Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im Wandel

von Jonas Schreyögg und Robert Messerle

Abstract

Die Versorgungs- und Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen sind im Wandel. Mit der Einführung hybrider Diagnosis Related Groups (Hybrid-DRG) für sektorengleiche Leistungen und Vorhaltevergütungen für Krankenhäuser wurden in der vergangenen Legislaturperiode für zwei Bereiche der Versorgung neue Vergütungsstrukturen angestoßen, die mittelfristig auch zu Änderungen der Versorgungsstrukturen führen sollen. Wesentliche weitere gesundheitspolitische Baustellen verbleiben jedoch – wenn überhaupt – im Planungsstadium. Fehlende Versorgungsoptionen gehen einher mit unpassenden Vergütungsstrukturen. Um zukunftsfähige Strukturen zu erreichen, sind einige Hürden zu nehmen und sowohl neue Versorgungs- als auch Vergütungsoptionen auszugestalten.

Schlüsselwörter: Primärversorgungszentren, intersektorale Versorgungszentren, hausarztzentrierte Versorgung, Jahrespauschalen, Bundled Payments, Pay for Performance

Care and remuneration structures in the German health-care system are changing. With the introduction of hybrid Diagnosis-Related Groups for cross-sectoral services and readiness payments for hospitals, new remuneration structures were initiated for two areas of care in the last legislative period. They should lead to changes in care structures in the medium term. However, important other health policy issues remain in the planning stage, if they are tackled at all. A lack of care options goes hand in hand with inadequate remuneration structures. In order to achieve sustainable structures, a number of obstacles have to be overcome and new supply and remuneration options need to be developed.

Keywords: primary care centres, intersectoral care centres, family doctor-led care, capitation payment, bundled payments, pay for performance

1 Strukturwandel

Seit Jahren wird über den notwendigen Strukturwandel in der deutschen Versorgungslandschaft diskutiert. Als Mittel zur Erreichung von Strukturveränderungen werden dabei häufig die Vergütungssysteme adressiert. Zuletzt wurde mit der Einführung hybrider Diagnosis Related Groups (kurz: Hybrid-DRG) ein neues sektorenübergreifendes Vergütungssystem geschaffen, das die Ambulantisierung bisher stationärer Leistungen endlich vorantreiben soll. Umfassende Vergütungsänderungen für die stationäre Versorgung, etwa das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) von Ende 2024 *(Deutscher Bundestag 2024)*, sollen ebenfalls mit weitreichenden Veränderungen der Versorgungsstrukturen einhergehen. Wesentliche gesundheitspolitische Baustellen bestehen aber auch in der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung. Dort gehen fehlende Versorgungsoptionen mit unpassenden Vergütungsstrukturen einher. Der Trend zur Tätigkeit in Anstellung bei Ärzten, die Notwendigkeit interdisziplinärer und sektorenübergreifender Zusammenarbeit – auch in größeren Einheiten – sowie die zunehmende Bedeutung einer adäquaten Lenkung in bedarfsgerechte Strukturen werden in den Versorgungs- und Vergütungsstrukturen bislang nur unzureichend berücksichtigt.

Um zukunftsfähige Strukturen für die zweifellos an Bedeutung gewinnende ambulante und ambulant-stationäre Versorgung zu erreichen, sind einige Hürden zu überwinden und sowohl neue Versorgungs- als auch Vergütungsoptionen zu gestalten. Primärversorgungszentren und intersektorale beziehungsweise regionale Gesundheitszentren sind neue Modelle der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung, die diese Entwicklungen aufgreifen könnten. Beide Versorgungsoptionen werden seit Jahren gefordert und sind international vielfach bereits etabliert. Sie werden in den deutschen Versorgungsstrukturen aber bisher nicht regelhaft umgesetzt, da Vergütungssystematik und Regulatorik noch nicht dafür ausgelegt sind und ihnen teilweise in Politik und Praxis die erforderliche Akzeptanz fehlt.

Der Befund, dass die Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen in Deutschland zu unkoordiniert erfolgt, ist nicht neu. Er gewinnt aber angesichts der aufgrund der Demografie künftig möglicherweise steigenden Inanspruchnahme an Bedeutung. Eine freiwillige hausarztzentrierte Versorgung (HzV) sollte dabei ein wichtiger Baustein vermehrter Koordination darstellen. Sie weist jedoch verschiedene Konstruktionsfehler auf. Diese sollten in gesetzlichen Änderungen Berücksichtigung finden. Auch die Notfallversorgung spielt eine entscheidende Rolle bei der Koordination an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Der zuletzt vorgestellte Reformentwurf bleibt allerdings unvollständig und bedarf einer Erweiterung, um den Herausforderungen gerecht zu werden. Ebenso fehlen Vergütungsmodelle, die bei zunehmender Komplexität der Versorgung adäquate Anreize setzen. Alternative Vergütungsansätze wie Jahrespauschalen, Bundled Payments oder qualitätsorientierte Vergütungen könnten auf der Basis eines empirisch kalkulierten und sachgerecht adressierten Vergütungssystems die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen begleiten und fördern.

