



NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Katja Hermann*, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg 2

Drei Fragen an

Dominik Groß, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universitätsklinikum Aachen 3

Buchtipps

von *Krystyna Reiter*, Institut für Erziehungswissenschaft, Pädagogische Hochschule Karlsruhe 4

WIDO

Ambulante Psychotherapie

Vielfältiges Versorgungsangebot 5

Fehlzeiten

Hoher Krankenstand im Ruhrgebiet 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Ambulante Vergütung – oder: Auf der Suche nach dem Stein der Weisen

Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?

Volker Amelung, Sören Jensen, Christian Krauth, Med. Hochschule Hannover, und Sascha Wolf, Bundesverband Managed Care, Berlin 7

Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem

Anke Walendzik, Universität Duisburg-Essen 16

Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz – Praktische Erfahrungen

Konstantin Beck, CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Luzern 25

STUDIE IM FOKUS

Umstrittene neue Diagnose für reizbare Kinder mit häufigen Wutausbrüchen 35

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 36

Liebe Leserinnen und Leser,

eine medizinische Versorgung, die dem Bedarf entspricht, dem Patienten nutzt, seine Gesundheit oder Lebensqualität verbessert und ihm nicht schadet – eine solche Versorgung ist leistungsgerecht zu honorieren. Darüber dürfte Konsens bestehen. Ein Vergütungssystem, das diese Forderungen zuverlässig erfüllt, ist aber noch nicht gefunden. Welche Vergütungsform(en) also setzen die Anreize so, dass die richtige und weder zu viel noch zu wenig Medizin gemacht wird? Gleich die Beantwortung dieser Frage der Suche nach dem Stein der Weisen?

Vor einigen Jahren tauchte das Zauberwort Pay-for-Performance (P4P) auf. Der Gedanke, die Vergütung direkt an die Qualität der erbrachten Leistungen zu binden, klang bestechend. **Volker Amelung, Sören Jensen, Christian Krauth und Sascha Wolf** weisen allerdings darauf hin, dass P4P auch Risiken birgt. Der wichtigste Vorteil aus Sicht der Autoren sei, dass P4P die Akteure dazu zwingt, sich über Qualitätsziele zu verständigen.

Das Gegenteil von P4P ist sozusagen die Capitation. Zu dieser pauschalierten Vergütung liegen aus der Schweiz langjährige Erfahrungen aus Managed-Care-Modellen vor. Die Vergütung über Capitation führte dort zu geringeren Kosten und besserer Qualität. Warum die neuen Verträge dennoch wieder zur Einzelleistungsvergütung übergehen, erklärt **Konstantin Beck**.

Das derzeitige duale Krankenversicherungssystem mit je eigener ambulanter Gebührenordnung von PKV und GKV eigne sich ebenfalls nicht, die richtigen Anreize für eine effektive und effiziente medizinische Versorgung zu setzen und gleichzeitig leistungsgerecht zu honorieren. Eine Kombination von P4P und morbiditätsbasierten Pauschalen innerhalb eines einheitlichen ambulanten Vergütungssystems soll die Problematik beheben können, meint **Anke Walendzik**.

Vielleicht sind wir dem Fundort des Stein der Weisen damit ja ein Stück näher gekommen.

Viel Vergnügen beim Lesen wünscht Ihnen

Bettina Nellen

G-DRG-Begleitforschung Sehr gute Versorgung auch mit Fallpauschalen

Der Endbericht zum dritten Zyklus der Begleitforschung zu den 2004 eingeführten Fallpauschalen für stationäre Behandlungen (G-DRG/German Diagnosis Related Groups) zeigt nach Ansicht des GKV-Spitzenverbandes, des Verbandes der privaten Krankenkassenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass sich die Qualität dadurch nicht verschlechtert hat. Der nach Paragraf 17b Absatz 8 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom IGES-Institut im Auftrag der

Verbände erstellte Bericht für die Jahre 2008 bis 2010 enthält auf 650 Seiten die Ergebnisse zu rund 50 Forschungsfragen. Untersucht werden insbesondere Auswirkungen der DRGs auf Kapazitäts- und Leistungsentwicklung, Personaleinsatz, interne Strukturen der Kliniken, Investitionsverhalten sowie Kosten und Erlösstrukturen. Besondere Beachtung finden die Konsequenzen für die Patienten und die Versorgungsqualität. Mit dem Endbericht wurde eine Datenbank freigeschaltet, die alle in den drei Forschungszyklen seit 2004 analysierten Daten enthält. ■

Mehr Informationen:
www.g-drg.de

Studium Health Science auf Englisch in der Schweiz

Die Universität Luzern bietet erstmals ein englischsprachiges Masterstudium „Health Sciences“ an. Der am 2. September beginnende zweijährige Kurs sei interdisziplinär angelegt. Allen Studierenden wird ein bezahltes Forschungspraktikum garantiert. Die Studiengebühr beträgt 1.100 Franken pro Semester. Bewerben können sich auch Bachelor-Absolventen aus nicht gesundheitsbezogenen Fachrichtungen bis 31. Juli. ■

Mehr Informationen:
www.master-healthsciences.ch

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Pflegende Angehörige gezielt entlasten

Angehörige, die Patienten bis zum Lebensende zu Hause versorgen, brauchen Unterstützung. Um ihre Bedürfnisse umfassend, aber mit trotzdem geringem Aufwand zu erfassen, entwickelten und validierten Forscher in Großbritannien einen Bogen mit 14 Fragen zum aktuellen Unterstützungsbedarf in zentralen Bereichen der Pflege sowie der eigenen Bedürfnisse. An der ersten Erhebung nahmen 225, am Follow-up nach vier Wochen 141 pflegende Angehörige teil. Der Bogen wurde gut angenommen, war valide und erfasste auch Veränderungen. Nach Ansicht der Autoren wäre er ein geeignetes Instrument für palliativmedizinisch tätige Hausärzte, um pflegende Angehörige zeitnah und gezielt auf Entlastungsmöglichkeiten hinweisen zu können. ■ *J Pain Symptom Manage* (doi: 10.1016/j.jpain-symman.2012.09.008)



Von

Dr. Katja Hermann,
Wissenschaftliche
Mitarbeiterin in der
Abteilung Allgemein-
medizin u. Versorgung-
forschung am
Universitätsklinikum
Heidelberg

Adresse:

Voßstraße 2
69115 Heidelberg
Telefon: 06221 56-8420
Fax: 06221 56-1972
katja.hermann@med.uni-heidelberg.de
www.allgemeinmedizin.uni-hd.de

Adhärenz bei multimorbiden Patienten

Für chronisch kranke Patienten ist es wichtig, ihre Medikamente ordnungsgemäß einzunehmen. Bei Patienten mit mehreren Erkrankungen besteht aber aufgrund der höheren Medikamentenzahl die Gefahr, dass sie sich nicht an die Verschreibung halten. In einer Heidelberger Studie mit 92 chronisch kranken Patienten und zwölf Hausärzten zeigte sich jetzt, dass die Ärzte die Therapietreue ihrer Patienten häufig unterschätzten. Der Selbsteinschätzung der Patienten am nächsten kamen Ärzte in

Einzelpraxen, die die Medikation regelmäßig mit ihren Patienten besprachen. Da die beiderseitigen Erwartungen an die Adhärenz Einfluss auf die gemeinsame Entscheidungsfindung von Arzt und Patient bezüglich der Medikation haben, empfehlen die Autoren, multimorbide Chroniker kontinuierlich zu betreuen und regelmäßig mit ihnen über die Medikamente und deren Einnahme zu sprechen. ■ *Patient Prefer Adherence* 2012;6:839-845

Rückenschmerzen am Arbeitsplatz

Rückenschmerzen sind ein häufiger Grund für Fehlzeiten. Von 1.111 per Fragebogen befragten australischen Krankenschwestern hatten 56 Prozent im vergangenen Jahr Rückenschmerzen, jede dritte Betroffene fehlte deswegen am Arbeitsplatz. Laut Studie bestand ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Rückenschmerzen und geringer Arbeitsplatzsicherheit. Zu Fehlzeiten kam es oft, wenn die Befragten negative Überzeugungen über Rückenschmerzen hatten, Schmerzen als Katastrophe empfanden und eine geringe Arbeitszufriedenheit aufwiesen; überraschenderweise aber auch, wenn sie sich am Arbeitsplatz gut unterstützt fühlten. Unklar blieb, ob die psychosozialen Faktoren Ursache oder Folge der Rückenschmerzen waren. Die Autoren raten, zur Verringerung von Fehlzeiten die Schmerzwahrnehmung und -bewältigung verhaltenstherapeutisch zu unterstützen. ■ *Clin J Pain* (doi: 10.1097/AJP.0b013e31827ffoco)

Qualitätssicherung I Arthroskopie-Beurteilung nutzt auch Sozialdaten

Das AQUA-Institut in Göttingen arbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses an einem Qualitätssicherungsverfahren für die Arthroskopie am Kniegelenk. Erstmals sollen dabei zur Beurteilung der Qualität der Indikationsstellung und des Behandlungsergebnisses auch bei den Krankenkassen nach Paragraph 299 Absatz 1a SGB V gespeicherte Sozialdaten und Patientenbefragungen genutzt werden. Entwickelt wird nach AQUA-Angaben außerdem ein Instrument der externen Begutachtung, mit dem Auffälligkeiten nachgegangen und die Datenlage komplettiert werden soll. Der Auftrag knüpft an den AQUA-Abschlussbericht zur Arthroskopie am Kniegelenk vom Dezember 2011 an. ■

Mehr Informationen:
www.sqg.de

Qualitätssicherung II Neue Methoden zur Bewertung von Leitlinien

Das Deutsche Leitlinien-Bewertungs-Instrument (DELBI) von 2005 wird einer grundlegenden Revision unterzogen. Die neue, jetzt zur Diskussion gestellte Version DELBI 2.0 enthält 32 exakter formulierte Kriterien zur formalen Bewertung medizinischer Leitlinien. Vier Qualitätskriterien wurden neu aufgenommen, darunter die Frage, ob eine Leitlinie Aspekte der Versorgungscoordination berücksichtigt. Die Definition von Interessenkonflikten sei präzisiert worden, teilte das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Namen der DELBI-Herausgeber mit, zu denen die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die

Arzneimittelkommission der Ärzteschaft, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), der Gemeinsame Bundesausschuss und die Kassenärztliche Bundesvereinigung angehören. ■

Mehr Informationen:
www.delbi.de; www.awmf.org →
Leitlinien-Veranstaltungen

DREI FRAGEN AN...



Neue Medizintechnik: Ethik und Akzeptanz nicht ausklammern

... Professor Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß, Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Aachen

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir beschäftigen uns in mehreren Projekten mit der Frage der Ethik und Akzeptanz von neuen Medizintechnologien, die am Patienten zum Einsatz kommen sollen. Im Mittelpunkt steht dabei die Überlegung, wie man ethische und Akzeptanz-Aspekte von Anfang an „mitdenken“, das heißt, zu einem integralen Bestandteil der Technikentwicklung machen kann. Daneben sind wir vor allem mit den Themen „Priorisierung in der Medizin“ und „Sterben und Tod“ befasst.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Zum einen haben wir an unserem Institut ein sehr interdisziplinär ausgerichtetes Team, in dem Mediziner, Philosophen, (Wissenschafts-)Historiker, Sozialwissenschaftler, Theologen und Pflegewissenschaftler zusammenarbeiten. Zum anderen fördern wir die Netzwerkbildung auch durch eine sehr aktive Gremienarbeit. Wir engagieren uns in transdisziplinären Forschungsorganisationen und sind in nationalen Kommissionen wie zum Beispiel dem Nationalen Aids-Beirat und in der Gremienarbeit für die Bundesärztekammer und die Bundeszahnärztekammer aktiv.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

In jedem Fall sollte die Wissenschaft gehört werden – ihre Stimme ist in vielen Fällen von Belang. Ob man auf sie hören, das heißt politische Entscheidungen unmittelbar am Votum der Wissenschaft orientieren sollte, wäre hingegen vom konkreten Thema und von der jeweiligen Fallkonstellation abhängig zu machen. Es gibt ja neben der Wissenschaft durchaus noch andere wichtige Akteure...

Forschungsschwerpunkte:

Ethische und Akzeptanzfragen bei Medizintechnologien, Priorisierung in der Medizin, Sterben und Tod, Global Health Ethics, Ethische Fragen am Lebensanfang, Medizin im Nationalsozialismus, Geschichte und Ethik der Zahnheilkunde und der Psychiatrie, Disability History

Jahresetat:
keine Angaben

Zahl und Qualifikation der Mitarbeiter:

Insgesamt etwa 25 (einschließlich Drittmittelprojekte und Teilzeitbeschäftigte), darunter:
1 Professor,
2 Privatdozenten,
3 technische Angestellte,
außerdem 26 Doktoranden

Adresse:

Lehrstuhl und Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
Wendlingweg 2
52074 Aachen
Telefon: 0241 80-88095
Fax: 0241 80-82466
dgross@ukaachen.de
www.medizinetik.ukaachen.de

Ausschreibung

Forschung in der Psychotherapie wird gefördert

Die Deutsche Gesellschaft für Systemische Therapie, Beratung und Familientherapie (DGST) hat einen Forschungsfonds mit 140.000 Euro eingerichtet. Gefördert werden Studien zur Wirksamkeit der Systemischen Therapie bei Angststörungen von Erwachsenen und Kindern, bei gestörtem Sozialverhalten von Kindern und Jugendlichen sowie zur Wirksamkeit aufsuchender Familientherapie, der sozialpädagogischen Familienhilfe und multisystemischer Beratung in der Jugendhilfe. Anträge sind bis 1. Juli 2013 zu stellen. ■

Mehr Informationen:

www.dgsf.org/dgsf/foerderpreise/dgsf-forschungsfoerderung

Pflege

Mehr Qualität mit Expertenstandards

Die Spitzenverbände der Pflegekassen, Sozialhilfeträger und Pflegeeinrichtungen haben das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) an der Hochschule Osnabrück mit der Entwicklung einer Leitlinie zur Erhaltung und Förderung der Mobilität Pflegebedürftiger beauftragt. Es handelt sich um den ersten „Expertenstandard“ zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege nach Paragraph 113a SGB XI. Dieser soll bis Juni 2014 vorliegen und dann in der Praxis getestet werden, ehe er für alle verbindlich wird. ■

Mehr Informationen:

www.dnqp.de

Arzneimittel

PKV weist Umsatzzahlen mit Herstellern aus

Das Wissenschaftliche Institut der PKV (WIP) hat in seinem aktuellen Arzneimittelbericht erstmals Ausgaben der PKV für die 300 umsatzstärksten Medikamente aufgeschlüsselt nach einzelnen Pharmaunternehmen dargestellt. Die Analyse für das Jahr 2011 zur Versorgung von Privatversicherten mit Arzneimitteln weist auch neue Medikamente, generikafähige Wirkstoffe sowie Parallel- und Reimporte aus. Die Analyse identifiziert Kostentreiber und ermittelt die Bedeutung des gesetzlichen Herstellerrabattes für die Arzneimittelausgaben der PKV. ■

Mehr Informationen:

www.wip-pkv.de → Arzneimittel

BUCHTIPPS

Zum Thema „Resilienz und Prävention“



Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Margherita Zander (Hrsg.)</i></p> <p>Handbuch Resilienzförderung</p>	<p>Resilienz lässt sich fördern. Unter diesem Aspekt bündelt der Sammelband eine Vielzahl an fundierten und aktuellen Beiträgen diverser Fachdisziplinen und dokumentiert praktische, theoretische und empirische Ansätze, die Anregungen für eine ressourcenorientierte Sichtweise auf das menschliche Leben bieten: Die „Resilienzbibel“ schlechthin. (Verlag für Sozialwissenschaften 2011)</p>
<p><i>Klaus Fröhlich-Gildhoff, Maike Rönnau-Böse</i></p> <p>Resilienz</p>	<p>Die Autoren erklären anschaulich, was unter Resilienz zu verstehen ist, stellen Konzepte zur Stärkung der seelischen Widerstandskraft vor und fassen den Stand der Forschung zusammen. Ihre theoretischen Ausführungen stützen sie mit Beispielen aus der Praxis. Eine gute Einstiegslektüre, die bereits in der zweiten, durchgesehenen Auflage erschienen ist. (UTB 2011)</p>
<p><i>Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz, Jochen Haisch</i></p> <p>Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung</p>	<p>Der Band liefert einen profunden Einblick in den Kontext moderner Prävention und Gesundheitsförderung, problematisiert relevante sozial- und gesundheitspolitische Zusammenhänge und zeigt fachspezifische Umsetzungsstrategien für alle Altersgruppen auf. Ein bewährtes und immer aktuelles Handbuch für Tätige im Gesundheitssektor. (Huber 2010)</p>
<p><i>Monika Gruhl, Hugo Körbächer</i></p> <p>Mit Resilienz leichter durch den Alltag Das Trainingsbuch</p>	<p>Die Autoren wenden sich mit ihrem salutogenetisch orientierten, sehr verständlich gehaltenen Buch an alle, die ihre Stärken entdecken und erhalten wollen. Etliche Beispiele erprobter „Übungen“ illustrieren Wege zur Resilienz im eigenen Alltag. Ein „Bewusstmacher“ für jedermann. (Kreuz 2012)</p>

Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von: **Krystyna Reiter, M.A.** Wissenschaftliche Angestellte am Institut für Erziehungswissenschaft an der Pädagogischen Hochschule Karlsruhe

Bismarckstraße 10
76133 Karlsruhe
Telefon: 0721 925-4937
krystyna.reiter@ph-karlsruhe.de

Foto: privat

Ambulante Psychotherapie

Vielfältiges Versorgungsangebot

Im Jahr 2011 haben die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Versorgung im Bereich der Psychotherapie und Psychiatrie mehr als 2,8 Milliarden Euro gezahlt – das sind fast neun Prozent der vertragsärztlichen Leistungsausgaben.

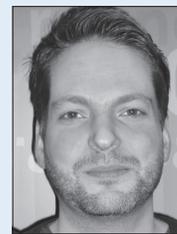
Jedes Jahr wird bei rund einem Drittel aller gesetzlich Krankenversicherten mindestens eine Diagnose aus dem Bereich psychischer Störungen oder Verhaltensstörungen dokumentiert. Von den AOK-Versicherten wurde 2011 etwa ein Viertel mindestens einmal ambulant psychiatrisch oder psychotherapeutisch behandelt.

Seit Jahren wird über mögliche Defizite bei der Versorgung psychiatrischer und psychischer Erkrankungen diskutiert. Dabei gibt es eine umfangreiche vertragsärztliche Versorgung, etwa durch Haus- und Fachärzte. Diese haben 2011 etwa 16 Prozent der AOK-Versicherten psychosomatisch grundversorgt, das heißt, ein behandelnder Arzt hat für sie mindestens ein 15-minütiges psychosomatisches Gespräch abgerechnet. Rund die Hälfte der niedergelassenen Haus- und Fachärzte rechnete dieses niedrigschwellige Versorgungsangebot ab – je nach Region für bis zu 25 Prozent der AOK-Versi-

cherten. Zusätzlich behandelten Fachärzte für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen sowie nichtärztliche Psychotherapeuten 2011 mehr als acht Prozent aller AOK-Versicherten. Rund 1,7 Prozent von ihnen befanden sich dabei in einer Psychotherapie.

Schaut man sich den Therapieprozess an, liegen zwischen dem letzten Vorgespräch und dem eigentlichen Therapiebeginn durchschnittlich 32 Tage. Allerdings wird nur in 60 Prozent der Fälle danach tatsächlich eine Therapie begonnen, bei der aber das vorgesehene Behandlungskontingent oft nicht ausgeschöpft wird. Werden etwa 25 Sitzungen für eine Kurzzeittherapie genehmigt, nutzen nur etwa 40 Prozent der Patienten diesen Umfang aus. Insgesamt dauern Kurzzeittherapien acht bis neun Monate und zwischen zwei Sitzungen vergehen durchschnittlich 15 bis 16 Tage.

