

Anforderungen an ein modernes Vergütungssystem aus medizinischer Sicht

NORBERT SCHMACKE

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ist Hochschullehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen. Prof. Schmacke war bis Juni 2018 stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Debatte um bessere Vergütungssysteme für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hat lange Tradition. Die Suche nach dem „besten“ System ist eine Sisyphusaufgabe. Die einschlägige Forschung kommt zu dem ernüchternden Ergebnis, dass keines der bekannten Systeme anderen am Ende überlegen ist. Die Vergütungsfrage kann nicht ohne die Systemfrage behandelt werden: und hier spricht vieles dafür, dass innerhalb der sozialen Krankenversicherung die Ansätze hausarztzentrierter Versorgung noch konsequenter in Richtung Primärarztssystem gestellt werden sollten.

Die mir gestellte Aufgabe zu bearbeiten erfordert zweierlei Kompetenzen: vertiefte Kenntnisse in Vergütungssystemen und fundiertes Wissen über medizinische Standards und den Umgang mit geltend gemachten Innovationen. Das deutsche Vergütungssystem verstehe ich allenfalls grundständig, zur Frage medizinischer Standards habe ich begründete Vorstellungen bezüglich ihrer methodischen Herleitung und Fortschreibung. Die Arbeit an der vermeintlich umschriebenen Fragestellung für dieses Heft wird bei mir nun überlagert durch sich aufdrängende Zweifel, ob es überhaupt sinnvoll ist, an Vergütungsschrauben drehen zu wollen ohne zentrale Weichen in den Versorgungsstrukturen anders gestellt zu haben. Es sind mehr als Zweifel, die auch nicht dadurch abnehmen, dass es ja prinzipiell möglich sein könnte, dass klügere ökonomische Anreize erwünschte Auswirkungen auf die Organisation und die Abläufe im System haben könnten. Da grundlegende Reformen in den nächsten

Jahren nicht zu erwarten sind, haben die nachfolgenden Ausführungen nicht mehr als den Charakter von Fingerübungen, die vielleicht dazu beitragen können, noch einmal (wahrlich nicht zum ersten Mal) davor zu warnen, das Verhalten der Ärzteschaft durch Änderungen im Vergütungssystem im Sinne größerer Patientenorientierung sinnhaft modifizieren zu können. Zweitens kann vielleicht auch noch einmal deutlich werden, dass alle vorliegenden Vorschläge zur Reform der Vergütung im ambulanten Sektor auf nicht mehr beruhen als auf plausiblen Annahmen. Das könnte am Ende vielleicht sogar nicht zu ändern sein, gerade deshalb bliebe aus wissenschaftlicher Perspektive die Forderung nach ordentlichen Implementierungs- und Evaluationsstrategien. Und ob das den Akteuren in unserem System abgetrotzt werden kann, ist eine weitere heikle Frage: dieser Wille oder die gesetzliche Verpflichtung müssten erst noch erzeugt werden. Aber beginnen wir ganz unbedarft von vorn.

Qualität muss jenseits der Vergütungsfragen organisiert werden

Es kann aus medizinischer Sicht um nichts anderes gehen als sich von Qualitätskriterien leiten zu lassen, eng verbunden damit auch (die Auffassung werden nicht alle Mediziner teilen) die Frage nach der Wirtschaftlichkeit des Handelns zu stellen. Nun beginnt im konkreten eine schwierige Debatte, weil die generellen Definitionen von Qualität nur bedingt weiter helfen: Die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) definiert qualitätsorientierte Versorgung wie folgt: „Doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person – and having the best possible results timely, effective, efficient, equitable, and patient-centered.“ Davon ist prinzipiell eine Menge über eine HTA-fundierte Top-Down-Steuerung des Leistungsgeschehens erreichbar, vor allem was die Hürden für den Markteintritt und die Akzeptanz innerhalb der GKV anbelangt. Dass das Krankenhaus immer noch über den Verbotsvorbehalt „Innovationen“ ins Gespräch bringen darf, ist einer solchen Kultur diametral entgegengesetzt. Vieles könnte im Versorgungsalltag durch konsequentere Curricula und Methoden der Aus-, Fort- und Weiterbildung höhere Qualität erzielen. Schwer zu beeinflussen sind allerdings Vorlieben, Schulendenken und fehlende Akzeptanz guter Leitlinien und anderer evidenzbasierter Handreichungen. Über finanzielle Anreize Verhalten im erwünschten Sinne zu ändern passt in das Weltbild vieler Ökonomen, auch der common sense geht oft in diese Richtung. Die Frage ist nur, was für diese Idee spricht.

