

Kurzbericht des BMG-geförderten Forschungsvorhabens

Vorhabentitel	Gutachten: „Meta-Review zur internationalen Studienlage im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung“
Schlüsselbegriffe	Ambulante Vergütung, Meta-Review
Vorhabendurchführung	IGES Institut GmbH
Vorhabenleitung	Iris an der Heiden
Autor(en)	Iris an der Heiden, Hendrik Bock, Timo Schlamann
Vorhabenbeginn	29.04.2019
Vorhabenende	02.08.2019

1. Vorhabenbeschreibung, Arbeitsziele

Hintergrund des Gutachtens bildet die Festlegung im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien, dass sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), basierend auf dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), als auch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die für die Abrechnung privatärztlicher Leistungen angewendet wird, reformiert werden sollen. Hierfür soll die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem (KOMV) beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Vorschläge entwickeln. Zur Unterstützung dieses Auftrages wurde ein Meta-Review zur internationalen Studienlage im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung erstellt mit dem Ziel, einen Überblick über die Evidenz zur Steuerungswirkung von Vergütungsformen auf die ärztliche Versorgung zu gewinnen sowie die hieraus ableitbaren Vor- und Nachteile von Vergütungsformen für das deutsche Gesundheitssystem zu bewerten.

2. Durchführung, Methodik

Es wurde ein systematischer Review der wissenschaftlichen Literatur auf Basis systematischer Literaturrecherchen in den bibliographischen Datenbanken PubMed, EMBASE und Cochrane Library durchgeführt. In Bezug auf die zuvor definierten Fragestellungen wurden sowohl Oberbegriffe (sog. MeSH-Terms und Emtree-Terms) als auch Freitextbegriffe verwendet. Die Suchstrategie bestand für alle Datenbanken aus vier Teilen, die in jeder als relevant einzuschätzenden Studie zu erfüllen waren (Einschlusskriterien): Betrachtung einer Vergütungsform, Betrachtung eines ambulanten Behandlungs-Settings, Durchführung eines Reviews, Veröffentlichung im Jahr 2000 oder später.

Die in der bibliographischen Recherche identifizierten Studien wurden von zwei Personen unabhängig voneinander hinsichtlich ihrer Relevanz für die Fragestellungen sowie das Einschlusskriterium „Review“ geprüft. Die Studienselektion erfolgte im ersten Schritt durch das Scannen von Titel und Abstract, in der Folge wurden die Studien im zweiten Schritt anhand der

Volltexte selektiert. Für Studien, welche aufgrund des Volltextes ausgeschlossen wurden, wurde der jeweilige Ausschlussgrund anhand einer vordefinierten Kategorisierung angegeben. Für eine Qualitätsbewertung der Studien wurden die Checklisten „Systematic reviews and meta-analyses“ des Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) verwendet. Die Bewertung nahmen zwei Personen unabhängig voneinander vor.

3. Gender Mainstreaming

Geschlechtsspezifische Zusammenhänge wurden lediglich hinsichtlich der Zielgröße der Ungleichbehandlung untersucht. Dabei wurden keine Effekte auf die geschlechtsspezifische Ungleichheit durch eine Vergütungsform festgestellt.

4. Ergebnisse, Schlussfolgerung, Fortführung

Die systematische Recherche in den drei genannten bibliographischen Datenbanken fand im Zeitraum vom 17. Juni bis 10. Juli 2018 statt. Im Rahmen der bibliographischen Recherche in PubMed, EMBASE und Cochrane Library wurden ohne Duplikate insgesamt 745 Referenzen identifiziert, davon 550 in PubMed. Nach Screening der Titel und Abstracts (Filter 1) wurden 63 Publikationen als potenziell relevant bewertet. Nach Begutachtung der Volltexte (Filter 2) und Qualitätsbewertung wurden weitere 42 Publikationen ausgeschlossen, so dass letztendlich 21 Reviews in das Meta-Review einbezogen wurden.

Die Reviews zur ambulanten Vergütung zeigen vielfältige Steuerungseffekte von Vergütungsformen. Da es in der Realität der Gesundheitssysteme in der Regel keine Art der Vergütung in Reinform gibt und sich die Gesundheitssysteme im Detail unterschiedlich ausdifferenzieren, sind die Vergütungsansätze und somit auch die Ergebnisse des Meta-Reviews immer im Zusammenhang mit den relevanten Spezifika der Gesundheitssysteme zu bewerten.

Die Reviews können nach den dort beschriebenen Effekten auf Zielgrößen der ambulanten Versorgung systematisiert werden: Qualität, Kosten, Arztkontakte, Verschreibungs- und Überweisungsverhalten, Zufriedenheit und Ungleichbehandlung von Patientinnen und Patienten sowie Leistungsumfang. Dabei beschreiben sieben Reviews die Effekte einer Vergütung in Form von Gehalt, Einzelleistungsvergütung (FFS) oder Capitation und 17 Reviews die Effekte einer (zusätzlichen) leistungsorientierten Vergütung (P4P). Im Folgenden werden die Vor- und Nachteile der Vergütungsformen beschrieben, die in den letzten zwanzig Jahren wissenschaftlich belegt wurden und für das deutsche System anwendbar sind.

