

| **Gesundheit** | Mobilität | Bildung |

**IGES**

# **Einzelleistungsvergütung in der ambulanten Versorgung**

Vorstellung der IGES-Studie

**Präsentation**

Berlin, 25. Juni 2014

1. Einleitung
2. Status Quo der Vergütung ambulanter Leistungen nach EBM
3. Nationale und internationale Erfahrungen mit der ELV
4. Entwurf einer ELV im ambulanten Sektor
5. Abschätzung der Kostenentwicklung
6. Empfehlungen zur Umsetzung

# 1. Einleitung

# Übersicht – eine Reform der ärztlichen Vergütung kann die Versorgung verbessern und Konflikte reduzieren

## Ausgangslage, Ziel und Konzept der Studie zur Einzelleistungsvergütung (ELV)

### Ausgangslage



- Das Vergütungssystem im ambulanten Sektor ist stark konfliktbeladen
- Besonders nachträgliche Abschläge der Vergütung werden von der Ärzteschaft als Ärgernis wahrgenommen
- Die Vergütungssystem orientiert sich zu wenig am medizinischem Bedarf

### Ziel



- Die Versorgung der Patienten soll stärker im Mittelpunkt des Systems stehen
- Die Vergütung soll transparenter, einfacher und weniger konfliktbeladen werden, sowie eine bedarfsgerechte Versorgung ermöglichen
- Die perspektivische Annäherung von GKV und PKV soll erleichtert werden

### Konzept



- Zukünftig werden ambulante Leistungen auf Basis einer Einzelleistungsvergütung (ELV) honoriert
- Die ELV wird mit einer „intelligenten“ Mengensteuerung verbunden, die Preise aller Leistungen sind den Ärzten aber vorab bekannt
- Die genannten Ziele werden so zu moderaten Mehrkosten erreicht – die Umstellung sollte in mehreren Schritten erfolgen

# Eine Reform der Vergütung hin zur ELV soll Patienten, Ärzten und GKV nutzen

---

## Gesundheitspolitische Ziele der Einführung einer ELV

### **Patientennutzen**

Leistungen für die Patienten am Bedarf orientieren, bessere Verfügbarkeit und höhere Zufriedenheit der Ärzte

### **Transparenz**

Die Komplexität des Vergütungssystems reduzieren, das Einkommen wird für Ärzte besser planbar

### **Konfliktabbau**

Honorarkonflikte zwischen GKV und Ärzten sowie innerhalb der Ärzteschaft entschärfen

### **Qualität**

Honorarreform perspektivisch mit Qualitätsmessung und -orientierung verknüpfen

### **Gesundheitssystem**




Eine mögliche Annäherung von GKV und PKV erleichtern



## 2. Status Quo der Vergütung ambulanter Leistungen nach EBM

# Die Verteilung der Mittel erfolgt im EBM auf Basis eines komplexen Systems mit mehreren Ebenen

## Übersicht über die Struktur der ärztlichen Vergütung

Ebene	Vorgang
<b>Bundes-ebene</b> 	Festlegung des EBM-Katalogs, Vorschläge zu Veränderungsraten der MGV durch InBA und Beschlüsse des Bewertungsausschusses
<b>KV-Ebene</b> 	In jeder KV wird die MGV dann mit den Verbänden der Krankenkassen verhandelt. Die KVen verteilen das Geld auf die Arztgruppen (HVM)
<b>Arzt-ebene</b> 	Die KVen treffen in den HVMs Maßnahmen, um die Einhaltung der MGV sicherzustellen (z. B. Abstaffelung). Ein Teil der Vergütung pro Fall ist pauschaliert



EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab, InBA = Institut des Bewertungsausschusses, HVM = Honorarverteilungsmaßstab, MGV = Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, HVM = Honorarverteilungsmaßstab

## Übersicht über die Probleme

- 1 Das System ist stark konfliktbeladen
- 2 Besonders die nachträgliche Reduzierung der Vergütung wird von der Ärzteschaft als Ärgernis wahrgenommen
- 3 Die pauschalierte Vergütung ist nicht bedarfsgerecht



# Das Vergütungssystem führt zu vielen Konflikten zwischen und innerhalb von Akteursgruppen, die die Versorgung belasten

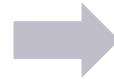
## Konflikte zwischen....

### ...GKV und KV

Nach der Honorarreform

#### Ärzten reicht Milliarden-Zuwachs nicht

27.07.2009 · Nach dem unerwartet starken Anstieg der Einkommen von Ärzten im ersten Quartal fordern Mediziner noch immer Nachbesserungen an der Honorarreform. Dagegen verlangt Gesundheitsministerin Schmidt das sofortige Ende aller Proteste.



2009:  
Trotz einer Honorarsteigerung von 2 Milliarden € sieht die Ärzteschaft noch Bedarf für zusätzliche Finanzmittel

### ...KVen

SEITE EINS

#### KV-Allianzen: Es brodelt in den Regionen

Dtsch Arztebl 2011; 108(33): A-1711 / B-1459 / C-1455

Rieser, Sabine



Einig nach innen, stark nach außen – so wünschen sich viele Ärztinnen und Ärzte ihre Interessenvertretungen. Dass es aber innerhalb wie zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhebliches Konfliktpotenzial gibt, weiß man. Seit kurzem kaschiert das KV-System dies nun auch öffentlich nicht mehr: Nach einem Zusammenschluss von vier KVen zu „FALK“ im Frühjahr hat sich nun ein Achterblock namens „LAVA“ gegründet.



2011:  
Zwischen (Gruppen von) KVen bestehen Konflikte um die regionale Verteilung von Mitteln – Diskussionen bis heute

### ...Arztgruppen

Schwere Vertrauenskrise

#### Hausärzte und Fachärzte stürzen sich ins Chaos

12.11.2013 · Eine schwere Vertrauenskrise erschüttert die Kassenärzte. Der Streit ist nicht neu. Verschärft wird dieser durch persönliche Animositäten und Probleme in der Abgrenzung der Arbeitsbereiche.

Von ANDREAS MIHM, BERLIN



2013:  
Haus- und Fachärzte führen intensive Diskussionen über die Verteilung von Finanzmitteln und Entscheidungskompetenzen

Quelle: Auswertung der Fachpresse

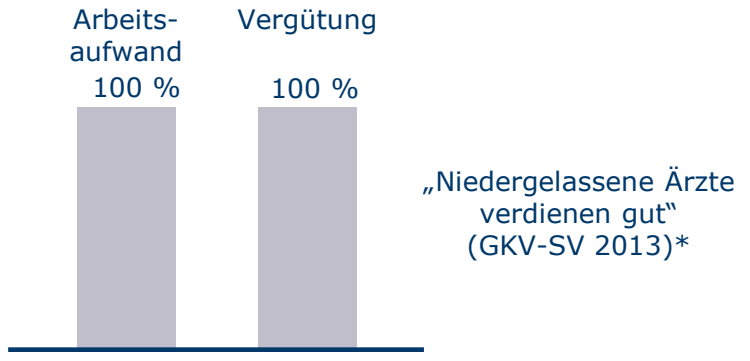
# RLV und Vergütungsabstaffelung führen zu Unzufriedenheit bei den Ärzten, da sie als Vergütungsreduktion empfunden werden



