkbar. Berücksichtigt man, dass letztlich nur ein Teil der Bevölkerung über PORT-Zentren versorgt wird und weitere Leistungserbringer in der Region tätig sind, ist auch ein vollständiges Abbilden der Bevölkerung einer Region kurz- und mittelfristig kein praktikables Ziel (Abbildung 9). Damit eine Budgetlösung grundlegend tragfähig und praktikabel ist, sollte sie möglichst alle Krankenkassen einbeziehen. Hierzu müsste das aus den Modellvorhaben bekannte Format, das alle Krankenkassen inkludiert, in ein regelhaftes Konzept überführt werden.

SGB-übergreifendes Leistungsspektrum	●
Leistungen, die über den Regelleistungskatalog hinausgehen	●
Eine ausreichende Vergütung der gewünschten Leistungsqualität	●
Abrechnungsfähigkeit neuer Berufsbilder	●
Aussicht auf eine zeitnahe Umsetzung	●

Abbildung 9: Option 2 – sektorenübergreifendes Regionalbudget:

Adressierung der zentralen Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik

Quelle: Eigene Darstellung

Die notwendige Neuberechnung einer entsprechen Pauschale je teilnehmenden Versicherten, in Summe das Budget ergebend, würde es auch erlauben, Leistungen zu berücksichtigen, die derzeit im Regelleistungskatalog nicht enthalten bzw. in einer anderen Qualität hinterlegt sind. Die obligate Verknüpfung von Leistungen an bestimmte Berufsgruppen wäre reduziert, sofern eine echte und keine virtuelle Budgetlösung umgesetzt wird. Allerdings könnten selbst bei einer virtuellen Budgetlösung ein Teil der nicht abrechenbaren Leistungen refinanziert werden, sofern sie zu einem Effizienzgewinn beitragen.

Die größte Hürde scheint in einer kurzfristigen Umsetzung zu liegen. Die Herausforderung, den Transformationsprozess in der Leistungserbringung zu gestalten, würde durch die mit einem in der Konzeptionierung anspruchsvollen Vergütungssystem nochmals deutlich vergrößert werden. Zudem scheinen im Hinblick auf die aus der Theorie zur optimalen Vergütung abgeleiteten Folgerungen Budgetlösungen nur für größere Leistungserbringereinheiten eine sinnvolle Option darzustellen. Je kleiner die Einheit, desto stärker zeigen sich die Vorteile von Mischsystemen.

In der Zusammenschau (Abbildung 9) fällt insbesondere die Komplexität einer großen SGB-übergreifenden Lösung ins Gewicht. Während die Berufsbildflexibilität bei echten Budgets ohne weiteres (bei virtuellen Budgets mit Einschränkungen) umgesetzt werden kann, ist die Aussicht auf eine zeitnahe Umsetzung differenziert zu betrachten: Für einzelne Pilotprojekte in geeigneten Settings kann sie bejaht werden, eine Umsetzung in der Breite erscheint zunächst weniger wahrscheinlich. Wie bereits erwähnt stehen auch hier die Erweiterungen im Leistungsspektrum unter einem Finanzierungsvorbehalt.

2.3 Option 3: Patientenpauschale und Strukturzuschlag

2.3.1 Grundlagen zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Bereits heute sind PORT-Zentren in Betrieb und weitere in Planung. Sie alle sind auf eine zweckmäßige Vergütung ihres Leistungsportfolios angewiesen. Eine zeitnah realisierbare Reform des Vergütungssystems ist für sie daher von großem Interesse. Entsprechend ist zu prüfen, inwiefern eine punktuelle Ergänzung des EBM zielführend sein könnte und wie diese sinnvoll auszugestalten wäre.¹⁴

Der EBM betrifft die vertragsärztliche Versorgung und damit nur einen Teil des im PORT-Zentrum abgebildeten Leistungsspektrums. Hinsichtlich des Umsatzes stellt er jedoch den mit Abstand größten Anteil dar. Schließlich umfasst der EBM den kompletten hausärztlichen Versorgungsbereich, der im Status quo in Deutschland den Kern der medizinischen Grundversorgung abbildet (Abbildung 10).

Problematisch ist, dass das deutsche SGB keine Primärversorgung im eingangs dargestellten Sinn kennt und auch keine allgemeine medizinisch-pflegerische Grundversorgung. Der Fokus liegt klar auf der (vertrags-)ärztlichen Leistungserbringung, die in §§ 85 ff. SGB V geregelt ist. Entsprechend ist auch der Hinweis in § 87b Abs. 2 Satz 2, dass bei kooperativen Behandlungen in dafür gebildeten Versorgungsformen bei der Honorarverteilung entsprechende Regeln vorzusehen sind, zu verstehen. Es geht hierbei primär um Formen der ärztlichen Kooperation und nicht der interprofessionellen Zusammenarbeit. Vielmehr wird im EBM explizit auf die persönliche Leistungserbringung des Arztes verwiesen: „Eine Gebührenordnungsposition ist nur berechnungsfähig, wenn der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt die für die Abrechnung relevanten Inhalte gemäß §§ 14a, 15 und 25 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) persönlich erbringt.“ (KBV 2020, S. 21).

¹⁴ Soweit nicht anderweitig gekennzeichnet, wird im Folgenden auf das im Dezember 2019 erstellte und 2020 veröffentlichte Gutachten der KOMV (2019) Bezug genommen, welches das derzeit aktuellste und umfassendste Dokument zu diesem Thema darstellt.

