

Primärversorgung

Wie Verantwortung die Vergütung verändern müsste

Die Bundesregierung will Hausarztpraxen zu zentralen Lotsen im Gesundheitssystem machen. Die politische Debatte kreist deshalb vor allem um Überweisungen und den Zugang zum Facharzt. Versorgungsforscher und Gesundheitsökonominnen lenken den Blick aber auch auf eine andere Baustelle. Sie sehen die größte Herausforderung nicht in der Patientensteuerung, sondern in einem Vergütungssystem, das für diese Aufgabe nie entwickelt wurde.



©Zerbor/

stock.adobe.com Wie soll eigentlich die zusätzliche Verantwortung vergütet werden, die ein Primärversorgungssystem von Hausarztpraxen verlangt?

Die Pläne für ein Primärversorgungssystem verändern die Rolle der Hausarztpraxis. Künftig soll sie Patienten nicht nur behandeln, sondern ihre Versorgung stärker steuern, den Behandlungsbedarf früh einschätzen, andere Gesundheitsberufe enger einbinden und die Behandlung über Sektorengrenzen hinweg koordinieren.

Entsprechend breit diskutiert die Fachwelt gerade über die Reform: Es geht um verbindliche Steuerungswege für Patienten, um neue Aufgaben für Medizinische Fachangestellte, Physician Assistants und Pflegefachpersonen, um digitale Unterstützung und um die Frage, wie sich die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsberufen künftig organisieren lässt.

Je intensiver man sich jedoch mit den Stellungnahmen führender Versorgungsforscher beschäftigt, desto deutlicher tritt ein Aspekt hervor, der in der öffentlichen Debatte bislang erstaunlich wenig Aufmerksamkeit erhält: Wie soll eigentlich die zusätzliche Verantwortung vergütet werden, die ein Primärversorgungssystem von Hausarztpraxen verlangt?

Denn wer Patienten nicht nur behandelt, sondern ihre Versorgung steuert, Fachärzte einbindet, den Einsatz von Verah, Näpa oder Physician Assistants koordiniert, Prävention organisiert und chronisch Kranke kontinuierlich begleitet, übernimmt Aufgaben, die weit über den klassischen Arzt-Patienten-Kontakt hinausgehen. Genau darauf soll das Primärversorgungssystem künftig aufbauen. Doch bildet das heutige Honorarsystem diese Leistungen überhaupt ab?

Die Antworten, die der *änd* auf diese Frage von Versorgungsforschern, Gesundheitsökonominnen und dem Hausärztinnen- und Hausärzterverband erhalten hat, zeichnen ein bemerkenswert einheitliches Bild. Obwohl sich die Fachleute bei den konkreten Reformvorschlägen durchaus unterscheiden, beginnt ihre Analyse nahezu immer am selben Punkt: Das eigentliche Hindernis sei nicht die Steuerung der Patienten, sondern eine Vergütungslogik, die noch immer überwiegend persönliche Arztkontakte und Einzelleistungen honoriert.

Kritik am EBM

Kaum jemand formuliert diese Kritik so prägnant wie Prof. Ferdinand Gerlach, ehemaliger Vorsitzender des Sachverständigenrats Gesundheit: Die Zahl der Arztkontakte in Deutschland sei im internationalen Vergleich „zweifelloso viel zu hoch“. Ursache seien unter anderem „starke Fehlanreize durch eine Vergütung, die quartalsbezogene, persönliche Kontakte zwingend voraussetzt und damit Wiedereinbestellungen provoziert“.

Dieser Satz ist mehr als eine Kritik am Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Er beschreibt einen Zielkonflikt. Ein Primärversorgungssystem soll Hausarztpraxen mehr Zeit für Koordination, Prävention und die Begleitung chronisch kranker Menschen verschaffen. Der EBM nach Gerlachs Einschätzung Anreize für unnötige Wiedereinbestellungen, auch wenn diese medizinisch nicht unbedingt notwendig wären. „Damit fehlt die Zeit für komplex oder neu erkrankte Patienten“.