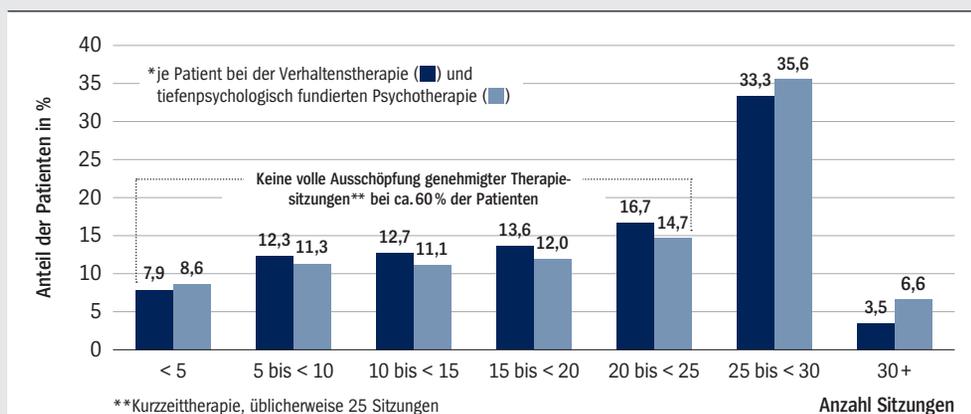
Insgesamt erbringen 60 Prozent aller Vertragsärzte sowie ärztlichen und nichtärztlichen Psychotherapeuten die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in unterschiedlichem Umfang. Damit ist sie breit in der vertragsärztlichen Versorgung verankert. Im internationalen Vergleich ist dieses Angebot einmalig. ■



Tobias Schäfer, wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsbereich Ambulante Analysen und Versorgung im WIDO

„Die ambulante Behandlung psychiatrischer und psychischer Erkrankungen ist heute ein großer und wichtiger Versorgungsbereich. Um ihn weiterzuentwickeln, müssen die Datengrundlagen ausgebaut und die Transparenz verbessert werden.“

PSYCHOTHERAPIE: AUSSCHÖPFUNG VON BEHANDLUNGSKONTINGENTEN *



Quelle: Wido 2012; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

Wido-TICKER: Prof. Dr. rer. pol. Dieter Cassel, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des Wido, ist von der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie im Rahmen ihrer Jahrestagung 2013 in Essen die **Gérard-Gäfen-Medaille** für seine Verdienste um die Entwicklung der Gesundheitsökonomie in Deutschland verliehen worden **+++** Informationen zum **Praktikantenprogramm** des Wido unter www.wido.de **+++** Bestellung von **Einzelexemplaren** von GGW unter www.wido.de **+++** Direktbestellungen von **Wido-Publikationen** unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144

Arzneimittel

Neue ATC-Klassifikation 2013

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) veröffentlicht Anfang Mai die aktuelle anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation (ATC) mit Tagesdosen (DDD) für den deutschen Arzneimittelmarkt.

Der ATC-Index erfasst Arzneimittel nach anatomischen, therapeutischen, pharmakologischen und chemischen Kriterien. Er wird im Rahmen des WIDo-Projekts „GKV-Arzneimittelindex“ jedes Jahr aktualisiert. Experten können mit ihm wichtige Fragen zum deutschen Arzneimittelmarkt beantworten, etwa welche Wirkstoffe in welchen Mengen verbraucht wurden. Sobald Krankenkassen, Ärzte, Pharmaindustrie und das Bundesministerium für Gesundheit der neuen ATC-Klassifikation zugestimmt haben, wird sie zum 1. Januar 2014 für amtlich erklärt. Die aktuelle Klassifikation und die dazugehörige Methodik stehen hier ab Anfang Mai zum Download bereit: www.wido.de/arz_atcddd-klassifi.html ■

Fricke U, Günther J, Zawinell A, Zeidan R: Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen für den deutschen Arzneimittelmarkt. Methodik der ATC-Klassifikation und DDD-Festlegung. ATC-Index mit DDD-Angaben. Stand: April 2013, Berlin

Fehlzeiten

Hoher Krankenstand im Ruhrgebiet

Bei den elf Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern sind die Fehlzeiten 2012 im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen und liegen nun bei 4,9 Prozent. Zugenommen haben vor allem die psychischen Erkrankungen.

Ein Vergleich der Fehlzeiten in den 50 größten deutschen Städten zeigt: Arbeitnehmer in Gelsenkirchen waren im Jahr 2012 durchschnittlich 23,5 Tage krankgeschrieben. Damit liegen sie an der Spitze der deutschen Großstädte. In Industriestädten wie Gelsenkirchen oder Bochum fallen deutlich mehr Fehlzeiten an als in Städten mit hohem Akademikeranteil. Unter den deutschen Großstädten mit den meisten Fehlzeiten befinden sich deshalb viele Kommunen aus Nordrhein-Westfalen. Die Hauptstadt Berlin liegt mit 18,8 Tagen im oberen Mittelfeld. Dresden schneidet bei diesem Städteranking mit 13,8 Tagen am besten ab.

Faktoren wie Alter, Geschlecht und Beruf beeinflussen die Krankheitshäufigkeit und -länge ebenso stark wie die Art der Krankheit. So fallen Berufstätige mit großer körperlicher Arbeitsbelastung, etwa in der Ver- und Entsorgung oder der industriellen Gießerei, besonders oft aus, ebenso Busfahrer, Straßenbahnfahrer und Altenpfleger. Insgesamt gibt es in Berufen mit hoher körperlicher

Belastung und vielen Arbeitsunfällen mehr Fehlzeiten. Arbeiter sind deshalb stärker betroffen als Dienstleister im Büro. Die meisten der insgesamt 153 Millionen Krankheitstage entfielen 2012 auf Muskel- und Skeletterkrankungen (22,9 Prozent), gefolgt von akuten Verletzungen (11,8 Prozent), Atemwegserkrankungen (11,4 Prozent) und psychischen Erkrankungen (10,1 Prozent).

Unterschiede zwischen den Städten zeigen sich vor allem bei Muskel- und Skeletterkrankungen und psychischen Erkrankungen. Entfällt in Gelsenkirchen ein Viertel (25,5 Prozent) der Arbeitsunfähigkeitstage auf Muskel- und Skeletterkrankungen, ist es in Dresden nicht einmal ein Fünftel (18,5 Prozent). Dagegen sind die Arbeitnehmer in Dresden (13,4 Prozent) häufiger als in Gelsenkirchen (10,8 Prozent) wegen psychischer Erkrankungen arbeitsunfähig. Und obwohl Hamburg einen mittleren Platz im Fehlzeiten-Ranking aufweist, belegt die Hansestadt den Spitzenplatz bei den psychischen Erkrankungen. Jeder siebte Fehltag (14,1 Prozent) geht hier auf eine psychische Krankheit zurück. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 10,1 Prozent. Mit 24,9 Tagen je Fall dauern psychische Erkrankungen mehr als doppelt so lange wie der Durchschnitt aller Erkrankungen mit 11,8 Tagen je Fall. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Jürgen Klauber: „Verbesserung der Versorgungsqualität durch sektorübergreifende Qualitätsmessung“, Symposium der Bundesärztekammer zur Ergebnisverbesserung durch Qualitätsmanagement, Berlin, 4/2013 +++ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs: „Plädoyer für einen einheitlichen Krankenversicherungsmarkt“, 10. Berliner Gespräche zum Gesundheitsrecht, Deutsches Institut für Gesundheitsrecht (DIGR), Berlin 4/2013 +++ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs: „Psyche im Lot?“, Blick über Ländergrenzen, Fachforum der AOK PLUS, Dresden, 4/2013 +++ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs: „Meilensteine auf dem Weg zu einer wettbewerblichen GKV“, Ausschuss Krankenversicherung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ), Essen, 3/2013 +++ Prof. Dr. rer. pol. Klaus Jacobs: „Noch mehr Leistungen auf eigene Rechnung?“, Ergebnisse aus der Versichertenbefragung 2012 des WIDo IGeL-monitor – Bilanz nach einem Jahr, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Berlin, 3/2013

Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?

von Volker Amelung^{1,2}, Sören Jensen¹, Christian Krauth¹, Sascha Wolf²

ABSTRACT

Das Vergütungssystem für ärztliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung ist intransparent, führt zur Mengenausweitung und frustriert zunehmend die Leistungserbringer. Demgegenüber setzt Pay-for-Performance (P4P) direkt an der Qualität der erbrachten Leistungen an und initiiert einen Wettbewerb um die beste Versorgung. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Umsetzung von P4P eine komplexe Herausforderung darstellt und auch erhebliche Risiken birgt. Entscheidend ist, dass die verwendeten Indikatoren und Bemessungsgrundlagen in einem partizipativen Prozess gemeinsam von den Akteuren des Gesundheitswesens entwickelt werden. Dann kann P4P einen erheblichen Beitrag dazu leisten, von der reinen Mengenorientierung hin zu einer Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen zu kommen.

Schlüsselwörter: Pay-for-Performance, Vergütung, Qualitätswettbewerb, Mengenausweitung, Qualitätsindikatoren

The statutory health insurance payment system for medical services is intransparent, leads to volume expansion and increasingly frustrates health care providers. In contrast, pay for performance (P4P) directly addresses the quality of services rendered and initiates a competition for the best health care. International experience has shown, however, that the implementation of P4P is a complex challenge and involves a significant amount of risk. It is crucial that indicators and assessment bases are developed jointly by the healthcare stakeholders in a participatory process. P4P can then make a significant contribution to abandoning sheer volume orientation in favour of a focus on quality in health care.

Keywords: pay for performance, remuneration, quality competition, volume expansion, quality indicators

1 Einleitung

Alljährlich wiederkehrende heftige Honorarkonflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen gehören längst zum gewohnten Prozedere des deutschen Gesundheitswesens. Der Verhandlungsstreit im Jahr 2012 hat jedoch eine bisher nicht dagewesene Eskalationsstufe offenbart, die als Warnung wahrgenommen werden sollte und die Dringlichkeit einer grundlegenden Reform der Vergütungs- und Verteilungssystematik verdeutlicht.

Zu Beginn der Verhandlungen stand die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Orientierungswert

um elf Prozent anzuheben, den Überlegungen des GKV-Spitzenverbands gegenüber, diesen um sieben Prozent abzusenken. Das dramatische Auseinanderklaffen beider Positionen kann mit etwas gutem Willen als stark ausgeprägte, aber legitime Verhandlungstaktik zweier Tarifvertragspartner angesehen werden. Letztlich zeigt es jedoch, dass objektive Kriterien zur Festlegung des Preises ärztlicher Leistungen schlichtweg fehlen. Dieses Problem potenziert sich auf der nächstfolgenden Ebene, auf der die Gelder unter den Ärzten aufgeteilt werden. Bislang ist es den kassenärztlichen Vereinigungen nicht gelungen, einen von den Leistungserbringern als gerecht empfundenen Verteilungsschlüssel zu entwickeln.

¹Prof. Dr. oec. Volker Amelung (korrespondenzführender Autor: Telefon: 0511 532-5417, E-Mail: amelung.volker@mh-hannover.de), Sören Jensen, Dipl.-Ök., Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Christian Krauth, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Medizinische Hochschule Hannover · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover

²Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Dr. rer. pol. Sascha Wolf, Bundesverband Managed Care e. V. · Friedrichstraße 136 · 10117 Berlin

Stattdessen hat das historisch gewachsene, in immer weitergehende Details ausufernde Verteilungssystem jegliche Steuerungsfunktion verloren und zeichnet sich durch ein Nebeneinander teils willkürlich anmutender Regelungen aus. Hierdurch wird nicht nur ein gehöriges Maß an Frustration geschürt, sondern es werden auch massive Fehlanreize gesetzt. Insbesondere drei „perverse Effekte“ lassen sich identifizieren (vgl. *Binswanger 2010*):

Erstens werden im Wettstreit um ein möglichst großes Stück vom Kuchen diejenigen Ärzte bestraft, die intrinsisch motiviert sind, kranken Menschen zu helfen, und sich entsprechend mehr Zeit pro Patient nehmen. Zweitens wird Qualität durch Quantität bei der Behandlung verdrängt, da das Verteilungssystem sich vor allem an der Art und Anzahl der durchgeführten Leistungen und kaum am Behandlungserfolg orientiert. Und schließlich wird die knapper werdende „Ressource Arzt“ aufgrund der Komplexität des Honorarsystems immer mehr für bürokratische Tätigkeiten verschwendet. Die dabei ausgelösten Verzerrungen bleiben nicht auf den ambulanten Bereich begrenzt, sondern unterschiedliche Finanztöpfe führen darüber hinaus zu ineffizienten und für den Patienten unter Umständen schädlichen Kostenverlagerungen zwischen den Sektoren (vgl. *Metersky et al. 2000*).

Angesichts dieser Fehlanreize sind Debatten über eine grundlegende Umstrukturierung der Vergütung keineswegs neu. Allein die Gretchenfrage nach der idealen Vergütungsmethode konnte bislang nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Doch auch wenn kein Königsweg existiert, so ist eines doch klar: Ein funktionierender und fairer Wettbewerb ist nur möglich, wenn das Erbringen einer messbar besseren Leistung auch eine höhere Entlohnung mit sich bringt. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass „Leistung“ in der medizinischen Versorgung sich nicht an der Menge der durchgeführten Maßnahmen, sondern an der Qualität und Zielgenauigkeit der Versorgung orientieren sollte. International wird daher seit einigen Jahren das Konzept des Pay-for-Performance (P4P) diskutiert und als ergänzendes Vergütungselement erprobt. Die Idee ist, die Qualität ärztlicher Dienstleistungen mithilfe von Indikatoren und Zielparametern zu messen und entsprechend zu honorieren.

2 Die Philosophie von Pay-for-Performance

Entgegen häufig vorgebrachter Befürchtungen handelt es sich bei Pay-for-Performance nicht um ein ökonomisches Instrument mit dem primären Ziel der Kosteneinsparung, sondern im Fokus steht vor allem die Verbesserung der Versorgungsqualität. Es basiert auf der Grundannahme, dass das Verhalten der Leistungserbringer hinsichtlich ihrer Therapieentscheidungen durch die Art der Vergütung beeinflusst

wird (*Flodgren et al. 2011; Gosden et al. 2000*). Durch gezielte Anreizsetzung sollen Therapieentscheidungen und Versorgungsabläufe zum Wohle der Patientengesundheit optimiert und im Gegensatz zur heutigen Mengensteuerung die Durchführung nicht notwendiger Maßnahmen verhindert werden. Dazu verbindet P4P einen Teil der Vergütung von Leistungserbringern an vorab definierte Ziele wie zum Beispiel die Verbesserung von Behandlungsprozessen, die klinische Qualität, den Zugang zur Versorgung oder die Patientenzufriedenheit (Tabelle 1). Somit erfolgt eine Abkehr von einer Vergütung, die sich an einem reinen Leistungsversprechen orientiert, hin zu einer Honorierung auf Grundlage tatsächlich erzielter Behandlungsergebnisse. Unter der Annahme, dass qualitativ hochwertige Versorgung langfristig günstiger ist als schlechte Versorgung (zum Beispiel ein gut eingestellter Diabetiker), sind Kosteneinsparungen im Endeffekt eine erfreuliche Begleiterscheinung.

Was auf den ersten Blick bestechend erscheint, erweist sich bei näherer Betrachtung jedoch als äußerst komplexe Herausforderung, die auch erhebliche Risiken birgt. So hat die Struktur einer qualitätsorientierten Vergütung einen wesentlichen Einfluss darauf, wie Leistungserbringer finanzielle Anreize wahrnehmen und auf diese reagieren. Der Definition der vergütungsrelevanten Behandlungsziele und der Art und Weise, wie der Grad der Zielerreichung gemessen und schließlich vergütet werden soll, kommen somit entscheidende Bedeutung zu.

3 Was ist Erfolg – und wie kann er gemessen werden?

Befindet sich ein Patient in ärztlicher Behandlung und ist nach einiger Zeit von seiner Erkrankung vollständig geheilt, so scheint der Erfolg offensichtlich. Doch was wäre, wenn die Heilung auch schneller hätte erfolgen können, Medikamente unnötigerweise verschrieben worden sind oder aufgetretene Beschwerden vermeidbar gewesen wären? Würde man dem behandelnden Arzt dann eine gute Behandlungsqualität bescheinigen wollen? Selbst im Fall dieses einfachsten aller Beispiele, nämlich das der vollständigen Heilung, erweist sich die Bewertung der Behandlungsqualität als äußerst schwierig und zeigt, dass die Qualität des Gesundheitswesens ein multidimensionales Konzept darstellt. Das Institute of Medicine hat daher 2001 die Versorgungsqualität in sieben Dimensionen unterteilt. Demnach sollte eine medizinische Versorgung effektiv, sicher, zeitnah, patientenorientiert, effizient, zugangsgerecht und angemessen sein (*IOM 2001*).

Die Bewertungsdimensionen allein helfen jedoch nicht weiter. Zudem werden Indikatoren benötigt, die das Ausmaß der erreichten Versorgungsqualität innerhalb der einzelnen

Bewertungsdimensionen messen. Es geht also um die Frage, welche Aspekte bei der qualitätsorientierten Vergütung berücksichtigt werden sollen. Die Auswahl der geeigneten Indikatoren stellt eine der zentralen Herausforderungen in der Ausgestaltung eines P4P-Programms dar, denn sie dienen als Grundlage für die Vergütung und beeinflussen somit auch die Motivation der Leistungserbringer. Die Indikatoren sollten die Kriterien der Relevanz, Validität, Reliabilität, Praktikabilität und Zielgruppengerechtigkeit erfüllen (SVR 2012) – oder in anderen Worten, sie sollten dazu geeignet sein, zuverlässig und objektiv die erreichte Versorgungsqualität abzubilden. Zudem eignen sich grundsätzlich nur Indikatoren, die der Leistungserbringer durch sein Verhalten beeinflussen kann. So erfordert die Erhöhung der Kinder-Impfrate beispielsweise die Etablierung eines Controlling-Systems, die direkte Vereinbarung von Anschlussterminen oder eine systematische Kontaktpflege zu den Eltern.

Prinzipiell stehen drei Kategorien zur Verfügung: Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Sie alle eint, dass sie jeweils Vor- und Nachteile besitzen: Prozessindikatoren besitzen den Vorzug, dass sie leicht zu messen sind. So kann beispielsweise überprüft werden, wie regelmäßig bei einem Herzinfarktpatienten der Cholesterinspiegel gemessen worden oder ob eine Behandlung leitliniengerecht erfolgt ist. Die Kausalität zwischen Prozess- und Behandlungsqualität ist jedoch nur eingeschränkt gegeben. Dieses Problem stellt sich bei den ebenfalls leicht messbaren Strukturindikatoren, die beispielsweise die Weiterqualifikationen des Personals oder den zur Verfügung stehenden Gerätepark heranziehen, in noch größerem Maße. Allein die Ergebnisindikatoren sind in der Lage, die Behandlungsqualität direkt abzubilden. Der medizinische Erfolg ist jedoch abhängig von externen Einflussfaktoren wie der Compliance und der individuellen gesundheitlichen Konstitution des Patienten. Zudem erfordert deren Erhebung insbesondere bei chronischen Erkrankungen längere Beobachtungszeiträume sowie große Patientenzahlen und gegebenenfalls Risikoadjustierung.

Bleibt noch eine weitere mögliche Kategorie: die Patientenzufriedenheit. Doch so sinnvoll die Befragung der letztlich Betroffenen auch klingen mag, so sehr ist der von Patienten beurteilbare Bereich beschränkt. Zwar können sie wertvolle Hinweise hinsichtlich organisatorischer Prozesse wie beispielsweise der Terminvergabe oder der zeitlichen Zuwendung durch den Arzt geben. Für eine Beurteilung der medizinischen Qualität fehlt ihnen jedoch zum einen in der Regel sowohl die notwendige Sachkenntnis als auch der Vergleichsmaßstab. Ein Patient kann nicht einschätzen, wie sich der Krankheitsverlauf unter Behandlung durch einen anderen Arzt gestaltet hätte. Zum anderen liegt die Vermutung nahe, dass Patienten dazu neigen, im Fall einer Genesung bessere Urteile abzugeben, als wenn das nicht der Fall ist. Und das unabhängig davon, ob die durchgeführte Behandlung darauf

TABELLE 1

Vergütungsrelevante Bereiche des „Quality and Outcomes Framework“

Medizinische Bereiche

- Adipositas
- Asthma
- Bluthochdruck
- Chronische Nierenerkrankung
- COPD
- Demenz
- Depressionen
- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Herzinsuffizienz
- Hypothyreose
- Krebs
- Lernbehinderung
- Palliativversorgung
- Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Rauchen
- Schlaganfall und transitorische ischämische Attacken
- Sekundärprävention von koronarer Herzerkrankung
- Vorhofflimmern

Organisatorische Bereiche

- Dokumentation
- Patienteninformation (Aufklärung)
- Praxismanagement/Arzneimittelmanagement
- Weiterbildung und Schulungen

Patientenerfahrungen

- Dauer der ärztlichen Beratung/Behandlung
- Patientenbefragung (Zugang)

Weitere Bereiche

- Empfängnisverhütung
- Gebärmutterhalskrebs-Screening
- Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern
- Schwangerschaftsuntersuchungen

einen Einfluss ausgeübt hat. Entsprechend ist der Zeitpunkt der Erhebung ein entscheidender Einflussfaktor.

