

Sozialer Fortschritt

Unabhängige
Zeitschrift für
Sozialpolitik

German Review
of Social Policy

Herausgegeben von der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Köln

Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen

*Helmut Hildebrandt, Manfred Richter-Reichhelm, Alf Trojan,
Gerd Glaeske und Hildegard Hesselmann*



Duncker & Humblot · Berlin

Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen

Helmut Hildebrandt, Manfred Richter-Reichhelm,
Alf Trojan, Gerd Glaeske und Hildegard Hesselmann¹

Zusammenfassung

Welcher Wettbewerb ist im Gesundheitswesen der richtige? Hilft es dem Patienten und der Krankenkasse, wenn eine Einzelleistung durch den Wettbewerb um 20% billiger wird, aber diese Leistung gar keinen Gesundheitsnutzen produziert oder, noch schlimmer, die Anzahl der durchgeführten Leistungen ohne gleichzeitigen Nutzen um 20% steigt? Die Autoren plädieren vehement für eine Neuausrichtung der Anreize und eine Honorierung, die statt des Einzelpreises den geschaffenen Gesundheitsnutzen und damit die Ergebnisqualität für den Einzelnen wie für die Versicherungsgemeinschaft in das Zentrum des Wettbewerbs rückt. Eine solche Honorierung – so die Argumentation der Verfasser – benötigt regional organisierte Systemlösungen als Treiber von Effizienz und Effektivität und Partner der Krankenkassen.

Abstract: Getting the Incentives Right: New Payment Schemes within the German Health Care System and the Rising Need for Well-designed Systems

What kind of competition is the one to choose for health care systems? Is it helpful if competition reduces the fees for certain services by 20% even if there is no extra health benefits from those services or, which is even worse, the number of actual treatments under those services increases by 20% for no corresponding increase in benefits? The authors propose a change to the current payment scheme with a realignment of incentives. This change would enable competition to focus on the health outcomes and benefits for patients and populations rather than on prices for single services. The authors argue strongly in favour of the need for carefully designed regional systems, firstly, to drive efficiency and effectiveness as the organising structure for this goal and, secondly, to act as partners for the health-care funds.

1. Bisherige Vergütungsstrukturen

Die Problematik mit den ‚alten‘ Vergütungsstrukturen dürfte hinlänglich bekannt sein, so dass eine kurze Betrachtung genügen sollte. Vergütungssysteme, die einzelne Leistungen vergüten, laufen so beispielsweise immer Gefahr, auf der Seite der Leistungserbringer wirtschaftliche Anreize zu setzen, Leistungen auch ohne absolute medizinische Notwendigkeit zu erbringen. Diese Gefahr besteht insbesondere in informationsasymmetrischen Beziehungen, wo der Konsument den Rat des Anbieters nur teilweise bewerten kann, sowie in Situationen, die wissenschaftlich durchaus unterschiedlich eingeschätzt werden können. Beides finden wir klassischerweise im Gesundheitswesen vor.

Viele Versuche sind unternommen worden, den wirtschaftlichen Anreizen zur Leistungsmengenausweitung zu begegnen. Der Versuch mithilfe degressiver Vergütungen oberhalb einer bestimmten Menge von Leistungen diese Anreize zu vermindern, hat nur wenig geholfen. Zum einen legt er bei den einen die Ausreizung der nicht degressiv bepreisten Leistungsmenge nahe, zum anderen forciert er die quasi industrielle Produktion, die auch mit einer degressiv bepreisten Leistungsvergütung immer noch Skalenvorteile erwirtschaften kann. Der Versuch mit Budgetierungen von Leistungsmengen der Situation Herr zu werden, hat über eine gewisse Zeit durchaus für die Kostenträgerseite Erfolge gebracht, hat aber deren Verhältnis zu den Leistungserbringern zunehmend beschädigt und hat zu einem ökonomisch völlig verständlichen Ausweichverhalten in Richtung der sog. IGeL-Leistungen geführt. Die niedergelassenen Ärzte hat dieses System zur weiteren Leistungsmengensteigerung angereizt verbunden mit einer Produktionskostensenkung in der eigenen Praxis; eine Diskussion, die in der Vergangenheit unter dem Stichwort „Hamsterrad“ bekannt geworden ist. Nicht zuletzt durch Praxisschließungen und öffentliche Darstellung der Durchschnittsvergütungen pro Quartal (die berühmten 35 € und ihr Vergleich mit den Stundensätzen von Handwerkern) ist dieses System überdies in den letzten Jahren zunehmend erfolgreich skandalisiert worden.

Die Vergütung im deutschen Gesundheitswesen folgt darüber hinaus der sektoralen Trennung der Leistungsbereiche, was sich auch in Folge der letzten Reformen in der Regelversorgung nicht wesentlich geändert hat. Mit dieser sektoralen Vergütung sind weitere Probleme verbunden. So ist es in diesem System bei Einzelleistungsvergütung wirtschaftlich sinnvoll, so viele Leistungen wie möglich selbst zu erbringen, auch wenn andere Leistungserbringer u. U. besser qualifiziert sind bzw. zu niedrigeren Kosten für die Kostenträger diese Leistungen erbringen können. In einem budgetierten sektoralen System ist der Anreiz wiederum umgekehrt, hier wird es interessant Leistungen in den anderen Sektor zu verlagern, auch wenn dieser mit deutlich höheren Kosten produziert. Das Paradebeispiel dafür ist die Freitags stattfindende Einweisung in das Krankenhaus, wenn eine intensive ambulante Betreuung am Wochenende auch möglich gewesen wäre, aber wirtschaftlich gesehen für den niedergelassenen Hausarzt unrentabel ist. Ein weiteres Beispiel wäre der Verzicht auf die Verordnung eines teuren aber über die Zeit gesehen und unter Berücksichtigung von evtl. nötigen Krankenhausaufenthalten für den Kostenträger wirtschaftlicheren Arzneimittels. Beide Systemlösungen führen – von den wirtschaftlichen Anreizen her gesehen – nicht zu einer rationalen Verortung der Leistungserbringung. Eine immer feinere und detailliertere Aufgliederung von Anreizen und Gegenanreizen, wie sie die Politik und die Verbände in den letzten Jahren versucht haben, hat darüber hinaus ebenfalls ihre Grenzen gezeigt. Das System ist für die meisten nicht-institutionellen Leistungserbrin-