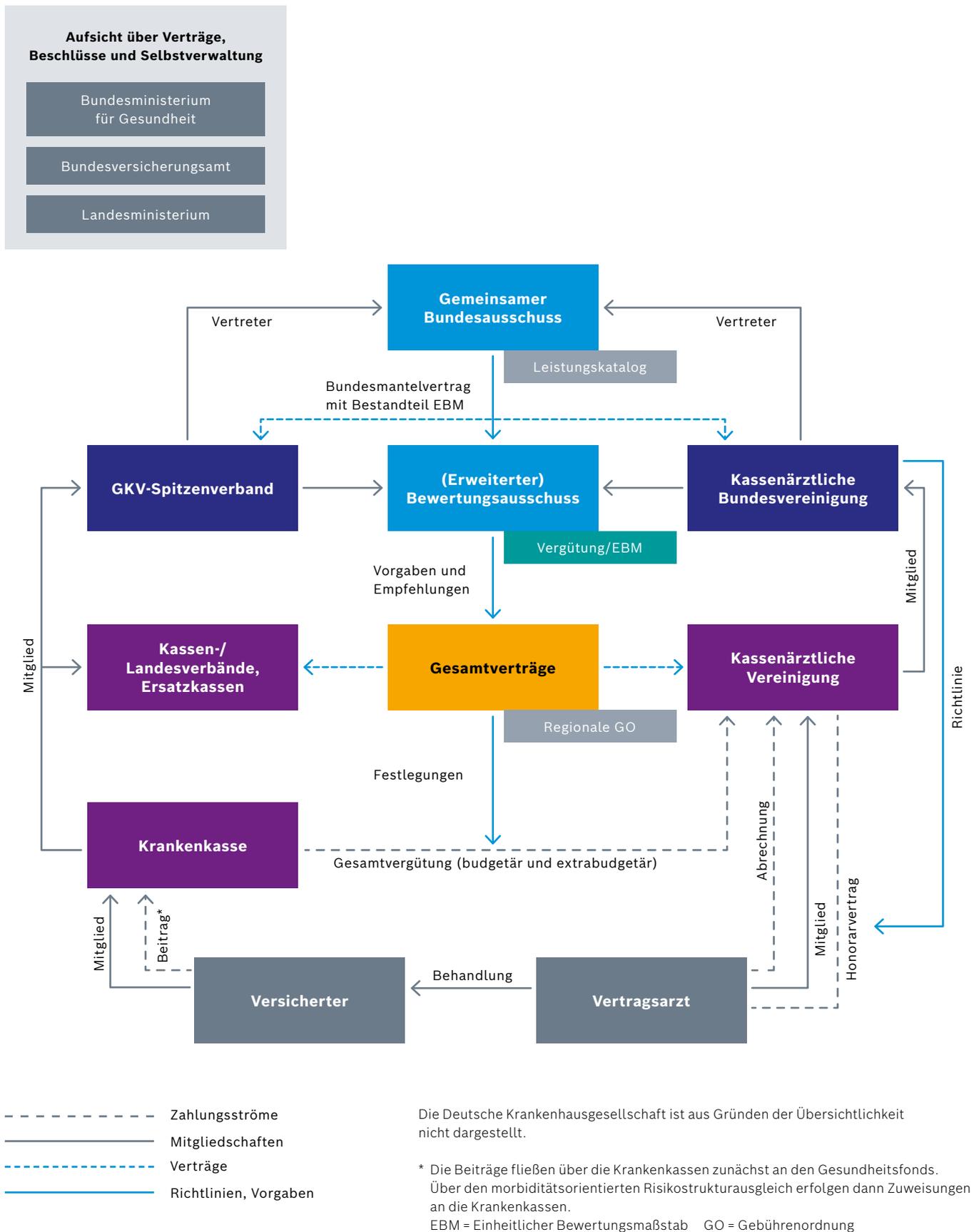


Abbildung 10: Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung

Quelle: Darstellung in Anlehnung an Wasem 2018 und KOMV 2019

Die Krankenkassen leisten dabei keine direkten Zahlungen an die Ärzte. Die KVen verhandeln mit den Krankenkassen die Vergütung und leiten diese dann über den sogenannten Honorarverteilungsmaßstab (HVM) weiter an die Ärzte. Auch wenn die einzelnen KVen über die jeweiligen HVM noch erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Vergütung haben, ist der auf Bundesebene von der Selbstverwaltung festgelegte EBM von fundamentaler Bedeutung. Er definiert die vertragsärztlichen Leistungen, auf die die Versicherten einen Anspruch haben, und verknüpft diese mit dem Vergütungssystem:

Wenn neue Leistungen oder Vergütungselemente aufgenommen werden sollen, ist der EBM von entscheidender Bedeutung. Er wird im System der Selbstverwaltung durch den (Erweiterten) Bewertungsausschuss festgelegt und rekurriert im Hinblick auf die Leistungen auf den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) definierten Leistungskatalog.

Diese zentrale Bedeutung wird auch nicht dadurch geschmälert, dass es sich beim EBM zunächst nur um ein Verzeichnis der Leistungen und nichtmonetärer Bewertungsrelationen handelt (die darin angegebenen Euro-Beträge dienen nur zur Orientierung). Erst in den Verhandlungen der Krankenkassenverbände mit den einzelnen KVen wird – für jede KV spezifisch – eine monetäre Bewertung des mit den Bewertungsrelationen zu multiplizierenden Punktwertes festgelegt, wodurch eine Gebührenordnung entsteht.

Zu differenzieren ist auf dieser Ebene ferner zwischen der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und einer extrabudgetären, d. h. außerhalb der MGV erbrachten Gesamtvergütung (EGV), zu festen Preisen (Abbildung 11).

„Ergebnis der gemeinsamen Zuständigkeit der Selbstverwaltung für das Vergütungsrecht ist der EBM [...] als Katalog derjenigen vertragsärztlichen Leistungen, die Versicherte [...] beanspruchen können. Das Leistungsrecht wird damit und durch die [...] Allgemeinverbindlichkeit der Richtlinien des G-BA untrennbar mit dem Vergütungsrecht verknüpft und auf diese Weise die notwendige Kongruenz zwischen Leistungs- und Vergütungsanspruch realisiert [...].“

(KOMV 2019, S. 17)

