

Bericht über Verlauf und Ergebnisse der Arbeitsgruppen 2 und 3, die sich mit dem Thema „Vergütung“ beschäftigten

von Dr. Dieter Konietzke

Die Arbeitsgruppen 2 und 3 begannen ihre Sitzung gemeinsam, um nach Schaffung einer einheitlichen Informationsgrundlage zu einer Arbeitsaufteilung zu gelangen. Die Veranstaltung begann mit vier Impulsreferaten zu folgenden Themen:

„Die derzeitige Vergütung ambulanter Anästhesie-Leistungen“

„Einheitlicher Bewertungsmaßstab und Standard-Bewertungssystem“

„das deutsche DRG-System“

„Überlegungen zur (Henatsch-)GOÄ“

Im Anschluss daran wurden im Plenum folgende Themen diskutiert:

Welche Art Gebührenordnung könnte Grundlage oder zumindest Orientierung bieten: der EBM, die GOÄ, deren Basistarif oder Pauschalen nach DRG?

Oder wäre es denkbar, dass vor dem Hintergrund, dass die KBV unsere spezialärztlichen Leistungen nicht mehr im Sicherstellungsauftrag und Kollektivvertragssystem angesiedelt sieht, für diese bestimmten Teilbereiche der „vertragsärztlichen“ ambulanten Versorgung ein Kostenerstattungssystem zielführend wäre?

Sollte eine wie auch immer geartete Vergütungsregelung Morbiditätszuschläge enthalten?

Sollte es einen Zuschlag für besondere technische Leistungen geben?

Sollte es einen Zuschlag für personalintensive Narkosen geben?

Sollte die Vergütung Diagnose-abhängig sein?

Sollte einer Zeittaktung oder Dauer-pauschalieren Vergütungsformen der Vorzug gegeben werden?

Sollten die Sachkosten in der bisherigen Form von den Versicherern gestellt oder sollte eine Sachkostenpauschale zur Arzt-eigenverantwortlichen Verwendung vereinbart sein?

Sollte es eine qualitätsabhängige Variation der Vergütung geben?

Wie differenziert soll die perioperative Leistung honoriert werden? Soll zwischen ärztlicher Leistung, Strukturgestellung und Aufwachraumleistung differenziert werden?

Ergebnis dieser Diskussion war, dass sich eine Arbeitsgruppe (3, Dr. Rinck) mit dem Thema: „Weiterentwicklung des EBM“ und eine weitere Arbeitsgruppe (2, Dr. Konietzke) mit dem Thema: „Alternative Vergütungssysteme“ beschäftigen sollten.

Ergebnisse der Arbeitsgruppe 2 (Dr. Konietzke): „Alternative Vergütungssysteme“

Grundsätzlich bestand innerhalb der Arbeitsgruppe Konsens darüber, dass

1. Deutschland über ein gestuftes Lohn-, Gehalts- und Honorierungssystem verfügt, das vom Azubi bis zur Bundeskanzlerin reicht; und das in einer geradezu detailversessenen Genauigkeit kalkuliert und austariert ist.
2. die ärztliche Tätigkeit und deren Honorierung innerhalb des mit vielfältigen finanziellen Problemen behafteten Sozialsystems Deutschlands stattfindet und diesem auch verpflichtet ist.
3. Die gegenwärtige Situation der Honorierung ambulanter Anästhesie-/Operationsleistungen der juristisch geforderten qualitativ hochwertigen Versorgung entgegensteht. Dies gilt sowohl für die niedergelassenen Ärzte als auch und insbesondere für die Krankenhäuser.

Die Arbeitsgruppe hat Aussagen zu zwei Themenbereichen erarbeitet:

- a) Charakteristika einer zukünftigen Vergütungsregelung
- b) Pauschalsystem auf der Basis von DRG-vergleichbaren Kalkulationen

a) Charakteristika einer zukünftigen Vergütungsregelung:

1. Die Vergütung sollte sich aus drei Elementen zusammensetzen:
 - a. Anästhesiologische Voruntersuchung und Beratung
 - b. Anästhesie-Leistung zur Operation
 - c. Leistungskomplex Aufwachraum

Die Abgrenzung der Leistung „Anästhesiologische Voruntersuchung und Beratung“ sollte erhalten bleiben, damit diese Leistung bei Patienten, die

dann ggf. keiner Anästhesie unterzogen oder von einem anderen Anästhesisten anästhesiert oder in einem anderen Setting (z.B. stationär) operiert und anästhesiologisch betreut werden, als solche separat erfasst und vergütet werden kann.