¹ Die Verfasser bedanken sich für die wertvolle Unterstützung bei der Abfassung dieses Artikels durch Dr. med. Christoph Bischoff-Everding, Hr. Magnus Stüve und Dr. Jörg Cortekar von der Hamburger Strategieberatungsfirma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH sowie den Mitarbeitern der OptiMedis AG.

ger und die Öffentlichkeit zunehmend unverständlich geworden und wird daher immer mehr vollständig abgelehnt, hieraus erklären sich u. a. auch die aktuellen Schwierigkeiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Neuregelung der Vergütungsordnung.

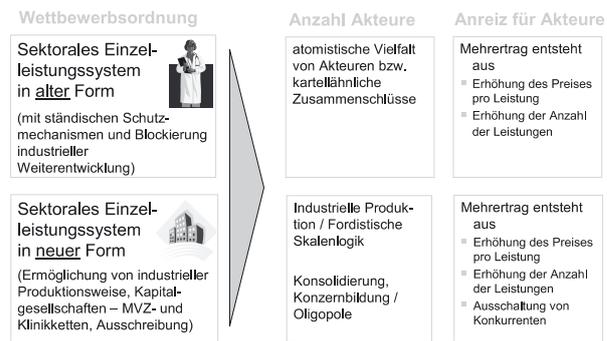
Institutionelle Leistungserbringer, vorwiegend im stationären Sektor zuhause aber im Bereich der Labormedizin, der Radiologie und neu in den Medizinischen Versorgungszentren und Großpraxen zunehmend auch im ambulanten Bereich, haben diesbezüglich günstigere Voraussetzungen, zumindest haben sie eher die Möglichkeit, sorgfältige Interessenabwägungen und strategische Entscheidungen über Leistungsportfolios zu treffen. Ob dies nun ausgerechnet zum Nutzen der Kostenträgerseite oder doch zu einer primär einzelwirtschaftlichen Nutzenoptimierung führt, sei dahin gestellt.

Seit Jahren wird von Gesundheitsökonomern u. a. aus dem Sachverständigenrat daher zu Recht beklagt, dass die im Gesundheitswesen gezahlten Vergütungen zu wenig den Erfolg und den damit erreichten Gesundheitsgewinn honorieren. Aber: In einem nach Sektoren aufgegliederten System der Einzelleistungsvergütung – so wie es in Deutschland trotz der in Teilen erfolgten Umorganisation in Richtung auf Komplex- und Fallpauschalen im Kern weiterhin existiert – ist eine erfolgsabhängige Vergütung auch kaum zu organisieren. Die zentralen Anreize für Ertragssteigerungen der Leistungserbringer sind dort notwendigerweise die Erhöhung der Anzahl der Leistungen und des Preises pro Leistung. Krankenkassen und Leistungserbringer stehen sich damit folglich als Kontrahenten gegenüber, erstere mit einem Senkungs- und letztere mit einem Erhöhungsinteresse. Eine volkswirtschaftlich rationale Allokation kann so im Grunde kaum gelingen und die Versuche, mittels aufwändiger Prüfroutinen über die Medizinischen Dienste der Krankenkassen oder externe Dienstleister quasi polizeilich gegen Auswüchse vorzugehen, führt nur zu der Aussonderung der Auswüchse aber nicht zu einer generell anderen Anreizlage.

Die Neuregelungen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes für die ambulante Seite sowie die Privatisierungen bzw. Konzernbildungen für den stationären Krankenhausbereich bringen an dieser Stelle nach Ansicht der Verfasser für die Kostenträger eher Gefahrenpotentiale als wirkliche neue Chancen. Aus einer eher ständisch blockierten und atomistisch organisierten Leistungserbringerschaft entwickeln sich damit zunehmend industriell produzierende Institutionen. Prinzipiell könnten diese damit auch mittelfristig gesehen preiswerter produzieren und Kostenträger könnten mit ihnen entsprechende Rabattvereinbarungen und Mengenkontingente vereinbaren. Der Gefahr der Induzierung überflüssiger Leistungen entgegen gehen die Kostenträger damit aber nicht, umgekehrt kommen sie vielmehr in das Problem, evtl. bald nur noch mit Oligopolen oder Monopolen verhandeln zu können und damit wie in den USA zu sehen zwar vorübergehend gewisse Preissenkungserfolge zu verzeichnen, mittelfristig aber diese aufgrund der schlechteren Verhandlungsposition gegenüber den sich gebildeten Ketten wieder aufgeben zu müssen.