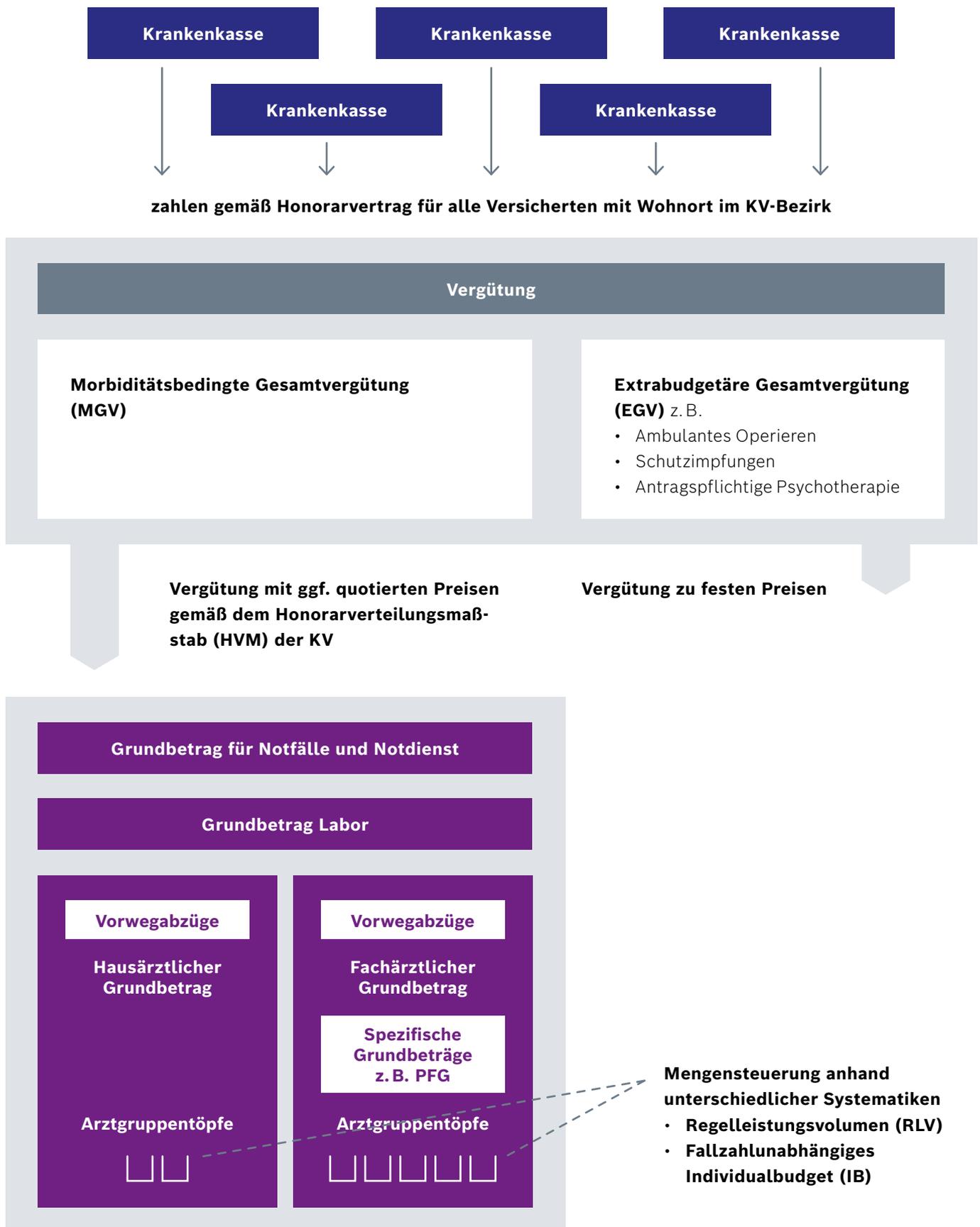


Abbildung 11: Schema der Honorarverteilung

Quelle: Darstellung nach KVH 2019, zitiert nach KOMV 2019

Die Kassen leisten für die MGV mit befreiender Wirkung einen Betrag an die KVen, die im Zuge der Ausgestaltung ihres jeweiligen Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) durch geeignete Instrumente wie Regelleistungsvolumina Sorge dafür tragen müssen, dass dieses Budget nicht überschritten wird. Da somit Leistungsmenge und monetäre Bewertung im Voraus festgelegt werden, liegen Mengen- und Kostenrisiko bei den KVen.

In der EGV sind Leistungen vorzufinden, die als besonders empfehlenswert gelten. Hierzu zählen u. a. Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, ambulantes Operieren, Teile der Psychotherapie etc. Für die im Rahmen der EGV zu vergütenden Leistungen spricht der Bewertungsausschuss jährlich entsprechende Empfehlungen aus. Im Jahr 2017 wurden 25,3 Mrd. Euro über die MGV (66 %) und 12,9 Mrd. Euro über die EGV (34 %) vergütet (KOMV 2019).

Der EBM kennt u. a. Pauschalen, Leistungskomplexe und Einzelleistungen. Derzeit werden rund 50 % über Pauschalen und Leistungskomplexe abgebildet, welche im hausärztlichen Bereich in Form einer quartalsweisen Versicherungspauschale auch die dominante Form darstellen sollen. Darüber hinaus können auf Ebene der HVM auch Kooperationszuschläge vorgesehen werden, wie sie beispielsweise für anerkannte Praxisnetze möglich sind (KOMV 2019).

Ein wichtiger Aspekt sind Maßnahmen zur Qualitätssicherung, was dazu führt, dass rund 50 % der Leistungen von den KVen genehmigt werden müssen, wobei der Schwerpunkt auf der Sicherstellung der Strukturqualität liegt. Die Voraussetzungen werden stichprobenartig überprüft. Eine darüberhinausgehende Verknüpfung von Qualität und Vergütung ist hingegen kaum von Bedeutung (KOMV 2019; SVR Gesundheit 2018).

Die KOMV empfiehlt für die Weiterentwicklung der Vergütung in der ambulanten ärztlichen Vergütung unter anderem eine stärkere Förderung von Teamleistungen und bezieht dabei ganz explizit die nichtärztlichen Berufsgruppen ein. Ein weiterer Punkt ist die Förderung der sektorenübergreifenden Kooperation, die im EBM in Form einer Koordinationspauschale auch schon existiert. Da diese jedoch mit keinen expliziten Bedingungen verknüpft ist, dürfte sich die handlungsleitende Wirkung in Grenzen halten.

2.3.2 Optionen der Verankerung im EBM

Anders als Modellvorhaben oder Selektivverträge müssen Inhalte, die im EBM fixiert sind, nicht für jede Konstellation neu verhandelt werden. Dies schafft Planungssicherheit und reduziert Transaktionskosten. Entsprechend können außerhalb der Regelversorgung existierende Modelle als Blaupause herangezogen werden.

Ausgehend von der in Kapitel 1.3 dargestellten Empfehlung, dass eine Mischung verschiedener Honorierungsformen sinnvoll erscheint, wäre auch bei einer Verankerung im EBM eine Mischung von

- kontaktunabhängigen Pauschalen,
- kontaktabhängigen Pauschalen und
- ELV

denkbar.¹⁵ Diese sollten mit konkreten und spezifischen Bedingungen versehen werden. Zur Qualitätssicherung können diese Vorgaben durchaus anspruchsvoll formuliert werden, solange sichergestellt ist, dass die veranschlagte Vergütung auch den hierfür erforderlichen Aufwand entsprechend abdeckt.

Kontaktunabhängige Pauschalen würden an strukturelle Merkmale des PORT-Zentrums gekoppelt werden, die sich beispielsweise in der Qualifikation und der Quantität des eingesetzten Personals sowie der apparativen Ausstattung oder dem Vorhalten telematischer Infrastruktur des Zentrums niederschlagen können. Voraussetzung hierfür sind klar definierte und nachprüfbar Sachverhalte. Inhaltlich können damit Leistungen abgedeckt werden, die nicht an einen Patientenkontakt oder die Inanspruchnahme einer spezifischen Leistung gekoppelt sind. Orientiert man sich beispielsweise an der Vereinbarung der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV)¹⁶ in Baden-Württemberg, finden sich in Anlage 12 für Vergütungsposition 1 folgende Inhalte (Deutscher Hausärzteverband – Landesverband Baden-Württemberg 2020):

- Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (Blutdruckmessgerät, EKG, Spirometer mit FEV1-Bestimmung)
- Vorhalten einer onlinefähigen Informationstechnik
- Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arzteinformationssystem

15 Ähnliche Empfehlungen finden sich beispielsweise bei American College of Physicians 2006.

16 Mindestanforderungen werden auf Basis von § 73 SGB V durch den entsprechenden Bundesmantelvertrag definiert.

- Ausstattung mit Vertragssoftware/Hardware
- Technische Voraussetzungen zum Führen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass)
- Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie mindestens einer Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr pro Woche für berufstätige HzV-Versicherte
- Kooperation sozialer Dienst

Viele der Beispiele lassen sich gut auf den Kontext eines PORT-Zentrums übertragen bzw. ließe sich die Liste nahtlos um weitere PORT-spezifische Punkte ergänzen. Im PORT-Zentrum könnten hierdurch weitere Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Bedarfserhebung, Vernetzungsarbeit etc. – mithin alle Maßnahmen, die nicht mit einem Patientenkontakt einhergehen – finanziert werden.