## Wahrnehmung der Vergütungssituation durch GKV und Ärzte

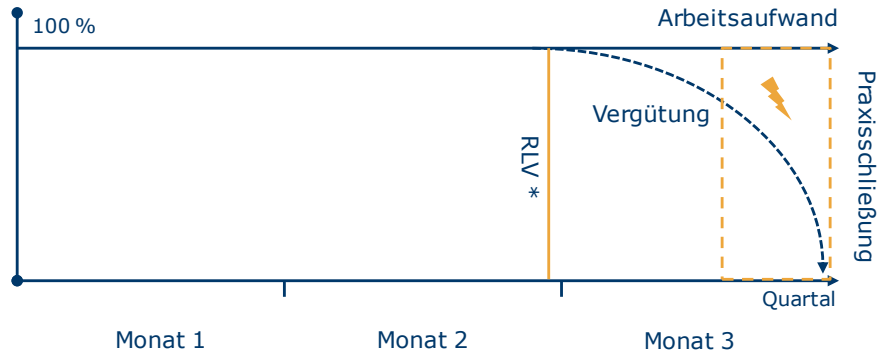
### Perspektive der GKV

Aus Sicht der GKV erhalten ambulante Ärzte eine faire Vergütung, die die optimale Versorgung aller Versicherten sicherstellt



### Perspektive der Ärzteschaft

Die Ärzteschaft dagegen empfindet die Budgetierung der Vergütung und die Abstaffelung zum Ende des Quartals als Vergütungsreduktion



**Die unterschiedlichen Wahrnehmungen der Vergütungssituation tragen zum Streit zwischen den Akteuren bei und verschlechtern die Versorgungssituation bei Versicherten (z. B. durch Praxisschließungen am Ende des Quartals)**

\* GKV-SV (2013). Abgerufen am 03.03.2014 unter: [http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen\\_und\\_statements/pressemitteilung\\_69248.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/pressemitteilungen_und_statements/pressemitteilung_69248.jsp). RLV = Regelleistungsvolumen

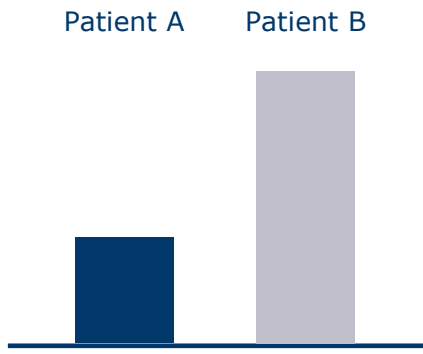
# Die pauschale Vergütung pro Fall entspricht nicht dem Bedarf und garantiert daher keine optimale Versorgung



## Gegenüberstellung von Behandlungsbedarf, Vergütung und tatsächlicher Behandlung (schematisch)

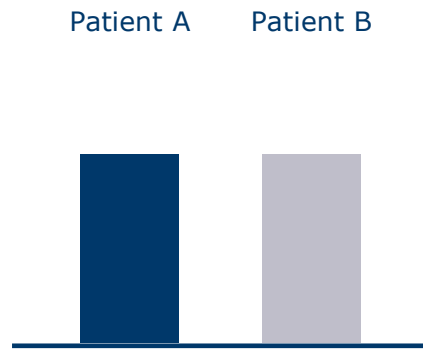
### Behandlungsbedarf

Verschiedene Patienten haben unterschiedliche medizinische Bedürfnisse,...



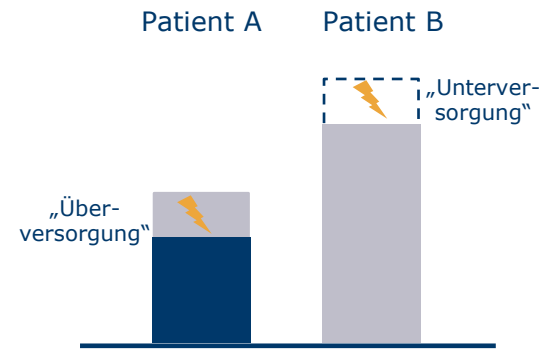
### Pauschalen

...die pauschale Vergütung berücksichtigt dies aber nicht...



### Tatsächliche Behandlung

...und kann daher eine Überversorgung einfacher und Unterversorgung schwerer Fälle fördern (schematische Darstellung)






Die ELV kann in allen erkannten Problemfeldern zu Verbesserungen führen

Sowohl national als auch international findet die ELV bereits Anwendung, erfährt aber auch Kritik

Vor der Vorstellung unseres eigenen Konzepts werfen wir daher einen kurzen Blick auf diese Erfahrungen



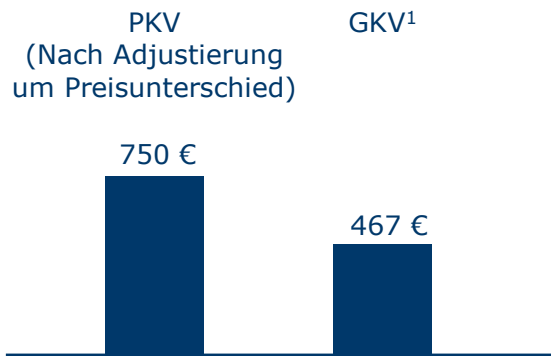
### 3. Nationale und internationale Erfahrungen mit der ELV

# Die Einzelleistungsvergütung ist weder GKV noch PKV fremd - Der entscheidende Unterschied ist die Mengensteuerung

## Erfahrungen in Deutschland mit der ELV

### PKV: Ohne Mengensteuerung entstehen hohe Kosten

Ambulante Ausgaben pro Versicherten in der PKV 1,6 mal so hoch wie in der GKV (2011, in Euro)



### GKV: Mit Mengensteuerung beherrschbar

#### Zahnärzte

Vergütung zahnärztlicher Leistung folgt ELV-Logik (Vorhandene Budgets werden nicht ausgeschöpft). Trotzdem stiegen die Ausgaben p.a. pro Versicherten zwischen 2005 und 2011 nur um 0,5%<sup>2</sup>

#### Extrabudgetäre Leistungen

Extrabudgetäre Leistungen werden auf Basis einer ELV vergütet. 2012 ging die Anzahl der erbrachten Leistungen selbst nach Ablauf der Mengenbegrenzungen zurück<sup>3</sup>

**Eine ELV führt nicht zwangsläufig zu einer Mengen- und damit Kostensteigerung**

<sup>1</sup> Alters und geschlechtsstandardisiert, bei der PKV adjustiert um den Preisunterschied (PKV ohne Adjustierung: 1.711 €/Vers.) Berechnung auf Basis von BaFin (2012), BVA (2013), PKV (2013), Walendzik et al. (2008). <sup>2</sup> KZBV (2012). Daten und Fakten 2012. Einschränkend muss gesagt werden, dass wichtige Kostentreiber (z. B. Zahnersatz) nicht mehr voll vergütet werden. <sup>3</sup> KBV (2012) Honorarbericht für das dritte Quartal 2012: Zahlen und Fakten.

# Auch internationale Erfahrungen zeigen, dass die ELV, kombiniert mit einer Mengensteuerung gute Ergebnisse liefert

## Internationale Erfahrungen mit der ELV

### Länder mit ELV

### Länder mit Mischsystemen

Länder

USA



Frankreich<sup>1</sup>



Kanada



Dänemark



Niederlande



Schweiz



Japan



Reform-  
debatte

In allen drei Ländern wird die völlige Abkehr von der ELV diskutiert. Besonders in den USA wird die ELV mit massiven Kostensteigerungen assoziiert

In keinem der vier Länder wird über eine Abkehr von der ELV diskutiert

Schluss-  
folgerung

**Die internationalen Erfahrungen mit der ELV bestätigen die Beobachtung aus GKV und PKV:**



**Verbindet man die ELV mit geeigneten Steuerungsinstrumenten, so sind keine übermäßigen Kostensteigerungen zu erwarten**

<sup>1</sup> In Frankreich rechnen die selbstständig tätigen Vertragsärzte ihre Leistungen überwiegend per Einzelleistungen ab. Die Höhe der Vergütung ist durch eine Gebührenordnung festgelegt.