2 Neuordnung der ambulanten Versorgung

2.1 Zentren

Eine wichtige Neuerung, insbesondere für den ländlichen Raum, mit dem Ziel der zukünftigen Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung sowie der Entlastung der Fachkräftesituation sollten Modelle der ambulanten und der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung darstellen. Dabei erscheint es konzeptionell wichtig, terminologisch zwischen Primärversorgungszentren und intersektoralen Zentren zu differenzieren. Während Primärversorgungszentren ausschließlich ambulant versorgende Einrichtungen darstellen, in denen Haus- und Fachärzte in interprofessionellen Teams behandeln, sind intersektorale Zentren zusätzlich auf kurze stationäre Aufenthalte ausgelegt *(SVR 2024, 258 ff.)*. Das heißt, sie können Patienten auf Kurzliegestationen zur Beobachtung für einige Tage aufnehmen. Dort lassen sich je nach Bedarf auch unter anderem ambulante Operationszentren integrieren, um Fälle aus dem personalintensiven stationären Versorgungsbereich zu übernehmen. Je nach Region kann auch eine 24-Stunden-Notfallpraxis vorgehalten werden. Diese Zentren werden im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projekts STATAMED pilotiert *(AOK-Bundesverband 2023)*. In Niedersachsen wurden unter der Bezeichnung „Regionales Gesundheitszentrum“ kürzlich einige solcher Einrichtungen eröffnet (siehe zum Beispiel *NMSAGG 2023*).

Das Ziel von Primärversorgungszentren ist es, eine umfassende Anlaufstelle im ländlichen Bereich zu bieten, die in der Lage ist, chronisch Kranke und multimorbide Patienten multiprofessionell zu behandeln und deren Behandlung zu koordinieren. Dabei zeigt sich in anderen Ländern, dass eine multiprofessionelle Versorgung unter anderem mit akademisierten Pflegefachpersonen im Sinne der Versorgungsqualität sinnvoll ist *(Schlunegger et al. 2023)*. Darüber hinaus bietet eine Tätigkeit in multiprofessionellen Teams ein attraktives Arbeitsumfeld, was für die Rekrutierung von Fachpersonal im ländlichen Raum besonders wichtig ist. Durch diese Versorgungsform kann der steigenden Anzahl chronisch kranker und multimorbider Patienten mit mehr Kapazitäten begegnet werden.

Das Ziel der Schaffung intersektoraler Zentren ist ebenfalls die Verbesserung der Versorgungssituation der Menschen auf dem Land und gegebenenfalls auch in besonderen Settings in Großstädten. Es geht dabei primär um die Erbringung einer wohnortnahen Leistung, die nicht (mehr) ambulant erfolgen kann, für die aber ein Aufenthalt in einem spezialisierten Krankenhaus in der nächsten Stadt weder sozial, versorgungsqualitativ noch wirtschaftlich sinnvoll erscheint. Kernpunkt dieser Einrichtungen ist es, chronisch Kranke und multimorbide Menschen, die keine hochtechnisierte Versorgung in spezialisierten Einrichtungen benötigen, auf einer allgemeinmedizinischen Beobachtungsstation aufnehmen zu können, zum Beispiel ältere Menschen, die dehydriert sind. Nach einer stationären Beobachtung von ein bis drei Tagen können diese dann wieder in ihr gewohntes Umfeld entlassen werden. Eine weitere Möglichkeit, die derartige Beobachtungsstationen bieten, ist die wohnortnahe Versorgung nach der Rückkehr von einer komplexeren Operation in einem spezialisierten Krankenhaus im nächsten Ballungsraum. Die Diskussion um die sogenannten Level-1i-Krankenhäuser, also sektorenübergreifende Häuser mit ärztlichen und pflegerischen Leistungen, war für die Vision von intersektoralen Zentren für den ländlichen Raum nicht förderlich, da die Bevölkerung dies als bevorstehendes Downgrading ihres eigenen Krankenhauses wahrgenommen hat. Deshalb wäre es künftig sinnvoll, diese Einrichtungen anders zu positionieren. Es muss klarer kommuniziert werden, dass diese Einrichtungen im Vergleich zum Status quo der ländlichen Versorgung in Deutschland potenziell eine Verbesserung der Versorgungsqualität erlauben, die noch dazu häufig wohnortnäher erfolgen kann als bisher.

Ein weiterer Grund für die geringe Ausprägung beider Versorgungsformen in Deutschland ist die zu starre, an der Einzelpraxis und dem Arzt an sich orientierte Vergütung. Darüber hinaus benötigen beide Versorgungsformen zur Entfaltung ihres Potenzials eine Reihe von regulatorischen Änderungen. Die im Rahmen des KHVVG vorgenommenen Anpassungen sind ein erster Schritt. Allerdings bedarf es weiterer Änderungen. Insbesondere sollten intersektorale Zentren eine hohe Flexibilität beim Einsatz von Personal haben können, da gerade in sehr ländlichen Regionen nicht immer gewährleistet werden kann, dass zum Beispiel eine ärztliche Leitung für die Beobachtungsstation gefunden wird. Außerdem erscheint es sinnvoll, den zu erbringenden Leistungskatalog nicht ex ante starr vorzugeben, da diese Versorgungsform die Möglichkeit haben sollte, passgenau auf die lokalen Bedarfe zu reagieren.