Zu entscheiden ist, ob es sich um eine Pauschale handeln soll, die von der Anzahl (potenzieller) Patienten unabhängig ist oder nicht. Ersteres ist immer dann sinnvoll, wenn es um Strukturen geht, die lediglich mit Fixkosten einhergehen (z. B. telematische Infrastruktur). Im Sinne der Theorie (vgl. Kapitel 1.3) würde es sich dann um ein Perioden-Fixum handeln. In internationalen Beispielen finden sich derartige Elemente in Form einer Basisfinanzierung wieder, die zum Teil einen erheblichen Umfang einnehmen können (vgl. Kapitel 1.4). Im zweiten Fall, also wenn die Kosten mit der Anzahl der (potenziellen) Patienten steigt, ist die Frage nach der Grundgesamtheit nicht trivial zu klären.

Bei der HzV handelt es sich um ein Einschreibemodell, das häufig kassenspezifisch verhandelt wird und eine Einschreibung der teilnahmewilligen Versicherten erfordert. Auch im Regelversorgungskontext wäre eine Einschreibung möglich, um Mehrfachabrechnungen von Pauschalen zu verhindern. Berücksichtigt man die große Hemmschwelle, die eine derartige aktive Einschreibung aufbaut, wäre ein Zuordnungsmodell analog zum US-amerikanischen ACO-Modell denkbar. Für einige Gruppen, die eher selten zum Arzt gehen, wie beispielsweise jüngere Menschen, ist eine Zuordnung auf Basis von Abrechnungsdaten schwierig. Diese Gruppen könnten – ggf. mit einem Abschlag versehen – für die Kalkulation beispielsweise auf Basis der Praxisgröße zugeschlüsselt werden. Berücksichtigt werden dabei allerdings nur Leistungserbringer, welche die geforderten Strukturen vorhalten. Da die Zahl der einschlägig qualifizierten Zentren mit der Zeit zunimmt, sinkt bei konstanter Population die Pauschale langsam auf das Zielniveau ab. „Early Mover“, die bereit sind, auch entsprechende Risiken auf sich zu nehmen, profitieren von der anfangs höheren Schlüsselzuweisung. Zur Vermeidung extremer Effekte bei zunächst sehr

wenigen einschlägig qualifizierten Zentren kann die Schlüsselzuweisung entsprechend gekappt werden. Die Pauschale könnte nach Alterskohorten gestaffelt werden, sollte aber explizit alle Altersgruppen einschließen, da dies auch der Zielpopulation eines PORT-Zentrums entspricht.

Kontaktbezogene Pauschalen können relativ stark aggregiert alle routinemäßig zu erwartenden Leistungen z. B. eines Quartals abdecken. Derartige Basispauschalen existieren auch im EBM (z. B. Gebührenordnungsposition (GOP) 03000: Hausärztliche Versichertenpauschale). Hier könnten für die PORT-Zentren Zuschläge zu bestehenden Pauschalen oder zusätzliche Pauschalen vereinbart werden, die an konkrete, PORT-spezifische Leistungen anknüpfen. Für diese Leistungen sind wiederum konkrete Qualitätsanforderungen zu definieren.

Eine wichtige und zugleich gravierende Änderung zum Status quo wäre, dass auch qualifizierte nichtärztliche Leistungserbringer wie eine Community Health Nurse (CHN) diese Pauschalen auslösen können. Die (Mindest-) Qualifikation der CHN muss hierfür eindeutig vorgegeben und nachprüfbar dokumentiert sein. Für kontaktbezogene Pauschalen eignen sich nicht ausschließlich Leistungen, die dem Pflegevorbehalt nach § 4 Pflegeberufegesetz (PflBG) zuzurechnen sind. Geeignet sind des Weiteren Koordinationspauschalen, die bisher im EBM zwar beispielsweise in Form der GOP 01420 (Überprüfung der Notwendigkeit und Koordination der verordneten häuslichen Krankenpflege gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses) existieren, die in ihrer Bewertung aber in keiner Relation zum tatsächlich notwendigen Aufwand bei sachgemäßer Durchführung stehen. Hier müsste – wiederum gekoppelt an entsprechende Voraussetzungen und Inhalte – eine eigene PORT-spezifische Pauschale eingeführt oder es müssten zumindest entsprechende Zuschläge vereinbart werden.

Eine **Einzelleistungsvergütung** sollte nur für ausgewählte Leistungen in Betracht gezogen werden, die z. B. besonders förderungswürdig und/oder kostenintensiv sind. Als Beispiel ließe sich in einem PORT-Zentrum das systematische Screening bzw. Assessment von Patienten in Risikopopulationen (z. B. geriatrisches Assessment zur Bewertung der körperlichen Gesundheit sowie der psychosozialen und funktionellen Fähigkeiten für alle Patienten, die über 70 Jahre alt sind) anführen. Auch hier gilt, dass diese Leistung beispielsweise von einer CHN in eigener Verantwortung erbracht werden kann und soll; entsprechend muss sie auch ohne Arztkontakt abrechnungsfähig sein.

2.3.3 Fazit

Soll eine adäquate Vergütung für PORT-Zentren über den EBM sichergestellt werden, müssen die entsprechenden Vor- und Nachteile abgewogen werden. Positiv ist festzustellen, dass für viele sinnvolle Anpassungen keine Gesetzesänderungen notwendig werden, sondern dies über eine Entscheidung des (Erweiterten) Bewertungsausschusses herbeigeführt werden kann. Sofern es um grundsätzlich neue Leistungen geht, müssen diese zunächst vom G-BA freigegeben werden (Abbildung 12). Dies ermöglicht potenziell einen relativ schnellen Einstieg und eine schrittweise Erweiterung, sofern in einem ersten Anlauf nicht alle Ziele erreicht werden. Andererseits könnte durch eine Gesetzesänderung beispielsweise relativ zügig eine Regelung in Form eines Bundesmantelvertrags herbeigeführt werden, der letztlich jedoch auch im Detail durch die Selbstverwaltung zu verhandeln ist. Der EBM erlaubt eine große Flexibilität hinsichtlich der Vergütungsform, sodass systemimmanent nur wenige Hürden bestehen. Allerdings dürfte der

berufspolitische Widerstand – gerade was das Auslösen von abrechnungsfähigen Leistungen betrifft – nicht zu unterschätzen sein. Der Druck nimmt hier jedoch sowohl durch Sachzwänge (Ärztmangel in vielen Regionen) als auch entsprechende Gutachten (KOMV 2019; SVR Gesundheit 2018) zu. Entscheidend ist jedoch, dass hinreichend große Teile der Ärzteschaft für dieses Modell gewonnen werden können.

Ein zentraler Nachteil der Festlegung auf den EBM ist die starke Beschränkung auf das SGB V, welches die Grundlage des EBM bildet. Es dürfte nur schwer möglich sein, andere Sozialleistungsträger über den EBM mit in die Finanzierung einzubinden. Auch bleibt das strenge Korsett des EBM in weiten Teilen bestehen, was innovative Ansätze zur Leistungserbringung im Kontrast zu den in Kapitel 2.2 diskutierten Budget-Optionen deutlich erschwert. Auch sektorenübergreifende Ansätze stehen weiterhin vor den bekannten Hürden, wie der Finanzierung aus unterschiedlichen Töpfen.