## Zusammenfassung und Fazit aus den nationalen und internationalen Erfahrungen zur ELV



ELV ist dem deutschen Gesundheitswesen nicht unbekannt



In Verbindung mit geeigneten Begrenzungsmechanismen führt die ELV nicht zwangsläufig zu einer übermäßigen Ausgabensteigerung





## 4. Entwurf einer ELV im ambulanten Sektor

# Die ELV erfüllt die Anforderungen an ein Vergütungssystem: Orientierung am Bedarf, geringe Komplexität, Konfliktvermeidung

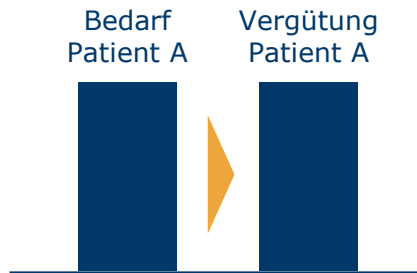
## Das Konzept der Einzelleistungsvergütung (ELV)

- Erbringbare Leistungen werden kleinteilig definiert und mit einem Preis versehen. Dieser orientiert sich am tatsächlichen Aufwand des Arztes (eigene Arbeitszeit, Verbrauchskosten, Infrastrukturkosten)
- Preise der einzelnen Leistungen sind vor jedem Quartal bekannt und werden nicht nachträglich reduziert

## Vorteile einer ELV

### Vergütung folgt Bedarf

- Vergütung orientiert sich an erbrachten Leistungen



### Weniger Komplexität

- Die ELV macht die Verhandlung von Gesamtvergütungen und auch die Regelungen der Honorarverteilungsmaßstäbe (z. B. Honorartöpfe) obsolet
- Preise orientieren sich vorwiegend an Kostenstrukturen

### Weniger Konflikte

- ELV ermöglicht leistungsgerechte Vergütung
- Konfliktträchtige Verhandlungen entfallen
- Nachträgliche Reduktionen der Vergütung entfallen

## Übersicht und Argumente

### ▪ **Zeitbudgetierung**

Jeder Leistung wird ein Zeitwert zugewiesen und die ärztliche Wochenarbeitszeit begrenzt. Ein derartiger Wert wäre jedoch normativ und die Vorgaben voraussichtlich von sehr geringer Akzeptanz (Eingriff in Berufsfreiheit etc.). Auch die heutige Praxis der Plausibilisierung von erbrachten Leistungen durch Zeitwerte führt nicht zu Konsequenzen.

### ▪ **Praxisbudgets und Abstufung nach festen Wertgrenzen**

Der Praxisumsatz wird begrenzt (z. B. basierend auf historischen Werten). Entsprechend werden zusätzliche Leistungen nicht mehr vergütet. Bei einer Abstufung der Vergütung wird hingegen eine (vorher bekannte) Reduktion der Vergütung pro Leistung nach Überschreitung des Budgets vorgenommen. Ähnlich der RLV, geringe Akzeptanz bei Ärzten zu erwarten.

### ▪ **Qualitätsanforderungen**

Leistungen dürfen nur von Ärzten erbracht werden, die zuvor definierte Qualitätsanforderungen erfüllen. Als Instrument zur Mengenbegrenzung ist dieser Ansatz nicht geeignet, da die bisher gestellten Qualitätsanforderungen fast vollständig durch die Ärzte erfüllt wurden.

---

## Übersicht und Argumente

- **Nachträgliche Preisanpassungen für Leistungen**

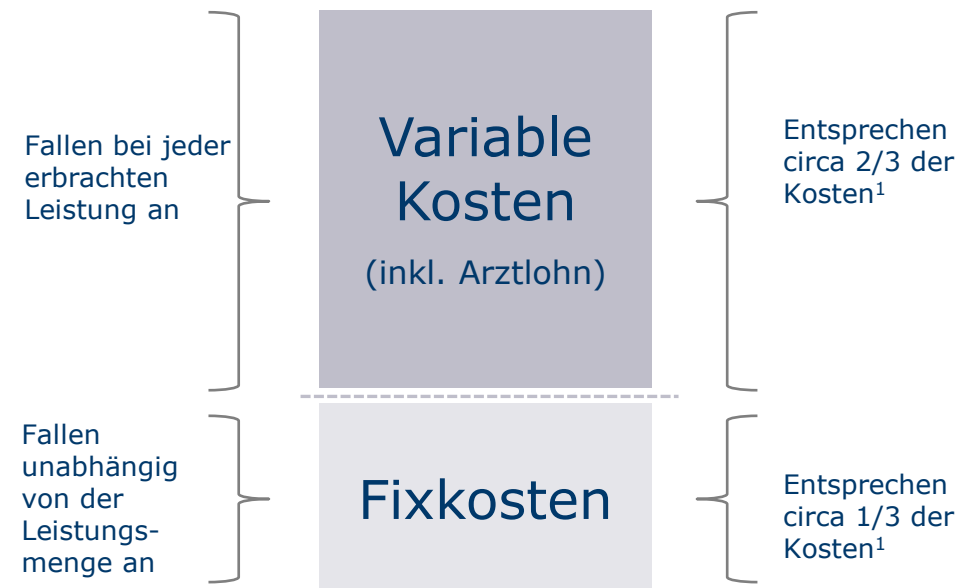
Für einzelne Leistungen mit unplausiblen Mengenausweitungen, werden die Preise nachträglich oder für das kommende Jahr reduziert. Rückkehr zum Hamsterradeffekt

- **Verrechnung von Ausgabensteigerungen bei der Gesamtvergütung**

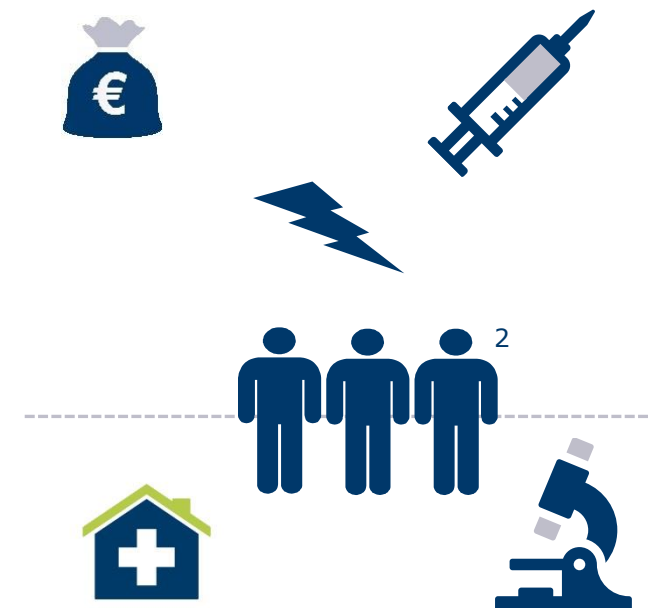
Ausgabensteigerung durch Mehrleistungen wird beobachtet und mit den Steigerungsraten der Gesamtvergütung in den Folgejahren verrechnet. In der Praxis werden die Steigerungsraten aber verhandelt, die Mengenbegrenzungswirkung geht dabei unter, bzw. ist zu abstrakt.