2.2 Modifiziertes HzV-Modell

Eine HzV kann über eine verbesserte Koordination die Inanspruchnahme von nicht indizierten fachspezialistischen Untersuchungen reduzieren. Diese Reduktion der Inanspruchnahme macht die HzV auch zu einer potenziell wichtigen Stellschraube zur Verbesserung der Fachkräftesituation, wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR) in seinem Fachkräftegutachten gezeigt hat *(SVR 2024, 267 ff.)*. Sie kann außerdem Qualitätsvorteile insbesondere für die Versorgung älterer, chronisch kranker und/oder multimorbider Patienten haben, zum Beispiel indem Wechselwirkungen zwischen Medikamenten zuverlässiger erkannt werden *(SVR 2024, 268)*. Der bisherige gesetzliche Rahmen für HzV-Modelle weist jedoch zahlreiche Probleme auf, die dazu beitragen, dass die HzV in bisherigen Evaluationen ihr Potenzial nicht ausschöpfen konnte. Erstens haben die Versicherten keinen finanziellen Anreiz, sich für eine HzV einzuschreiben. Daher sind in Deutschland auch nur circa zehn Prozent der gesetzlich Versicherten Teilnehmer einer HzV, obwohl im Jahr 2022 ein Anteil von 90 Prozent der gesetzlich Versicherten mindestens einen Besuch bei Haus- oder Kinderärzten hatten, die diese Koordinationsfunktion übernehmen könnten *(SVR 2024, 265)*. Zweitens erfolgt mit der Einschreibung in eine HzV keine verbindliche Verpflichtung, auf unkoordinierte fachspezialistische Besuche zu verzichten. Entsprechend halten sich viele Versicherte nicht an den vorgegebenen Weg der Überweisung durch den Hausarzt. Drittens fragmentiert die

HzV die Versorgungslandschaft, weil sie im Rahmen von Selektivverträgen organisiert ist, mit denen entsprechende administrative Aufwände verbunden sind.

Daher erscheint es dringend geboten, in der 21. Legislaturperiode Änderungen am gesetzlichen Rahmen durchzuführen, um den Neustart einer effektiveren HzV zu ermöglichen. Hierfür sollte erstens die HzV in den Kollektivvertrag überführt werden. Jeder Haus- und Kinderarzt sollte Versicherten HzV-Leistungen anbieten, sofern diese sich in einen entsprechenden Vertrag einschreiben. Diese Regelung würde bürokratische Aufwände reduzieren und ein flächendeckendes HzV-Angebot ermöglichen. Zweitens sollte die Nutzung finanzieller Anreize zur Erhöhung der Einschreibequote und gleichzeitig zur Erhöhung der Adhärenz erwogen werden. So könnte die Einschreibung und damit der Verzicht auf unkoordinierte Besuche mit einer Beitragsrückerstattung incentiviert werden. Der finanzielle Anreiz sollte dabei substanziell sein, um eine spürbare Wirkung zu erzeugen *(Aron-Dine et al. 2013)*. Da die Verbindlichkeit in diesem modifizierten Modell höher ist als in dem bisherigen HzV-Modell, ist entsprechend davon auszugehen, dass auch die Reduktion der Inanspruchnahme von unkoordinierten Besuchen sowie von stationären Aufnahmen höher ausfällt. Denkbar wäre auch, für unkoordinierte Facharztbesuche eine Zuzahlung zu erheben und bei Wahl des HzV-Modells und entsprechender koordinierter Facharztbesuche auf diese Zuzahlung zu verzichten. Letztere Option entspricht dem Modell, das in Frankreich und Dänemark erfolgreich praktiziert wird. Andere Staaten setzen bereits auf eine freiwillige Einschreibung als Wahlmodell mit finanziellen Anreizen. In Frankreich, das dem deutschen Gesundheitssystem strukturell ähnlich ist, entscheiden sich 90 Prozent für ein hausarztzentriertes Modell. In anderen Ländern sind die Einschreiberaten bei freiwilliger incentivierter Einschreibung sogar noch höher, unter anderem in Dänemark, den Niederlanden, Norwegen und Schweden *(SVR 2024, 265; Marchildon et al. 2021)*.

2.3 Notfallversorgung

In der Notfallversorgung besteht ein deutlicher Reformbedarf. Während die grundsätzlich notwendigen Maßnahmen bekannt sind, liegen die Herausforderungen oft im Detail. Der Vergleich mit Nachbarländern wie Dänemark zeigt, dass integrierte Notfallleitstellen die Patientenströme durch telefonische Beratung und gezielte Weiterleitung bereits vor dem Aufsuchen einer Notaufnahme besser steuern und damit die Notfallversorgung insgesamt entlasten können. Die Einbeziehung des Rettungsdienstes in die Reform der Notfallversorgung und die Integration erweiterter Versorgungsmöglichkeiten, zum Beispiel im Bereich der Telemedizin, sind folgerichtig.