SGB-übergreifendes Leistungsspektrum	●
Leistungen, die über den Regelleistungskatalog hinausgehen	●
Eine ausreichende Vergütung der gewünschten Leistungsqualität	●
Abrechnungsfähigkeit neuer Berufsbilder	●
Aussicht auf eine zeitnahe Umsetzung	●

Abbildung 12: Option 3 – Patientenpauschale und Risikozuschlag:

Adressierung der zentralen Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik

Quelle: Eigene Darstellung

Die Synopse in Abbildung 12 zeigt ein ähnlich heterogenes Bild wie bei den vorangehenden Optionen. So kann in einem EBM-basierten Vergütungssystem kein SGB-übergreifendes Leistungsspektrum realisiert werden. Ergänzende Vereinbarungen mit den entsprechenden Sozialleistungsträgern bzw. die Abrechnung derartiger Leistungen nach den existierenden Modalitäten sind darüber hinaus jedoch (weiterhin) möglich. Für die Berufsbilder sind die bereits erwähnten berufspolitischen Widerstände zu überwinden. Bezüglich der unter einem Finanzierungsvorbehalt stehenden Leistungserweiterungen ist positiv zu bewerten, dass es im Kontext des Regelwerks rund um den EBM zumindest etablierte Prozesse und Wege gibt, wie derartige Entscheidungen herbeigeführt werden können.

2.4 Vergütung versus Finanzierung

Bereits mehrfach wurde angesprochen, dass das Konzept der Primärversorgung sowie der Ansatz der PORT-Zentren deutlich über das im Status quo etablierte Leistungsspektrum hinausgeht. Wenn jedoch weitere Leistungen vergütet werden sollen, ist zu klären, wie diese finanziert werden können. Sofern kein „neues Geld“ ins System kommen soll, müssen Umschichtungen zu Lasten anderer Posten vorgenommen werden. Wird – was bei vielen Leistungselementen eines PORT-Zentrums angezeigt erscheint – eine Vergütung im Sinne einer EGV angestrebt, werden die Kosten an die Krankenkassen und damit an die Versicherten weitergeleitet. Auch wenn in einem gewissen Umfang Kostensteigerungen durch entsprechende Einsparungen wieder kompensiert werden können, handelt es sich nicht um ein Kostensparprogramm, sondern um einen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. Dies ist entsprechend zu argumentieren und im Sinne öffentlicher Meinungsbildung zu kommunizieren.

Ein konstruktiver Ansatzpunkt, der neben den Krankenkassen auch andere Sozialleistungsträger mit in die Pflicht nehmen könnte, ist eine Anknüpfung der Finanzierung an das Präventionsgesetz. Dieses verpflichtet die Krankenkassen¹⁷, jährlich insgesamt 500 Mio. Euro zur Finanzierung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention aufzuwenden. Ganz explizit werden von Kommunen initiierte Projekte als förderfähig eingestuft (Rauland et al. 2018; StMGP 2016; MASGF 2018).

Wichtig erscheint in diesem Kontext die Schaffung von belastbarer Evidenz zu qualitativen und ökonomischen Auswirkungen einzelner PORT-Merkmale. Auch wenn beispielsweise im Zuge einer stark am Status quo ansetzenden Kopplung an den EBM der Fokus auf Aspekte der Strukturqualität und in sehr begrenztem Maße der Prozessqualität gelegt wird, sollten PORT-spezifische Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität erarbeitet werden. Dies wäre nicht nur für die weitere Meinungsbildung von Vorteil, sondern könnte auch einen Anknüpfungspunkt für Vergütungsansätze darstellen, die stärker an Ergebnisqualität ausgerichtet sind.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass es im Szenario einer Ausweitung der Leistungen im EBM ohne entsprechende Gegenfinanzierung durch die Krankenkassen zu einer Schlechterstellung der Vertragsärzte im Vergleich zum Status quo kommen würde. Dies würde die Unterstützung für dahingehende Reformen des EBM sicherlich reduzieren und sollte entsprechend bedacht werden.

17 Auch die Pflegekassen müssen sich mit einem – jedoch relativ geringen Betrag – beteiligen.

2.5 Weitere Aspekte

Mit dem Grad der Aggregation bzw. Pauschalierung steigt auch die Relevanz der Risikoadjustierung. Dabei ist eine vollständig sachgerechte und valide Risikoadjustierung in weiten Teilen eine Utopie. Da jedoch die Leistungserbringer in relevantem Umfang Risiken von den Versicherern übernehmen, müssen sie vor systematischen Verzerrungen – soweit möglich und sinnvoll – geschützt werden. In der Praxis existieren sowohl sehr komplexe Systeme, wie in den USA, als auch sehr schlichte Systeme, die lediglich auf den Patientenfaktoren Alter und Geschlecht beruhen. Letztlich ist es ein Zielkonflikt zwischen einer Annäherung an einen möglichst perfekten Ausgleich und der Nachvollziehbarkeit sowie Prognostizierbarkeit des Modells. Für Leistungserbringer sind klar planbare Parameter häufig wertvoller als eine marginale Verbesserung auf Kosten der Transparenz. Sofern bei der Vergütung auf ein Mischsystem abgestellt wird, das auch ELV oder kleinteiligere Pauschalen umfasst, werden bereits hierdurch relevante Risiken abgedeckt. Somit spricht vieles dafür, die stärker aggregierten Komponenten auf Basis eines einfachen Systems der Risikoadjustierung anzupassen. Da mit den PORT-Zentren der Anspruch einhergeht, auch in Richtung der sozialen Determinanten von Gesundheit zu wirken, erscheint es bedenkenswert, zumindest einen Indikator für die sozioökonomische Lage der Region aufzunehmen.

Eine ähnliche Herausforderung ist bei der Kopplung der Vergütung an Qualitätsindikatoren zu erwarten. Zum einen können zu sehr ausdifferenzierte Systeme mit einer zu großen Anzahl an Indikatoren die Leistungserbringer überfordern – sowohl hinsichtlich der Aufmerksamkeit, die ihnen die Leistungserbringer zuteilwerden lassen können, als auch hinsichtlich des Dokumentationsaufwands. Zum anderen besteht die Gefahr, dass nicht messbare und nicht gemessene Qualität vernachlässigt werden (Breyer et al. 2013; KOMV 2019). Ohne ein entsprechendes Korrektiv zu Gunsten der Qualität besteht jedoch die Gefahr, dass Vergütungssysteme zu eindimensionalen Anreizen zur Kostenminimierung setzen (Benstetter et al. 2020). Folglich scheint es plausibel, ein eher eng gefasstes System an Qualitätsindikatoren zu nutzen, das die Kerndimensionen des PORT-Konzepts erfasst, und diese mit einer ebenfalls

kleinen Zahl an Indikatoren zu ergänzen, die in festgelegten Zyklen ausgetauscht werden können, sollten sich besondere Handlungsbedarfe abzeichnen. Ferner sollte der qualitätsabhängige Teil der Vergütung in Anbetracht der sonst möglicherweise entstehenden Fehlanreize nicht zu groß sein. Wird die Qualitätsmatrix in ein Benchmarking/Ranking überführt, bei dem die Besten die größten qualitätsbedingten Ausschüttungen erzielen, kann dies für Einrichtungen mit eher schlechten Ausgangsvoraussetzungen demotivierend wirken. Um auch bei Einrichtungen mit ungünstigeren Ausgangsvoraussetzungen die Motivation aufrechtzuerhalten, können neben dem relativen Qualitätsniveau auch Verbesserungen der eigenen Qualität berücksichtigt werden. Als Einstieg kann ein verpflichtendes Public Reporting ohne finanzielle Sanktionen genutzt werden.