Capitation (Kopfpauschalen): Mit der pauschalen Vergütung einzelner Leistungserbringer steigt der Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten aufzunehmen und diese dann mit möglichst geringem (zeitlichem) Aufwand zu behandeln. Dadurch sinkt in Summe die Anzahl der Arzt-Patient-Kontakte bei Pauschalen. Auch der Leistungsumfang ist bei Capitation geringer als bei FFS. Anreize zu Prävention können diese Wirkung abschwächen, wenn Ärztinnen und Ärzte langfristig auch kostenintensivere Behandlungen bei den gleichen Patienten zu erwarten haben. Dem entgegen wirkt jedoch wiederum die Möglichkeit der Überweisung kostenintensiver Behandlungen in den

fachärztlichen oder stationären Bereich. Die Reviews zeigen entsprechend, dass bei Capitation die Häufigkeit von Überweisungen zunehmen kann. Die Patientenselektion nach soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen kann sich durch Capitation verringern (möglicherweise durch den Anreiz, möglichst viele Patientinnen und Patienten aufzunehmen), jedoch für stärker erkrankte Patientinnen und Patienten erhöhen.

FSS: Bei FFS steigt die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte, u. A., weil Überweisungen seltener getätigt werden und ein Anreiz besteht, auch kostenintensive Fälle selbst zu behandeln. Dies führt auch zu einer geringeren Patientenselektion in Hinblick auf die Schwere der Erkrankung, ggf. jedoch zu Selektion anhand anderer patientenbezogener Merkmale, wie beispielsweise Sprachbarrieren. Das Leistungsangebot und der Leistungsumfang sind bei FFS höher als bei Capitation oder Gehalt. Ob eine Vergütung mit FFS zu höheren Kosten führt als eine Vergütung mit Capitation, wird in den Reviews nicht untersucht.

Gehalt/Salary: Vergütung in Form fester Gehälter ist mit einer verringerten Anzahl an Arzt-Patient-Kontakten und einer größeren Häufigkeit von Überweisungen verbunden. Bei Gehalt besteht ein höheres Risiko der Patientenselektion. Der Leistungsumfang ist geringer als bei anderen Vergütungsformen.

Qualitätsorientierte Vergütung/P4P: P4P-Programme sind in der Regel keine eigenständigen Vergütungssysteme, sondern erweitern bestehende Capitation- oder FFS-Systeme. P4P-Programme können sich in der Ausgestaltung stark unterscheiden. Zudem sind sie durch Implementierungsphasen und häufigere Anpassungen der Indikatoren gekennzeichnet, so dass die Bewertung der Programme insbesondere in Bezug auf eine mögliche Kosteneinsparung zu gemischten Ergebnissen kommt. Die Reviews zeigen jedoch, dass es den Programmen überwiegend gelingt, die mit den Indikatoren operationalisierten Ziele zu erreichen, insbesondere in Bezug auf die Qualität spezifischer Behandlungen sowie das Verschreibungs- und Überweisungsverhalten. Eine reduzierte Überweisungshäufigkeit scheint dabei ein möglicher Treiber von Kosteneinsparungen zu sein. Es gibt Hinweise darauf, dass mit P4P Lerneffekte einhergehen, die eine einseitige Ausrichtung der Ärztinnen und Ärzte an den Vergütungsanreizen zu Lasten der Qualität außerhalb der incentivierten Indikatoren fördern. Damit kann auch eine verringerte Arzt-Patienten-Kontakthäufigkeit und Patientenselektion einhergehen, vergleichbar mit den Effekten bei Capitation. Ist die Kontakthäufigkeit Gegenstand eines P4P-Indikators, z. B. der regelmäßigerer Kontakt mit chronisch Erkrankten, können die Kontakthäufigkeit sowie der Leistungsumfang steigen. Zusammenfassend zeigen die wissenschaftlichen Untersuchungen zum P4P das Potenzial, gesundheitspolitische Ziele wirkungsvoll zu adressieren sowie die Herausforderungen an die Ausgestaltung und Implementierung in Bezug auf gewünschte und ungewünschte Anzeizeffekte sowie positiven und negativen Kosteneffekte.

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.