Die größten Potenziale im Hinblick auf die Koordination und Effizienz der Versorgung liegen aber sicherlich (siehe *SVR 2024, 272*) in den Integrierten Notfallzentren (INZ), die eine Blaupause für eine sektorenübergreifende Versorgung darstellen könnten. Kritisch an den vorliegenden Vorschlägen ist jedoch, dass eine weitergehende organisatorische und finanzielle Integration der INZ-Strukturen gar nicht vorgesehen ist. Stattdessen sollen die Angebote der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigung und der Notaufnahme parallel existieren und im Wesentlichen nur durch den gemeinsamen Tresen verbunden sein. Dieser Ansatz mit einem geringen Integrationsgrad entspricht im Ergebnis vielerorts nur den bereits bestehenden Strukturen. Er kann zwar als genereller Einstieg in die Etablierung bundesweiter Mindeststandards dienen, weitergehende Optionen, wie sie der SVR vorsieht *(SVR 2018, 590)*, sollten jedoch ermöglicht werden. Zudem sollte die Vergütung mit den strukturellen Veränderungen Schritt halten und finanzielle Fehlanreize sollten abgebaut werden.

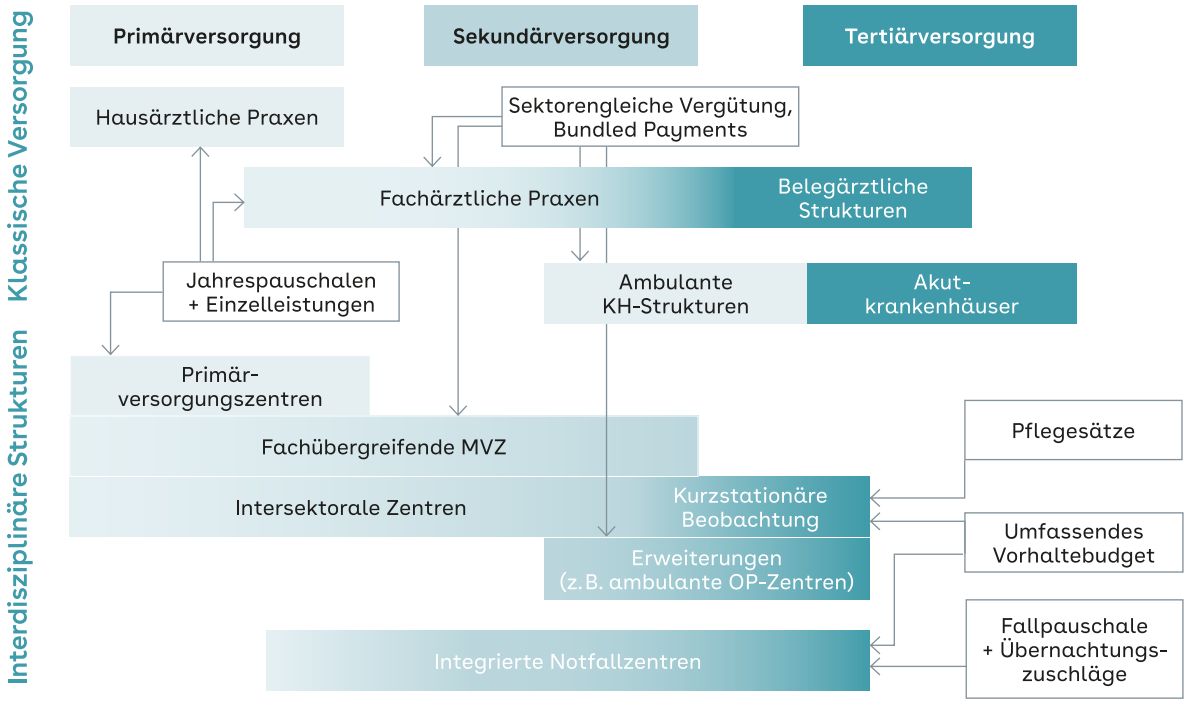
3 Weiterentwicklung der ambulanten Vergütung

In der ambulanten Vergütung gab es in den vergangenen Jahren abseits der Hybrid-DRG wenig Bewegung. Eine Mischung aus praxis- und quartalsbezogenen Einzelleistungen und Pauschalen, die entweder auf sehr alten Daten beruhen oder überhaupt nicht empirisch kalkuliert sind *(KOMV 2019, 36)*, bildet die Grundlage fast aller vertragsärztlichen Abrechnungen. Übergreifende oder qualitätsorientierte Vergütungsmodelle existieren nicht. Im Folgenden werden verschiedene Weiterentwicklungsmöglichkeiten diskutiert (vergleiche **Abbildung 1**).

3.1 Jahrespauschalen

Ein wichtiges und seit Jahren immer wieder gefordertes Thema ist die Abkehr vom Quartalsbezug in der Vergütung *(KOMV 2019, 149; SVR 2018, 149; SVR 2024,*

Abbildung 1 Neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen



Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

Die Umsetzung verschiedener Maßnahmen könnte die Versorgungs- und Vergütungsstruktur verbessern. Zu den sinnvollen Optionen (weiße Kästen) zählen Jahrespauschalen und sogenannte Bundled Payments.