Es stellt sich also die Frage, welche Möglichkeiten der Umgestaltung der Vergütungsstrukturen bestehen, die bei den Leistungserbringern Anreize setzen, stärker auf den medizinischen und ökonomischen Erfolg im Sinne des mittel- und längerfristigen Outcomes für den Patienten bzw. das versorgte Patientenkollektiv zu fokussieren. Im ambulanten Bereich wäre dies zum Beispiel eine Vergütung, die denjenigen Arzt in der Vergütung besser stellt, der es bei einem Chroniker schafft, die Prävention von Folgeerkrankungen optimal zu organisieren und dies nicht nur bei „leichter zu führenden“ Patienten sondern erst recht bei denjenigen, bei denen dies besonders schwer nur gelingt. Im stationären Bereich wäre dies beispielsweise eine Belohnung des Leistungserbringers bzgl. der mit dem Krankenhausaufenthalt verbundenen Kompetenzstärkung des Patienten, mit seiner Erkrankung bestmöglich umzugehen, oder der therapeutischen Verbesserung, z. B. ausgedrückt in der Mobilisation des Patien-

Jede Wettbewerbsordnung formt und erzieht sich ihre Akteure über ihre Anreize



Quelle: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, 2008.

Abbildung 1: Wettbewerbsordnung und Anreize: Sektorale Einzelleistungssysteme ... in alter und neuer Form

ten nach einem chirurgischen Eingriff und seiner Wiedereingliederung in das normale (Berufs-)Leben nach Abschluss der Behandlung.

Dies wird freilich nur funktionieren, wenn der wirtschaftliche Erfolg des Einzelnen bzw. der Gruppe von Behandelnden dabei nicht auf der Strecke bleibt. Im Folgenden sollen verschiedene Ansätze diskutiert werden, die u. E. dazu geeignet sind, dies zu leisten.

2. Erste Schritte – §§ 140a ff. und § 136 Abs. 4 SGB V

Mit Einführung der Vorschriften zur Integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) im Jahre 2000 und verstärkt im Jahre 2004 und 2007 hat der Gesetzgeber die Öffnung für eine Veränderung der Vergütungsstrukturen geschaffen. Im Wesentlichen sollen die Vorschriften zu beitragen, eine sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, um speziell die an den Sektorübergängen erwarteten (ökonomischen) Effizienzreserven ausschöpfen zu können und den Krankenkassen wie auch den Leistungserbringern Optionen zu geben, neue Versorgungs- und Vergütungsoptionen zu erproben. In diesem Zusammenhang bieten sich damit Möglichkeiten, jeweils individuelle Vergütungsstrukturen zu implementieren, die die gewünschten Anreize setzen – sinnvollerweise sollten sich diese auf die Qualität und nicht mehr die Quantität der erbrachten Leistung(-smenge) ausrichten.

Prinzipiell wurde es damit möglich, den Leistungserbringern den erzielten Gesundheitsnutzen für eine Population relativ zu dem deutschlandtypischen Gesundheitszustand einer vergleichbaren Population zu belohnen. Krankenkassen und Leistungserbringer konnten in einer solchen Konstellation ihre eigentlich gegensätzlichen Interessen zum ersten Mal in eine gemeinsame Ausrichtung bringen. Zum Leidwesen des Gesetzgebers wurde davon allerdings in den bisher etwas mehr als 5.100 abgeschlossenen Verträgen zur Integrierten Versorgung (vgl. BQS Register (2008) seltener Gebrauch gemacht als gewünscht. Vielfach wurde einfach die Anschubfinanzierung als eine zusätzliche Einnahme ‚mitgenommen‘, ohne sich wirklich um den Aufbau innovativer Versorgungsstrukturen inklusive einer zentralen, die Leistungserbringung steuernden, Einheit zu bemühen. An dieser Entwicklung ist der Gesetzgeber allerdings auch nicht ganz unschuldig, hat er es doch den Krankenkassen und Leistungserbringern überlassen, ob ihre Verträge eine Fortsetzung des alten Modells – nur mit gewissen Rabattvarianten für die Mehrumsätze – oder wirklich eine Vergütungsumkehr hin zur Belohnung der höherwertigen Leistung in Form des erzielten Gesundheitsnutzens darstellen.

Mit dem neuen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum 01. April 2007 hat sich der Gesetzgeber wiederum für das Offenhal-

ten aller Möglichkeiten entschieden. Er offeriert den Krankenkassen die Wahl, ob sie einerseits mit Herstellern und industrialisierten Leistungsanbietern (z. B. in der Form von Medizinischen Versorgungszentren) reine Rabattverträge um Preissenkungen für Einzelleistungen (= eine Art industrialisierte Fortführung des Hamsterrades) oder andererseits im Rahmen eines Einsparcontractings auf Gesundheitsnutzen abzielende Verträge für Systemleistungen abschließen. Seit einigen Jahren findet eine weitere Alternative der qualitätsorientierten Vergütung zunehmend Eingang in die Diskussion: die Pay-for-Performance Vergütung. Im § 136 Abs. 4 hat der Gesetzgeber hierfür den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen spezifische Möglichkeiten eröffnet und entsprechende Verantwortungen auferlegt.

Da es sich bei den zuvor genannten Rabattverträgen nicht um wirklich neue und innovative Vergütungsstrukturen handelt, sollen diese hier unberücksichtigt bleiben und das Augenmerk vielmehr auf die beiden letztgenannten Ansätze gelegt werden.

3. *It takes systems – to pursue health gains and outcome quality*²

Die Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung der ersten Generation ist zum 01. Januar 2009 weggefallen, so dass künftig nur noch solche Projekte der Integrierten Versorgung zustande kommen werden, die sich aus sich selbst heraus tragen können. Für Integrierte Versorgungsprojekte der zweiten Generation werden medizinische Qualität und ökonomische Effizienz daher von noch größerer Bedeutung sein als dies bisher der Fall gewesen ist. Folgende Frage drängt sich dabei auf: Wie können diese beiden Zieldimensionen bei den verschiedenen Beteiligten miteinander in Übereinstimmung gebracht werden?