Wenn die Politik Hausarztpraxen künftig mehr Verantwortung übertragen will, müsse sich nach seiner Auffassung auch die Vergütung verändern. International sei längst ein anderer Weg erprobt, so Gerlach. „International wird in der Primärversorgung ein Payment-Mix favorisiert: kontaktunabhängige Pauschalen plus gezielte Anreize für besonders förderungswürdige Leistungen oder bestimmte Outcomes.“



©Archiv

Gesundheitsökonom Schreyögg: „Der EBM ist nach wie vor sehr stark auf die einzelne Ärztin oder den einzelnen Arzt ausgerichtet. Das ist schon heute problematisch und erschwert die Prozesse von Praxen und Versorgungszentren.“

Nicht die Pauschale ist das Problem – sondern die Quartalslogik

Wer den Kritikern des heutigen Honorarsystems zuhört, könnte zunächst vermuten, sie wollten vor allem die Pauschalvergütung abschaffen und zu einem völlig neuen Abrechnungssystem wechseln. Genau diesen Eindruck weist der Hamburger Gesundheitsökonom Prof. Jonas Schreyögg, wissenschaftlicher Direktor des Center for Health Economics, jedoch zurück: „Der EBM ist nach wie vor sehr stark auf die einzelne Ärztin oder den einzelnen Arzt ausgerichtet. Das ist schon heute problematisch und erschwert die Prozesse von Praxen und Versorgungszentren. Deshalb haben wir sowohl im Sachverständigenrat als auch in der Kommission für ein modernes Vergütungssystem empfohlen, Teamleistungen stärker zu honorieren und die Vergütung nicht so eng an die einzelne ärztliche Leistung zu koppeln.“

Die verbreitete Vorstellung, Hausärzte würden überwiegend über Einzelleistungen vergütet, hält er allerdings für verkürzt. Tatsächlich enthalte die hausärztliche Versorgung bereits heute einen hohen Anteil pauschalierter Vergütung. Das eigentliche Problem sei „weniger die Pauschalierung als vielmehr ihre Quartalslogik“.

Mit diesem Satz verschiebt sich die Perspektive erneut. Bislang ging es vor allem um die Frage, welche Leistungen vergütet werden. Schreyögg lenkt den Blick nun darauf, wann sie vergütet werden. Die Bindung an das Quartal zwingt Praxen häufig dazu, Patienten erneut einzubestellen – nicht, weil dies medizinisch sinnvoll wäre, sondern weil die Vergütung an diese Systematik geknüpft sei. Gerade für chronisch kranke Menschen passe diese Logik immer weniger zu einer Versorgung, die auf Kontinuität statt auf einzelne Behandlungsepisoden ausgerichtet sei. Schreyöggs Schlussfolgerung: „Ich plädiere deshalb für eine Jahrespauschale in der hausärztlichen Versorgung.“

Wer darin allerdings die Forderung nach einer reinen Kopfpauschale sieht, greift nach Schreyöggs Einschätzung ebenfalls zu kurz. Er plädiert für eine Art Mischsystem: „Die internationale Evidenz zeigt, dass eine Kombination aus Pauschalen und gezielten Einzelleistungen die größte Flexibilität bietet.“

Tatsächlich wird über eine stärker qualitäts- und versorgungsorientierte Vergütung in Deutschland seit vielen Jahren diskutiert. Schreyögg erinnert in diesem Zusammenhang an ein Projekt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Namen AQUIK. Hier entwickelte man bereits vor rund 15 Jahren Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung.

Doch warum setzte sich das Konzept damals nicht durch? „Gescheitert ist es letztlich nicht an der Idee, sondern an der Finanzierung“, erinnert sich Schreyögg. Die Krankenkassen wollten die Qualitätsvergütung aus dem bestehenden Honorar finanzieren, die KBV forderte zusätzliche Mittel. Die Debatte endete, bevor sie praktische Konsequenzen entfalten konnte.

Heute könnte sie unter anderen Vorzeichen zurückkehren: nicht mehr als Diskussion über einzelne Qualitätsindikatoren, sondern als Grundsatzfrage, wie ein Primärversorgungssystem künftig Verantwortung, Koordination und Qualität vergüten soll.