282). Hintergrund ist unter anderem die im internationalen Vergleich sehr häufige Inanspruchnahme medizinischer Leistungen *(OECD 2023)*. Die im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG) *(Deutscher Bundestag 2025)* beschlossenen kontaktabhängigen Versorgungspauschalen, mit denen die hausärztliche Versorgung chronisch Kranker mit geringem Betreuungsbedarf vergütet werden soll, sind ein Beispiel für solche Pauschalen, aber bei Weitem nicht die einzige Einsatzmöglichkeit. Der SVR hat solche Pauschalen auch für bestimmte fachärztliche Patientengruppen vorgeschlagen. Dadurch könnten erhebliche Leistungs- und Verwaltungskosten eingespart und unnötige Kontakte vermieden werden *(SVR 2024, 266 f.)*.

International sind Jahres- oder Kopfpauschalen in der hausärztlichen Versorgung weit verbreitet und machen zwischen 30 Prozent (Dänemark und Norwegen) bis 90 Prozent (England) des hausärztlichen Einkommens aus *(Marchildon et al. 2021)*. Auch für neue Versorgungsstrukturen wie Primärversorgungszentren könnten Jahrespauschalen ein wesentlicher Baustein sein. Allerdings sollten Jahrespauschalen nicht – wie im GVSG vorgesehen – nur für die hausärztliche Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten eingesetzt werden. Gerade bei Personen ohne chronische Erkrankungen besteht in der Regel kein regelmäßiger Behandlungsbedarf über mehrere Quartale. Entsprechend könnten hier medizinisch nicht notwendige Mehrfachkontakte vermieden werden. Zudem wären bei dieser Gruppe Querwirkungen auf Bereiche wie den Morbi-RSA deutlich geringer.

Abbildung 2 zeigt beispielhaft für die Allgemeinmedizin und die Augenheilkunde die durchschnittliche Fallzahl der Patientinnen und Patienten mit mindestens einem Fall pro Jahr und die Anzahl der Leistungstage pro Fall, das heißt in grober Annäherung die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte pro Fall. In der Allgemeinmedizin scheint – stark aggregiert betrachtet – der Quartalsbezug nicht der alleinige Treiber für die sehr häufige Inanspruchnahme zu sein, da in der Regel auch mehrere Kontakte pro Quartal stattfinden. Dennoch kann die Vergütung über Jahrespauschalen sinnvoll sein, da sie Anreize zur Prävention und zur

langfristigen Gesunderhaltung setzt. In der Augenheilkunde zeigt sich – im Durchschnitt – ein etwas anderes Bild. Hier wird über alle Altersgruppen hinweg offenbar eher im Rahmen eines neuen Falles als im Rahmen eines zusätzlichen Kontaktes behandelt. Ausgehend von dieser groben Betrachtung könnten auch Teile der fachärztlichen Versorgung mit dem Ziel der Vermeidung unnötiger Arztkontakte für eine Vergütung über Jahrespauschalen infrage kommen.

Die Regelung im GVSG konzentriert sich auf die Überführung der bestehenden Pauschalen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in eine Jahresvergütung. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Zuordnung, welche Leistungen innerhalb und welche außerhalb dieser Pauschalen vergütet werden, entscheidend für den Erfolg ist. Um diesem Aspekt mehr Gewicht zu verleihen, könnte mittelfristig eine Neudefinition der Leistungen nach medizinischen beziehungsweise versorgungspolitischen Kriterien und damit ohne Berücksichtigung des aktuellen EBM sinnvoll sein. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Förderung von Leistungen bisher in der Regel über die Zuordnung zur extrabudgetären Vergütung erfolgt. Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass Patientinnen und Patienten zum Teil mehrere Praxen der gleichen Fachrichtung aufsuchen. Dies ließe sich jedoch leicht lösen, indem auf international bewährte Modelle zurückgegriffen wird und die Jahrespauschale an die Registrierung in einer Praxis gebunden wird *(SVR 2024, 263 ff.)*. Das ist ein Schritt, der für eine bessere Steuerung der Versorgung ohnehin wünschenswert ist.

Darüber hinaus kann bei einer Vergütung über Jahrespauschalen die Versorgung zu einer Blackbox werden, da unklar ist, welche Leistungen auf individueller Ebene noch erbracht werden. Dieser Effekt war teilweise schon bei der Einführung der Quartalspauschalen zu beobachten, würde aber bei einer Jahrespauschale noch verstärkt. Um dem entgegenzuwirken, sollte, wie zum Beispiel in Teilen Kanadas praktiziert *(Hutchison und Glazier 2013)*, das sogenannte *shadow billing* Bestandteil der Jahrespauschalen sein. Dabei werden die im Leistungskorb der Pauschalen enthaltenen Leistungen mit einem Bruchteil des alten Preises vergütet, um Anreize zur Kodierung der erbrachten Leistungen zu setzen und einen Überblick über das Versorgungsgeschehen zu behalten.

Schließlich spielt die Berücksichtigung unterschiedlicher Morbiditätsstrukturen eine wichtige Rolle. Zwar kann durch eine geeignete Auswahl der gesondert zu vergütenden Einzelleistungen ein gewisser Ausgleich erfolgen, dennoch bergen Pauschalen auch das Risiko der Unterversorgung, insbesondere bei Menschen mit hohem Versorgungsbedarf *(Brosig-Koch et al. 2024)*. Für eine Risikoadjustierung ist jedoch kein kompliziertes, mit hohem Aufwand verbundenes Modell notwendig; einfache Ansätze, zum Beispiel über die Anzahl der Erkrankungen, sind ausreichend *(Brilleman et al. 2014)*.