Ökonomen bemühen in der Regel den Markt als Koordinierungsinstanz, auf dem langfristig nur jene Anbieter bestehen, die Produkte zu einem Preis und einer Qualität anbieten, die der Konsument wünscht – ‚schlechte‘ Angebote sortiert der Wettbewerb aus. Freilich versagt der Markt bei bestimmten Bedingungen, die u. a. oben mit dem Stichwort der Informationsasymmetrie im Gesundheitswesen schon angesprochen wurden. Staatliche Interventionen in die Gesundheitsversorgung werden deshalb auch weltweit eingesetzt, rein marktwirtschaftliche Lösungen finden sich nur in Teilbereichen und ihrerseits wiederum staatlich geregelten Räumen. Dies heißt aber nicht, auf Wettbewerb zu verzichten. In den letzten Jahren hat der Gesetzgeber erkannt, dass Qualität und Kosten(-effizienz) wirksam als Wettbewerbsparameter genutzt werden können. Wenn also die zuvor aufgeworfene Frage grundsätzlich durchaus mit Wettbewerb beantwortet wird, stellt sich in einem zweiten Schritt die Frage nach der Art und Weise des Wettbewerbs, nach dem Design der Wettbewerbsordnung. Der bekannte amerikanische Wirtschaftswissenschaftler Robert Shiller nutzt diesen Begriff des Designens von Märkten im Bereich der Finanz- und Immobilienmärkte (Akerlof&Shiller, 2009) und konnte anhand genauer Beobachtungen sowohl den Crash der New Economy vor knapp zehn Jahren wie auch die aktuellen Kollaps der Hypothekenkredite als einer der wenigen Ökonomen gut voraussagen.

Wir plädieren – und das legt die Kapitelüberschrift nahe – auf der Anbieterseite für einen Wettbewerb zwischen ‚Systemen‘ integrierter Leistungserbringer, die die gesamte humanmedizinische (und später auch zahnmedizinische) Flächenversorgung lokal begrenzter Regionen (z. B. nach Postleitzahlbereichen differenziert) in ihre wirtschaftliche und Organisationsverantwortung übernehmen ohne damit die Arzt- und Krankenhauswahlfreiheit der Versicherten der Partnerkrankenkassen einzuschränken. Die Vergütung dieser ‚Systeme‘ erfolgt anhand einer Messung des wirtschaftlichen Erfolgs und damit in Relation zu der Höhe der erzielten Einsparungen gegenüber einem Referenzwert, der die „normale“ Weiterentwicklung der Gesundheitsausgaben einer an der ‚Systemversorgung‘ teilnehmenden vergleichbaren Population ermittelt. Hierzu kann auf den RSA bzw.

den stetig weiter zu entwickelnden Morbi-RSA zurückgegriffen werden.

Um die maximale Effizienz zu produzieren, sind folgende Bedingungen für das Marktdesign zu erfüllen:

- (1) Um die gemeinsame Ergebnisverantwortung der unterschiedlichen Sektoren „unter einen Hut zu bekommen“ ist zumindest die virtuelle Abkehr (später denkbar auch die formelle Abkehr) von vormalig getrennten Budgets notwendig, denn die sektorale Budgetierung führt zwar zu einer sektoroptimalen Allokation der finanziellen Mittel bzw. Leistungserbringung, eine systemoptimale Allokation wird damit allerdings verunmöglicht. Solange die Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgung nicht folgt, wird kein Sektor ein Interesse daran haben, Leistungen des jeweils anderen Sektors zu übernehmen. Aus diesen Gründen ist mit sektoralen Budgets keine Integration der Versorgung zu realisieren. Bei einem gemeinsamen Budget für alle Sektoren hingegen, und dieses Budget muss nicht im herkömmlichen Sinne einem realen Geldtransfer entsprechen sondern kann auch durch eine virtuelle Nachrechnung im jeweiligen Folgejahr kalkuliert werden, wird der optimale Gesundheitszustand der Versicherten zur ökonomischen Zielgröße, was im Ergebnis einer Anreizumkehr gleichkommt. Der vermehrte Einsatz von Prävention, der optimale und frühzeitige Einsatz niederschwelliger Versorgungsangebote bei Substitution aufwändigerer Höchstleistungsversorgung und die bessere Koordinierung sektorübergreifender Versorgungsprozesse gewinnt dann höchste Priorität. Rabatt- und Preissenkungsstrategien im Einkauf von Leistungen haben damit durchaus auch eine Bedeutung, können doch auf diese Weise z. B. im Heil- und Hilfsmittelbereich oder bei Laborleistungen Kostensenkungen realisiert werden.
- (2) Ein solch integriertes Versorgungssystem übernimmt sinnvollerweise die Verantwortung für die komplette Leistungspalette und beschränkt sich nicht auf einzelne Indikationen oder einzelne Sektoren. Der Vorteil liegt darin, dass ein Behandlungsfall über alle Prozessstufen hinweg begleitet werden kann und nicht an vormaligen Sektorengrenzen unterbrochen werden muss. Hierin verbirgt sich die begründete und durch hinreichende Evidenz abgesicherte Annahme, dass ein klügeres Management von Versorgungsprozessen über die Zeit zu einer verminderten Ausgabenlast auf Seiten der Kostenträger führt, z. B. durch vermiedene Herzinfarkte, Schlaganfälle und ihre Folgen (z. B. nach Bewegungstraining, Ernährungsumstellung, Raucherentwöhnung und rationaler Medikation) oder vermiedene Oberschenkelhalsbrüche (z. B. durch Osteoporoseprophylaxe, Bewegungstraining und Sturzprävention). Zu diesem Zweck ist es in einem solchen einzelvertraglichen Vollversorgungssystem notwendig, eine zentrale Steuerungseinheit einzurichten, die neben medizinischen Parametern wie z. B. der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auch betriebswirtschaftliche Kennziffern wie Gesamtkosten über Zeit etc. berücksichtigt und daher in der Lage ist, Fehlentwicklungen rechtzeitig zu identifizieren und entsprechend gegenzusteuern. Die medizinische Feinsteuerung kommt in einem solchen Netz den Primärärzten zu, die die ihnen zugedachte Lotsenfunktion (z. B. Einschreibungen, Steuerung, Überwachung von Disease Management Programmen, Pharmakotherapie etc.) übernehmen und mit ihren Patienten einen partizipativen Entscheidungs- und Zielvereinbarungsprozess etablieren.
- (3) Von entscheidender Bedeutung für den Erfolg dürfte die Laufzeit des dem Projekt zugrundeliegenden Vertrags sein, wobei sich hier allerdings ein Zielkonflikt andeutet. Auf-