Keiner der befragten Wissenschaftler fordert ein Entweder-oder zwischen Pauschalen und Einzelleistungen. Vielmehr zeichnet sich ein gemeinsames Grundprinzip ab: Vergütet werden soll nicht möglichst viel Leistung, sondern eine Versorgung, die kontinuierlich organisiert und am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet ist.

Vom Arztkontakt zur Versorgungsverantwortung

Marco Roos, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung an der Universität Augsburg, bringt den Perspektivwechsel so auf den Punkt: Die Vergütung müsse dem Versorgungsbedarf folgen statt wie bisher der Leistungsmenge. Praxis-Patienten-Pauschalen und Qualitätsindikatoren könnten eine kontinuierliche, teamorientierte und fallabschließende Versorgung fördern. „Dazu gehört, die Mengen- und Quartalslogik zu überwinden und Versorgung am medizinischen Bedarf auszurichten.“

Und Prof. Reinhard Busse, Leiter des Fachgebiets Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, verweist auf internationale Erfahrungen: „Von England können wir lernen, wie die hausärztliche Vergütung nicht einfach die Menge an Kontakten und Leistungen bezahlt, sondern die damit erreichten Ergebnisse.“

Obwohl die Wissenschaftler unterschiedliche Schwerpunkte setzen, laufen ihre Argumente auf denselben Gedanken hinaus: Ein Primärversorgungssystem lässt sich nicht allein dadurch schaffen, dass Hausarztpraxen zusätzliche Steuerungsaufgaben übernehmen. Es braucht auch eine Vergütung, die diese Verantwortung dauerhaft trägt.

Koordination ist kein Nebenschauplatz

Bis hierher kreiste die Diskussion vor allem um die Frage, wie sich das bestehende Honorarsystem weiterentwickeln ließe. Für den Gesundheitsökonom Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer des Gesundheitsunternehmens Optimedis und langjähriger Mitgestalter regionaler Versorgungsmodelle wie „Gesundes Kinzigtal“, greift die Diskussion dennoch zu kurz. Aus seiner Sicht verändert ein Primärversorgungssystem nicht nur die Vergütung einzelner Leistungen. Es verändert den Gegenstand der Vergütung selbst. Denn im Mittelpunkt steht künftig nicht mehr allein die ärztliche Behandlung, sondern die Verantwortung für den gesamten Versorgungsprozess. Hildebrandt: „Was bislang kaum vergütet wird, ist das, worauf ein Primärversorgungssystem eigentlich angewiesen ist: Koordination, gemeinsame Planung und Steuerung der Versorgung.“

Ein Primärversorgungssystem funktioniert nur dann, wenn Hausärztinnen und Hausärzte gemeinsam mit Medizinischen Fachangestellten, Verah, Näpa, Physician Assistants, Pflegekräften und Fachärzten die Versorgung ihrer Patienten dauerhaft organisieren. Ein erheblicher Teil dieser Arbeit findet jedoch außerhalb des eigentlichen Arzt-Patienten-Kontakts statt.

Genau darin sieht Hildebrandt den entscheidenden Konstruktionsfehler des heutigen Systems. „Wir bezahlen heute überwiegend medizinische Einzelleistungen. Die Organisation einer guten Versorgung dagegen findet häufig nebenbei statt.“ Das aber funktioniert nur, weil sich engagierte Ärztinnen und Ärzte über das wirtschaftlich Sinnvolle hinaus einsetzen. Hildebrandt: „Ein Versorgungssystem sollte nicht davon leben, dass Einzelne dauerhaft Leistungen erbringen, die sie gar nicht vergütet bekommen.“

Damit erweitert sich die Diskussion ein weiteres Mal. Es geht nicht mehr nur darum, *wie* vergütet wird, sondern *wofür*.