Es steht außer Frage, dass grundsätzlich Ergebnisindikatoren die größte Relevanz zur Messung der Behandlungsqualität besitzen. Aufgrund der Messbarkeit wird in der Praxis jedoch auf eine Kombination von Ergebnis- und – als Surrogat – Prozess- und Strukturparametern zurückgegriffen. Die Kombination von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren hat zudem den Vorteil, dass alle Elemente des Behandlungsablaufs berücksichtigt werden (*Petersen et al. 2006*). Wie ein solcher Katalog aussehen kann, zeigt Tabelle 2 am Beispiel der im britischen NHS verwendeten Indikatoren zu Diabetes.

4 Absolute versus relative Zielerreichung – oder: Wann bekommt der Arzt mehr Geld?

Sobald der Indikatorenkatalog definiert worden ist, muss in einem zweiten Schritt festgelegt werden, welche Bemessungsgrundlage für die Zielerreichung verwendet werden soll. Diese gibt dafür den Ausschlag, wann der Arzt eine zusätzliche qualitätsorientierte Vergütung erhält. Grundsätzlich existieren fünf mögliche Bemessungsgrundlagen (*Amelung und Zahn 2009*):

1. die absolute Zielerreichung (Bonus, wenn x erreicht)
2. die relative Zielerreichung (Bonus, wenn zu den 10 Prozent der Besten gehörend)
3. die Veränderung im Gegensatz zum Vorjahr (20 Prozent besser als ...)
4. der Vergleich mit einer Kontrollgruppe
5. eine Kombination aus den vier vorangegangenen

Das Kriterium der absoluten Zielerreichung ist transparent, für den Leistungserbringer klar kalkulierbar und somit akzeptierter als relative Zielerreichungskriterien. Jedoch besitzen Leistungserbringer bei absoluten Zielen den Anreiz, ihre Qualität nur bis zum Mindestwert zu steigern. Denn sobald dieser erreicht ist, führen zusätzliche Anstrengungen nicht mehr zu einem höheren Einkommen. Während einerseits Ärzte, die bereits eine gute Leistung erbringen (High-Performer) auf diese Weise nur zu einer moderaten weiteren Leistungssteigerung angehalten werden, besteht andererseits bei Ärzten mit geringerer Leistung (Low-Performer) die Gefahr, dass sie von vornherein resignieren, da die Ziele außerhalb ihrer individuellen Reichweite liegen. Demgegenüber bieten relative Bemessungsgrundlagen auch Low-Performern die Möglichkeit, durch eine kontinuierliche Verbesserung ihrer Leistung ihr Einkommen zu steigern. Benachteiligt wer-

den in diesem Fall High-Performer, da deren Spielraum für weitere Verbesserungen geringer ist.

Neben absoluter und relativer Zielerreichung können die Bemessungsgrundlagen auch dahingegen unterschieden werden, inwieweit sie kompetitiv (Nr. 2) oder nicht kompetitiv (Nr. 1, 3, 4) wirken. Ein kompetitiver Ansatz, bei dem der Vergleich der eigenen Leistung mit der Leistung der Kollegen ausschlaggebend für die Höhe der Honorierung ist, hat den Nachteil, dass Ärzte weniger miteinander kooperieren und davor zurückschrecken, Erfahrungen auszutauschen. Die Leistungsunterschiede würden sich dadurch vergrößern und Potenziale einer flächendeckenden Verbesserung des Qualitätsniveaus würden nicht ausgeschöpft.

Um sowohl High-Performer als auch Low-Performer zu einer Steigerung ihrer Leistung zu motivieren, erscheint eine Kombination der unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen am sinnvollsten (Punkt 5), wobei Aufwand und Komplexität dieser Messmethode zu bedenken sind.

5 Internationale Erfahrungen: Indizien, aber keine klare Evidenz

In den USA sind finanzielle Anreize von einem Großteil der öffentlichen und privaten Versicherer bereits implementiert worden (*Rosenthal et al. 2006a*). In Europa gehört das in Großbritannien landesweit eingeführte Quality and Outcomes Framework (QOF) zu den derzeit bedeutendsten P4P-Projekten (*Ryan und Doran 2012*). Weitere Initiativen wurden in Frankreich, den Niederlanden und Schweden (*Thomson et al. 2011*) sowie außerhalb Europas in Australien, Israel, Kanada und Neuseeland (*Eijkenaar 2012*) gestartet. International stellt P4P somit bereits einen relativ häufig eingesetzten Ansatz zur Qualitätsverbesserung dar (*Kirschner et al. 2012*). Das steigende Interesse spiegelt sich auch in einer wachsenden Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen wider (*McDonald und Roland 2009; Jha et al. 2012*). Die Bemühungen, zu gesicherten Erkenntnissen über die Wirkung von P4P auf die Qualitäts- und Kostenentwicklung zu gelangen, lieferten bislang jedoch unterschiedliche Ergebnisse.

Eine systematische Literaturrecherche zu Übersichtsarbeiten mit der Fragestellung, ob P4P die Qualität der Versorgung verbessert, offenbart eine uneinheitliche Studienlage (*Eijkenaar et al. 2013*). So zeigt der überwiegende Teil der Studien zwar positive Effekte (*Lindenauer et al. 2007; Greene et al. 2004; Kouides et al. 1998*), wie beispielsweise die Entwicklung von Ergebnisindikatoren des QOF zeigen (Abbildung 1). Andere Analysen bewerten die Ergebnisse jedoch durchaus gemischt. So wurden in bestimmten Bereichen Qualitätssteigerungen gemessen, während bei anderen Indikatoren bisweilen sogar

eine Verschlechterung des Qualitätsniveaus konstatiert werden musste (Campbell et al. 2009; Levin-Scherz et al. 2006).

Die bisher umfangreichste Analyse stammt von van Herck und Mitarbeitern (van Herck et al. 2010). Die eingeschlossenen 128 Primärstudien untersuchten die Effekte im ambulanten Bereich (98 Studien), stationären Bereich (17 Studien) beziehungsweise in beiden Versorgungsformen (13 Studien). Die Ergebnisse reichten von keinen und geringfügigen Qualitätssteigerungen (1–10 Prozent) bis hin zu sehr großen Verbesserungen (>10 Prozent). Bei chronischen Erkrankungen werden die größten Verbesserungen in der Versorgung von Diabetespatienten erreicht. Ebenfalls positive Effekte sind bei Asthma beobachtet worden. Im Vergleich zu nicht angereizten Erkrankungen liegen die Qualitätsverbesserungen für koronare Herzerkrankung, COPD und Bluthochdruck bei 10,9 Prozent. Negative Ergebnisse wurden lediglich in einer Minderheit der Studien gefunden. Im Durchschnitt wurden die Verbesserungen mit ungefähr fünf Prozent bewertet, jedoch mit großen Unterschieden in Abhängigkeit von den verwendeten Indikatoren und den einzelnen Programmen (van Herck et al. 2010). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fand in 21 von 28 untersuchten Studien positive Ergebnisse (SVR 2007). Um die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen auf die Qualität einer Leistung valide nachweisen zu können, wären jedoch prospektiv kontrollierte Studien notwendig,

die als einzige Intervention die Änderung der Vergütung in Abhängigkeit von der Performance untersuchen. Solche Studien existieren nur sehr vereinzelt (Veit et al. 2012) und werden vermutlich auch in Zukunft gemessen an der Gesamtanzahl der Untersuchungen nur ein Schattendasein führen. Der fehlende klare empirische Nachweis einer Verbesserung der Versorgungsqualität durch P4P stellt bis heute das größte Hindernis bei der Ausbreitung der qualitätsorientierten Vergütung dar.

6 P4P – kein Mosaik, aber ein Mosaikstein

Jedes bekannte Vergütungsinstrument ärztlicher Leistungen hat Nebenwirkungen. Das ist darauf zurückzuführen, dass medizinische Leistungen nicht auf einem funktionierenden Markt mit vollkommener Transparenz, Vergleichbarkeit der Leistungen und vollständiger Patientensouveränität gehandelt werden. Da sich somit kein Marktpreis entwickeln kann, wird ein regulatorischer Rahmen benötigt. Naheliegender wäre eine Einzelleistungsvergütung auf Grundlage einer festen Gebührenordnung. Doch je mehr die Vergütung auf die tatsächlich erbrachten Leistungen abstellt, desto größer ist der Anreiz, mehr Leistungen als notwendig zu erbringen und Anstrengungen zu Kostensenkungen zu vernachlässigen. Die Entwicklung der Ausgaben im Bereich

TABELLE 2

Auswahl an Diabetesindikatoren des „Quality and Outcomes Framework“

Indikator	Indikatortyp	Maximale Punktzahl
Der Arzt führt ein Verzeichnis über seine Patienten mit Typ-I und Typ-II-Diabetes (älter als 17 Jahre)	Struktur	6
Blutdruck gemessen	Prozess	3
Cholesterinwert gemessen	Prozess	3
HbA1c-Wert gemessen	Prozess	3
Blutdruck kontrolliert und ist kleiner als 145/85 mmHg	Ergebnis	17
Cholesterinwert kontrolliert und ist kleiner als 5 mmol/l	Ergebnis	6
HbA1c-Wert kontrolliert und liegt unter 7,4 %	Ergebnis	16

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Ryan AM, Doran T (2012): NHS (2011): G+G Wissenschaft 2013

der Privaten Krankenversicherung deutet zumindest darauf hin, dass die Leistungserbringer sich der Möglichkeit der angebotsinduzierten Nachfrage durchaus bewusst sind. Je pauschaler andererseits die Vergütung ausgestaltet ist, desto größer sind die Anreize, die Patienten nach ihrem Risiko auszuwählen, keine ausreichende Versorgung zu erbringen und Kosten zu Kollegen und/oder in andere Sektoren zu verlagern. Auch wenn P4P nicht frei von Schwächen ist, so setzt es im Gegensatz zu den herkömmlichen Vergütungsinstrumenten direkt an der Qualität der erbrachten Leistungen an und initiiert einen künstlichen Wettbewerb um die beste Versorgung. Vom Grundansatz und der Zielsetzung her ist P4P daher alternativen Vergütungsformen überlegen und kann dazu beitragen, im Rahmen eines Gesamtvergütungssystems negative Anreize anderer Honorierungsinstrumente abzuschwächen.

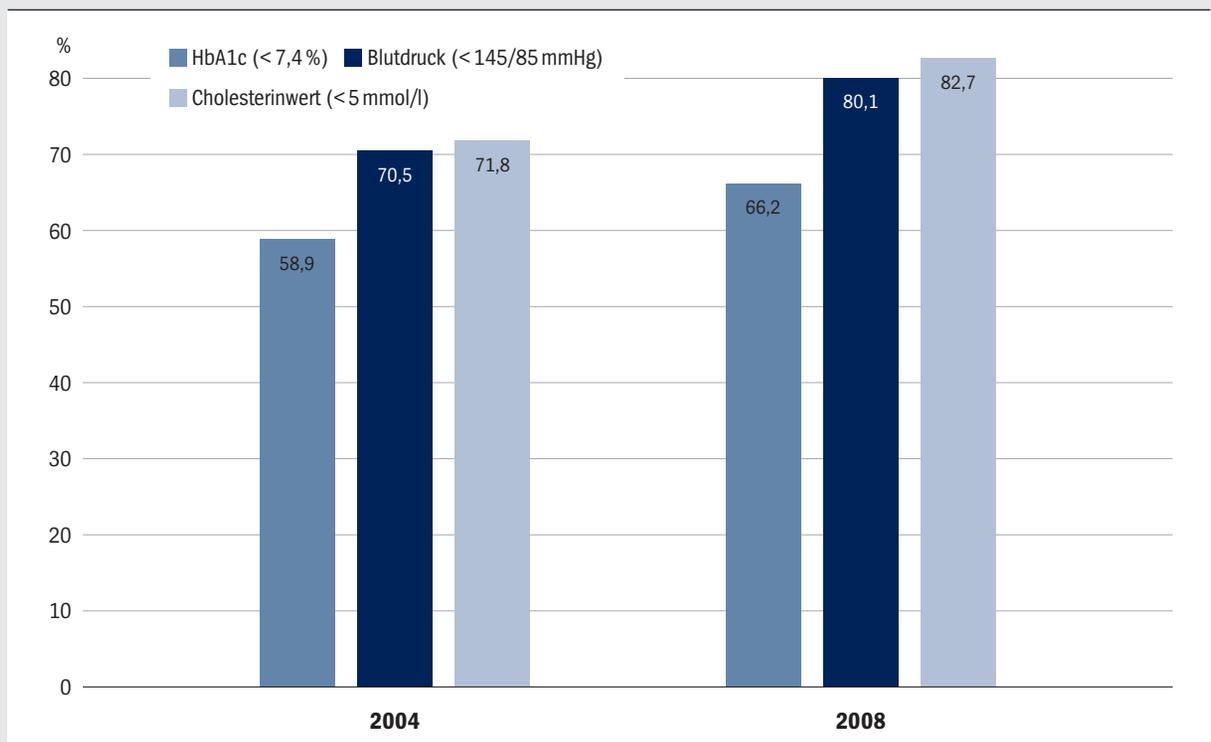
Die Funktionsfähigkeit von P4P hängt maßgeblich von der Qualität der herangezogenen Messparameter ab. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen ist deren Herausfilterung in der Medizin ungleich schwieriger, da nicht auf

Umsatzzahlen oder Ähnliches zurückgegriffen werden kann. In der Gesundheitsversorgung wird das Ergebnis bekanntermaßen von einer Vielzahl von Einflussfaktoren beeinflusst und lässt sich nur schwer zuordnen. Aufgrund der häufig fehlenden Nachweisbarkeit der Kausalität von Maßnahme und Ergebnis sind Messparameter meist angreifbar. Hinzu tritt eine allgemeine Skepsis der Leistungserbringer gegenüber indikatorenbefugten Anreizen (SVR 2007). Umso wichtiger ist es, die Akteure bei der Definition der relevanten Parameter von vornherein einzubinden. Dies steigert die Akzeptanz und ist somit für den Erfolg des Projekts von entscheidender Bedeutung (Rosenthal und Frank 2006b).

Zudem erfordert die Aufstellung des Parameterkatalogs und die anschließende Überprüfung der erreichten Ergebnisse eine umfangreiche Datenbasis. Ohne den Einsatz von Informationstechnologien wie beispielsweise einer elektronischen Patientenakte lässt sich keine valide Grundlage für die Vergütung entwickeln. Auch der bürokratische Aufwand der Dokumentation darf nicht unterschätzt werden. Daher bedeutet qualitätsorientierte Vergütung immer, dass nur ein-

ABBILDUNG 1

Ergebnisindikatoren von Diabetespatienten des Quality and Outcomes Framework im Vergleich 2004–2008



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Ryan AM, Doran T (2012); Grafik: G+G Wissenschaft 2013

zelne Faktoren ausgewählt werden und andere eben nicht. Dies führt bei rationalem Verhalten dazu, dass die Akteure sich auf die ausgewählten Faktoren konzentrieren (teaching to the test). Werden beispielsweise nur zehn chronische Erkrankungen berücksichtigt, bedeutet dies für alle anderen Versorgungsbereiche, dass sie aus dem Fokus verschwinden. Auch unterliegen die Leistungserbringer dem Anreiz, die Patienten nach dem Schweregrad ihrer Erkrankung zu selektieren (cherry picking), um die vereinbarten Zielgrößen mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen. Dabei können dann insbesondere Patientengruppen benachteiligt werden, die gerade eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigen (*van Herck et al. 2010*). Daher ist es wichtig, die Kriterien laufend zu verändern respektive sie so zu wählen, dass eine einfache Ausrichtung auf die berücksichtigten Faktoren nicht möglich ist.

Die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung und die Gefahr von ungewollten Nebenwirkungen sind die maßgeblichen Gründe dafür, dass die qualitätsorientierte Vergütung in Deutschland noch am Anfang ihrer Entwicklung steht. Erste Pilotprojekte stehen jedoch für das steigende Interesse. So setzen nicht nur lokale Arztnetze auf Bestandteile der qualitätsorientierten Vergütung. Beispielsweise hat auch der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK Baden-Württemberg, dem Hausärzteverband und dem Medi-Verbund mit mehr als einer Million eingeschriebenen Versicherten und gut 3.500 Hausärzten in seinem Vergütungssystem P4P-Elemente integriert.

Diese Pilotprojekte schlagen den richtigen Weg ein und implementieren P4P als eine Komponente im Rahmen eines aus verschiedenen Vergütungsinstrumenten bestehenden Gesamtsystems. Damit P4P seine Anreizwirkung entfalten kann, müssen die finanziellen Auswirkungen der qualitätsabhängigen Vergütung jedoch ausreichend hoch sein und eine kritische Schwelle von mindestens zwei Prozent überschreiten (*Amelung und Zahn 2009*). Dieser Anteil wird in Deutschland zumeist nicht erreicht. Um eine Verunsicherung der Leistungserbringer zu vermeiden, bietet es sich an, P4P nicht auf Ebene des einzelnen Arztes, sondern bei Arztgruppen einzusetzen. Je größer die betroffene Gruppe ist, desto höher kann generell der qualitätsorientierte Anteil liegen. Hier gilt es jedoch abzuwägen, da bei höherer Anzahl der betroffenen Leistungserbringer der Einfluss der Verhaltensänderung auf den Einzelnen abnimmt. Daneben ist die Kombination mit nicht monetären Anreizen ein entscheidender Erfolgsfaktor. Dies betrifft insbesondere das Public Reporting. Die Reputation kann eine größere Motivationswirkung auf die Leistungserbringer haben als monetäre Aspekte. Wenn Qualitätsorientierung ernst gemeint ist, die Bewertungskriterien gemeinsam entwickelt wurden und generell akzeptiert sind, besteht kein Grund, die Ergebnisse nicht transparent zu machen.

Letztlich ist P4P immer im Kontext eines komplexen Führungskonzepts zu verstehen. Eine effiziente Versorgungssteuerung kann nicht allein über das Honorierungssystem erreicht werden. Weitere Instrumente des Managed Care wie die richtige Auswahl der Leistungserbringer im Rahmen von Selektivverträgen, Maßnahmen des Qualitätsmanagements und effektive Kontrollmechanismen hinsichtlich des Verhaltens der Akteure müssen hinzukommen. Dann kann P4P einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, von der reinen Mengenorientierung hin zu einer Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen zu kommen.

7 Fazit – Budgetierung oder Ökonomisierung der Medizin!?

Kein Gesundheitswesen kommt umhin, bei der Gestaltung des ärztlichen Honorierungssystems eine grundlegende Entscheidung zu fällen: Soll Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung genommen werden oder nicht? Je nachdem, wie die Antwort auf diese Frage ausfällt, müssen die daraus folgenden Konsequenzen in Kauf genommen werden. Entscheidet man sich gegen eine Einflussnahme, kann die Honorierung in Form eines festen Gehalts, einer Kopfpauschale oder einer Einzelleistungsvergütung erfolgen. Sind die Leistungserbringer rein intrinsisch motiviert, Patienten die beste Versorgung zukommen zu lassen, wären weitere Steuerungsmaßnahmen nicht notwendig. Unterstellt man jedoch eigennutzmaximierendes Verhalten, so sind in den ersten beiden Fällen Unterversorgung beziehungsweise im letzteren Fall Überversorgung zu befürchten. Während die Unterversorgung weder aus ethischer Sicht vertretbar noch aus volkswirtschaftlicher Perspektive sinnvoll ist, erzwingt Überversorgung aufgrund der begrenzten Ressourcen eine Budgetierung.

Alternativ kann über die gezielte Setzung von Anreizen der Charakter der Gesundheitsversorgung in Richtung eines Marktes um Patienten und eines Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern verändert werden. Künstlich initiierten Wettbewerben ist jedoch immer die Gefahr ungewollter Ausweichreaktionen und Wirkungen inhärent. Unabdingbar ist es, Mechanismen einzubauen, die verhindern, dass Zugangsbarrieren aufgebaut werden und vulnerable Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Obdachlose bei ökonomisch agierenden Ärzten schwerer Zugang erhalten. Das Anreizsystem ist so zu gestalten, dass Patienten vor negativen Selektionsanreizen geschützt werden.