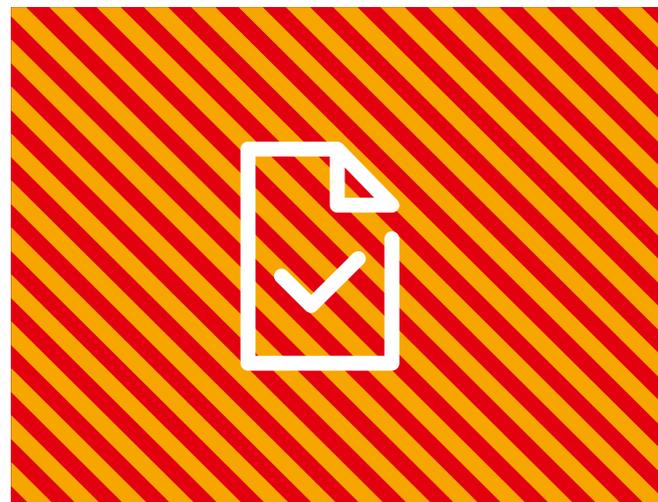
Ein weiterer Aspekt ist die Berücksichtigung der besonderen Anforderungen in der Gründungsphase. Jede Organisation, die frisch gegründet wird, hat neben den Investitionskosten im engeren Sinn auch die typischen Ineffizienzen einer Anlaufphase abzubilden. Die PORT-Zentren trifft dies sogar noch etwas mehr, da sie durch ihren Anspruch hinsichtlich eines interprofessionellen Arbeitens und ganzheitlichen Versorgungsansatzes einem noch weitreichenderen „Change-Prozess“ unterliegen als bei einer regulären Praxisgründung. Auch potenzielle Effizienzgewinne wie durch eine sinnvollere Arbeitsteilung, bessere Prozesse und umfassende Präventions- und Screening-Maßnahmen werden sich – sofern sie überhaupt zu einer Netto-Entlastung führen – erst später einstellen. Entsprechend könnte es eine Option sein, für die Startphase über eine Pauschale oder eine Zulage eine entsprechende Förderung anzubieten. Diesem auch international in Teilen beobachtbaren Ansatz steht jedoch entgegen, dass die Investitionskosten in der Logik der ambulanten Vergütung generell bereits eingepreist sind und der zusätzliche Bedarf nur schwer zu objektivieren sein dürfte.

3

Fazit

Betrachtet man die breit gefasste Zielvision der PORT-Zentren, erscheint eine eher an einem Budget orientierte Vergütungsform passend – sie gibt Flexibilität bezüglich der Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen sowie interprofessioneller Teamarbeit und setzt auch Anreize zur Erhaltung von Gesundheit und nicht nur zur Behandlung von Krankheit. Berücksichtigt man jedoch die damit einhergehenden Herausforderungen – Risikoadjustierung, Vertragsmanagement, strenges Monitoring der Qualität etc. – sind derartige Ansätze für die meisten PORT-Zentren voraussichtlich nur bedingt geeignet. Dies schließt allerdings nicht aus, dass wegweisende Leuchtturmprojekte nicht auch diesen Weg einschlagen und ambitioniertere Budgetlösungen testen, um Erfahrungen für eine weitere Entwicklung des Vergütungssystems im Kollektivvertrag zu generieren. Diese PORT-Strukturen sollten dann jedoch in sich gefestigt und hinreichend groß sein, um die damit einhergehenden Managementaufgaben auch entsprechend abbilden zu können.

Für die Mehrzahl der PORT-Zentren dürfte ein Mischsystem aus unterschiedlich stark pauschalieren Komponenten der sinnvollste Weg sein. Hier können kontaktunabhängige Pauschalen eine wichtige Rolle spielen, um einen Teil der flexibilitätsstiftenden Charakteristika der Budgetlösungen aufzugreifen, ohne sich die entsprechenden Nachteile zu eigen zu machen. Diese können um kontaktbezogene Pauschalen und, in geringerem Umfang, um ELV erweitert werden. Zur Dokumentation des eigenen Qualitätsanspruchs nach außen sollte nicht zuletzt ein eher kleiner Teil der Vergütung – vorzugsweise im Bereich der kontaktunabhängigen Pauschale – an eine Qualitätsmatrix gekoppelt werden.



Eine erfolgreiche Integration der Vergütungskomponenten in den EBM hätte ein großes Potenzial, diese flächendeckend und mit niedrigen Transaktionskosten zugänglich zu machen. Problematisch ist, dass der EBM ganz klar die vertragsärztliche Versorgung abbildet und entsprechend zentrale PORT-Inhalte, wie die in weiten Teilen eigenverantwortliche Tätigkeit der Community Health Nurse, eines gewissen Paradigmenwechsels bedürfen. Folglich müsste ein großer Teil der Ärzteschaft für dieses Modell gewonnen werden. Die Vorteile – der kollektivvertragliche Charakter, ein klar geregelter Entscheidungsprozess, die Flexibilität der Vergütungsformen etc. – müssen diesen (standes-)politischen Herausforderungen gegenübergestellt werden.

Auch wenn eine sozialversicherungsträgerübergreifende Lösung – zumindest in großem Stil – kurz- und mittelfristig wenig realistisch erscheint, sollten doch Bemühungen unternommen werden, mit einer kleinen dahingehenden Pauschale einen ersten Schritt in diese Richtung zu unternehmen. Einen ersten Ansatzpunkt könnte das Präventionsgesetz bieten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Vision der PORT-Zentren über verschiedene Vergütungssysteme realisieren lässt. Keine der Lösungen ist trivial und ohne Hürden zu implementieren. Wie immer bei multi-kriteriellen Entscheidungen sind die Nutzwerte der einzelnen Kriterien und ihre Eintrittswahrscheinlichkeiten zu bewerten. Diese Bewertung kann je nach Zeithorizont, Risikobewertung und Präferenzen des Entscheiders zu unterschiedlichen Ergebnissen führen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Zentrale Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik	12
Abbildung 2:	Systematik für Vergütungssysteme	13
Abbildung 3:	Abwägung unterschiedlicher Anreizintensitäten in Mischsystemen	16
Abbildung 4:	Stufen der Finanzierung einer Primärversorgungseinheit in Österreich	18
Abbildung 5:	Vergütung des Arztes in Family Health Teams in Ontario	20
Abbildung 6:	Vergütung am Beispiel der Region Västra Götaland (Schweden)	21
Abbildung 7:	Sozialleistungsträgerübergreifende Pauschale	23
Abbildung 8:	Option 1 – Primärversorgungspauschale: Adressierung der zentralen Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik	24
Abbildung 9:	Option 2 – sektorenübergreifendes Regionalbudget: Adressierung der zentralen Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik	29
Abbildung 10:	Institutionelles Arrangement in der ambulanten, kollektivvertraglichen (vertragsärztlichen) Regelversorgung	31
Abbildung 11:	Schema der Honorarverteilung	33
Abbildung 12:	Option 3 – Patientenpauschale und Risikozuschlag: Adressierung der zentralen Herausforderungen in der bestehenden Vergütungssystematik	36

