Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens

Vorhabentitel	Gutachten “Internationaler Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive“
Schlüsselbegriffe	Ambulante Vergütung
Vorhabendurchführung	IGES Institut GmbH
Vorhabenleitung	Dr. Martin Albrecht
Autor(en)	Dr. Martin Albrecht, Iris an der Heiden, Hendrik Bock
Vorhabenbeginn	07.01.2019
Vorhabenende	01.06.2019

1. Vorhabenbeschreibung, Vorhabenziele

Die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV), die sich im August 2018 beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) konstituierte, hat die Aufgabe, Vorschläge für ein modernes Vergütungssystem zu entwickeln. Zur Unterstützung der Arbeit der KOMV hat das BMG das IGES Institut mit einem Gutachten zu einem internationalen Vergleich der ambulanten ärztlichen Vergütung aus gesundheitsökonomischer Perspektive beauftragt. Ziel dieses Gutachtens ist es, einen Überblick über die bestehenden Vergütungsstrukturen sowie die sich daraus ergebenden Anreizsystematiken zu erarbeiten.

2. Durchführung, Methodik

Um die verschiedenen Systeme der ambulanten ärztlichen Vergütung hinsichtlich der relevanten gesundheitsökonomischen Parameter vergleichen und bewerten zu können, wurde eine Systematik für die vorliegende Studie entworfen (Abbildung 1, S. 2). Auf Grundlage der Studiensystematik wurde eine systematische Internetrecherche zu den 20 eingeschlossenen Ländern durchgeführt.

3. Gender Mainstreaming

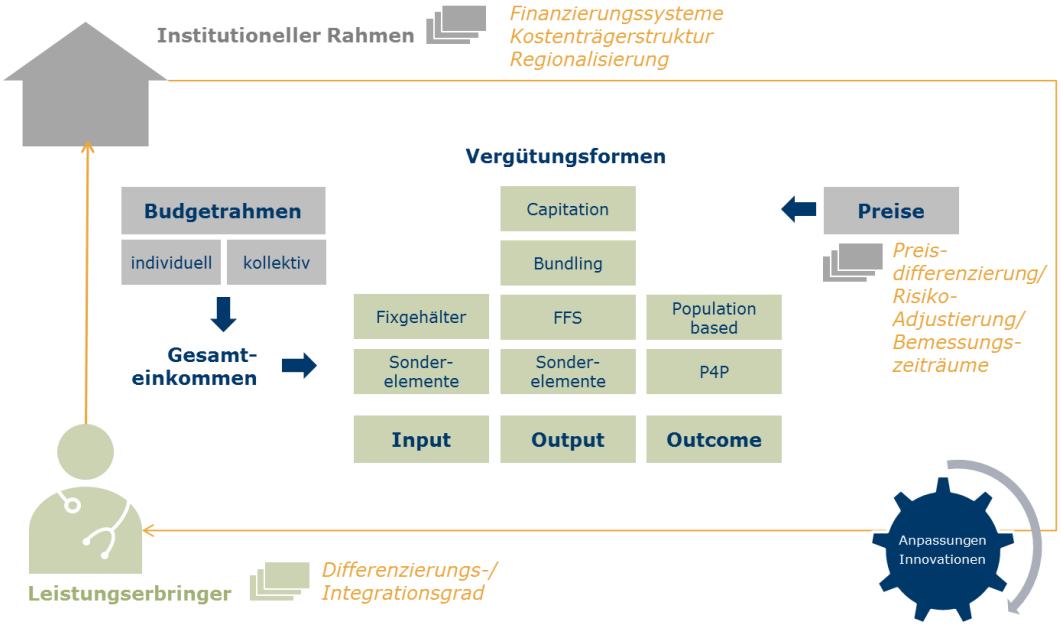
Geschlechtsspezifische Zusammenhänge sind im Rahmen dieser Studie nicht relevant.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Der gesundheitsökonomische Kenntnisstand und die internationale Empirie belegen eindrücklich, dass es, angesichts der Vielfalt und Dynamik der Entwicklung von Bedarf und Angebot ärztlicher Versorgung, ein optimales Vergütungssystem nicht gibt. Stattdessen unterliegt die Vergütung ärztlicher Leistungen einem permanenten Anpassungs- und Reformdruck mit dem Ziel, die

typischen und meist unvermeidbaren Fehlanreize der verschiedenen Vergütungsformen neu auszutarieren und dadurch zu minimieren.

Abbildung 1: Systematik zum Vergleich der Vergütungssysteme



Quelle: IGES

Das Gestaltungsspektrum lässt sich nach wie vor am umfassendsten durch den Spannungsbogen zwischen Einzelleistungsvergütung und Pauschalierung und die mit ihnen jeweils assoziierten Fehlanreize beschreiben (Mengen-/Ausgabenexpansion vs. Risikoselektion und Leistungsrationierung). Die vorliegende Vergleichsanalyse zeigt, dass die Länder hierbei teilweise sehr unterschiedliche Wege beschreiten. Gemeinsam ist den Ländern jedoch die Tendenz, die Vergütungssysteme für ambulante ärztliche Leistungen stärker zu differenzieren bzw. durch eigene Bausteine für spezifische Versorgungsaspekte, -strukturen und/oder Patientinnen-/Patientengruppen zu erweitern.