² Der Titel wurde in Analogie zu dem vielzitierten Artikel von Enthoven und Tollen 2005 in Health Affairs gewählt. Ihr Titel lautete „Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency“.

grund der hohen Fluktuation gesetzgeberischer Maßnahmen lässt sich eine zuverlässige langfristige Ergebnisplanung nur in Grenzen vornehmen, was tendenziell eher für kürzere Vertragslaufzeiten spricht. Allerdings dürften sich die Investitionen von erheblicher Höhe erst nach mehreren Jahren amortisieren, da der Aufbau entsprechender Strukturen Zeit benötigt und die ersten erfolgswirksamen medizinischen Effekte z. B. von Präventionsprogrammen erst mit einiger Zeitverzögerung spürbar werden. Erste Ergebnisberechnungen eines entsprechenden, von den Verfassern mitgetragenen Systemmodells, dem Projekt ‚Gesundes Kinzigtal‘, für das erste und zweite Laufjahr seines Betriebs weisen allerdings auf schon frühzeitigere Amortisationsmöglichkeiten hin (vgl. Rabatta 2009).

- (4) Die Messung des wirtschaftlichen Erfolgs und damit die Höhe der erzielten Einsparungen erfolgt anhand eines Referenzwertes, der die „normale“ Weiterentwicklung der Gesundheitsausgaben einer an der ‚Systemversorgung‘ teilnehmenden vergleichbaren Population ermittelt. Bei dieser Berechnung müssen systemendogene Faktoren (z. B. altersbedingte Kosteneffekte, Zu- oder Abwanderung, Grippeepidemien, neue Therapiemethoden sowie zufallsbedingte Häufungen von Hochkosten) berücksichtigt werden, um Verzerrungen zu vermeiden. Viele Faktoren lassen sich durch die Nutzung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs durchaus ausgleichen, wenn sich auch gewisse Probleme damit stellen, so u. a. in der Nichtbelohnung erfolgreicher Prävention. Wie bereits angedeutet, lassen sich vermutlich die größten Einsparungen erzielen, wenn sich das integrierte Versorgungssystem nicht auf einzelne Indikationen beschränkt, sondern möglichst alle Bereiche des Gesundheitsversorgung miteinbezieht, denn nur so kann eine gemeinsame Ergebnisverantwortung erreicht und verhindert werden, dass sich doch wieder (Fehl-)Anreize für die Systemgesellschaft ergeben, die sich gegen die Interessen der Kostenträger richten und z. B. Dritt-Leistungen, die nicht in das virtuelle Budget einbezogen sind, zu verordnen.
- (5) Teil des Designs ist notwendigerweise die intensive Kooperation zwischen Systemgesellschaft und den vertraglich als Partner verbundenen Kostenträgern insbes. in der Frage der gemeinsamen Dokumentation und damit der Frage der Datenhaltung. Nur ein System, das die Kosten- und Leistungsdaten seiner Population kennt und stetig analysieren kann und anhand der Fortschritte auch die eigenen Schritte beurteilen kann, ist in der Lage, eine derartige Systemverantwortung zu übernehmen. Aber auch nur ein solches System kann an den eigenen Ergebnisdaten ‚lernen‘ und sich weiterentwickeln.
- (6) Weiterhin zwingend im Sinne einer Systemrationalität ist die Übernahme der Versorgungsverantwortung für alle Versicherten der betreffenden Krankenkasse in einer definierten Region, unabhängig davon ob diese Versicherten sich in das Modell einschreiben oder nicht. Gerade die amerikanischen Erfahrungen mit Managed Care Lösungen zeigen, dass ansonsten Risikoselektionsstrategien begünstigt werden. Wenn in einem neuen Wettbewerbsumfeld aber tatsächlich produzierte Versorgungseffizienz angereizt werden soll, dann müssen alle evtl. Möglichkeiten von Erträgen aus Risikoselektion ausgeschlossen werden (vgl. die genauere Diskussion der US-amerikanischen Erfahrungen und die Abgrenzung dazu in dem Modell Kinzigtal bei Hermann et al. 2006).
- (7) Um die komplexen Strukturen, die den (Miß-)Erfolg letztlich maßgeblich beeinflussen, in einem solchen Netzwerk aufzubauen, sind erhebliche Investitionen notwendig – im wesentlichen für die Einrichtung der zentralen Managementeinheit, die Investitionen in Prävention und die Entwicklung und Vergütung der zusätzlichen Versorgungsmanagement-Leistungen. Bisher konnten diese Investitionen im Rahmen der 1%-igen Anschubfinanzierung aufgebracht werden; mit