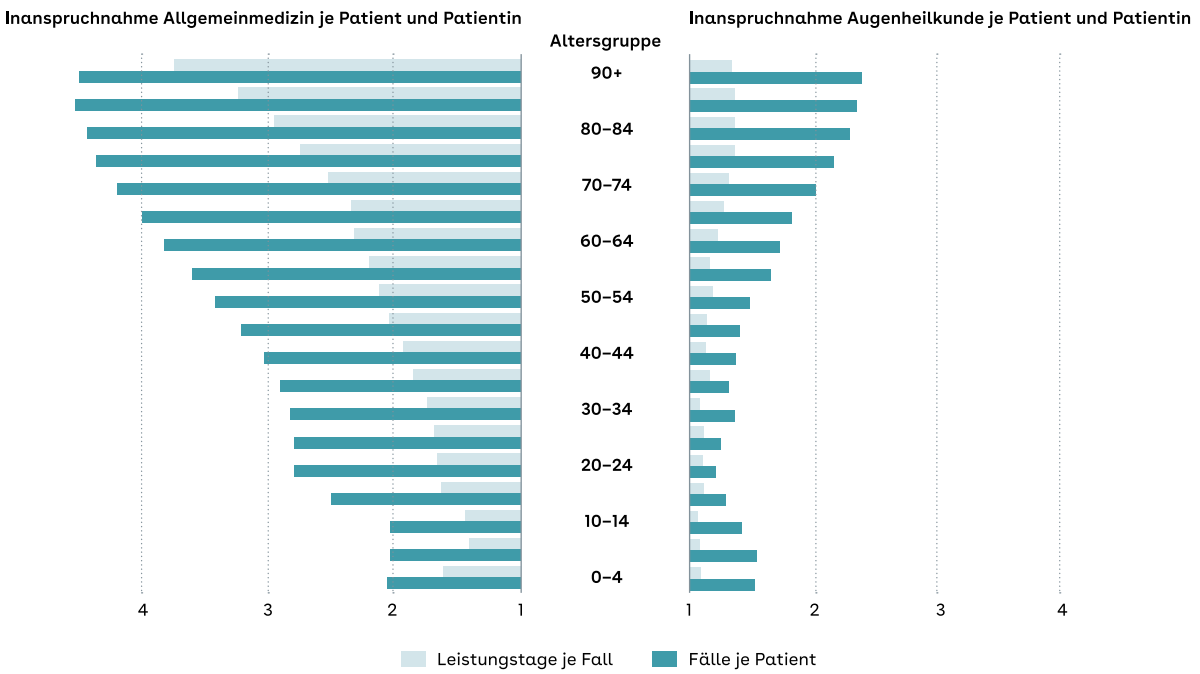
3.2 Bundled Payments

An der ambulant-stationären Schnittstelle besteht derzeit ein Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen und Strukturen, der durch die grundsätzlich sinnvollen Hybrid-DRG und sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtungen weiter diversifiziert wird. International werden insbesondere für den ambulant-stationären Grenzbereich zunehmend sektorenübergreifende Vergütungsmechanismen eingesetzt, indem alle Leistungen im Rahmen einer bestimmten zeitlich begrenzten Behandlung in die Vergütung eines verantwortlichen Leistungserbringers integriert werden (sogenannte *bundled payments*). Wissenschaftliche Evaluationen konstatieren zwar gemischte, aber grundsätzlich positive Auswirkungen auf die Qualität und Effizienz der Versorgung *(Milstein und Schreyögg 2024)*. Um die Vergütungssystematiken an der ambulant-stationären Schnittstelle klarer zu gestalten, ist die Vereinheitlichung auf Basis solcher Bundled-Payment-Ansätze denkbar. Grundlegende Leistungsinhalte und Bewertungen würden bundesweit festgelegt, konkrete Vergütungen und ergänzende Regelungen weiterhin auf regionaler Ebene vereinbart. Damit wäre grundlegende Transparenz geschaffen, und auch andere Leistungserbringer(-gruppen) als Krankenhäuser könnten diese Leistungen erbringen.

3.3 Größere Einheiten

Zukunftsfähige Vergütungsstrukturen sollten die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen wie die Primärversorgungszentren und intersektoralen Zentren, aber auch die zunehmende Bedeutung der Arbeit in interdisziplinären Teams im Allgemeinen berücksichtigen. Dem Gedanken der regionalen Vorhaltung wohnortnaher Versorgung folgend, ist für die Vergütung der kurzstationären Grund- und Übergangsversorgung in intersektoralen Zentren ein hoher Anteil echter Vorhaltevergütung sinnvoll, die durch tagesbezogene Pflegesätze ergänzt wird. Weitere in den Zentren angebo-

Abbildung 2 Kontaktintensität der Versorgung in Allgemeinmedizin und Augenheilkunde im Jahr 2023



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis von Grobe et al. 2024; Grafik: G+G Wissenschaft 2025