# Kern unseres Konzeptes zur Mengensteuerung ist die getrennte Vergütung von Fixkosten und variablen Kosten

## Das Verhältnis von Fix- und variablen Kosten

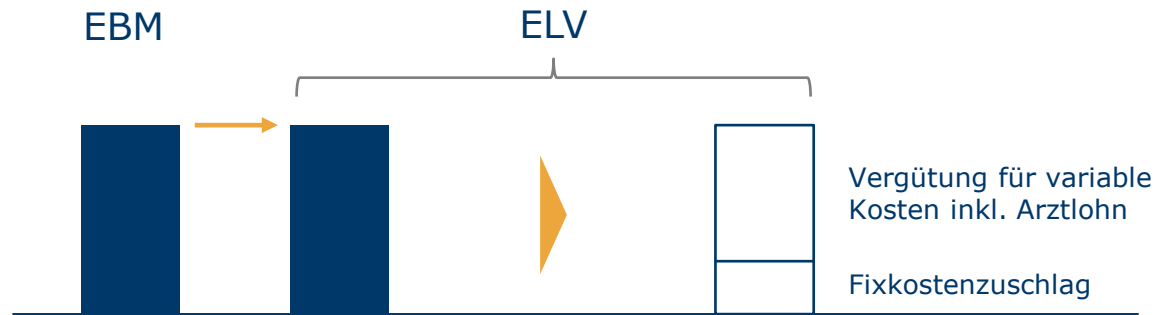


## Beispiele



<sup>1</sup> Ermittelt auf Basis von: Statistisches Bundesamt (2011): Kostenstrukturerhebung im medizinischen Bereich. <sup>2</sup> Die Personalkosten für Arzthelfer sind innerhalb gewisser Grenzen fix. Sobald eine große Zahl an Patienten zusätzliche Personalkapazitäten erfordert, sind sie sprunghaft. Würde Personal jedoch in Zeitarbeit beschäftigt, könnten die Personalkosten auch als variabel bezeichnet werden. Um diesen Überlegungen gerecht zu werden die Personalkosten zu einer Hälfte den Variablen Kosten und zur anderen Hälfte den Fixkosten zugewiesen.

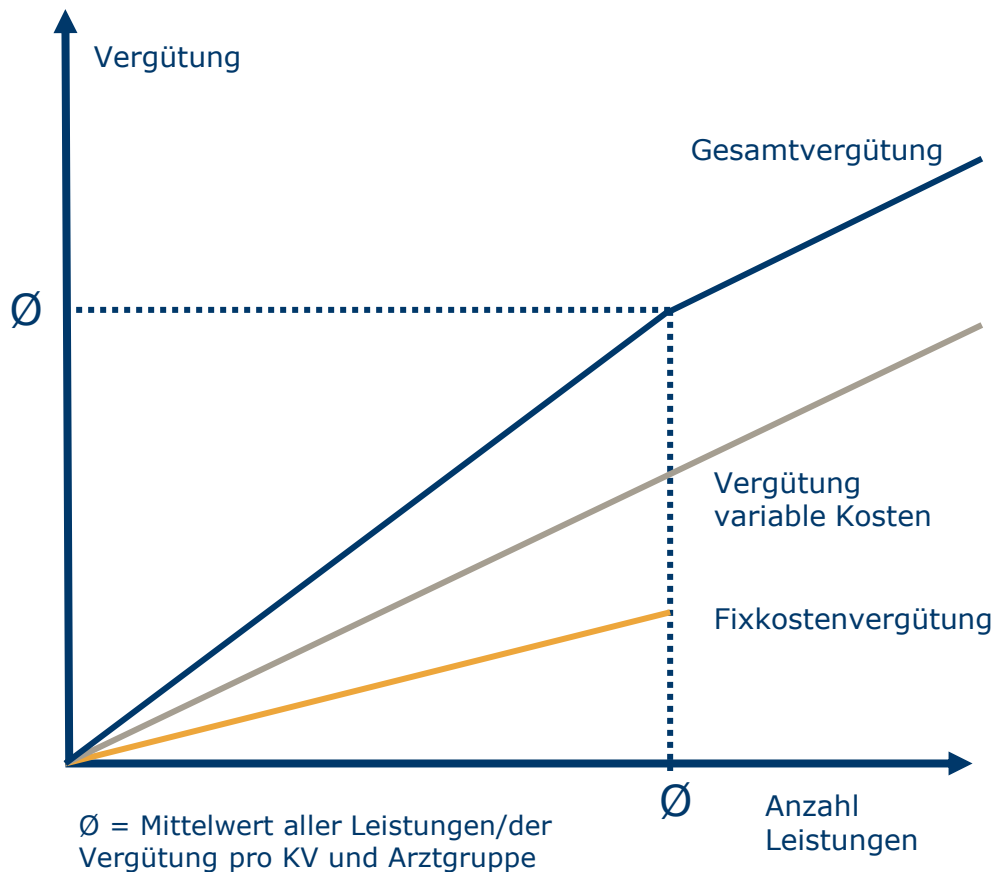
# Die Berechnung der Vergütung in der ELV erfolgt ausgehend von der Vergütung im heutigen EBM



- Die Berechnung von Vergütung und Fixkostenzuschlägen erfolgt differenziert nach KVen und Arztgruppen – die Fixkosten werden als Ist-Wert ermittelt
- Auch innerhalb von Facharztgruppen kann eine differenzierte Berechnung notwendig sein, um der Heterogenität gerecht zu werden (z.B. Leistungserbringer mit chirurgischem vs. konservativem Schwerpunkt)
- Gleiche Leistungen bei verschiedenen Fachärzten haben denselben Preis
- Die Berechnung der Preise erfolgt in einem zu schaffenden Institut („ambulantes InEK“)

# Fixkosten werden bis zu ihrer Deckung vergütet, Variable Kosten für jede Leistung

## Darstellung des Vergütungsmechanismus und der Mengensteuerung



### Erläuterung

- Variable Kosten werden für alle erbrachten Leistungen vergütet (graue Linie)
- Fixkosten werden nur so lange vergütet, bis diese gedeckt sind (gelbe Linie)
- Für die Vergütung pro Leistung ergibt sich damit ein Knick nach Erstattung der Fixkosten (blaue Linie)
- Mit der geringeren Vergütung pro Leistung sinkt der Anreiz weitere Leistungen zu erbringen, da die Vergütung pro Leistung sinkt

## Übersicht



Der Anreiz zur Leistungsausweitung ist gedämpft

Das Vergütungssystem ist aus Sicht der Ärzte transparent und verständlich. Der Preis einer Leistung mit und ohne Fixkostenzuschlag ist bekannt und fest. Es findet keine nachträgliche Kürzung der Vergütung statt.

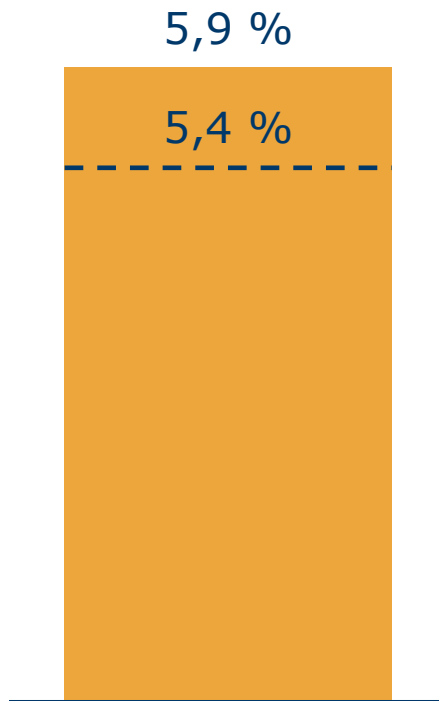
Die oft als zu hoch bewertete Vergütung von technischen Leistungen wird reduziert und die sprechende Medizin gefördert





## 5. Abschätzung der Kostenentwicklung

Bei Umstellung auf die ELV erwarten wir eine einmalige  
Kostensteigerung zwischen 5,4 und 5,9%