Wirkung des Gesundheitsfonds ab dem 01. Januar 2009 ist diese Möglichkeit Geschichte, gleichzeitig entwickeln sich durch den Fonds und speziell den morbiditätsorientierten Risikoausgleich aber auch neue Optionen. Zunächst wird mit Einführung des Gesundheitsfonds allerdings bei den Krankenkassen der Blick auf die kurzfristige Finanzsituation an Gewicht zunehmen, was einer notwendigen langfristigen Planung und dem Auseinanderfallen von Kosten und Erlösen integrierter Versorgungsmodelle diametral gegenübersteht. Um insbesondere den Krankenkassen als Financier von innovativen Versorgungsformen in Zukunft einen zusätzlichen Anreiz für Investitionen zu setzen, wurden vor kurzem in einem sog. „White Paper: Anreize für Forschung und Entwicklung für Versorgungs- und Systeminnovationen im Gesundheitswesen“ Vorschläge unterbreitet³.

- (8) Je nach Ausgangssituation kann es für die Krankenkassen unter den Bedingungen des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs aber auch schon ohne Umsetzung der White Paper Vorschläge interessant sein, in solche Populations- und Systemprojekte zu investieren, bieten sie doch die strategische Möglichkeit der langfristigen Kostensenkung sowohl der Versicherten mit den 80 im M-RSA berechneten Krankheitsgruppen wie aber auch der Versicherten, die davon nicht erfasst werden, und gleichzeitig der RSA-konformen Optimierung der Einnahmenseite der Krankenkassen durch entsprechende Beachtung des „Right-Coding“. Eine Option hierfür ist das sog. Einsparcontracting mit Teilung der errungenen Deckungsbeitragsdifferenz, d. h. eine Interessenkonkordanz zwischen Krankenkassen und lokaler Managementgesellschaft (vgl. auch Sondergutachten des SVR 2009: 764). In einem solchen Modell kann die lokale bzw. regionale Systemgesellschaft ihre Investitionen aus einer Kombination von Effekten rückerstattet erhalten, (a) aus einer kurzfristig erreichbaren aber im alten Vergütungsmodell unwichtigen Präzisierung der ICD-Codierung und (b) aus den mittelfristig erzielbaren Einsparungen aufgrund optimierter Therapieverläufe. Auf diese Weise partizipieren Krankenkasse wie deren Systempartner bei einer adäquaten Teilung der errungenen Deckungsbeitragsdifferenz an den erzielten Optimierungen und Einsparungen und haben einen Anreiz, sich dem Ziel einer optimierten Versorgung zu verpflichten, denn das vollintegrierte System hat den ökonomischen Anreiz, genau diejenigen Leistungen und genau so viele Leistungen zu erbringen, wie langfristig für eine effiziente Versorgung notwendig sind.

Ob und inwieweit solcherlei gestaltete Vollversorgungsverträge erfolgreich in Richtung Gesundheitsnutzen arbeiten und die heutigen Absonderheiten unseres Gesundheitswesens auch hinsichtlich vorhandener Unter-, Über- und Fehlversorgung reduzieren kann, muss über begleitende Evaluationen ermittelt werden. Bisher gibt es leider nur wenige derart integrierte, einzelvertragliche Vollversorgungssysteme in Deutschland, die entsprechend rigoros evaluiert worden sind. Eine Ausnahme stellt das häufig als „Gesundheitslabor“ oder „Leuchtturmprojekt“ titulierte Vollversorgungsmodell von Gesundes Kinzigtal GmbH und AOK sowie LKK Baden-Württemberg dar, dessen begleitende Evaluation in einem beeindruckend umfassenden Maße erfolgt. Der Natur einer Evaluation entsprechend, die sich im wesentlichen auf GKV-Routinedaten stützt, sind hier allerdings ergebnisbezogene Auswertungen frühestens im Herbst 2009 zu erwarten, sodass bisher nur – allerdings ausgesprochen positiv ausgefallene – Zufriedenheitserhebungen und die Vermeidung von negativer Risikoselektion berichtet werden konnten⁴. Erste Auswertungen der Vertragspartner selber weisen auf erhebliche monetäre Vorteile. Dabei liegen die Vorteile für alle Beteiligten auf der Hand. Für Leistungsanbieter sollte neben den finanziellen Anreizen weiterhin von Inte-

³ Vgl. www.gesundheitsconsult.de und Hildebrandt, 2008.

⁴ Vgl. Siegel/Stössel, 2009.

resse sein, im Netzwerk liegendes Wissen nutzen zu können, da es wenig verwundern dürfte, dass das Wissen in Gruppen höher ist als das eines einzelnen. Auf diese Weise kann auf zuvor ‚ungenutztes‘ Wissen zurückgegriffen und zum Wohle des Patienten eingesetzt werden, für den die subjektiv wahrgenommene Ergebnisqualität der Leistung wiederum ein Differenzierungsmerkmal werden kann.