Entscheidet man sich gegen die Budgetierung und für die Ökonomisierung, dann kann über die Implementierung von P4P-Elementen ein qualitätsorientierter Wettbewerb in Gang gesetzt werden. Von daher gehört P4P auch zu den wenigen gesundheitspolitischen Reformthemen, die von allen Seiten,

sei es der Politik, der Leistungserbringer oder der Financier, durchaus wohlwollend aufgegriffen werden. Die Zustimmung steigt in gleichem Maße, wie die Akteure sich von ihr zumindest im Vorhinein eine „Win-win-Situation“ erhoffen können. Vonseiten der Ärzte ist dies gegeben, wenn die qualitätsorientierten Vergütungsanteile über zusätzliche Gelder „on Top“ finanziert werden. Vonseiten der Krankenkassen hingegen besitzt P4P eine hohe Attraktivität, wenn die vorhandenen Mittel zwischen den Leistungserbringern über den Qualitätswettbewerb umverteilt werden, da eine qualitativ hochwertige Versorgung zukünftig zu geringeren Kosten führen kann. Aus Sicht der Politik kann P4P dazu genutzt werden, über den hierdurch verstärkten Wettbewerb das Beharrungsvermögen der Akteure im Gesundheitssystem, an hergebrachten Strukturen festhalten zu wollen, ein Stück weit aufzubrechen. P4P kann dazu beitragen, die Dynamik in der Ausbreitung innovativer Versorgungsformen zu erhöhen und die Marktdurchdringung moderner Technologien wie eine elektronische Patientenakte oder Telemedizin zu befördern.

Der wichtigste Vorteil von P4P liegt aber darin begründet, dass es die Entscheider dazu zwingt, über Ziele zu sprechen und diese zu quantifizieren. Was ist wichtig? Was ist erreichbar? Wie können wir es erreichen? Ein Gesundheitswesen, das darauf aufbaut, dass die Akteure sich in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit diesen Fragen auseinandersetzen, befindet sich auf einem richtigen und nachhaltigen Weg.

Literatur

- Amelung VE, Zahn TP (2009):** Pay-for-Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität; Studie im Auftrag der DxCG Gesundheitsanalytik GmbH, Berlin
- Binswanger M (2010):** Sinnlose Wettbewerbe – Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Freiburg im Breisgau: Herder
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E et al. (2009):** Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *New England Journal of Medicine*, Band 361, 368–378
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O (2013):** Effects of pay for performance in health care. *Health Policy*; doi:pil: S0168-8510(13)00018-3
- Eijkenaar F (2012):** Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. *Medical Care Research and Review*, Band 96, Heft 3, 251–276
- Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S et al. (2011):** An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Gillam JS, Siriwardena AN, Steel N (2012):** Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework – A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*, Band 10, Heft 5, 461–468
- Gosden T, Forland F, Kristiansen I et al. (2000):** Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Greene RA, Beckman H, Chamberlain J et al. (2004):** Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling, and financial incentives. *The American Journal of Managed Care*, Band 10, Heft 10, 670–678
- IOM (Institute of Medicine) (2001):** Crossing the Quality Chasm – A new Health System for the 21st century. Washington DC: National Academy Press
- Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM (2012):** The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes. *New England Journal of Medicine*, Band 366, 1606–1615
- Kirschner K, Braspenning J, Annelies Jacobs JE, Grol R (2012):** Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Family Practice*, Band 13, Heft 25
- Kouides, RW, Bennett NM, Lewis B et al. (1998):** Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *The Primary-Care Physicians of Monroe County. American Journal of Preventive Medicine*, Band 14, Heft 2, 89–95
- Levin-Scherz J, DeVita N, Timbie J (2006):** Impact of pay-for-performance contracts and network registry on diabetes and asthma HEDIS measures in an integrated delivery network. *Medical Care Research and Review*, Band 63, Heft 1, Supplement, 14S–28S
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S et al. (2007):** Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *New England Journal of Medicine*, Band 356, 486–496

McDonald R, Roland M (2009): Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. *Annals of Family Medicine*, Band 7, Heft 2, 121–127

Metersky ML (2000): Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia. *Archives of Internal Medicine*, Band 160, 3385–3391

NHS (2011): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12; www.nhsemployers.org

Petersen LA, Woodard LD, Urech T et al. (2006): Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Annals of Internal Medicine*, Band 145, Heft 4, 265–272

Rosenthal MB, Landon BE, Normand SLT et al. (2006a): Pay for Performance in Commercial HMOs. *New England Journal of Medicine*, Band 355, 1895–1902

Rosenthal MB, Frank RG (2006b): What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*, Band 63, Heft 2, 135–157

Ryan AM, Doran T (2012): The Effect of Improving Process of Care on Patient Outcomes. *Medical Care*, Band 50, Heft 3, 191–199

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Gutachten 2007), Baden-Baden: Nomos

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sondergutachten 2012), Bonn

Thomson S, Osborn R, Squires D et al. (2011): *International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund

Veit Ch, Hertle D, Bungard S et al. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. BQS Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Düsseldorf

van Herck P, De Smedt D, Annemans L et al. (2010): Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*, Band 10, 247

DIE AUTOREN



Prof. Dr. oec. Volker Amelung,

Jahrgang 1965, Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule St. Gallen und an der Universität Paris-Dauphine. Tätigkeiten an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg, mehrere Jahre als Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. 2001 Berufung zum Universitätsprofessor an der Medizinischen Hochschule Hannover für Gesundheitsmanagement und Gesundheitssystemforschung. Diverse Lehraufträge in Wien (Medizinische Universität und



Sören Jensen, Dipl.-Ök.,

Jahrgang 1986, Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Leibniz Universität Hannover. Seit 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsinteressen: Pay-for-



Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Christian Krauth,

Jahrgang 1962, Studium und Promotion Volkswirtschaftslehre, Politikwissenschaft und Philosophie, Universität Münster. 2005 Habilitation „Gesundheitsökonomische Evaluation bei chronischen Erkrankungen“ an der Medizinischen Hochschule Hannover. Leiter des Arbeitsbereichs Gesundheitsökonomie am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover.



Dr. rer. pol. Sascha Wolf,

Jahrgang 1975, Studium der Volkswirtschaftslehre an der Humboldt-Universität zu Berlin, der Universität Erlangen-Nürnberg und der Universität Linköping. Danach Doktorand bei der Stiftung Marktwirtschaft und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Öffentliche Finanzen, Wettbewerb und Institutionen

Wirtschaftsuniversität), an der Columbia University (New York/NY), der TiasNimbas Business School (NL), der Fachhochschule Kärnten, der European Business School (EBS) sowie an der TU Braunschweig. Forschungsschwerpunkte: Managed Care, Integrierte Versorgung, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsmanagement. Seit 2007 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V. 2011 Gründung des inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin.

Performance, Integrierte Versorgung, Gesundheitsökonomische Evaluation. Dissertationsthema: Pay-for-Performance in der hausärztlichen Versorgung.

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsökonomische Evaluation, Versorgungsforschung und Gesundheitssystemforschung. Mitglied mehrerer nationaler und internationaler Arbeitsgruppen, unter anderem Sprecher der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie Zweiter Sprecher des Ausschusses Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

der Humboldt-Universität. 2008 Promotion zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. Bis 2011 stellvertretender Leiter der volkswirtschaftlichen Abteilung und Fachgebietsleiter Gesundheitswirtschaft beim Wirtschaftsrat der CDU e. V. Seit August 2011 Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care e. V.

Kernelemente einer ambulanten ärztlichen Gebührenordnung in einem einheitlichen Krankenversicherungssystem

von Anke Walendzik¹

ABSTRACT

Die beiden bestehenden ambulanten ärztlichen Vergütungssysteme für GKV und PKV erweisen sich, insbesondere in ihrem Zusammenwirken, als nicht geeignet, Anreize zu einer bedarfsgerechten effektiven und effizienten medizinischen Versorgung zu setzen und gleichzeitig leistungsgerecht zu honorieren. Der vorliegende Aufsatz befasst sich mit möglichen Kernelementen einer neuen Honorarordnung im Rahmen eines einheitlichen Krankenversicherungssystems im Hinblick auf diese Ziele. Ein Schwerpunkt liegt auf dem Einsatz morbiditätsbasierter Pauschalen und qualitätsbezogener Vergütungsanteile (Pay-for-Performance). Darauf aufbauend werden institutionelle Rahmenbedingungen, eine mögliche Differenzierung der Gebührenordnung nach ärztlicher Versorgungsfunktion und die Frage nach der Notwendigkeit einer Mengenbegrenzung in Form eines Budgets behandelt. Schließlich wird der Umgang mit möglichen Honorarverlusten niedergelassener Ärzte im Zuge einer Systemkonvergenzphase diskutiert. Dabei kommen auch Grundmodelle der Ausgestaltung einer möglichen Kompensation zur Sprache.

Schlüsselwörter: Ambulante ärztliche Vergütung, Morbiditätsorientierung, Bürgerversicherung, duales Krankenversicherungssystem, Konvergenz, Pay-for-Performance

The two existing outpatient remuneration systems in statutory health insurance and private health insurance prove to be – particularly in their interaction – not suitable to provide incentives for an effective and efficient medical care and, at the same time, performance-based remuneration. This paper deals with possible key elements of a new payment system within the framework of a joint health insurance system in pursuit of these objectives. One focus is on morbidity-oriented lump sums and quality-related components (pay for performance). On this basis, an institutional framework, a possible differentiation of fees according to medical care function and the question whether a limitation of volumes in form of a budget is necessary are discussed. Finally, the paper discusses how possible fee losses of office-based physicians in the context of a system convergence phase should be handled and presents basic configurations of a possible compensation scheme.

Keywords: outpatient medical remuneration, morbidity orientation, joint health insurance, dual health insurance system, convergence, pay for performance

1 Einleitung: Das duale Krankenversicherungssystem – Reformansätze

Als einziges Land in Europa organisiert Deutschland die Versicherung des Leistungskatalogs der sozialen Krankenversicherung in zwei unterschiedlichen Versicherungssystemen, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV). Jedoch ist der sogenannte

„Systemwettbewerb“ durch seine Rahmenbedingungen (zum Beispiel Wahlfreiheit nur für eine Minderheit von Versicherten ohne Versicherungspflicht in der GKV und ohne höhere Gesundheitsrisiken, keine realen Wechselmöglichkeiten innerhalb der PKV etc.) kaum dazu geeignet, Effizienzvorteile zu heben (Jacobs und Schulze 2004). Gleichzeitig ergeben sich deutlich negative Verteilungseffekte, indem sich junge gesunde Menschen mit hohem Einkommen der Solidarität

¹Dr. rer. medic. Anke Walendzik, Alfried Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhl für Medizin-Management, Universität Duisburg-Essen Schützenbahn 70 · 45127 Essen · Telefon: 0201 183-4545 · Telefax: 0201 183-4073 · E-Mail: anke.walendzik@medman.uni-due.de

innerhalb der GKV entziehen können (Buchner et al. 2007). Insofern erscheint eine angestrebte Reformierung mit Zielrichtung auf ein einheitliches Krankenversicherungssystem in den Programmen sowohl der SPD als auch der Grünen als folgerichtig (32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz der Grünen 2010; SPD-Parteitag 2011). Damit steht auch die Reform des ambulanten ärztlichen Vergütungssystems auf der Agenda. Anders als im stationären Bereich, wo nur Mehrleistungen wie Chefarztbehandlung und Hotelleistungen für PKV-Patienten zusätzlich zu den Pauschalen des DRG-Systems vergütet werden, existieren im ambulanten ärztlichen Bereich zwei unabhängige Vergütungssysteme: die Gebührenordnung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs im Rahmen der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen für die GKV und die Gebührenordnung für Ärzte für sogenannte Privatpatienten. Die problematischen Steuerungswirkungen der beiden Vergütungssysteme im Zusammenspiel, zum Beispiel hinsichtlich unterschiedlicher Wartezeiten beim Zugang zur fachärztlichen Versorgung, haben wesentlich zur Diskussion um das duale Versicherungssystem beigetragen. In einem einheitlichen Versicherungssystem stellt sich die Frage einer Neugestaltung, bei der die Erfahrungen aus beiden bisherigen Vergütungssystemen berücksichtigt werden, jedenfalls soweit ein kollektives Vergütungssystem angestrebt wird.

2 Implementierung eines einheitlichen ambulanten Vergütungssystems

Ausgangspunkt für die Entscheidung über die Struktur eines einheitlichen Vergütungssystems ist die Frage, welche Ziele eine Honorarordnung im Rahmen der medizinischen Versorgung erreichen soll. Erst mit Bezug auf diese Ziele können bisher implementierte Vergütungssysteme bewertet und Kernelemente eines künftigen einheitlichen Vergütungssystems formuliert werden.

2.1 Ziele von medizinischen Vergütungssystemen

Vergütungssysteme für medizinische Leistungserbringer sind in der Regel auf zwei verschiedene Ziele hin ausgerichtet: Sie sollen zum einen fair gegenüber den Leistungserbringern gestaltet sein, zum anderen sind sie auch wichtig, um eine effiziente und effektive Versorgung von Patienten zu fördern (Ellis und McGuire 1993). Somit sind Vergütungssysteme immer im Versorgungskontext zu sehen. Zur Effizienz gehört dabei auch, die Vergütungsanreize an der Qualität der zu erbringenden Leistungen auszurichten.

Es gilt als gesichert, dass Leistungserbringer auf ökonomische Anreize reagieren (Christianson und Conrad 2011). Das Vergütungssystem soll daher genutzt werden, Anreize so zu

setzen, dass der – gesellschaftlich akzeptierte – Versorgungsbedarf von Patienten in Art und Umfang effizient und effektiv gedeckt wird. Zu klären ist dabei zunächst, wie dieser Bedarf zu ermitteln ist. Ein vom Gesetzgeber für die Honorarreform 2009 formulierter Faktor für den Bedarf stellt die Morbidität der zu versorgenden Patientenpopulation dar. Weitere Faktoren wirken auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (nachfrageseitige wie zum Beispiel der Sozialstatus, aber auch angebotsseitige wie die Arztdichte). Diese werden aber weder vom Gesetzgeber in die Regulierung der ambulanten ärztlichen Vergütung (und auch des Morbi-RSA) einbezogen noch besteht bisher ein Konsens darüber, welche davon als Einflussfaktoren auf den gesellschaftlich akzeptierten Bedarf anerkannt werden sollten.

Das Ziel Fairness gegenüber den Leistungserbringern ist schwieriger zu operationalisieren. Als eine Minimalbedingung ließe sich formulieren, dass Leistungserbringer innerhalb des Vergütungssystems unter gleichen Kosten- und Effektivitätsbedingungen gleich behandelt werden. Gleichzeitig sollten Leistungserbringer nicht für Faktoren verantwortlich gemacht werden, auf die sie keinen Einfluss haben. In diesem Zusammenhang kann auch der Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Kassen im Rahmen der Honorarreform 2009 gesehen werden, in deren Rahmen das Wachstum der Gesamtvergütungen nicht mehr an die Grundlohnsumme, sondern an geschätzte Morbiditätsveränderungen gebunden wurde.

2.2 Merkmale des derzeitigen dualen ambulanten Vergütungssystems

Wie einleitend beschrieben, gelten derzeit zwei verschiedene ambulante Vergütungssysteme für verschiedene Patientengruppen. Einerseits kann jedes einzelne System intern bezüglich seiner Zielkonformität beurteilt werden, zusätzlich gibt es jedoch auch Effekte ihres Zusammenwirkens. In Tabelle 1 sind zunächst Merkmale der zwei Gebührenordnungen, des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) für den Bereich der GKV und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für den Bereich der Privatpatienten, also der PKV-Versicherten und anderer Selbstzahler, aufgeführt.

Das ambulante Vergütungssystem für PKV-Patienten sowie für andere nicht in der GKV versicherte Personen beruht auf der GOÄ, die im Wesentlichen eine Zuordnung von Einzelleistungen und Punktzahlen vornimmt. Monetarisiert werden die Punkte mit einem fixen Punktwert, wobei der zu zahlende Betrag durch den sogenannten Steigerungsfaktor innerhalb einer Gebührenspanne variiert werden kann. Es gibt keine Budgetierung der Leistungen. Die vorherrschende Einzelleistungsvergütung, die außerdem in der Regel nicht an Indikatoren der Prozess- und/oder Ergebnisqualität gebunden ist, setzt ökonomische Anreize zu starker Leistungs-

TABELLE 1

Gebührenordnungen im Vergleich: Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

	EBM	GOÄ
rechtliche Form	Vertragliche Vereinbarung im korporativen System im Rahmen des Bewertungsausschusses	Rechtsverordnung
letzte Aktualisierung	EBM 2000plus zum 1.4.2004 EBM 2007plus zum 1.1.2008	Laborleistungen 1996, übrige Leistungen seit 1982 wesentlich gleich, aktuell geplante Reform bisher gescheitert
monetäre Bewertung	Im Bewertungsausschuss vertraglich vereinbarter Orientierungswert mit möglichen regionalen Abweichungen, durch Budgetierung faktische Punktwertdifferenzierung	feste Punktwerte, Variationsmöglichkeit durch Steigerungsfaktor im Rahmen einer Gebührenspanne
Vergütungsformen	pauschalierte Vergütungen für Leistungskomplexe, Einzelleistungsvergütung, Budget in Form der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung	Einzelleistungsvergütung
Umfang der enthaltenen Leistungen	standardisierter Leistungsumfang der GKV	zusätzlicher Leistungsumfang auch außerhalb des standardisierten Leistungsumfangs der GKV

Quelle: eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2013

ausdehnung bis hin zur Gefahr von Überversorgung. Dies schlägt sich in entsprechenden Ausgabensteigerungsraten bei gegenüber der GKV deutlich höheren absoluten Pro-Kopf-Ausgaben der PKV für die ambulante ärztliche Versorgung nieder. Abbildung 1 zeigt eine Indexdarstellung der Leistungssteigerungen pro Versichertem seit 2001.

Die gegenläufigen Interessen der PKV-Unternehmen an einer Begrenzung dieser Leistungssteigerungen einerseits und der Ärzteschaft an Erhalt und Ausbau ihrer Einnahmequellen andererseits schlagen sich in der Verzögerung der Novellierung der GOÄ nieder.

Auch im ambulanten Vergütungssystem der GKV sind, wie aus Abbildung 1 ersichtlich, deutliche Ausgabensteigerungen zu verzeichnen. Hier entsteht die Dynamik aber stärker aus der Entwicklung des Gesamtsystems als aus der Gebührenordnung selber. Die Leistungen des EBM sind unterschiedlich konstruiert; es handelt sich um eine Mischung aus in der Regel nur grob altersadjustierten Grundpauschalen, wenigen Pauschalen zu Leistungskomplexen und relativ zahlreichen Einzelleistungsvergütungen. Auch im EBM werden Vergütungen kaum an Ergebnisse der Prozess- oder gar Ergebnisqualität gebunden. Im hausärztlichen Versorgungsbereich ist der Anteil pauschalierter Leistungen größer als im fachärztlichen. Pauschalierter Vergütungsformen mit

geringer Risikoadjustierung können tendenziell als Anreiz zu Risikoselektion und Unterversorgung beziehungsweise als Anreiz zur Behandlung möglichst vieler Fälle mit wenig Aufwand wirken.

Da das Vergütungssystem grundsätzlich einer Budgetierung unterliegt, können sich Anstöße zum Ausgabenwachstum aus positiven Veränderungsdaten der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, aus der Herausnahme von Leistungen aus dem Budget und aus Preiserhöhungen, also einem höheren Punktwert, ergeben. Auf Bundesebene erfolgen hierzu Verhandlungen im Bewertungsausschuss. Auf Länderebene verhandeln die Vertragspartner direkt miteinander. Alle diese Veränderungen unterliegen gesetzlichen Rahmenbestimmungen. So kam es zum Beispiel durch die Honorarreform 2009 zu einer relativ starken Erhöhung der Gesamtvergütungen (Abbildung 1). Die Honorarverteilung, die seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 wieder wesentlich in den Händen der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, modifiziert die direkten Anreize aus dem EBM durch die jeweilige konkrete Ausgestaltung (Menge, Struktur) der Budgetierung der „Honorartöpfe“ einzelner Arztgruppen. Ein wesentlicher Kritikpunkt gegenüber dem ambulanten ärztlichen Vergütungssystem in der GKV liegt darin, dass aufgrund seines komplizierten Aufbaus nur wenige Experten in der Lage sind, seine Zusammenhänge und

Wirkmechanismen annähernd vollständig zu verstehen, und insofern wenig Transparenz auch für die betroffenen Leistungserbringer besteht.

In der Praxis ergeben sich Probleme beim Zusammenwirken der beiden ambulanten Vergütungssysteme. Für den niedergelassenen Arzt entstehen starke Anreize, PKV-Patienten vorrangig zu behandeln. Hier wirkt der Unterschied in der Vergütung je Leistung und Fall zusammen mit den Anreizen aus der Einzelleistungsstruktur der GOÄ (Walendzik et al. 2008). Dies stellt eine deutliche Verletzung für die beiden oben beschriebenen wesentlichen Zielkomplexe ärztlicher Vergütung dar, nämlich die faire Vergütung des Arztes auf der einen und die bedarfsgerechte Versorgung des Patienten auf der anderen Seite. Weder wirken die Anreize zugunsten einer morbiditätsorientierten Versorgung, noch werden gleiche ärztliche Leistungen gleich vergütet. In der Praxis führt dies zumindest zu Unterschieden bei den Wartezeiten auf einen Arzttermin (Kantar Health 2012).