In der Allgemeinmedizin finden in der Regel mehrere Kontakte pro Quartal statt. In der Augenheilkunde wird hingegen offenbar eher im Rahmen eines neuen Falls als im Rahmen eines zusätzlichen Kontaktes behandelt.

tene Leistungen wie ambulante Operationen werden entsprechend den jeweils geltenden Regelungen vergütet. Für ambulante Vergütungen ist eine differenzierte Vergütungsstruktur in Abhängigkeit von der jeweiligen Organisationsform anzustreben. Größere, insbesondere interdisziplinäre Kooperationen bieten in der Regel ein erweitertes Leistungsspektrum und erfordern häufig höhere Investitionen und damit ein höheres unternehmerisches Risiko. Diesen Mehrkosten stehen jedoch in der Regel keine Skaleneffekte gegenüber *(Kwietniewski et al. 2017; Kwietniewski und Schreyögg 2018)* – mit Ausnahme fachgleicher Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), die gerade keine interdisziplinäre Versorgung fördern. Anstelle des einzelnen Arztes als Leistungserbringer und Vergütungsempfänger sollte die Vergütung zudem an Teams aus mehreren Ärzten oder Praxen (und anderen Berufen) adressiert werden.

3.4 Kostenbasierte Vergütung

Im EBM sind derzeit mehr als die Hälfte der Leistungen nicht kalkuliert, sondern normativ verhandelt. Dies betrifft insbesondere pauschalierte Leistungen wie die Versichertenpauschalen. Die Kostendaten der anderen Hälfte der Leistungen basieren im Wesentlichen auf aktualisierten Zusammenführungen verschiedener älterer Studiendaten aus den 1990er-Jahren *(KOMV 2019, 36)*. Während sich im stationären Bereich die Vergütungshöhe an den empirischen Durchschnittskosten orientiert und damit ein Yardstick-Wettbewerb angeregt wird *(Shleifer 1985)*, ist im ambulanten Bereich unklar, welches gesundheitsökonomische Anreizprinzip eigentlich greifen soll. Für die Hybrid-DRG ist im Gesetz ab 2030 eine Kalkulation auf Basis fallbezogener empirischer Kostendaten aus dem ambulanten und stationären Bereich vorgesehen. Es ist zu empfehlen, dass dieser Ansatz schrittweise auf die gesamte ambulante und ambulant-stationäre Vergütung ausgeweitet wird.

In Anlehnung an das Baukastenprinzip der Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) *(KOMV 2019, 146)* und des Projekts „Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung“ (ESV) *(GBA 2024, 46 f.)* könnte eine sachgerechte empirische Kalkulation auch als Ausgangsbasis für regionale Versorgungsprojekte dienen.

3.5. Pay for Performance

Deutschland verfügt über hochwertige Routinedaten und ausgeprägte Ansätze zur Messung der Qualität mit diesen Routinedaten, sowohl ambulant als auch stationär. Dies sind zum Beispiel Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR), Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QISA) und Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK). Pay for Performance (P4P), also die Berücksichtigung von Qualität in der Vergütung, wird jedoch bisher nur in Ansätzen verfolgt *(Busse et al. 2020)*. Dabei wäre es relativ einfach, internationalen Vorbildern zu folgen und Qualitätsparameter in die Vergütung zu integrieren. Dies betrifft die stationäre Vergütung *(Messerle und Schreyögg 2024)*, aber auch in Verbindung mit ambulanten Jahrespauschalen ist die Berücksichtigung von Qualität ein wichtiger Faktor *(Cattel et al. 2020)*.

3.6 Anreizgerechte Finanzierung der Notfallreform

Die Reform der Notfallversorgung wird eines der bestimmenden gesundheitspolitischen Themen der 21. Legislaturperiode sein. Neben den konkreten strukturellen Fragen *(SVR 2024, 243 ff.)* sollten dabei auch angemessene Vergütungsanreize berücksichtigt werden. INZ einschließlich der Kooperationspraxen sollten als eigenständige organisatorische Einheiten mit entsprechenden eigenen finanziellen Vergütungsregelungen etabliert werden. Idealerweise sollte ein INZ ein eigenes Budget mit den Krankenkassen verhandeln und eine eigene Vergütungsstruktur aufweisen (siehe *SVR 2018, 591*). Andernfalls besteht die Gefahr, dass die große Diskrepanz zwischen stationärer und ambulanter Vergütung in Verbindung mit fehlenden Vergütungsoptionen innerhalb eines INZ weiterhin starke Fehlanreize setzt, die einer bedarfsgerechten Versorgung entgegenstehen könnten. Eine modifizierte Vorhaltevergütung, wie in der Krankenhausreform aus dem Jahr 2024 vorgesehen, löst diese Problematik nicht.

4 Fazit

In der vergangenen Legislaturperiode stand vor allem die Vergütungsreform für die stationäre Versorgung im Mittelpunkt. Wie aufgezeigt, gibt es aber auch in der ambulanten und ambulant-stationären Versorgung wesentliche weitere gesundheitspolitische Baustellen. Um auch in Zukunft eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, sind hier neue Versorgungs- und Vergütungsoptionen zwingend erforderlich.