Zwei Gründe sprechen für eine eher kleinräumige regionale Versorgungsverantwortung durch eine solche Systemgesellschaft: Zum einen ist auf der Seite der beteiligten Leistungserbringer eine höhere innere Kohärenz zu erwarten, wenn diese sich untereinander auf Grund der Kleinräumigkeit noch kennen und auch gegenseitig einschätzen und bei Fehlverhalten auch gegenseitig sanktionieren können. Zum anderen stellt sich auch die Frage nach der Managementfähigkeit von Systemen. Bei einer Größenordnung einer Einwohnerzahl von ca. 60–100.000 Menschen, also etwa der Durchschnittsgröße eines Landkreises, ergibt sich eine Kontaktzahl von rund 800 Beschäftigten im Gesundheitswesen (darunter ca. 100 niedergelassenen und weiteren ca. 60 in Kliniken tätigen Ärzten und Psychotherapeuten, ca. 250 Praxispersonalmitarbeitern, 60 Physiotherapeuten und anderen Heilmittelerbringern, 200 Pflegekräften etc.), die zu einem gewissen Prozentsatz in der einen oder anderen Weise zusammengebracht und zu neuen Vereinbarungen veranlasst werden müssen. Wie soll angesichts des in Deutschland ja doch noch recht begrenzt verfügbaren Managementwissens zu derartig integrierten und auf Gesundheitsnutzen ausgerichteten Versorgungslösungen eine landesweit organisierte Managementlösung erfolgreich aufgebaut werden? Die gegenwärtig abgeschlossenen Hausarztverträge sind deshalb meist auch in ihrem Anspruch an Outcomeorientierung und erfolgsabhängiger Vergütung ausgenommen zurückhaltend und verlagern das Risiko im wesentlichen auf die Krankenkassenseite.

Dem verständlichen Interesse von Krankenkassen, möglichst flächendeckend derartige Partnerlösungen zur Verfügung zu haben, ist wohl am ehesten mit einer Strategie der Parallelisierung vieler regionaler Systemlösungen nachzukommen. Zu denken wäre da an gewisse zentral organisierte Funktionen, wie etwa Forschung & Entwicklung, Pharmakoökonomie, Präventions- und Disease Management Grundkonzepte, aber einem jeweilig lokalen Umsetzungsmanagement – unter wesentlicher Beteiligung der jeweiligen lokalen Primärärzte.

4. Pay-for-Performance-Vergütung

Im Allgemeinen wird unter Pay-for-Performance – in der Literatur häufig auch PIP oder P4P genannt – die (teilweise) Verknüpfung der Vergütungshöhe mit der Qualität der erbrachten Leistung verstanden. In den USA, Großbritannien und einigen weiteren Ländern wird diese Form der Vergütung seit einigen Jahren verwendet (bzw. werden P4P-Vergütungssysteme aufgebaut) und zumindest einen Teil der ärztlichen Honorare an Leistungsparametern ausgerichtet.

In Deutschland wird über die P4P-Vergütung in der jüngsten Vergangenheit sowohl akademisch als auch ‚praktisch‘ (Krankenkassen, KBV etc.) verstärkt diskutiert (vgl. *Munte* 2008), stellt sie doch eine weitere Möglichkeit dar, über finanzielle Anreize in Richtung einer höheren Leistungsqualität zu wirken, denn es liegt die Vermutung nahe, dass, wie bei anderen Berufsgruppen auch, eine an der Qualität der erbrachten Leistung orientierte Vergütung leistungssteigernd wirkt. Auch wenn die Wirkungsweise ähnlich wie bei dem zuvor diskutierten Systemwettbewerb ist (zusätzliches Einkommen bei höherer Qualität), gibt es doch deutliche Unterschiede. So haben bei dem zuvor diskutierten Ansatz nur jene Leistungserbringer zusätzliche Einkommen generieren können, die für deren Erwirtschaftung im Rahmen integrierter Versorgungsverträge verantwortlich waren. Pay-for-Performance verfolgt das darüber hinausgehende Ziel der Leistungssteuerung aller ambulanten und stationären Leistungserbringer im Gesundheitswesen – auch ohne den „Zwang“

sich vernetzen zu müssen. Im Rahmen der Pay-for-Performance-Vergütung besteht für diese Leistungserbringer der Anreiz, eine qualitativ hochwertige Versorgung anzubieten, die sie dann zusätzlich vergütet bekommen. In diesem Zusammenhang stellen sich allerdings zwei entscheidende Fragen:

- (1) Die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen ist – ähnlich wie z. B. bei Lehrern auch (vgl. *Marsden/Belfield* 2006) – erfahrungsgemäß nicht einfach. Wie und anhand welcher Kriterien soll die Leistungsdifferenz also ermittelt werden, die eine höhere Vergütung rechtfertigt?
- (2) Woher kommen die finanziellen Mittel, die hierfür benötigt werden?

Für die Mittelbereitstellung gibt es in Deutschland zwei denkbare Alternativen – entweder die Mittel werden, ähnlich wie bei der jetzt beendeten Anschubfinanzierung, aus dem Gesamtbudget heraus gerechnet oder sie müssen zusätzlich bereit gestellt werden. Für beide Alternativen gibt es gute Gründe. So kann argumentiert werden – und diese Position vertritt z. B. die Kassenärztlichen Bundesvereinigung –, dass eine bessere Leistung besser vergütet werden soll, die dafür nötigen Mittel aber nicht zuvor aus der Gesamtvergütung heraus gerechnet werden dürfen, da auf diese Weise kein zusätzliches Geld in das Gesundheitswesen komme, sondern das vorhandene lediglich anders verteilt würde. In diesem Fall wäre es ein Nullsummenspiel, in dem die Gewinne des einen zwingend Verluste eines anderen bedeuten. Erbringt ein Arzt gute Leistungen und bekäme mehr Geld, würde es einem „Under“-Performer abgezogen. Diese Position dürfte daher auf erheblichen Widerstand in der Ärzteschaft stoßen. Sollten die finanziellen Ressourcen für das P4P hingegen zusätzlich durch die Kostenträger bereit gestellt werden müssen, müssten diese vorher davon überzeugt sein, dass die jeweilige zusätzliche Vergütung auch tatsächlich zeitnah einen höheren Versorgungsnutzen liefert, der seinerseits wiederum die höhere Vergütung der Kasse refinanziert.