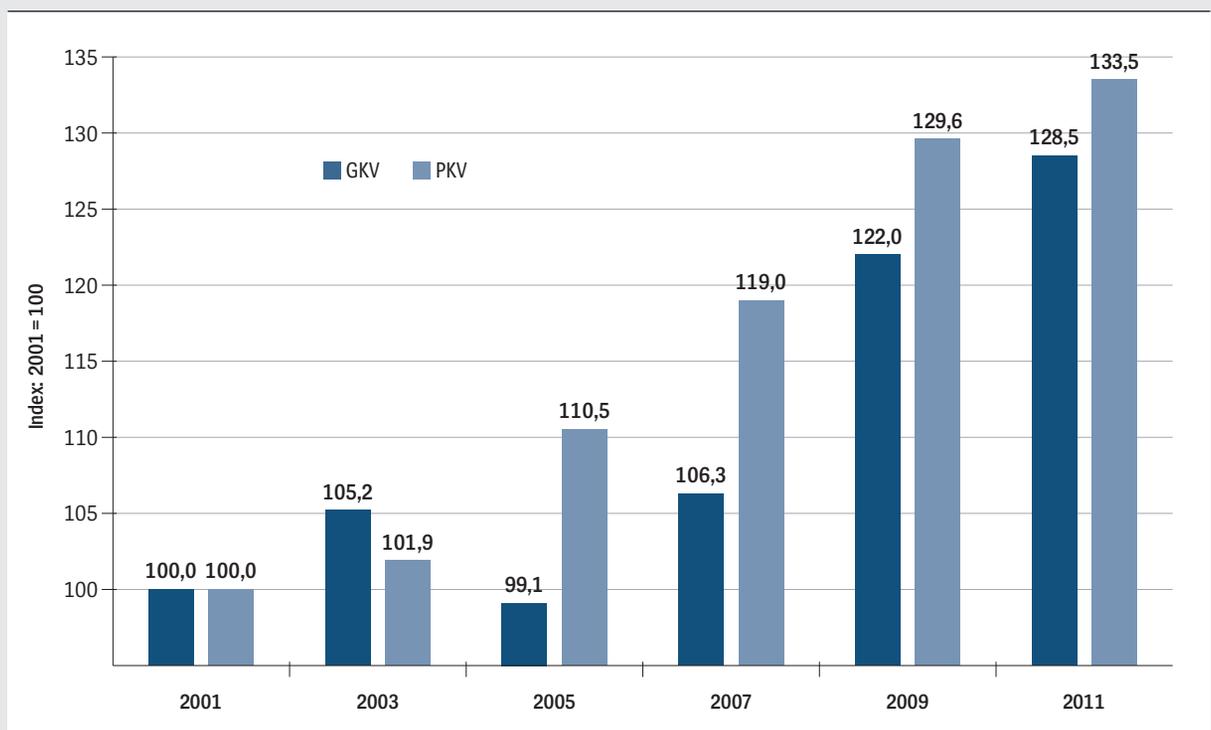
Interessant ist, dass die relative Ausgabendynamik der beiden Vergütungssysteme, wie in Abbildung 1 grob erkennbar, in den letzten Jahren nicht weit auseinanderfällt. Zwar müssten für eine exakte Analyse eines direkten Vergleichs verschiedene Entwicklungen bereinigt werden (Einführung der Praxisgebühr, Standard- und Basistarif, Veränderungen der Selbstbehalte in der PKV etc.), jedoch sollte in einer einfachen Annäherung die parallele Dynamik der Steigerungsraten bei der Diskussion um den Fortbestand der Budgetierung im gemeinsamen ambulanten Vergütungssystem beachtet werden.

Dazu kommt für beide Vergütungssysteme die fehlende Vernetzung mit der stationären Vergütungsordnung. Nach Leistungssektoren aufgebaute Vergütungssysteme können zu unerwünschten Effekten führen, indem nach den Anreizen der jeweiligen Gebührenordnung eines Behandlungssektors, aber nicht dem Patientenbedarf und seiner effektiven und effizienten Deckung entschieden wird. So wird

ABBILDUNG 1

Anstieg der Versicherungsleistungen pro Versichertem in GKV und PKV im Bereich der ambulanten ärztlichen Vergütung

Index auf Basis von 2001



Quelle: Verband der privaten Krankenversicherung (2012); Grafik: G+G Wissenschaft 2013

eine mögliche ambulante Leistungserbringung teilweise aus wirtschaftlichen Gründen vermieden (*Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012*).

2.3 Aufbau eines neuen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems

Aus der Analyse der beiden Vergütungssysteme EBM und GÖA lassen sich wesentliche Elemente des neuen gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems ableiten. Für seine Ausführung bedarf es neuer institutioneller Lösungen. Wegen des unterschiedlichen Leistungsumfangs in GKV und PKV ist der Leistungsumfang der neuen Vergütungsordnung zu diskutieren. Schließlich muss der Frage nachgegangen werden, wie unterschiedliche Aufgaben der Versorgungsbereiche (hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich) und verschiedener Arztgruppen sich im Aufbau der neuen Gebührenordnung niederschlagen sollen.

2.3.1 Kernelemente

Generell lässt sich feststellen, dass mit nur einer Vergütungsform konstruierte Vergütungssysteme (wie im Wesentlichen die GOÄ) für medizinische Leistungserbringer unerwünschte ökonomische Anreize auslösen, sodass eine Ausbalancierung der Anreizwirkungen einer Gebührenordnung am ehesten im Rahmen einer Kombination verschiedener Elemente gelingen kann. Pauschalen sollten zur Vermeidung von Risikoselektion und Unterversorgung ausreichend differenziert beziehungsweise risikoadjustiert sein nach dem zu erwartenden Behandlungsbedarf des Patienten. Es bieten sich also morbiditätsdifferenzierte Pauschalen an, die so weit wie möglich an Qualitätsvoraussetzungen der Struktur und Prozessqualität zu binden sind. Eine solche Gestaltung der Pauschalen entspricht auch der politischen Entscheidung für eine generelle Morbiditätsorientierung des Vergütungssystems im Rahmen der Honorarreform 2009. Dabei sollte die Differenzierung im haus- und im fachärztlichen Bereich sinnvollerweise unterschiedlich tief ausfallen. Morbiditätsbezogene Pauschalen im fachärztlichen Bereich bieten den Vorteil einer gezielten Harmonisierung mit dem DRG-System. Selten erbrachte sowie besonders förderungswürdige Leistungen sind nur als Einzelleistungen oder als kleine Komplexpauschalen sinnvoll zu vergüten. Alle Leistungsbewertungen – unabhängig von der Vergütungsform – sollten regelhaft auf betriebswirtschaftlicher Basis und gesicherter Datenbasis erstellt werden; Fixkostenanteile sollten dabei einer Mengendegression unterliegen. Wichtig sind weiterhin bisher weder im GKV- noch im PKV-System verwirklichte Elemente von ergebnisorientierter Vergütung (Pay-for-Performance oder P4P). Im Vordergrund stehen sollten hier Maße der Ergebnis-, wenn nötig auch Prozessqualität. Da hier noch Entwicklungsarbeit zur Auswahl angemessener Indikatoren geleistet werden muss, kann zunächst nur

ein kleiner Teil der ambulanten Vergütung angebunden an P4P verteilt werden, der im Laufe der Zeit gesteigert werden kann. Dabei kann zunächst an bestehenden Indikatorensets, zum Beispiel denjenigen der AOK und der KBV, angeknüpft werden.

2.3.2 Institutionen

Die Einführung eines gemeinsamen ambulanten und mit dem stationären Bereich harmonisierten Vergütungssystems bedarf eines starken und unabhängigen Instituts, damit Gebührenordnungspositionen regelorientiert, das heißt basierend auf empirischen Erhebungen und betriebswirtschaftlichen Kalkulationsmodellen entwickelt werden können. In dem Zusammenhang könnte es sich als sinnvoll erweisen, das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) und das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) zusammenzulegen. Die Trägerschaft sollte weiterhin paritätisch durch den GKV-Spitzenverband und die Organisationen der betroffenen Leistungserbringer auf Bundesebene, also KBV und Deutsche Krankenhausgesellschaft, erfolgen. Hier sind unterschiedliche institutionelle Ausgestaltungen denkbar, zum Beispiel eine Anbindung an den GBA oder aber an einen ergänzten Bewertungsausschuss. Um eine Blockierung der Arbeit des Instituts zu vermeiden, sollten nicht lösbare Meinungsverschiedenheiten bei der Ausgestaltung der Gebührenordnung eine Ersatzvornahme des Bundesministeriums für Gesundheit auslösen. In den Aufgabenbereich des Instituts sollte auch die (Weiter-)Entwicklung der ambulanten Kodierrichtlinien fallen, die angesichts der immer stärkeren Bedeutung der Morbiditätsorientierung in der ambulanten Vergütung verpflichtend vorgegeben werden sollten. Gleichzeitig sollte die Arbeit an Qualitätsindikatoren verstetigt werden. Denkbar wäre hier institutionell die Erweiterung des Aufgabenkreises des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG) oder aber des neu zusammengefassten Vergütungsinstituts. Auch hier sollte die Perspektive sektorübergreifend sein.

2.3.3 Geltungsbereich

Die bisherige GOÄ umfasst im ambulanten Bereich, anders als der EBM, auch Leistungen außerhalb des GKV-Leistungsumfangs. Es stellt sich insofern die Frage, ob das zukünftige ambulante Vergütungssystem sich auf den Leistungsumfang des neuen gemeinsamen Krankenversicherungssystems, der auf dem GKV-Leistungskatalog aufsetzen sollte, beschränken oder darüber hinausgehen soll. Für Ersteres könnte sprechen, dass die Legitimität der Entscheidung der korporativen Institutionen über die Vergütung von Leistungen an die Finanzierung dieser Leistungen über das soziale Versicherungssystem gebunden ist. Andererseits ist es für den Einschluss weiterer, nicht im gemeinsamen Versicherungssystem finanzierter Leistungen durchaus denkbar, für diese Gebührenordnungspositionen auch weitere Institutionen an

der Trägerschaft der Beschlussgremien zu beteiligen oder grundsätzlich ein anderes Verfahren zu wählen. So könnten zum Beispiel wie bisher bei der GOÄ weitere Gebührenordnungspositionen über Rechtsverordnung hinzugefügt werden, aber auch hier unter Nutzung der einheitlichen Kalkulationsmethodik und der Kompetenz des neuen Instituts. Die Frage ist jedoch auch im Kontext der in zunehmendem Umfang erbrachten „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) und der uneinheitlichen Qualität der zugänglichen Informationsquellen zu sehen (Fürstenberg et al. 2012). Der GBA könnte beauftragt werden, auf Basis eines von ihm zu entwickelnden Kriterienkatalogs eine Zusammenstellung empfehlenswerter Leistungen im Sinne der bisherigen IGeL-Leistungen mit Patientennutzen vorzunehmen. Die Aufnahme solcher entsprechend ausgewählter zusätzlicher Gebührenordnungspositionen außerhalb des Leistungsumfangs des gemeinsamen Versicherungssystems könnte von einem systematisch aufgearbeiteten Informationsangebot begleitet werden.

2.3.4 Differenzierung nach ärztlicher Versorgungsfunktion

Während im hausärztlichen Bereich in weiten Strecken ein gemeinsamer Grundleistungsbereich für die überwiegende Zahl von Patienten festgestellt werden kann und vor allem chronisch kranke Menschen besonderen Behandlungsaufwand erfordern, sind die Behandlungsanlässe im fachärztlichen Bereich differenzierter. Es erscheint insofern sinnvoll, den Morbiditätsbezug in der Vergütungsstruktur in den beiden Versorgungsbereichen unterschiedlich zu gestalten.

In Tabelle 2 ist ein mögliches Vergütungssystem im ambulanten Bereich skizziert, im Aufbau jeweils angepasst an den Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppen. Es kombiniert alters- und morbiditätsorientierte Fallpauschalen, je nach Versorgungsaufgaben der jeweiligen Arztgruppen im ambulanten Bereich unterschiedlich differenziert, mit Einzelleistungsvergütungen und Komplexpauschalen sowie Elementen von P4P. Dabei wird nicht nur zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich unterschieden, indem im hausärztlichen Bereich die morbiditätsbasierten Pauschalen allgemeiner und auf die Versorgung chronischer Erkrankungen orientiert sind und im fachärztlichen Bereich der spezielle Diagnosebezug und eine anzustrebende Harmonisierung mit dem DRG-System im Vordergrund stehen. Zusätzlich wird auch innerhalb des fachärztlichen Bereiches zwischen der Vergütung von Fachgruppen mit Aufgaben der Grundversorgung und von Fachgruppen mit Schwerpunkt in der hochspezialisierten Versorgung differenziert. Bei diesen sollten zum Beispiel allgemeine alters- und geschlechtsspezifische Pauschalen keine Rolle spielen. Die Struktur der Vergütung für hoch spezialisierte Fachärzte könnte auch – bei Fortbestand der entsprechenden gesetzlichen Regelungen beziehungsweise zumindest kollektivvertraglicher Regelungen für die Vergütung in diesem Bereich – auf den spezialfachärztlichen Bereich übertragen werden.

2.3.5 Mengenbegrenzung ja oder nein?

Während die Vergütung per GOÄ keine Mengenbegrenzungen kennt, ist das ambulante ärztliche Vergütungssystem in der GKV seit den 1990er Jahren durch Budgetierung gekenn-

TABELLE 2

Idealtypische Konstruktion eines gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems

Versorgungsbereich	Hausärztlicher Versorgungsbereich	Fachärztlicher Versorgungsbereich	
		Fachärzte der Grundversorgung	Fachärzte der hochspezialisierten Versorgung
Altersadjustierte Fallpauschalen	Altersadjustierte Fallpauschalen	gegebenenfalls altersadjustierte Fallpauschalen	–
Morbiditätsbezogene Pauschalen	Chronikerpauschalen, gebunden an Parameter der Prozess- und Strukturqualität, Koordinationstätigkeit, gegebenenfalls Zuschläge für Multimorbidität	Arztgruppenbezogene morbiditätsbasierte Pauschalen, gebunden an Parameter der Prozess- und Strukturqualität, wo möglich Harmonisierung mit DRG-System	Arztgruppenbezogene morbiditätsbasierte Pauschalen, gebunden an Parameter der Prozess- und Strukturqualität, Harmonisierung mit DRG-System
Sonstige Vergütungselemente	Einzelleistungsvergütungen und Komplexpauschalen für besonders förderungswürdige sowie seltene Leistungen		
Pay-for-Performance (P4P)	Vergütungsanteil P4P, anhand von Parametern der Ergebnis- und der Prozessqualität		

Quelle: WISO Diskurs 2013, eigene Darstellung; G+G Wissenschaft 2013

zeichnet. Es stellt sich die Frage, inwiefern ein gemeinsames wie oben skizziertes Vergütungssystem weiterhin der Deckung bedarf.

Für die Diskussion um eine mögliche Aufhebung der Budgetierung ist die Einschätzung der zu erwartenden Wachstumsraten der ärztlichen Leistungsmengen wichtig. Für eine relativ begrenzte Wachstumsdynamik könnte sprechen, dass in den letzten Jahren in den meisten kassenärztlichen Vereinigungen abnehmende Abstaffelungsquoten festzustellen sind, das heißt, die vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen steigen stärker als die erbrachte Leistungsmenge. Anders ausgedrückt: Die Mengendynamik, ausgelöst durch Verhandlungsergebnisse, ist größer als die Mengendynamik, die bei der Leistungserbringung aus den Anreizen aus EBM und Honorarverteilung entsteht. Dies spricht für eine begrenzte Mengendynamik bei der Leistungserbringung innerhalb der derzeitigen Strukturen. Absolut jedoch liegen die tatsächlich erbrachten immer noch deutlich über den vereinbarten Mengen, sodass bei einer möglichen Einführung eines nicht budgetierten Systems gegebenenfalls zu Beginn Preisanpassungen notwendig werden könnten. Für eine Begrenzung der Wachstumsdynamik der Mengenentwicklung im zukünftigen Vergütungssystem spricht weiterhin, dass aufgrund der stärkeren Pauschalierung durch morbiditätsbasierte Pauschalen weniger treibende Effekte über Einzelleistungsvergütungen zu erwarten sind.

Allerdings könnte die derzeitige verminderte Mengendynamik auch zumindest in Teilen der derzeitigen Budgetierung und ihrer Realisierung in der Honorarverteilung geschuldet sein statt zum Beispiel möglicher Kapazitätsgrenzen der niedergelassenen Ärzte. Auch deuten aktuelle Untersuchungen der ambulanten Kodierqualität darauf hin, dass – gerade wegen des Aussetzens der verpflichtenden Anwendung der ambulanten Kodierrichtlinien – der Rightcoding-Prozess noch nicht abgeschlossen ist (*Ozegowski 2013*).

Insofern können bei einer völligen Aufhebung der Budgetierung Mengenrisiken oberhalb der morbiditätsbedingten Veränderungsraten zumindest nicht ausgeschlossen werden. Entscheidet sich der Gesetzgeber demzufolge für eine Fortsetzung der Mengenbegrenzung, so stellt sich die Frage der Honorarverteilung innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese ist durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz seit 2012 regionalisiert worden und der Einwirkung der Krankenkassen über eine bloße Benehmensregelung weitgehend entzogen. Um die Wirkmechanismen gesellschaftlich erwünschter Steuerungseffekte der neuen Gebührenordnung auch durch die Honorarverteilungsmaßstäbe der einzelnen KVen hindurch abzusichern, sollte die Honorarverteilung wieder im Einvernehmen durch die Vertragspartner erfolgen.

2.4 Übergangsprobleme und Konvergenzphase

Für den Übergang in ein gemeinsames Versicherungssystem sind unterschiedliche Szenarien denkbar. Politisch relativ unwahrscheinlich erscheint die Extremvariante des sofortigen Übergangs aller Versicherten in das neue einheitliche Versicherungssystem. Dagegen sind gleitende Übergänge bei Schließen der Neuzugangsmöglichkeit zur PKV mit oder ohne Optionszeitraum, in dem bisher PKV-Versicherte in das gemeinsame Versicherungssystem freiwillig wechseln können, eher wahrscheinlich. So sind also schon bei der Reform des Versicherungssystems Konvergenzlösungen anzunehmen, die erst mittelfristig in einen vollständigen Übergang in das neue gemeinsame Versicherungssystem münden. Damit verbunden ergeben sich unterschiedliche Möglichkeiten zur Einführung des gemeinsamen ambulanten Vergütungssystems. Sollte es im Rahmen der Umstellung bei dem Vergütungsniveau der bisherigen GKV bleiben, stellt sich die Frage nach einer Kompensation der ärztlichen Umsatz- und Einkommensverluste.

Sowohl bei einem sofortigen Übergang in das neue Versicherungssystem als auch im Rahmen eines Konvergenzszenarios wäre eine sofortige Einführung einer gemeinsamen ambulanten Vergütungsordnung denkbar. Bei einer sofortigen Angleichung des Vergütungssystems unter teilweise Fortbestand des PKV-Vollversicherungssystems ist allerdings zu bedenken, dass dieser Schritt das PKV-System besonders im Fall einer Kompensation der ärztlichen Honorarverluste auf Kosten der einheitlichen neuen Krankenversicherung finanziell stützen würde. Ein weiteres Konvergenzszenarium wäre die Einführung der neuen ambulanten Vergütungsordnung nur im Rahmen eines gemeinsamen Versicherungssystems. Die GOÄ würde in diesem Fall nur für die in der PKV verbleibenden Versicherten weiter gelten.

Setzt die neue Vergütungsordnung auf dem Niveau der bisherigen GKV-Vergütung auf, so würden ohne weitere Maßnahmen in allen Szenarien Umsatz- und Einkommensverluste für die niedergelassenen Ärzte resultieren. Diese entstünden sowohl zum Zeitpunkt des Systemübergangs (außer im Modell der Trennung der Versicherungssysteme ohne Optionszeitraum) als auch in der weiteren zeitlichen Perspektive durch fehlende Neuzugänge in der PKV und entgangene Mehrerlöse durch den demografisch bedingten Mehrbedarf der insgesamt entgangenen Versicherten (*Wasem et al. 2013*). Bei einem sofortigen vollständigen Systemübergang dürften ärztliche Honorareinnahmen in der Höhe von vier bis 4,5 Milliarden Euro entfallen. Beim Übergangsszenario ohne Optionszeitraum entsteht erst in den folgenden Jahren ein ansteigender Honorarverlust.