6. Verwendete Literatur

- AKBARI A, MAYHEW A, AL-ALAWI MA, GRIMSHAW J, WINKENS R, GLIDEWELL E, PRITCHARD C, THOMAS R & FRASER C (2008): Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164370/pdf/emss-57455.pdf>.
- ALSHAMSAN R, MILLETT C, MAJEED A & KHUNTI K (2010): Has pay for performance improved the management of diabetes in the GBR? [Review] *Primary Care Diabetes* 4(2), 73-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2010.02.003>.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed11&AN=50857008>.
- AMMI M & FORTIER G (2017): The influence of welfare systems on pay-for-performance programs for general practitioners: A critical review. *Soc Sci Med* 178, 157-166. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.02.019](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.019).
- AVIKI EM, SCHLEICHER SM, MULLANGI S, MATSOUKAS K & KORENSTEIN D (2018): Alternative payment and care-delivery models in oncology: A systematic review. *Cancer* 124(16), 3293-3306. DOI: [10.1002/cncr.31367](https://doi.org/10.1002/cncr.31367). <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cncr.31367>.
- BOECKXSTAENS P, SMEDT DD, MAESENEER JD, ANNEMANS L & WILLEMS S (2011): The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 11, 209. DOI: [10.1186/1472-6963-11-209](https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-209).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3182892/pdf/1472-6963-11-209.pdf>.
- CARTER R, RIVERIN B, LEVESQUE JF, GARIEPY G & QUESNEL-VALLEE A (2016): The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 16, 324. DOI: [10.1186/s12913-016-1571-7](https://doi.org/10.1186/s12913-016-1571-7).
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4967507/pdf/12913_2016_Article_1571.pdf.
- FORBES LJ, MARCHAND C, DORAN T & PECKHAM S (2017): The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract* 67(664), e775-e784. DOI: [10.3399/bjgp17X693077](https://doi.org/10.3399/bjgp17X693077).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5647921/pdf/bjgpnov-2017-67-664-e775.pdf>.
- GILLAM S (2015): Financial incentive schemes in primary care. *J Healthc Leadersh* 7, 75-80. DOI: [10.2147/jhl.s64365](https://doi.org/10.2147/jhl.s64365). <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=26953>.
- GILLAM SJ, SIRIWARDENA AN & STEEL N (2012): Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med* 10(5), 461-468. DOI: [10.1370/afm.1377](https://doi.org/10.1370/afm.1377).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3438214/pdf/0100461.pdf>.
- GRIMSHAW JM, WINKENS RA, SHIRAN L, CUNNINGHAM C, MAYHEW A, THOMAS R & FRASER C (2005): Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. [Review] *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3), CD005471. ISSN: 1469-493X.
<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed9&AN=41834283>.

- HERBST T & EMMERT M (2017): Characterization and effectiveness of pay-for-performance in ophthalmology: a systematic review. 17(1), 385. DOI: 10.1186/s12913-017-2333-x. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5460462/pdf/12913_2017_Article_2333.pdf.
- HUANG J, YIN S, LIN Y, JIANG Q, HE Y & DU L (2013): Impact of pay-for-performance on management of diabetes: a systematic review. *J Evid Based Med* 6(3), 173-184. DOI: 10.1111/jebm.12052. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jebm.12052>.
- KOLOZSVARI LR, OROZCO-BELTRAN D & RURIK I (2014): Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria* 46(5), 261-266. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.12.014.
- KORDA H & ELDRIDGE GN (2011): Payment incentives and integrated care delivery: levers for health system reform and cost containment. *Inquiry* 48(4), 277-287. DOI: 10.5034/inquiryjrnl_48.04.01.
- LATHAM LP & MARSHALL EG (2015): Performance-based financial incentives for diabetes care: an effective strategy? *Can J Diabetes* 39(1), 83-87. DOI: 10.1016/j.jcjd.2014.06.002.
- SCOTT A, SIVEY P, AIT OUAKRIM D, WILLENBERG L, NACCARELLA L, FURLER J & YOUNG D (2011): The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev* Sep 7(9), Cd008451. DOI: 10.1002/14651858.CD008451.pub2.
- TAO W, AGERHOLM J & BURSTROM B (2016): The impact of reimbursement systems on equity in access and quality of primary care: A systematic literature review. *BMC Health Serv Res* 16(1), 542. DOI: 10.1186/s12913-016-1805-8.
- VAHIDI RG, MOJAHED F, JAFARABADI MA, GHOLIPOUR K & RASI V (2013): A systematic review of the effect of payment mechanisms on family physicians service provision and referral rate behavior. [Review] *Journal of Pakistan Medical Students* 3(1), 54-60. ISSN: 2222-2332. <http://www.jpmsonline.com/wp-content/uploads/2013/01/JPMS-VOL3-ISSUE1-PAGES54-60-RA.pdf>
- VLAANDEREN FP, TANKE MA, BLOEM BR, FABER MJ, EIJKENAAR F, SCHUT FT & JEURISSEN PPT (2019): Design and effects of outcome-based payment models in healthcare: a systematic review. *European Journal of Health Economics* 20(2), 217-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10198-018-0989-8>. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6438941/pdf/10198_2018_Article_989.pdf.
- WRANIK D & DURIER-COPP M (2011): Framework for the design of physician remuneration methods in primary health care. *Soc Work Public Health* 26(3), 231-259. DOI: 10.1080/19371911003748968.
- YUAN B, HE L, MENG Q & JIA L (2017): Payment methods for outpatient care facilities. *Cochrane Database Syst Rev* 3, CD011153. DOI: 10.1002/14651858.CD011153.pub2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449574/pdf/CD011153.pdf>.