Gibt es überlegene Vergütungssysteme?

Zu dem seit vielen Jahren immer wieder ins Gespräch gebrachten Lieblingsmodell „Pay for Performance“ sei auf die jüngere Arbeit von Mendelson u.a. (2017) verwiesen, die noch einmal eine Warnung genug sein müsste, auf diese Karte zu setzen, um spürbare Fortschritte erzielen zu wollen: Immerhin 69 Studien wurden ausgewertet, darunter 58 in ambulanten Settings. 38 dieser Studien berichteten patientenrelevante Outcomes. Am Ende zählt nach einigen Interpretationskurven der Befund, dass es nur völlig unzureichende Hinweise für relevante klinische Verbesserungen gibt. Es gibt anders gesagt keine relevan-

ten neuen Informationen im Vergleich etwa zu dem BQS-Bericht von Veit u.a. von 2012. Erwähnenswert ist auch noch einmal der Cochrane-Bericht zu den Erfahrungen mit p4p im Bereich primary care (Scott et al 2011). Hier war auch die Rede von unzureichender Evidenz, um den Einsatz von p4p zu empfehlen oder auch nicht zu empfehlen, es herrscht beim Stand der seriös zu nennenden Forschung einfach Unklarheit. Inwieweit das daran liegt, dass die Studien viel zu global mit p4p umgegangen sind statt konkrete einzelne gut beschreibbare Instrumente zu testen, oder ob es schlicht an der Fehleinschätzung der klassischen Ökonomen liegt, die ihr Menschenbild einmal mehr beweisen wollten, sei dahin gestellt. Ein zeitgleicher Cochrane-Bericht kommt zum Thema Verhaltensbeeinflussung und Vergütung zu dem Ergebnis: „Finanzielle Anreize können vielleicht das Verhalten von Professionellen im Gesundheitswesen verändern. Die Evidenz hierfür weist gravierende methodologische Grenzen auf und ist bezüglich Vollständigkeit und Generalisierbarkeit sehr eingeschränkt. Wir fanden keine Evidenz aus Reviews, welche den Effekt von finanziellen Anreizen auf patientenrelevante Outcomes untersucht haben“ (Flodgren et al 2011).

Man hat auch nach diesem Bericht unverändert weiter experimentiert, aber der letzte einschlägige Cochrane-Bericht (Yuan et al 2017) führt zu keinen neuen Erkenntnissen, wobei interessant ist, dass gezielt nach Effekten der klassischen Vergütungstypen gesucht wurde: Budgetierung, Capitation, Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütungen, p4p. Von dauerhafter Überlegenheit eines dieser Systeme kann nicht die Rede sein, allen noch so begründeten Vorannahmen zum Trotz.

Das Resümee ist einfach: wenn in Deutschland bei der Suche nach wirksamen Anreizen zu qualitativ besserer Versorgung gesucht wird, dann muss das im Rahmen theoretisch begründeter prospektiver kontrollierter Studien oder wenigstens gut begründeter „second best designs“ geschehen, oder man sollte auf den Anspruch wissenschaftlicher Hinterlegung lieber ganz verzichten. Vielleicht quält diese Frage aber die Praktiker auch gar nicht. Nie ist in der Gesundheitspolitik oder in der Ärzteschaft ernsthaft diskutiert worden, mit welchen Studiendesigns die Effekte neuer Vergütungssysteme untersucht werden können. Soweit dies überhaupt überlegt worden ist, wurde selbst in großen Teilen der Versor-

gungsforschung reflexartig argumentiert, methodisch hochwertige Studien seien ja leider nicht möglich, ganz im Widerspruch zum Repertoire internationalen Standards (AcademyHealth 2017, Craig et al 2015). Eine Frage wäre allerdings wirklich noch zu klären: kann man akzeptable Untersuchungen im Rahmen des ausgerufenen Wettbewerbs überhaupt noch durchführen, wenn Kassen sich dafür nicht zusammenschließen wollen und hat sich der Gesetzgeber insofern mit der so installierten Wettbewerbssituation nicht in eine Falle begeben, die ihn fortwährend zum Handeln auf Basis rein plausibler Annahmen verurteilt? Damit könnte man in allem Ernst auch generell für Festgehälter plädieren: eine Forderung, die mit Sicherheit heftige Proteste oder wenigstens ungläubige Verwunderung auslösen würde – während die Vergrößerung von Praxen mit Hilfe angestellter Ärztinnen und Ärzte ja längst Praxis geworden ist. Wenn man also neue Vergütungssysteme einsetzen will, um die Qualität der Versorgung im allgemeinmedizinischen und/oder spezialistischen Bereich zu steigern, spielt man entweder va banque oder setzt sich vorher mit erfahrenen Biometrikern und Gesundheitswissenschaftlern kassenartenübergreifend zusammen, um wenigstens einen ernsthaften Versuch zu machen, einen solchen Feldversuch evaluieren zu können.