#### ERLÄUTERUNG

- Zunahme der Leistungen durch Ausweitung der Arbeitszeit:
  - Längere wöchentliche Arbeitszeit: mehr Fälle bzw. mehr Leistungen je Fall
  - Wegfall der Praxisferien durch Wegfall der Budgetierung
  - Die Leistungsmenge steigt im Wesentlichen analog zur Ausweitung der Arbeitszeit
- Zusätzliche Effekte durch die Umstellung:
  - Verlierer der Umstellung kompensieren ihre Verluste

## Übersicht der zugrundeliegenden Annahmen zur Mengenausweitung

### Mögliche Formen der Mengenausweitung

Mehr Fälle bzw. mehr Leistungen pro Fall  
(Ausweitung der Arbeitszeit)

---

Verschiebung der Tätigkeit hin zu „attraktiven“  
Leistungen (für die eine zu hohe Vergütung  
kalkuliert wurde)

---

Inkorrekte Dokumentation der erbrachten  
Leistungen

---

Erhöhung der Anzahl niedergelassener Ärzte  
durch gestiegene Attraktivität des Arztberufs

### Berücksichtigung im Modell

Wird berücksichtigt:

- Erläuterung auf dem nächsten Folien
- 

Nicht berücksichtigt:

- Die Ausgestaltung der Fixkostenzuschläge der einzelnen GOP verhindert strategisches Verhalten
  - Effekt kann aber gewollt sein, um Anreize zur Erbringung bestimmter Leistungen zu geben
- 

Nicht berücksichtigt:

- Neue Mechanismen zur Plausibilitätsprüfung benötigt
- 

Nicht berücksichtigt:

- Der Effekt wird (wenn überhaupt) erst mittelfristig beobachtbar sein
- In diesem Fall ist eine Anpassung der Bedarfsplanung möglich

# Eine Steigerung des Honorars in der ELV ist nur bei einer Ausweitung der ärztlichen Arbeitszeit möglich

## Mechanismen der Mengenausweitung

### Mengenausweitung durch ELV

- Die Vergütung in einer ELV bietet im Vergleich zum EBM zwei zusätzliche Anreize zur Leistungsausweitung:
  - Der Arzt erbringt mehr Fälle, weil er keine Abstufung mehr fürchtet
  - Der Arzt erzeugt zusätzliche Leistungen, da die Vergütung je Fall nicht mehr durch eine Pauschale gedeckelt ist
- Beides erfordert zusätzliche Arbeitszeit

### Kompensation von Einkommensverlusten

- Durch die Umstellung von EBM auf ELV werden einzelne Ärzte finanziell schlechter gestellt (*Umrechnungseffekte*)
- Diese sind daher bestrebt ihr altes Einkommensniveau wieder herzustellen und werden mindestens so viel mehr arbeiten, dass sie dies erreichen
- Bei diesen Ärzten ist daher der Spielraum für zusätzliche Mengensteigerungen begrenzt. Der Effekt überschneidet sich mit der Mengenausweitung durch die ELV

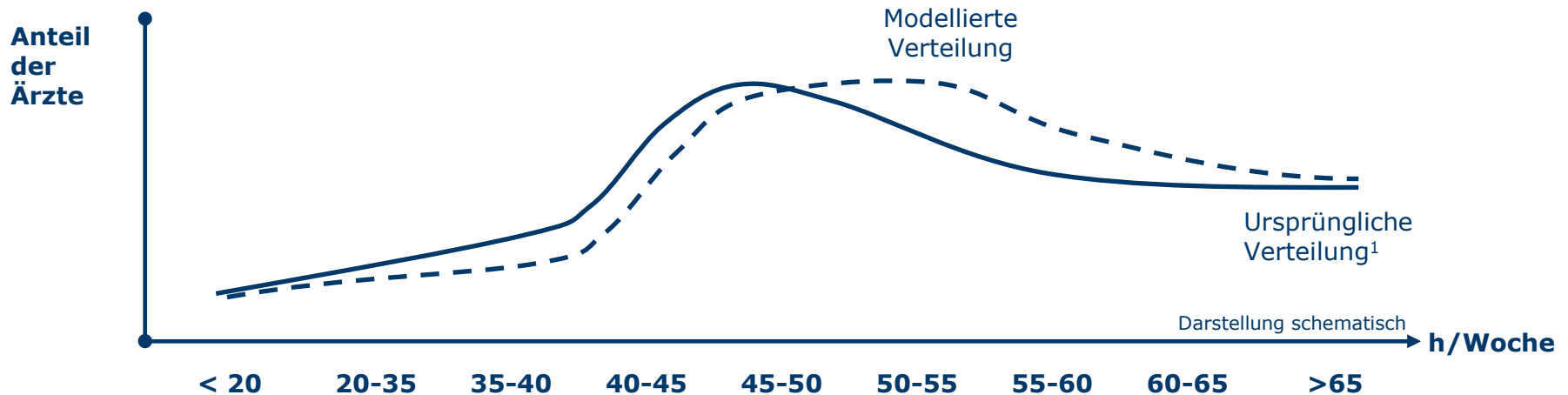
**Umfang der Mengenausweitung hängt von der Ausweitung der Arbeitszeit ab**

# Die Mengensteigerung wurde auf Basis der Arbeitszeit modelliert

## Vorgehen

- Die Modellierung erfolgte unter Annahme eines proportionalen Verhältnisses von Arbeitszeit und erbrachter Leistung (5% mehr Arbeit = 5% mehr Leistungen)

## Annahmen zur Ausweitung der Arbeitszeit



- Ärzte mit weniger als 20 Arbeitsstunden pro Woche haben kein Interesse an einer Arbeitszeitausweitung oder nicht die Möglichkeit dazu
- Ärzte mit mehr als 65 Arbeitsstunden pro Woche können ihre Arbeitszeit nicht weiter ausweiten
- In den Gruppen dazwischen weitet jeweils ein gewisser Anteil aller Ärzte ( $\emptyset$  50%) die Arbeitszeit um  $\emptyset$  5 Stunden pro Woche aus. Eine noch stärkere Ausweitung der Arbeitszeit wurde als unrealistisch angesehen, da sie eine zu grundlegende Verhaltensänderung voraussetzt.
- Modelliert wurde auch, dass der Anreiz zu „Praxisferien“ wegfällt. Eine Reduktion der „Praxisferien“ um 70 %, führt so zu einer Ausweitung der Arbeitszeit um 2,3 %

<sup>1</sup> Vgl. KBV Ärztemonitor 2012. Abgerufen am 14.04.2014 unter: <http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php>.

# Die Annahmen zur Arbeitszeitausweitung wurden wie folgt hergeleitet

## Der Zusammenhang von Arbeitszeit und Einkommen

- Empirische Arbeiten gehen davon aus, dass in der Gesamtbevölkerung pro 1 % Einkommenserhöhung eine Ausweitung der Arbeitszeit 0,2-0,4 % stattfindet<sup>1</sup>
- Wir gehen jedoch davon aus, dass Ärzte als selbstständig Berufstätige einen stärkeren Anreiz zur Ausweitung der Arbeitszeit haben. Daher folgen wir einem konservativen Ansatz in der Kostenschätzung und gehen von der genannten stärkeren Ausweitung der Arbeitszeit aus, obwohl der Anreiz in der variablen Vergütung gedämpft ist

## Eine weitere Ausweitung der Arbeitszeit erscheint aus mehreren Gründen nicht wahrscheinlich

- Der Wunsch nach besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- „Generation Y“
- Feminisierung des Arztberufes – tlw. keine Möglichkeit, mehr zu arbeiten
- Der weit verbreitete Wunsch von Vollzeitkräften, weniger arbeiten zu wollen (Gebuhr 2007/IAB 2011)<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vgl. Bargain et al. (2011) Labor Elasticities in Europe and the US. IZA Discussion Papers Series: Nr. 5820. <sup>2</sup> Bei Befragungen geben die meisten Ärzte an, ihre wöchentliche Arbeitszeit deutlich reduzieren zu wollen. Bei Gebuhr (2007) wird eine Wunscharbeitszeit genannt, die ca. zwei Stunden pro Tag unterhalb der tatsächlichen Arbeitszeit liegt. Ebd. beklagen 85 Prozent der Ärzte, zu wenig Zeit für ihre Freizeit zu haben. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2011) Viele Frauen würden gerne länger Arbeiten. IAB Kurzbericht 9/2011 Abgerufen am 05.11.2013 unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb0911.pdf>.