Einer Differenzierung der Anästhesie-Leistung in eine solche unter den Bedingungen eines anästhesiologisch-geführten OP-Zentrums und denen einer „Rucksack“-Anästhesie wurde eine Absage erteilt. Die Vergütung muss so gestaltet sein, dass unter den heute gültigen qualitativen Merkmalen eine Anästhesie-Leistung so erbracht werden kann, dass ein ausreichendes Honorar für die ärztliche Leistung übrig bleibt. Fatal wäre die Kalkulation eines Honorars, welches die Mitwirkung einer Fachschwester für Anästhesie nicht beinhaltet, wenn aber z.B. das Patientengut eine solche Mitwirkung sinnvoll und erforderlich macht, oder gar IV-Verträge oder Qualitätsvoraussetzungen in Selektivverträgen eine solche zwingend vorsehen. Prinzip wäre also die Kalkulation des Anästhesie-Honorars auf der Basis der „wünschenswerten“ Versorgungsqualität und die Hoffnung, dass über die externen Qualitätsanforderungen diese auch abgerufen wird.

Der Leistungskomplex Aufwachraum, der bislang schon den Honoraranteil des jeweiligen Arztes (Operateur oder Anästhesist) mit ca. 10 % am gewährten (Punkte-)Honorar festlegt, sollte ebenfalls honorartechnisch ausgegliedert bzw. ausgliederbar sein.

Diese wünschenswerte Dreiteilung der Vergütung muss nicht bedeuten, dass nicht eine Fallpauschale oder sonst wie gestaltete „Kombinationsvergütung“ für Operateur und Anästhesist als Honorierungsform in Frage käme, sie würde aber in jeder Situation die Portionierungsprobleme zwischen den Fachgebieten erleichtern.

2. Keine Einzelleistungsvergütung, keine Zeittaktung

Einer Einzelleistungsvergütungsregelung, analog der GOÄ oder älterer EBM-Varianten wird eine Absage erteilt.

Auch wird im Bereich der Honorierung der Anästhesie-Leistung zur jeweiligen Operation dem derzeitigen EBM-System mit pauschalisierten Anästhesie-Dauern der Vorrang vor einer differenzierten Zeittaktung gegeben.

Pauschalierungen in diesen beiden Punkten spiegeln durch die statistischen Aufbereitungen größerer Fallzahlen ausreichend genau die Wirklichkeit wider.

3. Zuschlag für „schwierige“ Fälle

Analog der PCCL im DRG-System wäre die Einführung einer Aufwandsabhängigen Vergütung zielführend für Patienten der ASA-Risikogruppe III, geistig und/oder körperlich behinderter Patienten und bei Kindern unter 5 Jahren. (Im Umkehrschluss würde dies aber bedeuten, dass bei der Grundkalkulation der Anästhesie-Leistung die Kosten bei Fällen dieser Untergruppen nicht berücksichtigt werden dürften.)

4. Abschlag bei „weniger aufwendigen“ Anästhesieformen

Die Diagnose-abhängige pauschalierte Anästhesie-Honorar sollte für Operationen bei denen die Verfahren des MAC (managed anesthesia care = stand by) oder BIG-MAC (= Analgo-sedierung) mit einem entsprechend hohen Abschlag versehen werden.

5. Zuschlag für Qualität?

Die Gewährung einer zusätzlichen Kostenpauschale für zertifizierte Praxen könnte sinnvoll sein, da dann für Aussenstehende die Qualitätsbemühungen besser erkennbar wären. Grundsätzlich sinnvoller erscheint jedoch die Einarbeitung aller QM-Kosten in das OP-abhängige Grundhonorar. Auch die Teilnahme an sonstigen qualitätssichernden Verfahren, z.B. Fragebogen-Aktionen etc., müssen bei der Kalkulation bedacht werden.