Für eine Kompensation dieser Honorarverluste könnte sprechen, dass die Investitionsentscheidungen der nieder-

gelassenen Ärzte im Vertrauen auf die Systemstabilität getroffen worden sind, insofern also ein Vertrauensschutz angemessen wäre. Weiterhin könnte argumentiert werden, dass das bisherige Vergütungsniveau zur Aufrechterhaltung des Versorgungsniveaus notwendig sei, weil nur so notwendige Investitionen getätigt werden könnten. Demgegenüber werden auch andere Gruppen in und außerhalb des Gesundheitswesens nicht grundsätzlich für reformbedingte Systemveränderungen entschädigt. Weiterhin könnte erwidert werden, dass auch bei Fortbestand des PKV-Vollversicherungssystems früher oder später die Notwendigkeit bestanden hätte, im Sinne des Erhalts dieses Systems die ambulanten Vergütungsunterschiede abzuschmelzen. Denkbar sind verschiedene Auflösungen dieses Gegensatzes, angefangen zum Beispiel bei einer prozentualen Teilkompensation bis zur Begrenzung des Kompensationszeitraums oder einer generell zeitlich degressiv ausgestalteten, also im Laufe der Zeit anteilig sinkenden Kompensation.

Wird zugunsten einer Kompensation der Honorarausfälle entschieden, so stellt sich die Frage ihrer Verteilung zwischen den KV-Regionen und den einzelnen Arztpraxen. Hier sind verschiedene Ansätze möglich. Zunächst könnten die Kompensationszahlungen sowohl regional als auch innerhalb der Praxen nach der Höhe der tatsächlichen Honorarverluste erfolgen. Eine solche Vorgehensweise würde dem Vertrauensschutz-Argument entsprechen, allerdings die oben skizzierten Anforderungen an Leistungs- und Versorgungsgerechtigkeit verfehlen. Insofern wäre eine solche Lösung allenfalls sehr kurzfristig denkbar. Weiterhin könnte die Kompensation den bisherigen Verteilungsproportionen sowohl zwischen als auch innerhalb der KVen folgen, korrigiert nur im Rahmen der Neuzugänge aus der PKV. Hier würde der Grad der Zielgerechtigkeit der Verteilung des bisherigen GKV-Systems abgebildet. Schließlich könnte die Kompensation dazu verwendet werden, sich in der Verteilung der Summe der Gesamtvergütungen einer Verteilung nach der zu versorgenden Morbidität zu nähern, wie dies im Zusammenhang mit der Honorarreform 2009 schon einmal unter dem Stichwort „Aufteilungsmodell“ diskutiert wurde (*Wasem und Walendzik 2009*). So könnte eine Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung nach dem Patientenbedarf auch hier das Leitmotiv sein (*Wasem et al. 2013*).

in Richtung einer effizienten und effektiven Patientenversorgung steuern als auch die Leistungsgerechtigkeit der Vergütung für die niedergelassenen Ärzte verbessern. Im Übergang auch und gerade gemeinsam mit der Einführung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems sind Konvergenzpfade unumgänglich. Insofern wird der vollständige Systemübergang mehrere Schritte umfassen. Wenn der Zugang der Bevölkerung zur ärztlichen Versorgung vorrangig nach Morbiditäts Gesichtspunkten erfolgen soll, ist die Einführung eines gemeinsamen ambulanten ärztlichen Vergütungssystems und seine Orientierung auf eine bedarfsgerechte effiziente und effektive medizinische Versorgung prioritär.

3 Fazit

Das duale ambulante Vergütungssystem in einem dualen Krankenvollversicherungssystem wird grundlegenden Zielsetzungen an Vergütungssysteme für medizinische Leistungserbringer nur wenig gerecht. Ein einheitliches ambulantes ärztliches Vergütungssystem kann Webfehler der zwei bisherigen Gebührenordnungen beheben und sowohl

Literatur

32. Ordentliche Bundesdelegiertenkonferenz der Grünen (2010): Beschluss Zugang, Teilhabe, Prävention: Grüne Gesundheitspolitik erhält und stärkt die Solidarität. Freiburg; www.gruene.de → Suchbegriff „Beschluss: Zugang, Teilhabe, Prävention“ eingeben → pdf-Dokument anklicken

Buchner FD, Deppisch R, Wasem J (2007): Umverteilungseffekte in der Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Jahrbuch für Nationalökonomie und Statistik, Band 227, Hefte 5 und 6, 681–698

Christianson JB, Conrad D (2011): Provider Payment and Incentives. In: Glied S, Smith P (Hrsg.). The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford: Oxford University Press, 624–648

Ellis R, McGuire T (1993): Supply-Side and Demand-Side Cost Sharing in Health Care. Journal of Economic Perspectives, Band 7, Heft 4, 135–151

Fürstenberg T, Katzenmeier C, Laschat M, Voigt T et al. (2012): Untersuchungen zum Informationsangebot zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL). Berlin; www.bmelv.de → Verbraucherschutz → Gesundheit → Gesundheitsmarkt → „Individuelle Gesundheitsleistungen: Informationen in Arztpraxen müssen verbessert werden“ anklicken → ans Ende des Dokuments scrollen und „Studie zum IGeL-Informationsangebot“ anklicken

Jacobs K, Schulze S (2004): Systemwettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung: Idealbild oder Schimäre. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 4, Heft 1, 7–18

Kantar Health (2012): Bevölkerungsumfrage BKK 2011 – Thema Arztbesuche; www.bkk.de/presse-politik/presse/studien/arztbesuchumfrage-2011 (PTT-Dokument)

Ozegowski S (2013): Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 13, Heft 1, 23–34

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bonn

SPD-Parteitag (2011): Beschluss-Nr. 59 – Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger. Berlin; www.spd.de/linkableblob/21972/data/59_beschluss_gesundheit_lang.pdf

Verband der privaten Krankenversicherung (2012): PKV-Zahlenbericht 2011/2012. Berlin

Walendzik A, Greß S, Manouguian M, Wasem J (2008): Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen GKV und PKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften, Universität Duisburg-Essen, Campus Essen, Nr. 165; www.wiwi.uni-due.de/fileadmin/fileupload/WIWI/pdf/165.pdf

Wasem J, Buchner F, Lux G et al. (2013): Ambulante ärztliche Vergütung in einem einheitlichen Versicherungssystem. Kompensation ärztlicher Einkommensverluste in der Konvergenz? Baden-Baden: Nomos 2013

Wasem J, Walendzik A (2009): Weiterentwicklung der Vergütungsreform: Was bedeutet die Morbiditätsorientierung der Gesamtvergütungen? Gesellschaftspolitische Kommentare, Jg. 50, Heft 5, 24–29

WISO Diskurs (2013): Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung – Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. (unveröffentlichtes Manuskript)

DIE AUTORIN



Dr. rer. medic. Anke Walendzik,
Jahrgang 1956, Diplom-Volkswirtin sozialwissenschaftlicher
Richtung (Universitäten Köln und Warschau), leitet seit 2009

den Arbeitsbereich Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik
und Arzneimittelsteuerung am Lehrstuhl für Medizinmanage-
ment der Universität Duisburg-Essen.

Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz

Praktische Erfahrungen

von Konstantin Beck¹

ABSTRACT

Die Capitation-Finanzierung entspricht einer pauschalieren Abrechnung von Gesundheitsleistungen. Im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung setzen Capitation-Budgets den Anreiz, medizinische Leistungen möglichst effizient zu erbringen. Gemeinsam mit den Managed-Care-Modellen gewann diese Form der Finanzierung in der Schweiz ab 1990 an Bedeutung und erreichte 2012 einen Anteil von neun Prozent der von der Krankenversicherung vergüteten Leistungen. In zahlreichen Studien konnte der Nachweis der kostenreduzierenden Wirkung von Capitation-Verträgen nachgewiesen werden. Die neueren Vergütungsverträge zwischen Ärztekollektiven und Krankenversicherern gehen wieder zum Einzelleistungstarif über, verwenden jedoch weiterhin die Capitation-Methodik, um die Effizienz der Managed-Care-Modelle zu überprüfen.

Schlüsselwörter: Capitation, Einzelleistungsvergütung, Managed Care, Kosteneinsparung, Krankenversicherung

Capitation funding is an equivalent of a lump-sum payment system in health care. In contrast to a fee-for-service system, capitation budgets set incentives to provide medical services as efficiently as possible. Along with the managed care models, this form of financing became more prominent in Switzerland from 1990 and reached a share of nine percent of all health care services covered by health insurance in 2012. Numerous studies have found evidence of the cost-reducing effect of capitation contracts. Nevertheless, recent reimbursement contracts between physicians and health insurers have returned to the fee-for-service tariff, but retain capitation in order to evaluate the efficiency of managed care models.

Keywords: capitation, fee for service, managed care, cost savings, health insurance

1 Warum sind Vergütungssysteme ein Thema?

Unterschiedliche Vergütungssysteme zwischen Leistungserbringern und Versicherern sind Gegenstand wissenschaftlicher Forschung führender Gesundheitsökonomien (vgl. zum Beispiel *Newhouse 1996*). Das mag auf den ersten Blick erstaunen. Warum sollte die Form der Vergütung, die der Arzt in Rechnung stellt, mehr als eine buchhalterische Bedeutung haben? Immer wenn sich Ökonomen mit einem Thema befassen, geht es in der Regel um die Frage von Anreizen, so auch hier (*Breyer et al. 2005, 416 ff.*). Werden ärztliche Leistungen einzeln vergütet, kann beim Leistungserbringer der Anreiz entstehen, mehr Leistungen als unbedingt not-

wendig zu erbringen. Das gilt insbesondere dann, wenn ein Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten besteht und der Behandlungseffekt nicht exakt vorhersagbar ist. Das bewog Ökonomen, Pro-Kopf-Budgetzahlungen zu propagieren, die sogenannten Capitation. Diese orientieren sich an den von einem bestimmten Patientenkollektiv typischerweise verursachten durchschnittlichen Kosten und reagieren nicht direkt auf die Menge der erbrachten Leistungen. Die Capitation-Vergütung dreht den Anreiz also um, und zwar sobald der Arzt die möglicherweise positive Differenz aus Capitation-Zahlung und effektiv aufgewendeten Behandlungskosten behalten darf. In diesem Fall besteht der Anreiz, das Budget zu unterschreiten. Dies stellt so lange kein Problem dar, wie der Arzt nicht dazu übergeht, dem Patienten lebensnotwendige Leistungen zu verweigern. Beide Formen der Vergütung,

¹ Professor Dr. oec. publ. Konstantin Beck, CSS Institut für empirische Gesundheitsökonomie · Tribtschenstrasse 21 · CH-6002 Luzern
Telefon: +41 (0)58 277-1111 · Telefax: +41 (0)58 277-1615 · E-Mail: konstantin.beck@css.ch

sowohl die Einzelleistungsvergütung als auch die Capitation, lösen somit gewünschte und unerwünschte Anreize aus. Die Einführung von Capitation-Vergütungen in den 1990er Jahren war mit der Frage verknüpft, ob sie zu den gewünschten Einspareffekten führt, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet.

Bevor wir uns dieser Frage zuwenden, sei kurz auf die wichtigsten Unterschiede zwischen dem deutschen und dem schweizerischen System hingewiesen, insofern sie für die Capitation-Finanzierung von Belang sind. Dann wenden wir uns in Abschnitt drei den Prinzipien der Capitation-Berechnung zu und diskutieren die Themen Risikoteilung und Risikoadjustierung. Im vierten Teil wird in einem kurzen, systematisierten Abriss die Geschichte der Managed-Care-Bewegung in der Schweiz – und damit eng verknüpft die Entwicklung der Capitation-Finanzierung – vorgestellt, bis wir im fünften Teil die messbaren Erfolge, aber auch die Schwierigkeiten und den aktuellen Stand der Managed-Care-Finanzierung aufzeigen. Das Schlusskapitel fasst die schweizerischen Erfahrungen zusammen und zieht daraus ein Fazit.

2 Unterschiede Deutschland – Schweiz

Zum besseren Verständnis der nachfolgenden Diskussion sei auf die wichtigsten Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands (GKV) und der entsprechenden Krankenpflege-Grundversicherung in der Schweiz (KVG) hingewiesen (Tabelle 1).

Im Gegensatz zu Deutschland ist die Grundversicherung der Schweiz für sämtliche Einwohner – auch die besser verdienenden – obligatorisch. Die Institution der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie sie Deutschland kennt, gibt es in der Schweiz nicht. Die schweizerischen Krankenversicherer zahlen sämtliche Leistungen ihrer Versicherten selbst und direkt an die Leistungserbringer, seien dies ambulante Ärzte oder stationäre Einrichtungen. Die Zahlungen (vor allem im ambulanten Bereich) erfolgen mehrheitlich als Einzelleistungsvergütung, in anderen Fällen als Capitation-Budget-Zahlung.

Die Versicherer finanzieren sich zu 86 Prozent über Prämien und zu 14 Prozent über Zuzahlungen der Versicherten

TABELLE 1

Übersicht der Unterschiede zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung Deutschlands (GKV) und der Krankenpflege-Grundversicherung in der Schweiz (KVG)

Deutschland	Schweiz
<ul style="list-style-type: none"> ● gesetzliche Krankenversicherung (GKV) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Krankenpflege-Grundversicherung (KVG)
<ul style="list-style-type: none"> ● Pflichtversicherung für Arbeitnehmer bis zu einer bestimmten Einkommensgrenze für besser Verdienende, Beamte und Selbstständige optional; es besteht Versicherungspflicht 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pflichtversicherung für alle Einwohner
<ul style="list-style-type: none"> ● im Kollektivvertrag Abrechnung zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Leistungserbringern im Selektivvertrag Abrechnung teilweise zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> ● direkte Abrechnung zwischen Krankenversicherung und Leistungserbringer
<ul style="list-style-type: none"> ● Capitation-Zahlungen spielen eine Rolle, aber an anderer Stelle als in der Schweiz: bei den RSA-Zuweisungen vom Gesundheitsfonds zu den Krankenkassen und von diesen zu den Kassenärztlichen Vereinigungen. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Capitation tritt nur in den Zusammenarbeitsverträgen zwischen Krankenversicherer und Ärztekollektiven auf. Diese sind mehrheitlich als Einzelleistungsvergütung ausgestaltet, teils auch als Capitation-Budget-Zahlung.
<ul style="list-style-type: none"> ● Finanzierung hauptsächlich über den Gesundheitsfonds und damit indirekt über Einkommensabzüge (Buchner et al. 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Finanzierung der Versicherer: 86 % über Prämien 14 % über Zuzahlungen der Versicherten

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

im Krankheitsfall (BAG 2012, 147). Das bedeutet, dass über den Risiko(struktur)ausgleich die Prämiegelder der Versicherten erst in einem zweiten Schritt gemäß Morbiditätsunterschieden in der Versichertenstruktur zwischen den Versicherern umverteilt werden (analog dem früheren deutschen Risikostrukturausgleich).

3 Prinzip der Capitation-Finanzierung

Wenn wir im Folgenden näher auf die Capitation-Finanzierung eingehen, so erfolgt dies stets in Bezug auf das schweizerische System. Das heißt, wir betrachten Kooperationsverträge zwischen einer Gruppe von Ärzten und einem (oder mehreren) Krankenversicherern. Capitation-Verträge entsprechen einer Budgetfinanzierung dieser Ärzte. Mit dem Erstellen eines Budgets sind drei Risiken verbunden:

- Den beteiligten Ärzten wird zu viel Leistungsrisiko aufgebürdet (Abschnitt 3.1). Dies könnte zur Folge haben, dass das Ärztekollektiv ohne eigenes Verschulden in einen Konkurs getrieben wird.
- Das Budget entspricht nicht der Morbidität der eingeschlossenen Patienten (Abschnitt 3.2). Das kann zweierlei Effekte zur Folge haben: Entweder wird das Ärztekollektiv überfinanziert, weil der Gesundheitszustand der in ihrem Versorgungsmodell eingeschriebenen Versicherten überdurchschnittlich gut ist. Oder aber das Gegenteil liegt vor: Die Patienten sind wesentlich kränker, als aufgrund der Capitation-Formel zu erwarten war. Auch hier bestünde die Gefahr eines unverschuldeten Konkurses.
- Die behandelnden Ärzte beginnen im Fall einer drohenden Überschreitung des ausgehandelten Budgets, die Versorgung ihrer Patienten zu reduzieren (Abschnitt 3.3).

3.1 Angemessene Risikoteilung

Die Capitation-Finanzierung hat zum Ziel, die Vergütungsanreize für Ärzte dahingehend zu setzen, dass kein Interesse an einer unnötigen Ausweitung der Behandlung besteht, sondern vielmehr die effiziente und effektive Behandlung der Patienten im Mittelpunkt steht. Auf die Gefahr einer möglichen Unterversorgung wird später eingegangen (Abschnitt 3.3). Diese Anreizsetzung wird mit einer Risikoteilung zwischen Arzt und Versicherung erreicht. Im Einzelleistungssystem liegt das Leistungsrisiko vollständig auf den Schultern der Versicherer. Sind die Patienten einmal in der Praxis, muss sich der einzelne Arzt nicht mehr kümmern, wie viele Leistungen er im Vergleich zu seinen Kolleginnen erbringt. (In Extremfällen kann allerdings der Verband der Krankenversicherer eine gerichtliche Überprüfung der Zulässigkeit der Rechnungsstellung verlangen. Hier sprechen wir aber nicht mehr von Mengenausweitung, sondern vom Verdacht des

gewerbsmäßigen Betrugs.) Im Normalfall wird das Mehr an Leistungen vom Versicherer vergütet und er allein plagt sich anschließend mit der Frage, wie er seine Einnahmen mit der Höhe der Leistungsvergütungen im Gleichgewicht hält. Das Risiko, dass die Leistungen in unvorhergesehener Weise das eingekommene Prämienvolumen übersteigen können, soll mit einer Capitation-Formel auf den behandelnden Arzt übertragen werden. Da diese Form der Capitation-Vergütung in der Schweiz in der Regel nur bei HMO (Health Maintenance Organisation) und Hausarztnetzwerken vorkommt, sprechen wir im Folgenden von den HMO als Vertragspartner der Versicherung.

Dieser Risikotransfer muss wohlüberlegt sein, denn es gibt ein grundlegendes Gesetz des Risikos, das dieser Absicht diametral zuwiderläuft: Versicherer reduzieren Risiken durch Diversifikation (Abbildung 1). Je mehr unterschiedliche Risiken sie aufnehmen, desto geringer wird beispielsweise das Risiko, dass alle diese Versicherten gleichzeitig krank werden. Dies nennt man das Gesetz der großen Zahl (*Georgii 2004, 120*). Aus rein statistischen Gründen sinkt das Risiko im Verhältnis zur Wurzel der Anzahl der Versicherten. Einfacher ausgedrückt: Das Risiko pro Individuum ist in einer Versicherung mit einer Million Versicherten tausend Mal geringer, als wenn alle diese Individuen nicht versichert wären und ihr Leistungsrisiko selber tragen würden (denn die Wurzel von einer Million ist Tausend). Das individuelle Risiko bei nicht Vorliegen einer Versicherung (das wird leicht vergessen) besteht darin, dass das Individuum aufgrund sehr hoher Krankheitskosten Privatkonkurs anmelden muss oder gar an medizinisch grundsätzlich heilbaren Krankheiten wegen Zahlungsunfähigkeit stirbt.

Das Zusammenfassen von Versicherten *reduziert* demnach das Risiko. Es gilt aber auch das Gegenteil: Die Aufsplitterung bestehender Versicherten-Pools *erhöht* das Risiko. Angenommen, die Versicherung mit einer Million Kunden würde ihren Bestand auf 100 HMO mit je 10.000 Versicherten aufteilen und den HMO das vollständige Risiko übertragen, so erhöhte sich für sie das Risiko pro Individuum um das Zehnfache. (In der Versicherung mit einer Million Kunden reduziert sich das Risiko um den Faktor $1.000 = \sqrt{1.000.000}$. In einer HMO mit nur 10.000 Versicherten reduziert sich deren Risiko um $100 = \sqrt{10.000}$. Die Reduktion ist somit zehnmal geringer, das verbleibende Restrisiko somit zehnmal größer.) Dieses Phänomen gilt es im Auge zu behalten, falls es zur Risikoteilung zwischen einem Versicherer und einer HMO kommt. Es wird also eine genau überlegte Justierung der Risikoübertragung benötigt. Wie aber kann das bewerkstelligt werden? In der Schweiz hat sich die simple Form der Rückversicherung durchgesetzt: Zuerst überträgt der Versicherer der HMO das ganze Risiko, tritt anschließend als Rückversicherer der HMO auf und verschiebt so einen Teil des Risikos wieder zurück auf sich selbst. Mit dieser Vertragskonstruktion lässt

sich die Risikoübernahme durch die HMO gut kalibrieren. (In der Praxis gibt es weitere risikoreduzierende Techniken: So wird beispielsweise die endgültige Capitation-Berechnung erst im Nachhinein vorgenommen, sodass etwa das Risiko einer überraschend hohen Jahresteuern im System vom Versicherer und nicht von der HMO getragen wird.)