# Die finanzielle Auswirkung der Effekte wurde in einem komplexen Modell simuliert

## Annahmen für die Modellberechnung zur Kostenwirkung einer ELV

### Berechnungsansätze und Daten



- Berechnung wurde arztgruppenspezifisch und für jede KV einzeln berechnet und basiert auf echten Daten zu Arzthonoraren
- Die Umstellung wurde nahezu kostenneutral, aber modellhaft berechnet

### Umrechnung von EBM zu ELV



- Die Umrechnung basiert auf den Punktsummen vor der Abstufung
- Die durchschnittlichen Ausgaben für Fixkosten wurden auf die durchschnittlichen Punktmenge umgelegt (differenziert nach Arztgruppen) und nur noch bis zur durchschnittlichen Leistungsmenge erstattet
- Kleinere Verschiebungen zwischen Arztgruppen erzeugen Umstelleffekte

### Verhaltensänderung

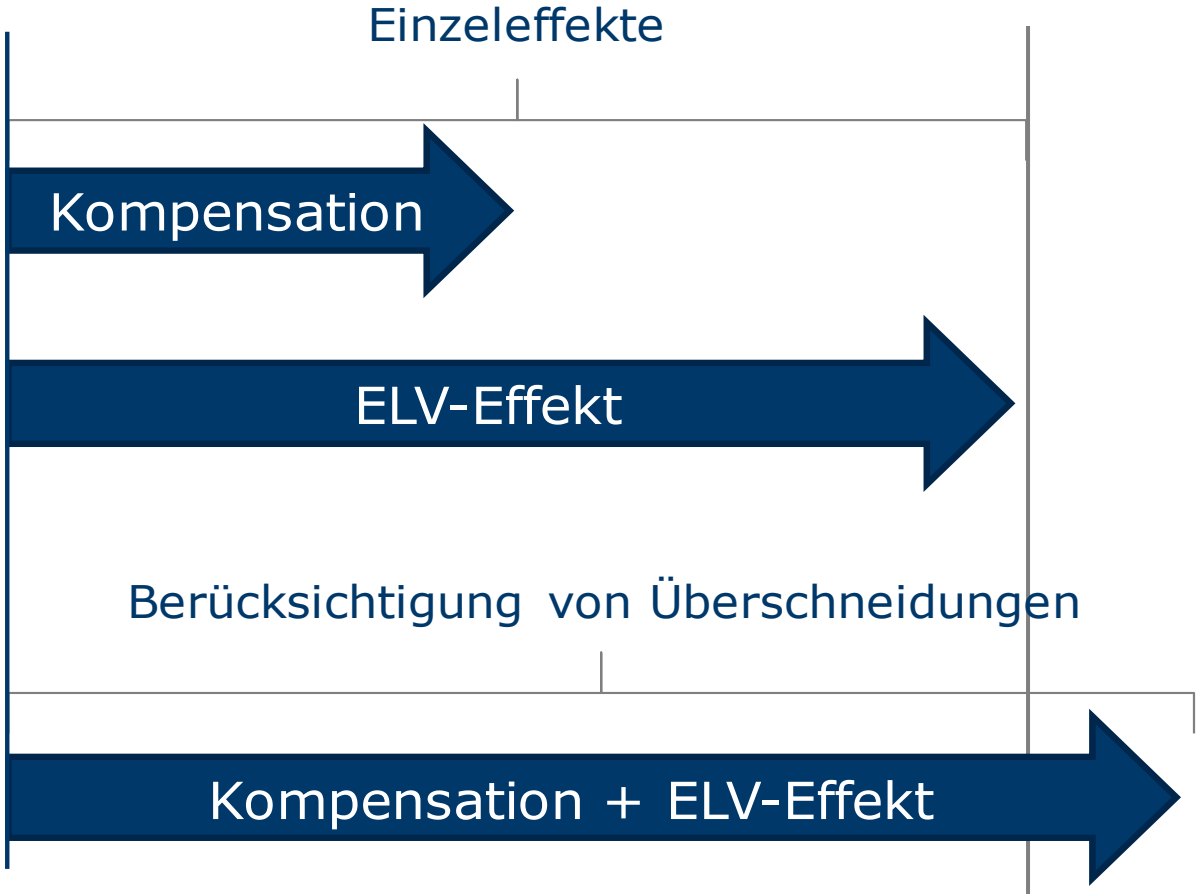


- Der Wegfall der Budgetierung führt zu einer Ausweitung der Arbeitszeit
- Auch der Anreiz für Praxisferien fällt weg
- Zusätzliche Arbeitszeit wurde in zusätzliches Honorar umgerechnet. Die Berechnung der Kostenwirkung erfolgte getrennt nach:
  - Fixkosten und variablen Kosten
  - Haus- und Fachärzten

# Zur Interpretation der Überschneidung von Effekten durch eine ELV-Einführung



## Überschneidung der ärztlichen Verhaltenseffekte in Höhe von 70%



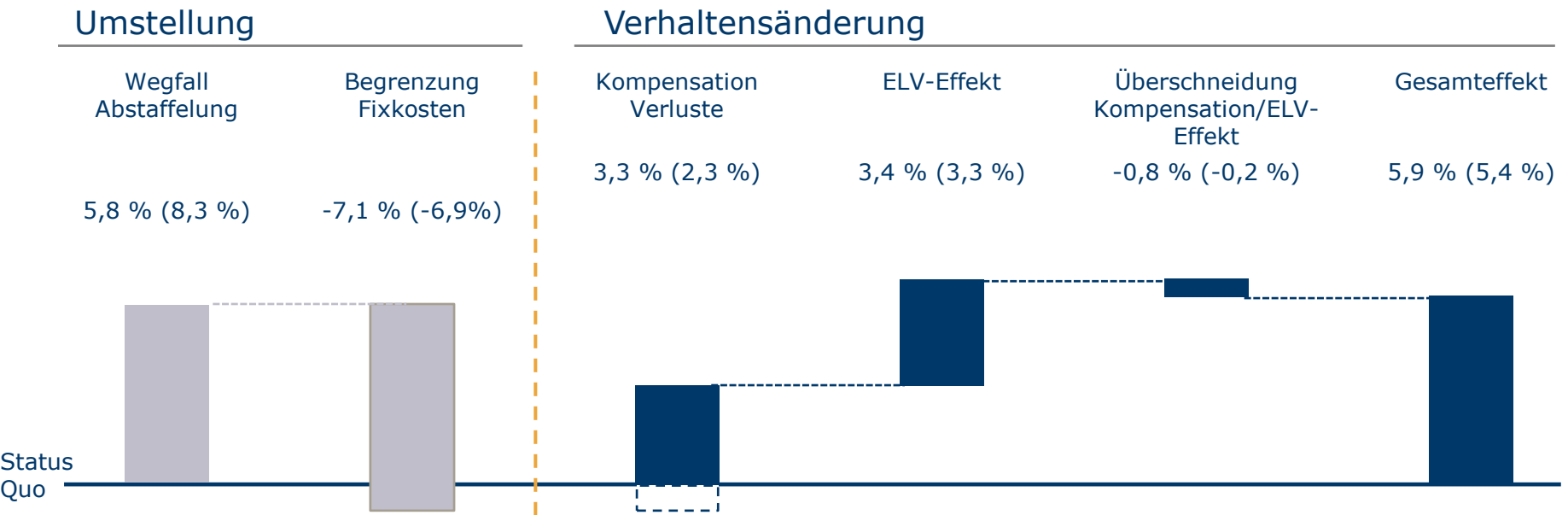
Der Gesamteffekt aus Kompensations- und ELV-Effekt ist kleiner als die Summe beider Effekte, da die Arbeitszeit nicht beliebig ausweitbar ist.