Abkürzungsverzeichnis

ACA	Affordable Care Act
ACO	Accountable Care Organization
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag für Ärzte
CHN	Community Health Nurse
CMMI	Center for Medicare and Medicaid Innovation
DGIV	Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
ELV	Einzelleistungsvergütung
EKG	Elektrokardiogramm
FHT	Family Health Team
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
HCP LAN	Health Care Payment Learning & Action Network
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KOMV	Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
KV RLP	Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien des Landes Brandenburg
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MSSP	Medicare Shared Savings Program
PCMH	Patient Centered Medical Homes
PfLBG	Pflegeberufegesetz
PORT-Zentrum	Patientenorientiertes Zentrum zur Primär- und Langzeitversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
SGB	Sozialgesetzbuch
StMGp	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization

Literaturverzeichnis

Aledade (2020): Company Information. Online verfügbar unter <https://www.aledade.com/>, zuletzt geprüft am 02.11.2020.

American College of Physicians (2006): A System in Need of Change: Restructuring Payment Policies to Support Patient-Centered Care. Position Paper. Available from American College of Physicians, 190 N. Independence Mall West, Philadelphia, PA 19106. Philadelphia.

Bachner, Florian; Bobek, Julia; Habimana, Katharina; Ladurner, Joy; Lepuschütz, Lena; Ostermann, Herwig et al. (2018): Austria: Health System Review. In: Health Systems in Transition 20 (3), S. 1 – 254.

Benstetter, Franz; Negele, Daniel; Lauerer, Michael; Schmid, Andreas (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei Verlag.

BMSGPK (2019): Das Handbuch zur Gründung einer PVE. Wien.

Bodenheimer, Thomas; Sinsky, Christine (2014): From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. In: Annals of Family Medicine 12 (6), S. 573 – 576. DOI: 10.1370/afm.1713.

Brennan, Sharon (2020): Revealed: The CCG map after new wave of mergers. Online verfügbar unter <https://www.hsj.co.uk/commissioning/revealed-the-ccg-map-after-new-wave-of-mergers/7026848.article>, zuletzt geprüft am 02.11.2020.

Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias (2013): Gesundheitsökonomik. 6. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer.

Burns, Lawton R.; Pauly, Mark V. (2018): Transformation of the Health Care Industry: Curb Your Enthusiasm? In: The Milbank Quarterly 96 (1), S. 57 – 109. DOI: 10.1111/1468-0009.12312.

Carlsson, L.; Börjesson, U.; Edgren, L. (2002): Patient based “burden-of-illness” in Swedish primary health care. Applying the Johns Hopkins ACG case-mix system in a retrospective study of electronic patient records. In: The International Journal of Health Planning and Management 17 (3), S. 269 – 282. DOI: 10.1002/hpm.674.

Czihal, Thomas; Stillfried, Dominik von (2016): Konsequenzen der Flexibilisierung des Zulassungsrechts auf die Produktivität in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 70 (6), S. 27 – 31. DOI: 10.5771/1611-5821-2016-6-27.

Czypionka, Thomas; Kraus, Markus; Kronemann; Frank (2015): Bezahlungssysteme in der Primärversorgung. Hg. v. Institut für höhere Studien. Wien. Online verfügbar unter <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714756&version=1425625231>, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Czypionka, Thomas; Riedel, Monika; Obradovits, Martin; Sigl, Clemens; Leutgeb, Johannes (2011): Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich. In: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hg.): Health System Watch. Beilage zur Fachzeitschrift soziale Sicherheit. Erstellt durch das Institut für höhere Studien IHS HealthEcon, S. 1 – 16. Online verfügbar unter https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/3149/1/hsw11_3d.pdf, zuletzt geprüft am 08.04.2020.

- Czypionka, Thomas; Ulinski, Susanna (2014): Primärversorgung. Institut für höhere Studien. Wien.
Department of Health and Social Care (2010): Equity and Excellence: Liberating the NHS. White Paper.
Norwich: TSO (Cm, 7881).
- Deutscher Hausärzterverband – Landesverband Baden-Württemberg (2020): Vertrag zur Hausarzt-zentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. Anlage 12 Honoraranlage: Vergütung und Abrechnung (vom 01.10.2019).
Vertrag vom 8. Mai 2008 idF. vom 01.01.2020. Online verfügbar unter <https://www.hausarzt-bw.de/vertragsunterlagen>.
- DGIV (2019): Positionspapier 2019 zur sektorenübergreifenden Versorgung. Ohne Integrierte Versorgung sind die Sektorengrenzen nicht zu überwinden. Berlin.
- Edwards, Samuel T.; Bitton, Asaf; Hong, Johan; Landon, Bruce E. (2014): Patient-centered medical home initiatives expanded in 2009-13: providers, patients, and payment incentives increased.
In: Health affairs (Project Hope) 33 (10), S. 1823–1831. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0351.
- Erickson, Shari. M. (2010): The Patient Centered Medical Home (PCMH): Overview of the Model and Movement.
Hg. v. American College of Physicians. Washington, DC.
- Ewers, Michael; Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin (2015): Gesundheit unterm Ahornblatt.
In: Gesundheit und Gesellschaft 18 (9), S. 22 – 28.
- G-BA (2019): Der Innovationsfonds: Stand der Dinge. Dezember 2019. Online verfügbar unter https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/48/Der-Innovationsfonds-im-Ueberblick_2019-12-04.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2020.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2018): Überlegungen zur zukünftigen Honorierung von Primärversorgungseinheiten. Ergebnisse eines gemeinsamen Workshops von VertreterInnen der Sozialversicherung und VertreterInnen der JAMÖ (Junge Allgemeinmedizin Österreich). Wien.
- HCP LAN (2018): 2018 APM Measurement Infographic.
Online verfügbar unter <https://hcp-lan.org/2018-apm-measurement/2018-infographic/>, zuletzt geprüft am 02.11.2020.
- Introcaso, David; Berger, Gregory (2015): MSSP Year Two: Medicare ACOs Show Muted Success. HealthAffairsBlog.
Online verfügbar unter <http://healthaffairs.org/blog/2015/09/24/mssp-year-two-medicare-acos-show-muted-success/>,
zuletzt geprüft am 02.11.2020.
- KBV (2020): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand: 1. Quartal 2020. Berlin.
- Klapper, Bernadette (2018): Primärversorgung in Deutschland stärken. PORT und supPORT – Die Bausteine der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.
- Knieps, Franz (1998): Das Zusammenwirken von gesetzlicher Kranken- und Pflegeversicherung – Kritische Anmerkungen zur Patientenkarriere aus der Sicht der Krankenkassen. In: Sozialer Fortschritt 47 (6), S. 136 – 138.
- KOMV (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Bericht der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
- KV RLP (2020): Vergütung – Honorar. Gesamtvergütung (Veranschaulichung). Webcode 41517.
Online verfügbar unter https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Mitglieder/Verguetung/Honorar/HVM_2012_Veranschaulichung.pdf, zuletzt geprüft am 07.04.2020.