Schicksalsfrage Primärarztsystem

Es erscheint sinnvoll, sich einen Moment von der Frage neuer Vergütungssysteme zu lösen und die Aufmerksamkeit (wahrlich nicht zum ersten Mal) darauf zu lenken, dass das deutsche sektorierte System Besonderheiten aufweist, die es in dieser Form nirgends sonst gibt. Wenn man nun internationale Erfahrungen aufgreift, wie dies Harald Abholz (2018) gerade noch einmal unter dem Titel „Primärarztsystem – welche Folgen hat ein Abbau für Deutschland?“ getan hat, dann gibt es gute Gründe, die gesundheitspolitischen Bemühungen um eine Stärkung des Primärarztsystems (besser: primary care) deutlich zu forcieren. Relativ umfassend hat dies der Sachverständigenrat in seinem aktuellen Gutachten dargelegt (SVR-Gutachten 2018, 5.3 und 12.2). Dabei wird die Bandbreite möglicher Neuorientierungen deutlich: Festhalten an freier Arztwahl oder Zuordnung zum Primärarzt nach Wohnbezirk, freiwillige Beteiligung am Gatekeeping oder verpflichtende Teilnahme, Überweisung zum Facharzt über

Primärarzt oder direktes Aufsuchen des Facharztes auf eigene Kosten, Förderung eines freiwilligen Gatekeeping durch ökonomische oder strukturelle Vorteile.

2017 hatte die Friedrich-Ebert-Stiftung in ähnliche Richtung argumentiert: „Grundsätzlich erfolgt die Umstellung auf ein regional differenziertes Einschreibesystem, in dem alle Patient_innen eine koordinierende Primärversorgungspraxis (im Sinne patientenzentrierter „Medical Homes“ bzw. in Form von LGZs) wählen, der sie vertrauen und durch die eine zwischen allen an der Behandlung im Einzelfall Beteiligten abgestimmte Diagnostik und Therapie sichergestellt werden kann“ (ebenda S. 19). Die Friedrich-Ebert-Stiftung wie dann auch der SVR plädieren dabei für die Aufhebung des Quartalsbezugs der Vergütung. Ob die im einzelnen vorgeschlagenen Vergütungs-details für allgemeinärztliche und spezialistische Fachärzte die wünschenswerten Effekte bringen, bleibt offen. Viel zu spät wurden in Deutschland Maßnahmen gegen den Verlust an allgemeinmedizinischer Präsenz und Kompetenz eingeleitet, und wenn die Schiefverteilung zwischen Spezialisten und Generalisten zunimmt, kann man sich vom prinzipiellen Vorteil eines Primärarztsystems nur noch wenig kaufen.

Es ist die Frage, wie vor allem der medizinische Nachwuchs motiviert werden kann, in der Perspektive Hausarztpraxis eine Wunsch- und keine B-Lösung zu sehen. Das zur Verfügung stehende Repertoire ist bekannt und wurde mit schmerzhaftem Zeitverzug ja auch in Deutschland eingesetzt (Schmacke 2013). Dabei wird wohl immer noch unterschätzt, wie wichtig es ist, mit den Studierenden und frisch approbierten Ärztinnen und Ärzten ihre Vorstellungen über die berufliche Perspektive zu diskutieren und diese bei der Option Allgemeinmedizin zu organisieren. Dabei steht zu Recht momentan die Frage der verlässlichen und qualitativ guten Weiterbildung im Vordergrund, während die Form einer hausärztlichen Tätigkeit den Angeboten der schon Niedergelassenen zufällt. Es erscheint überfällig, alternative Modelle von primary care zu entwickeln und zu erproben. Primary Care ist weit mehr als ärztliche Tätigkeit und ist auch durch unser gewohntes Verordnungs-Wesen nicht zu ersetzen. Primary Care setzt einen neuen Professionenmix voraus (Schmacke 2010), in dem vor allem die Pflege eine bedeutende Rolle spielt und die systematische Vernetzung zu sozialen Diensten gewährleistet ist. Die Arbeit an solchen Versorgungsein-