# Der Gesamteffekt von 5,9 bzw. 5,4 Prozent ergibt sich aus den folgenden Teilschritten

## Schematische Darstellung der Berechnung von Variante B (Variante A)

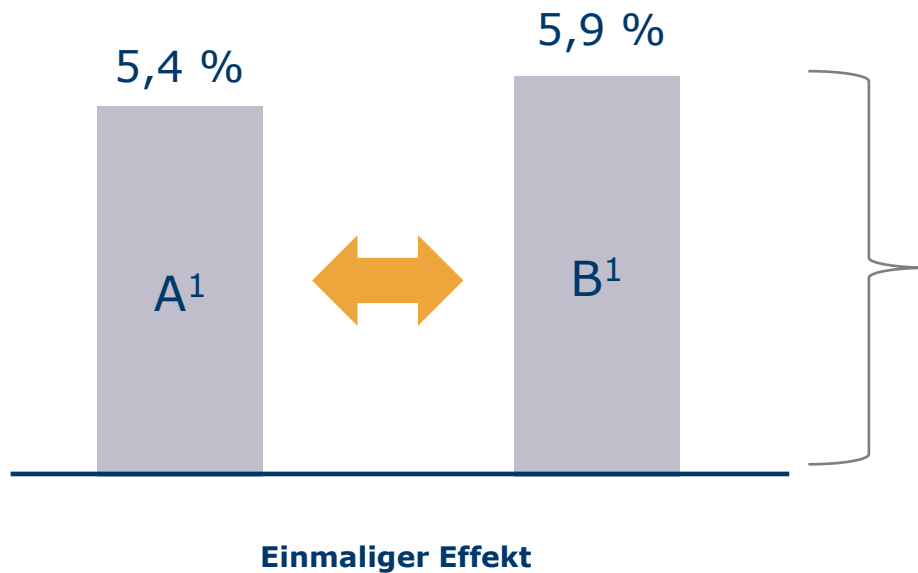
- **Variante A:** Die Abstufung betrifft nur Praxen deren Punktmenge über den durchschnittlichen Punktmenge aller Praxen p.a. liegt
- **Variante B:** Die Abstufung betrifft alle Praxen unabhängig von der erbrachten Punktmenge



Berechnung für alle Arztgruppen auf Basis von TK-Daten (differenziert nach KVen)

# Die Ergebnisse zeigen, dass die Kostensteigerung im Rahmen der üblichen jährlichen Vergütungssteigerungen liegt

Abhängig von der Form der Umstellung ergibt die Modellierung eine eine einmalige Ausgabensteigerung zwischen 5,4 und 5,9 % der jährlichen Ausgaben für ambulante Ausgaben in der GKV (1,3 bzw. 1,4 Mrd. Euro)



- Seit 2007 lag die durchschnittliche Steigerungsrate der ambulanten Vergütung bei 3,8 % p.a. (2008: 4,6%, 2009: 7,1%, 2013: ca. 4,5%)
- Die Kosten einer Umstellung auf die ELV lägen also bei einer Aussetzung zeitweiligen Aussetzung der üblichen Steigerung beinahe im Rahmen der historischen Werte
- Gleichzeitig ergeben sich die beschriebenen Verbesserungen in Behandlungsqualität, Transparenz, Zufriedenheit und Komplexitätsreduktion

<sup>1</sup> Aus der aktuellen Datenlage wird nur das gesamte Abstaffelungsvolumen ersichtlich, nicht aber die Verteilung der Abstaffelungen auf die einzelnen Praxen. Daher wurde hier mit 2 Varianten gearbeitet.

A group of business professionals in a meeting. A man in a light blue suit is pointing at a whiteboard with a white marker. A woman with blonde hair is looking at the whiteboard, and a man with dark hair is looking at the man pointing. The background is blurred.

## 6. Empfehlungen zur Umsetzung

Um Verwerfungen zu vermeiden, ist es notwendig, den Übergang zum neuen System stufenweise vorzunehmen

## Ausgestaltung eines Übergangsmodells

## Ziele 2020



### ▪ Ziel **kostenneutrale Umstellung:**

- Zunächst direkte Umrechnung von EBM auf ELV



- Anpassungen der Vergütungshöhe von Leistungen werden durch unabhängiges Institut basierend auf Kostenveränderungen festgelegt

### ▪ Ziel **Vermeidung von Verwerfungen:**

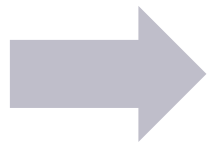
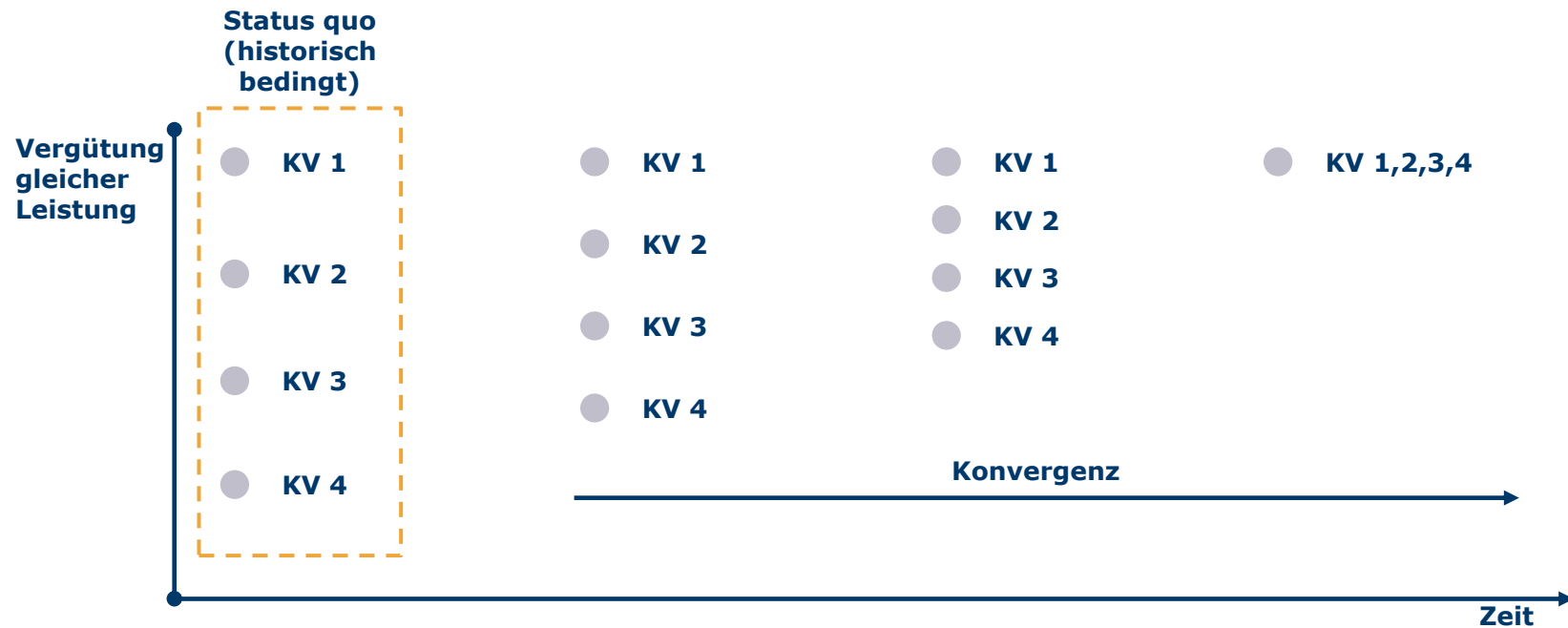
- **Konvergenzphase** um zu starke Verluste und Gewinne einzelner Ärzte zu begrenzen, müssen die heutigen Unterschiede in den Punktwerten (Unterschiede je nach KV und indirekt auch zwischen Arztgruppen) zunächst beibehalten werden