- KVB (2019): Erläuterungen zum Honorarverteilungsmaßstab der KV Bayerns ab 1. Juli 2019. München. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/AbrechnungHonorar/KVB-Broschuere-Erlaeuterungen-zum-HVM-2019.pdf>, zuletzt geprüft am 02.11.2020.
- KVH (2019): Aus Leistung wird Honorar. Online verfügbar unter <https://www.kvhessen.de/honorar/>, zuletzt geprüft am 02.11.2020.
- MASGF (2018): Gesundheit und Gesundheitschancen für Kinder im Land Brandenburg. Beiträge zur Sozial- und Gesundheitsberichterstattung Nr. 8. Gesundheitsbericht im Rahmen des Themenjahres Gesundheit vom Brandenburger Runden Tisch zur Bekämpfung der Kinderarmut „Starke Familien – Starke Kinder“. Potsdam.
- Mayr, Heidelinde; Eibensteiner, Harald; Hauser, Harald; Scheweder, Mario; Weissenbacher, Michaela (o. J.): Primärversorgungseinheiten – Eröffnung neuer Wege. FH Gesundheitsberufe OÖ. Linz.
- McWilliams, J. Michael; Hatfield, Laura A.; Chernew, Michael E.; Landon, Bruce E.; Schwartz, Aaron L. (2016): Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. In: *The New England Journal of Medicine* 374 (24), S. 2357 – 2366. DOI: 10.1056/NEJMs1600142.
- O’Dell, Michael L. (2016): What is a Patient-Centered Medical Home? In: *Missouri Medicine* 113 (4), S. 301 – 304.
- Österreichische Sozialversicherung (o. J.): Detailinformation. Primärversorgungseinheiten. Online verfügbar unter <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&viewmode=content>, zuletzt geprüft am 02.11.2020.
- Peikes, Deborah; Taylor, Erin Fries; O’Malley, Ann S.; Rich, Eugene C. (2020): The Changing Landscape Of Primary Care: Effects Of The ACA And Other Efforts Over The Past Decade. In: *Health Affairs* 39 (3), S. 421 – 428. DOI: 10.1377/hlthaff.2019.01430.
- PfLBG: Gesetz über die Pflegeberufe. Pflegeberufegesetz. Zuletzt geändert durch Artikel 3a G. v. 13.01.2020 | 66.
- Philip, Susan; Govier, Diana; Pantely, Susan (Hg.) (2019): Patient-Centred Medical Home. Developing the business case from practice perspective. Milliman White Paper. Submitted to: National Committee for Quality Assurance. Milliman. Seattle.
- Plescica, Marcus; Dulin, Michael (2017): Accountable Care Communities. In: *North Carolina Medical Journal* 78 (4), S. 238 – 241.
- Rauland, Horst; Böhme, Christa; Köckler, Heike (2018): Das Präventionsgesetz und seine Potenziale für eine gesundheitsfördernde Stadtentwicklung. In: Sabine Baumgart, Heike Köckler, Anne Ritzinger und Andrea Rüdiger (Hg.): *Planung für gesundheitsfördernde Städte*. Hannover, S. 238 – 251. Online verfügbar unter URN: urn:nbn:de:0156-0853180.
- Reich, Oliver; Rapold, Roland; Flatscher-Thöni, Magdalena (2012): An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. In: *International Journal of Integrated Care* 12, e2. DOI: 10.5334/ijic.685.
- Rosenthal, Thomas C. (2008): The medical home: growing evidence to support a new approach to primary care. In: *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM* 21 (5), S. 427 – 440. DOI: 10.3122/jabfm.2008.05.070287.
- Rosser, Walter W.; Colwill, Jack M.; Kasperski, Jan; Wilson, Lynn (2011): Progress of Ontario’s Family Health Team model: a patient-centered medical home. In: *Annals of Family Medicine* 9 (2), S. 165 – 171. DOI: 10.1370/afm.1228.

- Schaeffer, Doris (2017): Advanced Nursing Practice – Erweiterte Rollen und Aufgaben der Pflege in der Primärversorgung in Ontario/Kanada. In: *Pflege & Gesellschaft* 22 (1), S. 18–35.
- Schreyögg, Jonas; Bäuml, Matthias; Krämer, Jonas; Dette, Tilman; Busse, Reinhard; Geissler, Alexander (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. hche. Hamburg.
- StMGP (2016): Gesundheitsregionen plus. Konzept. Stand 09.03.2016.
- SVR Gesundheit (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Tipirneni, Renuka; Vickery, Katherine Diaz; Ehlinger, Edward P. (2015): Accountable Communities for Health: Moving From Providing Accountable Care to Creating Health. In: *Annals of Family Medicine* 13 (4), S. 367–369. DOI: 10.1370/afm.1813.
- Ulrich, Lisa-R; Pham, Thuy-Nga Tia; Gerlach, Ferdinand M.; Eler, Antje (2019): Family Health Teams in Ontario – Vorstellung eines kanadischen Primärversorgungsmodells und Anregungen für Deutschland. In: *Gesundheitswesen* 81 (6), S. 492–497. DOI: 10.1055/s-0043-111406.
- Wasem, Jürgen (2018): Die Parallelität der Vergütungssysteme für den ambulanten Bereich. In: *G+G Wissenschaft* 18 (4), S. 16–22.
- WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. Genf.
- Zweifel, Peter (2011): Swiss experiment shows physicians, consumers want significant compensation to embrace coordinated care. In: *Health affairs (Project Hope)* 30 (3), S. 510–518. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0954

Impressum

Herausgegeben von der

Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31, 70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Kontakt in der Stiftung

Cordula Hoffmanns
Senior Projektmanagerin Gesundheit
Telefon +49 711 46084-855
cordula.hoffmanns@bosch-stiftung.de

Copyright

Robert Bosch Stiftung GmbH
Stuttgart, 2020
Alle Rechte vorbehalten.

Gestaltung

siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Druck

Offizin Scheufele
Druck und Medien GmbH & Co. KG

ISBN

978-3-939574-62-0

DOI

10.15495/EPub_UBT_00005151

Autoren

PD Dr. Andreas Schmid (Projektleiter)
Sarah Günther
Jochen Baierlein

Unter Mitwirkung von

Franziska Bächer
Markus Bunzel
Viktoria Geier
Katrin Huff
Laura Kneip
Claudius Nagler
Irina Quandt

Oberender AG
Unternehmensberatung im Gesundheitswesen
Friedrichstraße 20
95444 Bayreuth
Telefon +49 921 745443-0
Fax +49 921 745443-29
info@oberender.com

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Jörg Schlüchtermann, Universität Bayreuth
Prof. Dr. Volker Ulrich, Universität Bayreuth