heiten kann sicher gute Erfahrungen aus Arztnetzen und MVZs nutzen, sollte aber Weiterentwicklungen ins Auge fassen, die sich mit veränderten Familienstrukturen ebenso auseinandersetzen wie mit den Folgen der Migration. Vielleicht wäre der Begriff „Familienzentrum für Gesundheit und Soziales“ ein guter Arbeitsbegriff. Und es ist die Frage, ob junge Ärztinnen und Ärzte nicht unter einem solchen Dach viel lieber arbeiten als in einem rein ärztlich definierten Setting. Auch das wäre zu erproben und könnte einen Weg aus der endlosen Medikalisierung der Lebenswelten aufzeigen. Wo immer neue Wege beschritten werden, ist unabdingbar, die best verfügbaren Methoden der Evaluation zu benutzen; dazu gehören immer auch Patientenbefragungen.

Wenn es nicht gelingt, im angedeuteten Sinn die Ausrichtung des Systems radikal neu zu denken, wird das Suchen nach einer Neujustierung der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen zu nicht mehr führen als die Begehrlichkeiten der verschiedenen ärztlichen Interessengruppen zu befriedigen, mit dem vordergründigen Ziel, lautstarke Proteste besonders medienaffiner Arztgruppen in der Öffentlichkeit zu vermeiden.

Epilog

Man stelle sich einen Moment vor, für das Schulsystem würde eine vergleichbare qualitätsorientierte Vergütungsdebatte geführt wie für das Gesundheitssystem. Das könnte wie folgt aussehen:

Um zu erreichen, dass alle SchülerInnen bessere Chancen erhalten, den Hochschulabschluss mit einem überdurchschnittlichen Notendurchschnitt zu erwerben, werden Zusatzvergütungen für LehrerInnenteams eingeführt, die für die von ihnen unterrichteten SchülerInnen einen Notendurchschnitt erreichen, der um 0,3 unter dem jeweiligen Landesdurchschnitt liegt. Die entsprechenden Mehrkosten werden nach dem Länderschlüssel finanziert. Die Zusatzvergütung ist risikoadjustiert nach sozialer Zusammensetzung und Altersdurchschnitt in den jeweiligen Jahrgangsklassen. Das Regime wird von einer neu geschaffenen Abteilung der Kultusministerkonferenz verwaltet.

Ein solcher Vorschlag wirkt reichlich unsinnig. Ob eine ‚pay for better education‘ Kampagne am Ende weniger gut begründet wäre als die p4p-Debatte, sei ketzerisch gefragt. Ich ende insofern mit dem Blick auf

die ganz grundsätzlichen gesellschaftlichen Voraussetzungen des Vergütungssystems, über die selten nachgedacht wird, weil niemand gern den Don Quichotte gibt. ■

Literatur

Abholz HH. Primärarztsystem – welche Folgen hat ein Abbau in Deutschland? Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2018; 94: 291-295

AcademyHealth. Evaluating Complex Health Interventions: A Guide to Rigorous Research Designs, 2017 (<https://www.academyhealth.org/evaluationguide>)

Craig P, Rahm-Hallberg I, Britten N, et al. Researching Complex Interventions in Health: The State of the Art: Exeter, UK. 14-15 October 2015. BMC Health Services Research. 2016;16(Suppl 1):101. doi:10.1186/s12913-016-1274-0.

Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer R. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2011 ; (7): CD009255

Friedrich Ebert Stiftung. Positionspapier patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. WISO-Diskurs 2/2017

Mendelson A, Kondo K, Damberg C, Low A, Motuapuaka M, Freeman M, O'Neil M, Relevo R, Kansagara D. The Effects of Pay-for-Performance Programs on Health, Health Care Use, and Processes of Care: A Systematic Review. Ann Intern Med. 2017; 166:341-353

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018

Schmacke N. Professionenmix in der Patientenversorgung: ein weiterer steiniger Weg. GuSP 2010; 64 (Heft 5): 36-40

Schmacke N. Deutschlands Zukunft durch Qualität der Medizin gestalten? GuSP 2013; 67 (Heft 5): 29-33

Schmacke N. Die Zukunft der Allgemeinmedizin in Deutschland. Potenziale für eine angemessene Versorgung. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, ipp_schriften 11/2013 (https://www.ipp.uni-bremen.de/uploads/IPP_Schriften/ipp_schriften11.pdf)

Scott AI, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Sep 7;(9):CD008451

Veit CH, Hertle D, Bungard S, Trümner A, Ganske V, Meyer-Hofmann V. Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012

Yuan B, He L, Meng Q, Jia L. Payment methods for outpatient care facilities. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD011153.