3.2 Problem der Risikoadjustierung

Jede HMO besitzt ein spezifisch zusammengesetztes Versichertenkollektiv. Für den Versicherer, der der HMO einen Capitation-Vertrag anbietet, gilt es festzustellen, welche Leistungen angesichts des gegebenen Patientenkollektivs von der HMO zu erbringen sein werden. Das Resultat der Budgetverhandlung zwischen HMO und Versicherer sollte das sogenannte faire Budget sein. Dies verhindert gleichermaßen, dass der Versicherer zu hohe Zahlungen an die HMO leistet, und andererseits, dass die HMO unverschuldet in Konkurs geht.

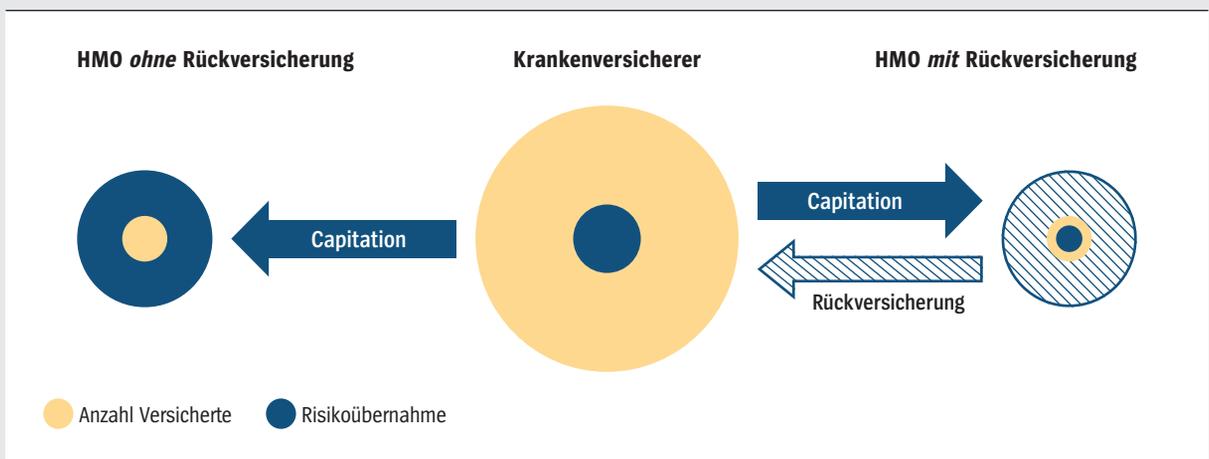
In den letzten zwei Dekaden hat die Versicherungstechnik bei der Berechnung fairer Budgets große Fortschritte gemacht. Glaubte man zu Beginn der 1990er Jahre, dass eine Unterscheidung der Versicherten nach Alter und Geschlecht hinreichend genaue Ergebnisse liefere, so wiesen seither eine Reihe von Autoren darauf hin (*Van de Ven und Ellis 2000*), dass mit diesen beiden Kriterien allein lediglich wenige Prozent der Leistungsunterschiede innerhalb einer HMO-Population erklärt werden können. Um die Jahrtausendwende

kam es in den USA bei der Finanzierung von Medicare zu einem Durchbruch weitaus differenzierterer und genauerer Berechnungsmethoden (*Ash et al. 2000; Carter et al. 2000*). Sie führten Diagnosen aus stationären Aufenthalten und die Einnahme spezifischer Medikamente (z. B. Insulin für Diabetiker) in die Formel ein. Auch die Schweiz schritt mit der Implementierung spezifischer Medikamentenkosten in die Berechnung voran (eine genauere Darstellung siehe *Beck 2013a, Kap. 11*), während Deutschland mit seinem aktuell gültigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich über eine sehr gute Basis zur Berechnung fairer Capitation-Ansätze verfügt (*Göpffarth et al. 2007*).

Trotz dieser erheblichen Fortschritte ist an dieser Stelle eine kritische Bemerkung anzubringen. Da es sich grundsätzlich um ein Versicherungsgeschäft handelt, kann keine Formel der Welt Leistungsunterschiede 100-prozentig erklären. Wäre das möglich, würde die Versicherung obsolet, es gäbe dann kein Risiko, sondern lediglich prognostizierbare Kostenunterschiede. In der Regel können nicht mehr als 50 Prozent der individuellen Leistungsunterschiede antizipiert werden, 50 Prozent bleiben dem Zufall überlassen (*Beck 2013a, Kap. 4*), sei es, weil Krankheiten zufallsbedingt auftreten, sei es aber auch, weil nicht immer durchschaubar ist, welche Behandlung bei welcher Krankheit angewandt wird (*Beck 2013a, 33 ff.*). Hinzu kommt, dass nicht jeder erklärende Faktor in einer Capitation-Formel berücksichtigt werden kann, weil dies der HMO Gelegenheit gäbe, die Zahlungshöhe

ABBILDUNG 1

Risikotransfer zwischen Krankenversicherer und Health Maintenance Organisation (HMO) mit und ohne Rückversicherung (schematische Darstellung)

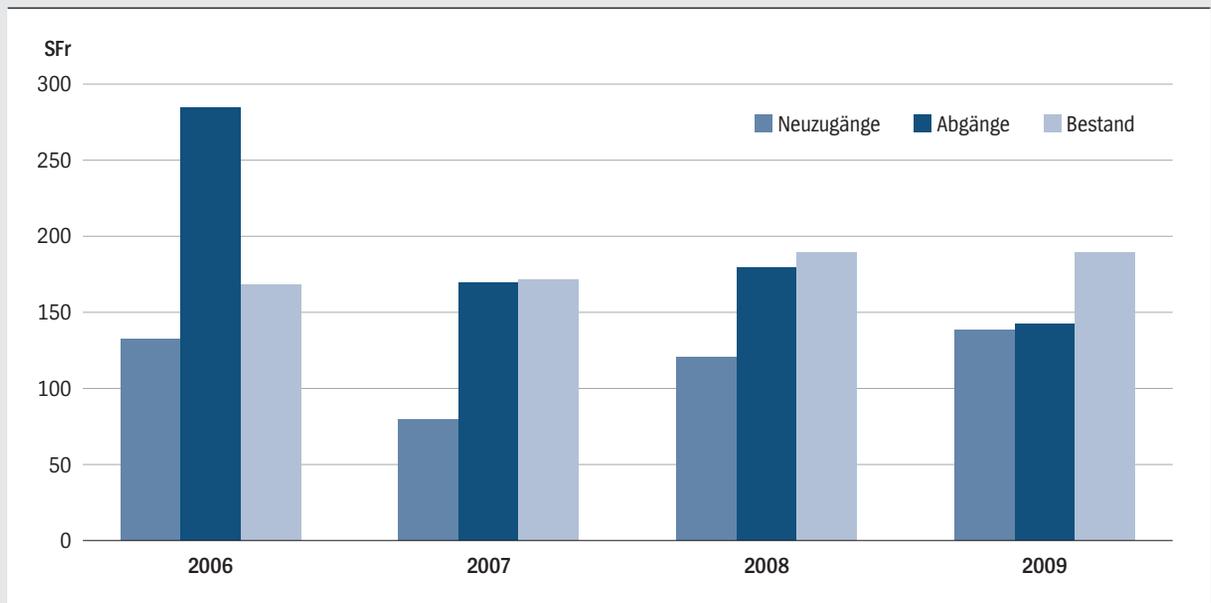


Weil eine HMO weniger Versicherte (gelb) umfasst als ein Versicherer, ist das Risiko (blau) pro Kopf in der HMO größer als beim Versicherer. Erst eine Rückversicherung (schraffiert) vermag das Risiko in der HMO wieder zu reduzieren.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

ABBILDUNG 2

Kontrolle möglicher Risikoselektion anhand der durchschnittlichen Leistungen der Zu- und Abgänge von Managed-Care-Modellen (Nettogleistung pro Versichertenmonat)



Quelle: Trottmann et al. 2012a; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

zu manipulieren (Stichwort Upcoding). Somit bleibt in jeder Capitation-Formel ein Restrisiko, das auch mittels Rückversicherung nicht weiter reduziert werden kann. Wir kommen auf diesen Punkt im Abschnitt 5 zurück.

3.3 Kontrolle des Anreizes zur Unterversorgung

Wesentlich einfacher steht es um die Kontrolle des Anreizes zur Unterversorgung. Sieht sich eine HMO durch ein festes Budget beschränkt, könnte der Anreiz entstehen, die Budgeteinhaltung durch Verweigerung medizinisch notwendiger Leistungen zu garantieren. Während Mengenausweitung (der Fehlanreiz bei Einzelleistungsvergütung) noch als Kavaliersdelikt angesehen werden kann, kollidiert eine Leistungsverweigerung trotz medizinischen Bedarfs (der Fehlanreiz bei Capitation-Finanzierung) unmittelbar mit der Ethik des Mediziners. Ein solches Fehlverhalten wiegt schwer und dürfte schon deswegen seltener vorkommen. Hinzu kommt, dass sich die Managed-Care-Bewegung in einem eher feindlich gesinnten Umfeld etablieren musste und von daher unter permanent strenger Beobachtung stand (Finsterwald 2004). Eine grob fahrlässige Leistungsverweigerung hätte umgehend für negative Schlagzeilen gesorgt, was überhaupt nicht im Interesse der Pionierärzte lag, die diese neue Versorgungsform in der Schweiz etablieren wollten. Diese Hemmung der ersten

Ärzte-Generation dürfte schwächer werden, je größer der Anteil an Ärzten wird, der im Bereich Managed Care tätig ist.

Allerdings haben auch die Versicherer ein Mittel, um die Qualität der Behandlung zu überprüfen: Sie kennen sämtliche Versicherte, die aus einer HMO austreten, und können diese nach dem Grund ihres Austritts befragen. Ein systematisches Fehlverhalten der HMO-Ärzte kann somit nicht verborgen bleiben. Zudem sind die Versicherer (auf ausdrücklichen Wunsch einiger Managed-Care-Organisationen) in jüngster Zeit dazu übergegangen, die Qualität der HMO besser zu erfassen und zu messen (vgl. Abschnitt 5).

Eine Analyse bestätigte, dass Risikoselektion in den HMO offenbar kein Thema ist (Trottmann et al. 2012a). Für die Jahre 2006 bis 2009 wurden die durchschnittlichen Leistungen der Bestandsversicherten einer HMO mit denen der neu Eintretenden und denen, die den Bestand verließen, verglichen (Abbildung 2). Läge eine Risikoselektion vor, müssten die Kosten der Neueintretenden systematisch unterhalb der Durchschnittskosten des Bestands und die Kosten der Austretenden systematisch darüber liegen. Positive Risiken würden angezogen, kostspielige Risiken hingegen abgeschoben. Mit Ausnahme des Jahres 2006 bestätigt sich dieses Bild nicht. Die Neuzugänge sind zwar bessere Risiken, die HMO

zieht also positive Risiken als Neukunden an, aber die Kosten der Austritte liegen in der Regel unterhalb der Durchschnittskosten des ganzen Bestandes. Eine Verdrängung kostspieliger Risiken, und darum geht es in diesem Abschnitt primär, lässt sich in den Daten somit nicht nachweisen.

4 Die Managed-Care-Bewegung in der Schweiz

Die Geschichte der Managed-Care-Bewegung lässt sich vereinfacht in vier Phasen unterteilen, wobei die zeitliche Unterteilung natürlich fließend ist (eine umfassende Darstellung findet sich in *Finsterwald 2004* oder *Beck 2009*, eine humoristische Kurzfassung bietet *Beck 2012*, 42 ff., 111 f., 135 f.).

Die erste, lang anhaltende Phase (1990–1998) war geprägt vom Misstrauen der Versicherten und entsprechend nicht ausgelasteter Kapazitäten. Dies führte sowohl bei den Versicherern als auch bei den HMO zu roten Zahlen. Dazu kam, dass die Capitation-Berechnung noch in den Kinderschuhen steckte und in der Regel die Einzelleistungsvergütung zur Anwendung kam. Effizienzmessung war angesichts der geringen Anzahl Versicherter in diesen Modellen schlecht möglich und auch Qualitätsaspekte blieben weniger beachtet.

Die zweite Phase (1999–2005) unterscheidet sich durch eine zunehmend genauere Capitation-Berechnung und einen

wachsenden Anteil an Capitation-Verträgen. Dies führte (gemeinsam mit der Schließung nicht rentabler HMO) dazu, dass die Managed-Care-Modelle den Turnaround schafften und sowohl die Versicherer als auch die HMO-Betreiber erstmals schwarze Zahlen schrieben. Engagierte HMO-Ärzte entwickelten ein spezifisches Qualitätszertifikat (EQUAM), das zusammen mit dem Label Swisspep bald eine allgemeine Akzeptanz im Markt fand. Trotz all dieser Verbesserungen blieb die Kapazitätsauslastung eher gering.

In der dritten Phase (2006–2010) setzte eine große Nachfrage nach Managed-Care-Modellen ein. Dank einer Verordnungsänderung mussten sich Versicherte nicht mehr zwischen hohen Zuzahlungsmodellen einerseits und Managed-Care-Modellen andererseits entscheiden, sondern konnten beides kombinieren und damit in den Genuss noch höherer, kombinierter Prämienrabatte gelangen. Auch in dieser Phase bleiben die Managed-Care-Modelle ohne Budgetverantwortung vorherrschend. Von allen Versicherten der Schweiz wählten 31,9 Prozent das Managed-Care-Modell ohne und 5,9 Prozent das Managed-Care-Modell mit Budgetverantwortung (*Datenpool santésuisse 2010*). Es entstehen die ersten flächendeckenden Effizienzanalysen (vgl. Abschnitt 5.1).

Schließlich begann im Jahr 2011 eine vierte Phase, die sich vor allem hinsichtlich des Vergütungssystems unterscheidet (vgl. Abschnitt 5.2). Ob die Effizienz der Modelle auf die neu gewählte Vergütungsform reagieren wird, muss sich erst noch erweisen. Der Zuspruch der Managed-Care-Modelle

TABELLE 2

Die vier Phasen der Managed-Care-Entwicklung in der Schweiz

	Phase I	Phase II	Phase III	Phase IV
Zeitraum (ungefähr)	1990–1998	1999–2005	2006–2010	seit 2011
Kapazitätsauslastung	gering	gering	zunehmend	gut
Finanzierung	ELV*; schlecht kalkulierte Capitation	zunehmend Capitation	zunehmend Capitation	ELV* und Bonussystem
Rentabilität	schlecht	gut	gut	gut
Effizienzmessung	noch schlecht möglich	erste Resultate	flächendeckende Analysen	Effizienzkontrolle standardisiert und implementiert
Qualität	Messung vorerst zurückgestellt	erste Qualitätszertifizierung	rückt zunehmend in den Fokus	Qualität ist Teil der Vergütung

*ELV = Einzelleistungsvergütung

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

bleibt nach wie vor groß und erreichte im September 2012 56 Prozent der Schweizer (*Datenpool santésuisse 2012*). Dies ist umso erstaunlicher, als die schweizerische Bevölkerung in einer Volksabstimmung eine Gesetzesvorlage zur staatlichen Förderung von Managed Care mit 76 Prozent Nein-Stimmen ablehnte (*Schoch 2012*, zu den Gründen der Ablehnung siehe *Zweifel 2013*).

5 Aktueller Stand der Capitation-Finanzierung

5.1 Die messbaren Erfolge der Capitation-Finanzierung

Die eingangs gestellte Frage, ob Managed-Care-Modelle wirklich zu Kosteneinsparungen führen, kann mittlerweile – gestützt auf eine stark angewachsene Zahl wissenschaftlicher Studien – klar bejaht werden. Von allen vorliegenden Arbeiten weist nur eine keine signifikanten Einsparungen nach (*Schwenkgenks et al. 1998*). In Tabelle 3 ist der einfache Durchschnitt der Einsparungen aller Studien dargestellt.

Überraschend zeigt sich, dass das Vorliegen von Budgetverantwortung zwar zum höchsten Einsparresultat von 18,9 Prozent führt, dies sich aber nicht signifikant vom Resultat der Hausarztmodelle ohne Budgetverantwortung (18,4 Prozent) unterscheidet. Ebenso zeigt sich, dass auch Modelle, in denen keine vertragliche Kooperation zwischen behandelndem Arzt und Krankenversicherung besteht (Zeilen 3 und 4) Einsparungen (von 12,0 Prozent respektive 4,5 Prozent) aufweisen. Im Fall des Listenmodells legt der Versicherer den Versicherten eine vom Versicherer selbst erstellte Liste

von Ärzten vor, von denen er weiß, dass sie einen effizienten Behandlungsstil haben. Aus dieser Liste können die Versicherten einen beliebigen Gatekeeper auswählen, der in der Folge im Krankheitsfall stets als Erstes konsultiert werden muss. Beim telemedizinischen Modell sitzt der Gatekeeper in einem Call-Center. Im Krankheitsfall entscheidet dieser am Telefon (gegebenenfalls unter Zuhilfenahme der fotografischen Möglichkeiten moderner Smartphones) darüber, ob eine medizinische Behandlung angezeigt ist.

5.2 Kritische Aspekte der Capitation-Finanzierung

Das Problem der Capitation-Budgets, wie sie in der Schweiz zur Anwendung kamen, lag darin, dass das Restrisiko der Capitation allen absichernden Maßnahmen zum Trotz zu groß blieb. Es blieb eine Zufallskomponente bestehen, obwohl

- möglichst viele risikoerklärende Faktoren in die Capitation-Berechnung eingebaut wurden,
- die Rückversicherung einen erheblichen Teil des Risikos abfederte und
- die Budgets rückwirkend nachkalkuliert und an den effektiven Leistungsanstieg angepasst wurden.

Diese Zufallskomponente lag in derselben Größenordnung wie die Gewinnbeteiligung der HMO. In der Schlussverhandlung zwischen HMO und Versicherung lieferte die Capitation schlicht keinen informativen Benchmark mehr. Bildlich gesprochen: Ein Maßstab mit Millimeter-Einteilung nützt nicht viel, wenn die Messung auf den Zehntelmillimeter genau erfolgen soll.

Zudem empfiehlt die Literatur schon länger – wegen der unerwünschten Anreize, die sowohl bei der Einzelleistungs-

TABELLE 3

Mittlere Kosteneinsparungen in Managed-Care-Modellen in der Schweiz

Modelltyp	Capitation (Budgetverantwortung)	Einsparung (Mittelwert)	Standardabweichung
(1) HMO & Hausarztmodelle	Ja	18,9 %	5,4 %
(2) Hausarztmodelle	Nein	18,4 %	4,2 %
(3) Listenmodelle (Gatekeeper)	Nein	12,0 %	8,5 %
(4) Telemedizinische Modelle	Nein	4,5 %	0,6 %

Quellen: Trottmann et al. 2012a und 2012b; Beck et al. 2011 und 2009; Lehmann 2003; Lehmann/Zweifel 2004; Grandchamp/Gardiol 2010; Reich et al. 2012; Schwenkgenks et al. 1998; Tabelle 3 aus Beck 2013b; Grafik: G+G Wissenschaft 2013

vergütung als auch beim Capitation-Budget auftreten können – gemischte Finanzierungsformen zu verwenden (*Newhouse 1996*) (vgl. Abschnitt 1).

Ebenso wenig war die Planungssicherheit für die HMO gegeben, wenn die Auszahlungen erst im zweiten Quartal nach Ablauf des Rechnungsjahres definitiv festgelegt werden konnten. Zwar übernahmen die Versicherer so das finanzielle Risiko des Leistungsanstiegs, der zufällige Charakter eben dieses Leistungsanstiegs blieb dennoch als möglicher Planungsfehler am Management der HMO hängen.

Zudem wurde von den Ärzten bemängelt, dass die Qualität ihrer Arbeit auf das finanzielle Ergebnis der HMO keinen Einfluss hat.