6. Zukünftige Honoraranpassung

Wünschenswert wäre auch die Anbindung einer Vergütungsregelung an allgemeingültige Indizes der Preissteigerung, Grundlohnsummen oder ähnlicher Parameter.

b) Pauschalsystem zur Honorierung ambulanter Operations-/Anästhesie-Leistungen auf der Basis von DRG-vergleichbaren Kalkulationen

Das derzeitige System der Honorierung von Krankenhausleistungen im Sinne von DRG-basierten Fallpauschalen beruht auf der Kalkulation von ca. 2,8 Mio. Behandlungsfällen pro Jahr, die aus den Angaben von entsprechenden Kalkulationskrankenhäusern vom Institut für das Entgeltsystem der Krankenhäuser (InEK) berechnet werden. Die vom InEK berechneten Honorare für Krankenhäuser erfüllen die von der Politik und der Gesellschaft geforderte Überprüfbarkeit und Genauigkeit und werden in ihrer inneren Systematik nicht in Frage gestellt. Dies ist der gravierende und entscheidende Unterschied zu allen Vergütungsvarianten, die für ambulante medizinische Leistungen bislang entwickelt wurden.

Würde man entsprechende DRGs für ambulante Operations/Anästhesie-Leistungen entwickeln wollen, so würde dies eine Datenerhebung analog der Datenerhebung für stationäre DRGs durch Kalkulationskrankenhäuser notwendig machen. Dies könnte das vorhandene InEK leisten. Grundsätzlich zu fordern wäre aber die zusätzliche genauere Erfassung des Kostenfaktors „Anästhesie“, was in den „stationären“ DRGs systembedingt nicht gewährleistet ist. Ziel wäre, dass die jeweilige „ambulante OP-DRG“ im Innenverhältnis die anteilige Zuordnung zu Anästhesie, Operation und Aufwachraum (wie oben gefordert) ermöglicht.

Eine so gestaltete Honorierungsform würde folgende Elemente verbinden:

1. Sowohl in der Arztpraxis als auch im Krankenhaus würde die jeweilige ambulante Operation als Gesamtleistung („Institutsleistung“) erbracht.
2. Die Leistungsinhalte wären für Arztpraxis und Krankenhaus mit gleichen medizinischen Inhalten gefüllt.
3. Die Kostenkalkulation für die jeweilige Operations-/Anästhesie-Leistung würde gleiche medizinische Inhalte bewerten. Gesondert berücksichtigt werden müssten diejenigen Kostenanteile, die durch die duale Finanzierung im Krankenhauswesen gesondert zur Bewältigung der Gesamtkosten bereitgestellt bzw. bewältigt werden.
4. Ein vergleichbares Qualitätsmanagement wäre Voraussetzung.
5. Dementsprechend wäre die Höhe der Vergütung ebenfalls für beide Leistungserbringer (niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser) gleich.
6. Die Honorierung ambulante Operations-/Anästhesie-Leistungen wäre sowohl für die durch niedergelassene Ärzte als auch Krankenhäuser ausreichend hoch, sodass weder hier noch dort eine (ungewollte) Quersubventionierung aus konservativer und/oder stationärer Erlöse stattfinden bräuchte.
7. Die im 5-Stufen-System der medizinischen Versorgung der KBV vorgesehene Entlassung unserer spezialärztlichen Tätigkeiten aus Sicherstellungsauftrag und Kollektivvertrag wäre machbar.
8. Die Akzeptanz einer Cent-genau kalkulierten Vergütung wäre, vergleichbar der der DRG-kalkulierten Honorare, bei allen wichtigen gesellschaftlichen Gruppierungen (Politik etc.) hoch.
9. Die Schwankungsbreite der Honorare wäre geringer (jedenfalls geringer als die von 5,11 auf 3,5 Cent/Punkt) und würde immer auf konkreten Realkostenerhebungen beruhen.

Zu überlegen wäre auch, ob die Entwicklung eines solchen Systems auch in Schritten erfolgen könnte, in dem man mit den am häufigsten durchgeführten ambulanten Operationen beginnen würde.

Saarbrücken, 18.07.2009