Literatur

AOK-Bundesverband (2023): Über das Projekt STATAMED; aok.de/gp → Pflege → Ambulante Pflege → Innovationsfondsprojekt STATAMED → Zielsetzung und Projektablauf → Über das Projekt STATAMED

Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A (2013): The RAND Health Insurance Experiment, Three Decades Later. Journal of Economic Perspectives, Vol. 27, No. 1, 197–222

Brilleman SL et al. (2014): Keep It Simple? Predicting Primary Health Care Costs with Clinical Morbidity Measures. Journal of Health Economics, Vol. 35, 109–122

Brosig-Koch J et al. (2024): A New Look at Physicians' Responses to Financial Incentives: Quality of Care, Practice Characteristics, and Motivations. Journal of Health Economics, Vol. 94, Article 102862

Busse R, Eckhardt H, Geraedts M (2020): Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin, Heidelberg: Springer, 205–230

Cattel D, Eijkenaar F, Schut FT (2020): Value-Based Provider Payment: Towards a Theoretically Preferred Design. Health Economics, Policy, and Law, Vol. 15, No. 1, 94–112

Deutscher Bundestag (2024): Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen (Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz – KHVVG). Bundesgesetzblatt 2024 I Nr. 400 vom 11.12.2024

Deutscher Bundestag (2025): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG). Drucksache 20/14771 vom 29.1.2025; bundestag.de → Dokumente → Drucksachen → Suchbegriff: GVSG

GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2024): ESV – Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung. Förderkennzeichen: 01VSF19040; innovationsfonds.g-ba.de → Projekte → Versorgungsforschung → ESV – Einheitliche, Sektorengleiche Vergütung

Grobe T, Weller L, Braun A, Szecsenyi J (2024): Barmer Arztreport 2024. Berlin: Barmer; bifg.de → Publikationen → Reporte → Barmer Arztreport 2024

Hutchison B, Glazier R (2013): Ontario's Primary Care Reforms Have Transformed the Local Care Landscape, but a Plan is Needed for Ongoing Improvement. Health Affairs (Project Hope), Vol. 32, No. 4, 695–703

KOMV (Kommission für ein modernes Vergütungssystem) (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

Kwietniewski L, Heimeshoff M, Schreyögg J (2017): Estimation of a Physician Practice Cost Function. The European Journal of Health Economics, Vol. 18, No. 4, 481–494

Kwietniewski L, Schreyögg J (2018): Profit Efficiency of Physician Practices: A Stochastic Frontier Approach Using Panel Data. Health Care Management Science, Vol. 21, No. 1, 76–86

Marchildon GP et al. (2021): Achieving Higher Performing Primary Care through Patient Registration: A Review of Twelve High-Income Countries. Health Policy (Amsterdam, Netherlands), Vol. 125, No. 12, 1507–1516

Messerle R, Schreyögg J (2024): Ausgestaltung der Vorhalte- und Leistungsvergütung. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2024. Berlin, Heidelberg: Springer, 159–176

Milstein R, Schreyögg J (2024): The End of an Era? Activity-Based Funding Based on Diagnosis-Related Groups: A Review of Payment Reforms in the Inpatient Sector in 10 High-Income Countries. Health Policy (Amsterdam, Netherlands). Vol. 141, March 2024, 104990

NMSAGG (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung) (2023): Stärkung der ambulanten Pflege im ländlichen Raum. Bericht über die Förderperiode 2019–2022; ms.niedersachsen.de → Gesundheit und Pflege → Pflege → Gesamtbericht Förderprogramm 2019–2022

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) (2023): Consultations With Doctors; oecd.org → Publications → Health at a Glance 2023 → Full Report → Consultations with doctors → Figure 5.11

Regierungskommission Krankenhaus (Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung) (2023): Vierte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Reform der Notfall- und Akutversorgung in Deutschland. Integrierte Notfallzentren und Integrierte Leitstellen; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: Regierungskommission → Vierte Empfehlung der Regierungskommission

Schlunegger MC, Aeschlimann S, Palm R, Zumstein-Shaha M (2023): Competencies of Nurse Practitioners in Family Practices: A Scoping Review. Journal of Clinical Nursing, Vol. 32, No. 11–12, 2521–2532

Shleifer A (1985) A Theory of Yardstick Competition. The RAND. Journal of Economics. Vol. 16, No. 3, 319–327

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung; Gutachten 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege) (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen. Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource. Gutachten 2024; svr-gesundheit.de → Gutachten → Gutachten 2024

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 3. März 2025)

Die Autoren

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg, Jahrgang 1976, ist wissenschaftlicher Direktor des Hamburg Center for Health Economics (HCHE) der Universität Hamburg. Er ist außerdem stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zuvor war er Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität München und Abteilungsleiter am Helmholtz Zentrum München sowie Harkness Fellow an der Stanford University.

Robert Messerle, Jahrgang 1986, studierte Wirtschaftsinformatik und Volkswirtschaftslehre in Berlin. Er arbeitete beim GKV-Spitzenverband als Referent für die Analyse der ambulanten Versorgung sowie in den Geschäftsstellen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem. Seit 2020 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hamburg.

Kontakt

Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg, Esplanade 36, 20354 Hamburg, Telefon: 040 428388041, E-Mail: jonas.schreyögg@uni-hamburg.de

Fotos: Gregor Schläger, privat