5.3 Die jüngste Entwicklung in den Finanzierungsverträgen

In den jüngst (ab 2011) entwickelten Verträgen kommt es nun zu kombinierten Zahlungen an die HMO: der Einzelleistungsvergütung, des Effizienz- und des Qualitätsbonus (Abbildung 3):

- **Einzelleistungsvergütung:** Die Leistung der HMO wird einerseits gemäß Einzelleistungsvergütung abgerechnet. Diese Vergütung wird rückwirkend nicht mehr in Frage gestellt. Dies erhöht die Planungssicherheit der HMO.
- **Effizienzprüfung:** Die Gesamtheit der vom HMO-Versichertenkollektiv verursachten Leistungen (inklusive der Leistungen von Krankenhäusern und Spezialisten) wird mit den Leistungen eines im Hinblick auf Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur gleichen Kollektivs, das jedoch Nicht-Managed-Care-Versicherte umfasst, verglichen. Ergibt sich dabei eine negative Einsparung, entfallen alle weiteren Bonuszahlungen. Die mittlere Einsparung der besten 20 Prozent der HMO wird als Benchmark herangezogen.
- **Effizienzbonus:** Erreicht eine HMO mit ihrer Einsparung mindestens 90 Prozent des Benchmarks, bekommt sie den maximalen Effizienzbonus ausbezahlt. Liegt ihre (positive) Einsparung darunter, wird der Effizienzbonus proportional zum Benchmark gekürzt.
- **Qualitätsbonus:** Die Qualität wird über einen Fragebogen (ein Beispiel siehe *CSS Versicherung 2012*) erfasst. Die anhand des Fragebogens erreichte Punktzahl entscheidet über die Höhe des auszubehandelnden Qualitätsbonus.

TABELLE 4

Prinzipien der neuen Vergütung von Managed-Care-Modellen

Beispiel einer Vertragsvariante

1. Aufgelaufene Leistungen der HMO werden nach dem Einzelleistungstarif vergütet. Diese Zahlung wird nicht mehr infrage gestellt.
2. Vergleich der Summe der Leistungen des HMO-Kollektivs ...
 - selbst erbrachte ambulante Leistungen*
 - + *verursachte stationäre Leistungen*
 - + *verursachte Leistungen bei Spezialisten*
 ... mit der Leistung eines zufällig gewählten Kollektivs von Versicherten gleichen Alters, gleicher Geschlechtszusammensetzung und gleicher Morbidität, das keinem Managed-Care-Modell angehört.
3. Aus dem Vergleich resultiert die Höhe einer möglichen Einsparung der betrachteten HMO.
4. Die Benchmark-Einsparung entspricht der mittleren Einsparung der besten 20 Prozent der HMO-Modelle (mit mindestens 500 Versicherten).
5. Das Verhältnis der Einsparung der HMO (gemäß Punkt 3) zum Benchmark entscheidet darüber, ob der Effizienzbonus vollumfänglich oder reduziert ausbezahlt wird. Ist die Einsparung der HMO negativ, wird kein Effizienzbonus ausbezahlt.
6. Ein Fragebogen erfasst die Qualität der HMO.
7. Die im Fragebogen erreichte Punktzahl entscheidet über die Höhe des auszubehandelnden Qualitätsbonus. Ist die Einsparung der HMO negativ, wird auch kein Qualitätsbonus ausbezahlt.

6 Fazit

Die Capitation-Finanzierung erreichte in der Schweiz 2012 einen maximalen Marktanteil von 17 Prozent aller Managed-Care-Modelle und wird heute zunehmend von Modellen verdrängt, die auf der traditionellen Einzelleistungsvergütung basieren, verbunden mit Effizienz- und Qualitätsboni. Dennoch war die Capitation-Berechnung ein wichtiger Schritt hin zu einer statistisch differenzierten Effizienzmessung der Managed-Care-Modelle. Diese Effizienzmessung wird weiter beibehalten. Ein positiver Effizienznachweis bildet die Voraussetzung für die Auszahlung der Boni. Das Ausbleiben von Effizienzvorteilen führt zwar nicht unmittelbar zur Reduktion der Einzelleistungsvergütung, senkt jedoch mittelfristig den Managed-Care-Prämien-Rabatt, der den Kunden gewährt wird, und führt dadurch zur automatischen Rückstufung des betreffenden Managed-Care-Modells gegenüber konkurrierenden Managed-Care-Anbietern.

Die schweizerische Erfahrung mit Managed Care und Capitation-Finanzierung in den Jahren 1990 bis heute liefert den Beweis, dass Budget-Medizin nicht notwendig zu Qualitätseinbußen in der medizinischen Versorgung führen muss und dass in der Regel ein Zugewinn an Effizienz zu verzeichnen ist. Entscheidend für den Erfolg ist dabei, dass die diversen Vergütungsmodelle und Kooperationsverträge nicht zentralstaatlich, sondern auf unterster, dezentraler Ebene direkt von den beteiligten Versicherern und Ärzten entwickelt und ausgehandelt werden. So überrascht es kaum, dass die gesetzliche Grundlage für alles, was in diesem Aufsatz beschrieben wurde, in wenige, kurze Paragraphen gefasst ist, die nur einen groben Rahmen abstecken und den schweizerischen Akteuren weiten Handlungsspielraum ließen. Diese Notwendigkeit eines ausreichenden Gestaltungsspielraums für Ärzte wie auch für Versicherer scheint die zentrale Lehre zu sein, die aus dem Beispiel Schweiz gezogen werden kann.

Literatur

- Ash A, Ellis RP, Pope GC et al. (2000):** Using Diagnoses to Describe Populations and Predict Costs. *Health Care Financing Review*, Band 21, Heft 3, 7–28
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (2012):** Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2010. Bern: EDMZ
- Beck K (2009):** Kritische Erfolgsfaktoren der Entwicklung von HMO und Hausarztmodellen in der Schweiz – Ein systematisierter Erfahrungsbericht. In: Amelung V, Sydow J, Windeler A (Hrsg.). *Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation*. Stuttgart: Kohlhammer, 399–416
- Beck K, Käser U, Trottmann M, von Rotz S (2009):** Effizienzsteigerung dank Managed Care? Evidenz aus der Schweiz. In: *Datamaster (Beiheft zum Clinicum)*, 15–21
- Beck K, Kunze U, Buholzer M, Trottmann M (2011):** Steigern Schweizer Ärztenetze die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. *Forschungsbericht des CSS Institut für Empirische Gesundheitsökonomie*; www.css-institut.ch/de/home/wissenschaftliche_publicationen/managed_care_und_capitation.html
- Beck K (2012):** Sackgasse Einheitskasse – Warum die Monopolisierung der Krankenversicherung in die Irre führt. Zürich: Orell Füssli
- Beck K (Hrsg.) (2013a):** Risiko Krankenversicherung – Risikomanagement in einem regulierten Krankenversicherungsmarkt. Bern: Haupt
- Beck K (2013b):** Wettbewerbserfahrungen aus der Schweiz. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg.). *Die Krankenversicherung der Zukunft – Anforderungen an ein leistungsfähiges System*. Berlin: KomPart (geplantes Erscheinungsdatum: 2013)
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2005):** *Gesundheitsökonomie*. Berlin: Springer
- Buchner F, Göppfarth D, Wasem J (2013):** The new risk adjustment formula in Germany – implementation and first experiences. *Health Policy*, Band 109, Heft 3, 253–263
- Carter GM, Bell RM, Dubois RW et al. (2000):** A Clinically Detailed Risk Information System for Cost. *Health Care Financing Review*, Band 21, Heft 3, 65–92
- CSS Versicherung (2012):** Qualitätsevaluation – Qualitätsindikatoren zur Bewertung von Ärztenetzwerken, (unveröffentlichter) Fragebogen. Luzern: CSS Versicherung
- Datenpool santésuisse (2010/2012):** Datensammlung des Dachverbands der Schweizer Krankenversicherer santésuisse. Solothurn
- Finsterwald D (2004):** *Managed Care – Pionierland Schweiz*. In: Schriftenreihe der SGGP, Band 75. Muri
- Georgii H-O (2004):** *Stochastik*, 2. Auflage. Berlin: De Gruyter.
- Göppfarth D, Greß S, Jacobs K, Wasem J (Hrsg.) (2007):** *Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*. Sankt Augustin: Asgard
- Grandchamp C, Gardiol L (2010):** Does a mandatory telemedicine call prior to visiting a physician reduce costs or simply attract good risks? *Health Economics*, DOI, 10.1002/hec.1668
- Lehmann HJ (2003):** *Managed Care – Kosten senken mit alternativen Versicherungsformen?* Chur, Zürich: Rüegger

Lehmann HJ, Zweifel P (2004): Innovation and Risk Selection in Deregulated Social Health Insurance. *Journal of Health Economics*, Band 23, Heft 5, 997–1012

Newhouse JP (1996): Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection. *Journal of Economic Literature*, Band XXXIV, 1236–1263

Reich O, Rapold R, Flatscher Thöni M (2012): An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *International Journal of Integrated Care*, Band 12, 1–12

Schoch C (2012): Wichtiges Nein zur Managed Care Vorlage. *Neue Zürcher Zeitung*, 18.9.2012: 11

Schwenkglenks M, Preiswerk G, Lehner R et al. (2006): Economic efficiency of gatekeeping compared to fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Band 60, Heft 1, 24–30

Trottmann M, Beck K, Kunze U (2012a): Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. *Schweizer Ärztezeitung*, Jg. 93, Heft 4, 125–127

Trottmann M, Zweifel P, Beck K (2012b): Supplyside and demand-side cost sharing in deregulated social health insurance: Which is more effective? *Journal of Health Economics*, Band 31, Heft 1, 231–242

Van de Ven WPM, Ellis P (2000): Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In: Newhouse JP, Culyer AJ (Hrsg.). *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North-Holland, 755–845

Zweifel P (2013): Managed Care: Prescription for Failure? Lessons from Switzerland. *DICE* (im Erscheinen)

DER AUTOR



Professor Dr. oec. publ. Konstantin Beck, Jahrgang 1962, habilitierte 2004 an der Universität Zürich, seit 2010 dort Titularprofessor (entspricht dem deutschen Honorarprofessor). Von 1985 bis 1991 Assistent bei Peter Zweifel, Universität Zürich. Seit 1993 für die CSS Versicherung Luzern tätig. Zurzeit verantwortlicher Aktuar der CSS Gruppe, Leiter Abteilung Mathematik und Statistik, Leiter des CSS

Instituts für empirische Gesundheitsökonomie, Lehrbeauftragter in Zürich und an diversen schweizerischen Hochschulen und Universitäten. Sachverständiger des nationalen Parlaments und des Schweizer Bundesrats, des Deutschen Bundesministeriums für Gesundheit, Deutscher Versicherer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Von 1999 bis 2008 federführend an der Entwicklung und Aushandlung von Capitation-Verträgen beteiligt.

Umstrittene neue Diagnose für reizbare Kinder mit häufigen Wutausbrüchen

von Christiane Roick*

Im Mai 2013 erscheint in den USA das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-5), das mehrere neue Diagnosen beinhaltet wird. Zu den umstrittensten Neudiagnosen gehört die Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD). Sie ist für Kinder gedacht, die fast täglich reizbare Stimmungszustände und mindestens dreimal pro Woche situationsinadäquate Wutausbrüche haben. Eine klinische Studie lässt jedoch an der Validität der neuen Diagnose zweifeln.

1 Was ist das Problem?

In den 1990er Jahren vermuteten US-amerikanische Psychiater, dass Kinder mit reizbarer Stimmung und Symptomen einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) eine frühe bipolare Störung haben könnten. Seitdem kam es in den USA zu einem rasanten Anstieg dieser Diagnose. Doch viele der als bipolar diagnostizierten Kinder zeigten zwar eine reizbare Grundstimmung, aber keine episodischen Stimmungsschwankungen, kein familiär gehäuftes Vorkommen bipolarer Störungen und keine manischen Phasen im Erwachsenenalter. Deshalb wird im DSM-5 mit der DMDD nun eine neue Diagnose geschaffen, die der beschriebenen Symptomatik besser gerecht werden soll und sie als Unterform depressiver Erkrankungen einordnet.

2 Wie wurde untersucht?

Die Trennschärfe der DMDD-Diagnose wurde an 706 Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren überprüft, die in ambulanter kinderpsychiatrischer Behandlung waren. Die Psychopathologie wurde standardisiert erhoben. Nach zwölf und 24 Monaten erfolgte eine erneute Beurteilung.

3 Was ist rausgekommen?

Im gesamten Beobachtungszeitraum erfüllten 40 Prozent der Kinder mindestens einmal die DMDD-Kriterien. Mehr als die Hälfte dieser Kinder erfüllte die Kriterien aber nur zu einem der drei Untersuchungszeitpunkte. Damit hat die DMDD, die als chronische Erkrankung beschrieben wird, eine weit geringere zeitliche Diagnosestabilität als zum Beispiel ADHS. Die Kinder mit DMDD hatten ein hoch signifikant erhöhtes Risiko für das Vorliegen einer Störung des Sozialverhaltens oder einer Störung mit oppositionellem Trotzverhalten. Sie unterschieden sich jedoch von den anderen Kindern nicht hinsichtlich Unkonzentriertheit sowie hyperaktiver, manischer, depressiver oder ängstlicher Symptome. Die DMDD-Diagnose war weder assoziiert mit dem Auftreten von affektiven oder Angsterkrankungen im Folgezeitraum noch mit psychischen Erkrankungen der Eltern.

4 Wie gut ist die Studie?

Die Studie zeigt, dass die DMDD schlecht von Störungen des Sozialverhaltens abzugrenzen ist und nicht den erwarteten Bezug zu depressiven Erkrankungen hat.

Die Autoren fordern deshalb weitere Studien, um zu klären, ob die DMDD eine valide und trennscharfe Diagnose ist. Die bislang unbefriedigende diagnostische Validität der DMDD ist problematisch: zum einen befürchten Psychiater, dass nach Bekanntwerden der neuen Diagnose auch Kinder, die zwar Wutanfälle, aber keine krankhafte Stimmungsstörung haben, die DMDD-Diagnose erhalten könnten. Zum anderen treten durch die Einordnung der DMDD als depressive Erkrankung mögliche soziale Komponenten der Verhaltensauffälligkeiten in den Hintergrund. Experten befürchten, dass die Diagnose DMDD zu einer exzessiven Verordnung von Psychopharmaka bei Kindern führen könnte. Ungeachtet dieser Kritikpunkte wird die neue Diagnose in leicht modifizierter Form voraussichtlich auch Bestandteil der für 2015 erwarteten Neufassung des europäischen Diagnosesystems, des ICD-11, werden.

Quelle: Axelson D et al.: Examining the Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder Diagnosis in Children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms Study. *J Clin Psychiatry* 2012;73(10):1342-1350

* PD Dr. med. Christiane Roick, MPH, Stellv. Leiterin des Stabs Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: christiane.roick@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Aus klinischer Perspektive, aber auch auf der Basis einer epidemiologischen Untersuchung von Copeland (Am J Psychiatry 2013; 170:173-179) ist es zu befürworten, Patienten mit DMDD frühzeitig zu identifizieren und psychotherapeutisch zu behandeln sowie Eltern anzuleiten, angemessen mit Kindern umzugehen, die ausgeprägte Schwierigkeiten in der Regulation ihrer Emotionen und ihres Verhaltens aufweisen. Bei strenger Anwendung der Diagnosekriterien durch Fachleute ist meines Erachtens eine bessere diagnostische Differenzierung und Behandlung zu erwarten. Ein verstärkter Einsatz von Neuroleptika zur Stimmungsstabilisierung ist jedoch aufgrund der zu diskutierenden Nebenwirkungen kritisch zu betrachten.

Prof. Dr. phil. Dr. med. Dipl. Psych. Christina Stadler, Leiterin der Forschungsabteilung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel



KÖPFE

Prof. Dr. phil. Martina Roes (51), seit 2003 Pflegewissenschaftlerin an der Fachhochschule Bremen, lehrt jetzt an der Universität Witten/Herdecke und ist als Nachfolgerin von **Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bartholomeyczik** (69) dort auch Standortsprecherin des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE). Roes studierte bis 1997 Soziologie, Philosophie und Psychologie an der FU Berlin. 2002 promovierte sie an der Universität Bremen über Wissenstransfer in der Pflege, 2010 forschte sie ein Jahr am Pflegedepartment der Universität von Pennsylvania/USA.

Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer (46), seit Anfang des Jahres Direktorin des Instituts für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Universität Halle/Wittenberg, ist neue Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM). Die gelehrte Krankenschwester und Fachschullehrerin promo-

vierte 2004 an der Universität Hamburg über „Evidenzbasierte präventive Interventionen in der Pflege und Gesundheitsversorgung“. Von 2006 bis 2008 war sie Juniorprofessorin für Pflegewissenschaft an der Universität Bremen, dann fünf Jahre Professorin für Klinische Pflegeforschung an der Universität Witten/Herdecke. Stellvertretende DNEbM-Vorsitzende sind jetzt die bisherige Vorsitzende **Dr. med. Monika Legemann** (53) vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen in Essen und **Prof. Dr. med. phil. Daniel Strech** (37), Medizinethiker an der Medizinischen Hochschule Hannover.

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen (55), Leiter des Instituts für Allgemein- und Familienmedizin der Universität Witten/Herdecke, hat den David-Sackett-Preis 2013 des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) erhalten. Er wurde für die PROP-Studie ausgezeichnet, die zeigt, dass Patienten vor kleine-

ren Operationen häufig unnötig routinemäßig untersucht werden und dies durch eine elektronische Entscheidungshilfe weitgehend verhindert werden kann, die dem behandelnden Arzt präoperative Untersuchungen vorschlägt.

Prof. Dr. phil. Katja Makowsky (42), Vorsitzende des Instituts für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitswesen an der Fachhochschule Bielefeld, hat mit der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld den Forschungsverbund „Nutzerorientierte Versorgung bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit (NuV)“ gegründet. Makowsky machte nach einer Ausbildung zur Krankenschwester 1998 an der Fachhochschule Osnabrück das Diplom als Pflegewirtin und 2004 den Master of Public Health an der Universität Bielefeld. 2008 promovierte sie an der Universität Osnabrück über Adipositas bei Schwangeren.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
3rd International Conference on Research in Medical Education	Neue Ausbildungskonzepte in der Medizin, Evaluation und Erfahrungsberichte	23.–25. 5. 2013 Berlin	Dieter Scheffner Fachzentrum für medizinische Hochschullehre der Universitätsmedizin Berlin Charitéplatz 1, 10117 Berlin	https://rime2013.online-registry.net E-Mail: rime2013@charite.de Telefon: 030 450-576377
74. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag – 100 Jahre Medizinischer Fakultätentag	Studienplatzvergabe, Nachwuchsförderung, Finanzierung der Hochschulmedizin	30.–31. 5. 2013 Halle (Saale)	MFT Medizinischer Fakultätentag Alt-Moabit 96 10559 Berlin	www.mft-online.de/termine/termine/2013/omft/anmeldung E-Mail: info@mrbn.de Telefon: 0451 38967-17
Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz:	Perspektiven und Strategien, Lebenswelt und Pflegewelt, Gemeindeförderung	7. 6. 2013 Witten	Universität Witten/Herdecke Department Pflegewissenschaft Alfred-Herrhausen-Straße 50 58448 Witten	www.uni-wh.de/uploads/media/Flyer_aktuell_Tagung7-6-13.pdf E-Mail: claudia.kuhr@uni-wh.de Telefon: 02302 926-360
4. Jahrestagung des AQUA-Instituts zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	Public Reporting, Pflege und Entlassmanagement, Qualitätsindikator Schmerz, Qualitätszirkel	12. 6. 2013 Göttingen	AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung im Gesundheitswesen, Maschmühlenweg 8–10, 37073 Göttingen	www.sqg.de E-Mail: tagung@aquainstitut.de Telefon: 0551 78952-263
Jahreskongress 2013 des europäischen Forums für evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention (EUFEP)	Nationale Strategien der Adipositas-Prävention, Evaluation, ökonomische Aspekte	12.–13. 6. 2013 Krems/Österreich	Europäisches Forum für evidenzbasierte Gesundheitsförderung und Prävention, Neue Herrngasse 17A, A-3109 St. Pölten	www.eufep.at E-Mail: eufep@thatstheaway.at Telefon: +43 (0)2275 74705
4. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie	Pharmakovigilanz, Erfassung, Bewertung und Vermeidung von Medikationsfehlern	13.–14. 6. 2013 Berlin	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft Herbert-Lewin-Platz 1 10623 Berlin	www.patientensicherheit2013.de E-Mail: info@patientensicherheit2013.de Telefon: 040 480610-62

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber.

G+G-Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure:

Bettina Nellen (KomPart),
Prof. Dr. Klaus Jacobs, Sabine Schulze (WIdO)
Red.-Mitglieder: Dr. Silke Heller-Jung, Burkhard Rexin (KomPart); **Grafik:** Johannes Nerger

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft,
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-220, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@kompart.de