Länderübergreifend lassen sich folgende weitere **Schlussfolgerungen** aus der Vergleichsanalyse ziehen: Die **ACOs** in den **USA**, die umso mehr von Shared-Savings-Ansätzen profitieren können, je größer sie sind, die HMOs und Telmed-Angebote der Schweiz sowie die Low-Cost-Anbieter in Italien zeigen, dass Veränderungen bzw. Reformen der Vergütungssysteme häufig Hand in Hand mit grundlegenderen Veränderungen der Angebotsstrukturen gehen, wobei die initialen Impulse von beiden Seiten ausgehen können.

Die **qualitätsorientierten Vergütungsformen** gehen erfahrungsgemäß mit einem **erhöhten Messaufwand** einher und sind in ihren Anreizwirkungen immer wieder zu prüfen, wie die Umsetzungserfahrung in den USA, England und Frankreich zeigen. In vielen Ländern sind die Qualitätsindikatoren sehr kleinteilig mit der Gefahr, den Leistungskatalog aus anderer Perspektive zu duplizieren oder Anforderungen zu stellen, welche die Ärztinnen-/Ärzteschaft oder ein Teil von

dieser, wie zum Beispiel kleine Arztpraxen, überfordern können. Viele der Programme beschränken sich nach wie vor auf **positive Anreize, d. h. das Erreichen bestimmter Qualitätsanforderungen** wird zusätzlich vergütet, es findet aber (noch) **keine echte Risikoteilung** im Sinne sogenannter Shared-Losses-Modelle statt. Die langfristige Planung des Reformprozesses in den USA zeigt den großen Abstimmungsbedarf zwischen Prozessen und Indikatoren in der Gesundheitsversorgung. Die Reformkommission in Frankreich hat sich daher dafür ausgesprochen, möglichst einfache Indikatoren für P4P-Vergütungen zu verwenden. Hierzu zählen vor allem Zielgrößen aus dem Bereich der Krankheitsprävention, während sich Effizienzgewinne als P4P-Zielgröße i. d. R. schwieriger definieren und messen lassen. Die Zuschreibungsprobleme bei Effizienzgewinnen (shared savings) führen zu Vergütungsformen, die – ähnlich wie stark pauschalierte Vergütungen – letztlich eine veränderte Risikoaufteilung zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern bedeuten. Eine sehr weitreichende Pauschalierung in Form eines populationsorientierten (regionalen) Budgets für hochintegrative Anbieterorganisationen, welche die ambulante Versorgung zu großen Teilen abdecken, berührt die konzeptionelle Grenze zwischen Vergütung von Gesundheitsleistungen einerseits und Versicherung von Gesundheitsrisiken andererseits. Das heißt, das Budget lässt sich ab einem bestimmten Integrationsgrad auch als Versicherungsprämie interpretieren und stellt keine Vergütungsform i. e. S. mehr dar.

Eine Herausforderung der zukünftigen Entwicklung von Vergütungssystemen in der ambulanten Versorgung ist der zunehmende Anteil von Ärztinnen und Ärzten, die als Angestellte in größeren (Gruppen-)Praxen oder ambulanten Versorgungseinrichtungen tätig sind. Die intendierten und nicht-intendierten Anreize des Vergütungssystems wirken damit auf eine wachsende Gruppe von Ärztinnen/Ärzten nicht mehr unmittelbar. Die Aufteilung der Vergütung zwischen dem Primäradressat (selbständig tätige Ärztinnen/Ärzte bzw. Träger einer ambulanten Einrichtung) und den angestellten Ärztinnen/Ärzten bildet eine zusätzliche Ebene der Anreizwirkungen. Diese entzieht sich jedoch dem öffentlichen Vergütungssystem, solange es letztere nicht direkt adressiert. Ob und inwiefern sich hieraus versorgungsrelevante (Fehl-)Anreizwirkungen ergeben, lässt sich bislang nur ansatzweise beantworten.

Kostendämpfung durch Budget-Reduktionen oder durch Kürzung von Preisen sind dagegen in der jüngeren Vergangenheit, z. B. in der Schweiz und in den USA, durch großes Konfliktpotenzial der beteiligten Parteien gekennzeichnet. Als Reaktion hierauf richten sich Effizienzbemühungen daher primär auf das Verhalten bzw. die Steuerung von Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten und wirken damit mittelbar auf Vergütungen und Budgets. Beispiele beziehen sich hierbei auf Krankenhauseinweisungen im Rahmen von Managed Care- oder Gatekeeping-Modellen zur Reduktion der Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen. Bemerkenswert ist in Bezug auf die Finanzierungsstrukturen im Ländervergleich, dass in den meisten betrachteten Ländern deutlich seltener Mengenbegrenzungen in der Art der Regelleistungsvolumina in Deutschland Anwendung finden. Auch Zuzahlungen, Wahltarife und Selbstbehalte auf Patientenseite werden außerhalb von Deutschland deutlich häufiger zur Eingrenzung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen eingesetzt.

5. Umsetzung der Ergebnisse durch das BMG

Das Gutachten wurde zur Unterstützung der Arbeit der Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) in Auftrag gegeben. Die Ergebnisse wurden im Abschlussbericht der KOMV berücksichtigt.