- Gleicher Lohn für gleiche Leistung (bundesweit und fachgruppenübergreifend)

# Um Verwerfungen zu vermeiden, ist es notwendig, den Übergang zum neuen System stufenweise vorzunehmen

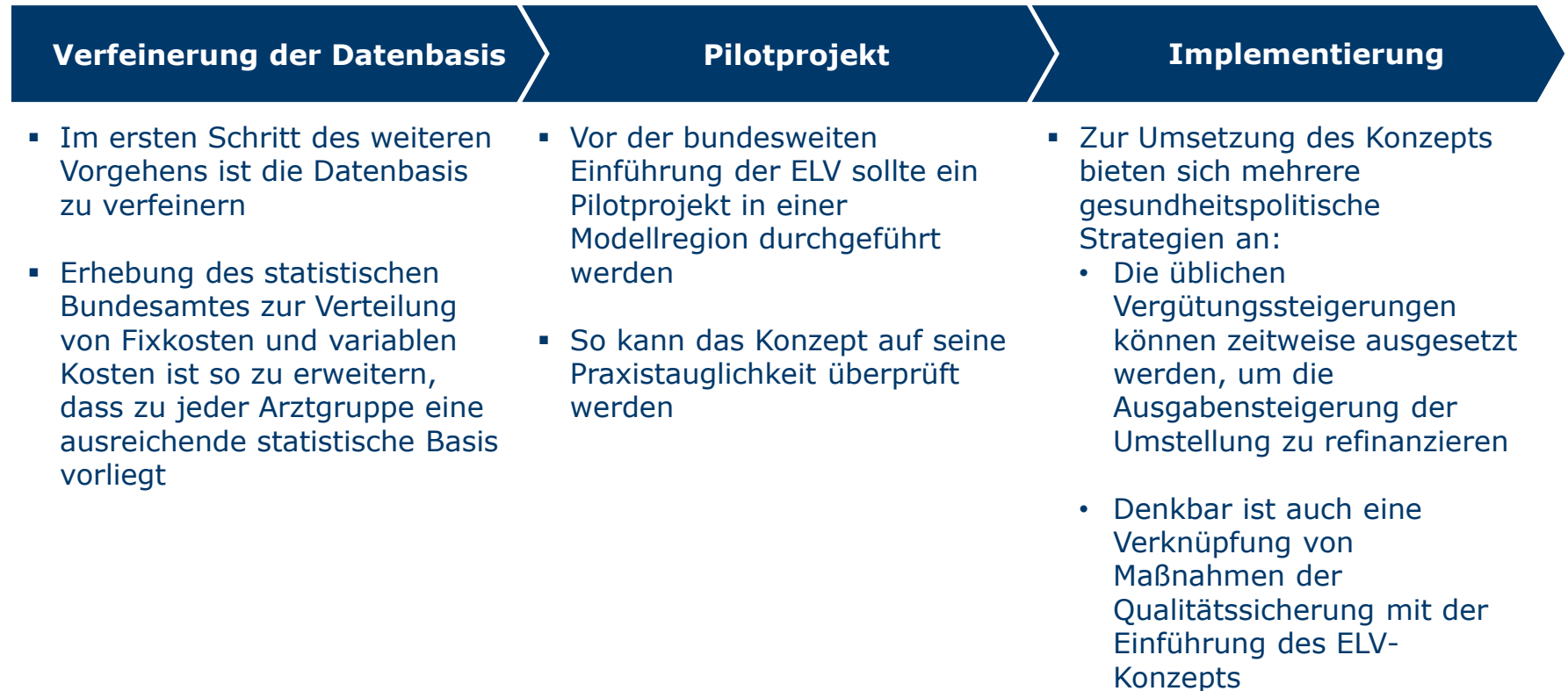
Ausgestaltung eines Übergangsmodells mit Konvergenzphase (nicht dargestellt: Kappung von zu starken Einkommensverlusten/-zuwächsen [Kappung auf Arzteebene])



Ziel ist die bundesweit einheitliche Vergütung von ambulanten Leistungen

# Zur Umsetzung empfehlen wir drei Schritte: Verfeinerung der Datenbasis, Pilotierung, Implementierung

## Übersicht über den Umsetzungsprozess



## Wirkung der ELV anhand verschiedener Kriterien

1



Transparenz

**Kostenträger und Ärzte:** direkter Bezug zw. Leistung und Kosten. Behandlungspfade überprüfbar.

2



Planbarkeit der Ausgaben

**Kostenträger:** sinkt (ähnlich wie extrabudgetärer Bereich)  
**Ärzte:** deutlich höher, da keine nachträglichen Abschläge mehr

3



Zugangsegalität

**Patienten:** Gefahr der Patientenselektion geringer als bei Pauschalen, ggf. Instrumente zur Vermeidung von Überversorgung notwendig

4



Chance auf Umsetzbarkeit

Aufbau auf bestehenden Strukturen  
**Ärzte:** Verwerfungen werden durch Konvergenz vermieden

5



Finanzierbarkeit

Zusätzliche Ausgaben werden in Größenordnung erwartet, ähnlich bisheriger jährlicher Zuwächse der Gesamtvergütung

6



Bürokratie- und Abrechnungslast

Eher keine Abnahme zu erwarten (insbesondere beim Dokumentationsaufwand)

Ziel des Gutachtens war die Entwicklung eines Vergütungsmodells, das transparent und weniger konfliktbeladen ist und sich am medizinischem Bedarf orientiert

---

Dazu haben wir eine ELV entwickelt, die zwischen Fixkosten und variablen Kosten unterscheidet, um die Mengenentwicklung zu steuern

---

Bei einem Wechsel von EBM zu ELV erwarten wir eine einmalige Ausgabensteigerung zwischen 5,4 und 5,9 %. Dies liegt am oberen Ende der historischen Vergütungssteigerungen p.a.

---

Dafür bietet die ELV Vorteile für alle Stakeholder:

- Ärzte profitieren von mehr Transparenz und besserer Planbarkeit ihrer Einkünfte
  - Patienten erhalten eine bedarfsgerechte Versorgung
  - Krankenkassen können eine direkte Verbindung von Leistung und Vergütung herstellen und darauf aufbauend Instrumente der Qualitätssicherung entwickeln
- 

Die Umsetzung des Konzepts kann in drei Phasen erfolgen: Verfeinerung der Datenbasis, Pilotierung und Implementierung



IGES Institut

**[www.iges.de](http://www.iges.de)**