©Archiv

Buhlinger-Göpfarth: „Das konstituierende Merkmal eines hausärztlichen Primärversorgungssystems ist die dauerhafte Koordinierung der Versorgungsabläufe durch die jeweilige hausärztliche Praxis. Diese Leistung kommt in der Logik des EBM aber überhaupt nicht vor.“

Bemerkenswert breiter Konsens

Auch der Hausärztinnen- und Hausärzteverband beschreibt das Primärversorgungssystem nicht als reines Überweisungssystem, sondern als dauerhaft koordinierte Versorgung. „Ein Primärversorgungssystem ist mehr als Überweisungen auszustellen“, sagt die Co-Bundesvorsitzende Prof. Nicola Buhlinger-Göpfarth auf *änd*-Anfrage.

Was zunächst wie eine schlichte Feststellung wirkt, beschreibt einen grundlegenden Rollenwechsel der Hausarztpraxis. Nicht die einzelne Behandlung steht im Mittelpunkt, sondern die kontinuierliche Verantwortung für den gesamten Behandlungsverlauf. Buhlinger-Göpfarth formuliert das noch deutlicher: „Das konstituierende Merkmal eines hausärztlichen Primärversorgungssystems ist die dauerhafte Koordinierung der Versorgungsabläufe durch die jeweilige hausärztliche Praxis. Diese Leistung kommt in der Logik des EBM aber überhaupt nicht vor.“

Über die richtige Lösung wird gestritten

Über die Diagnose herrscht unter den befragten Wissenschaftlern und Verbänden also Einigkeit. Uneins ist man sich dagegen bei der Frage, wie ein Vergütungssystem aussehen müsste, das Koordination, Teamarbeit und kontinuierliche Versorgungsverantwortung künftig angemessen abbildet.

- Der Hamburger Gesundheitsökonom Jonas Schreyögg plädiert für eine risikoadjustierte Jahrespauschale, ergänzt um gezielte Einzelleistungen.
- Ferdinand Gerlach spricht von einem internationalen „Payment-Mix“ aus kontaktunabhängigen Pauschalen und qualitätsorientierten Anreizen.
- Der Hausärztinnen- und Hausärzteverband verweist auf die Erfahrungen der hausarztzentrierten Versorgung als Grundlage für eine Weiterentwicklung.

- Und Helmut Hildebrandt denkt in regionalen Gesundheitsverbünden, die gemeinsam Verantwortung für größere Versichertenpopulationen übernehmen und zusätzlich an erreichten Versorgungsergebnissen beteiligt werden.

Die Wege unterscheiden sich also, die Richtung allerdings kaum. Denn alle diese Konzepte lösen sich Schritt für Schritt von einer Vergütung, die vor allem einzelne Kontakte und Leistungen honoriert. Stattdessen rücken Kontinuität, Koordination, Teamarbeit und Versorgungsverantwortung in den Mittelpunkt.

Die eigentliche Reform beginnt nach der Reform

Die politische Debatte über das Primärversorgungssystem dreht sich derzeit vor allem darum, wie die Reform praktisch funktionieren soll. Soll die Hausarztpraxis zur ersten Anlaufstelle werden? Welche Aufgaben übernehmen andere Gesundheitsberufe? Und wie lassen sich Patientinnen und Patienten verlässlicher durch das Gesundheitssystem lotsen?

All diese Fragen sind wichtig. Und dennoch beschreiben sie nur einen Teil der Reform. Denn spätestens dann, wenn Hausarztpraxen dauerhaft mehr Verantwortung für die Versorgung übernehmen sollen, stellt sich zwangsläufig eine weitere Frage: Welche Leistungen soll das Vergütungssystem künftig eigentlich honorieren?

Die befragten Wissenschaftler und Verbände geben darauf zwar unterschiedliche Antworten. Doch ihre gemeinsame Diagnose weist in dieselbe Richtung: Ein Primärversorgungssystem lässt sich nicht allein durch neue Steuerungswege schaffen. Es braucht auch eine Vergütungslogik, die kontinuierliche Betreuung, Koordination und Zusammenarbeit im Praxisteam nicht als Nebentätigkeit versteht, sondern als Kern der hausärztlichen Versorgung.

Vielleicht liegt genau darin die eigentliche Herausforderung der Reform: Verantwortung künftig anders zu vergüten als über den einzelnen Arztkontakt.