Einzelne Krankenkassen nutzen den § 140 b SGB V für derartige P4P-Verträge, so u. a. die AOK Hessen in einem Modell ‚Aktiv & Vital‘, das sich zunächst um ein an definierten Ergebnisparametern aufgehängtes Diabetesmanagement dreht, mittelfristig aber auf andere Indikationen ausgeweitet werden muss. Bei der Umsetzung dieses Modells wurde von erheblichen Anfangsproblemen mit der dafür vorgesehenen Software berichtet, dies beeinflusste wohl auch erheblich die Bereitschaft der Ärzteschaft, sich daran zu beteiligen, sodass die bisherigen Teilnahmezahlen von den Planzahlen deutlich abwichen. Hier zeichnet sich also noch Klärungs- und vermutlich erheblicher Diskussionsbedarf ab.

Neben der Bereitstellung der finanziellen Mittel ist die Frage zu beantworten, wie Qualität im Gesundheitswesen grundsätzlich gemessen werden soll, da nicht nur auf das Behandlungsergebnis abgestellt werden kann. Dies ist i. d. R. auch von Faktoren abhängig, die der Arzt nicht beeinflussen kann, so z. B. die Compliance des Patienten. Daher stoßen reine Ergebnisparameter in der Ärzteschaft auf breite Skepsis. Das Ergebnis einer Behandlung ist weiterhin von der Qualität der zugrundeliegenden bzw. vorhandenen apparativen Ausstattung und den Prozessabläufen innerhalb einer Praxis abhängig. Damit ergibt sich die allseits bekannte Triade der Qualitätsmessung: Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität.

In Deutschland hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung im Rahmen des Projektes AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) die Ermittlung von möglichen Qualitätsindikatoren angestrebt. Zunächst erfolgte eine Sammlung von Qualitätsindikatoren bzw. Indikatoren-Sets auf nationaler und internationaler Ebene. Anschließend wurde eine große Anzahl von Qualitätsindikatoren mit Relevanz für den ambulanten Bereich identifiziert. Aufgrund von vielen Überschneidungen wurden die Indikatoren in fachübergreifende und fachgruppenspezifische Indikatoren eingeteilt. Zu diesen Indikatoren zählen neben chronischen Erkrankungen wie kardiovaskulären (z. B. Herzinsuffizienz, Hypertonie), muskulo-skelettalen

(z. B. Rückenschmerz, Rheuma), neuropsychiatrischen Erkrankungen (z. B. Depression und Demenz) auch weitere Erkrankungen für die Disease-Management-Programme (DMP) bestehen. Indikatoren-Sets für akute Erkrankungen waren nicht Gegenstand des Projektes.

In ihrem Projekt hat die KBV die Prozess-, Struktur- und Ergebnisparameter weiter differenziert:

- Diagnoseabhängige Qualitätsindikatoren messen direkt oder indirekt die Behandlungsqualität bei häufig vorkommenden Diagnosen wie bspw. den Anteil an Patienten mit Schlaganfall, die einer zerebralen Bildgebung zugeführt werden.
- Bei diagnoseunabhängigen Qualitätsindikatoren wird hingegen über Kennzahlen die Qualität eines Versorgungsbereiches unabhängig von der Diagnose ermittelt. Ein Beispiel ist die Messung des Anteils an anästhesiologischen Komplikationen bei Narkosen in einer Anästhesiepraxis.
- Qualitätsindikatoren zur Praxisorientierung: Die gesamte Organisation im Gesundheitswesen – bspw. einer Arztpraxis – wird über die Qualitätsindikatoren zur Praxisorganisation festgelegt. Dabei werden die Wartezeiten, die Zufriedenheit der Patienten etc. berücksichtigt.
- Befragungsbasierte Qualitätsindikatoren beziehen sich letztendlich auf Befragungen von Patienten (z. B. MIDAS oder HIT-6), Zuweisern oder anderen Kooperationspartnern, die sich persönlich zur Qualität der Behandlung, der Zufriedenheit mit dem Arzt oder der Praxis äußern sollen.

Obwohl noch keine konkrete Kategorisierung von Qualitätsindikatoren existiert, lassen sie sich in verschiedene Gruppen zusammenfassen, die jeweils einer Qualitätskomponente zugeordnet werden. Die jeweiligen Indikatoren können sich bspw. auf Anteile und Häufigkeiten beziehen (z. B. Häufigkeit der HbA1c-Untersuchung bei allen Diabetikern) oder aber auf Einzelereignisse wie es manchmal beim Fehlermanagement der Fall ist. Des Weiteren können die Indikatoren generisch oder krankheitsspezifisch definiert werden oder in eine bestimmte Versorgungskategorie der Versorgung eingeteilt werden. Diese Kategorien beschreiben bspw. Prävention oder chronische Erkrankungen.

Weiterhin ist die Frage zu klären, ob Qualitätsverbesserungen oder Qualitätsziele extravergütet werden sollen. Qualitätsverbesserungen bieten dabei verschiedene Vorteile gegenüber strikten Zielvorgaben:

- Zielvorgaben müssten so gestaltet sein, dass sie
 - bisher eher „schlechte“ Akteure nicht frustrieren und abschrecken, sich überhaupt um die Erreichung der Zielvorgabe zu bemühen und
 - „gute“ Akteure nicht zu Inaktivität anreizen, da die Zielvorgabe bereits erreicht ist.
 - Um beide Komponenten miteinander zu verknüpfen, könnte mit einer „geringen“ Zielmarke gestartet werden (die z. B. dem Durchschnitt entspricht), die jährlich um einen bestimmten Prozentsatz gesteigert wird.
 - Eine weitere Möglichkeit besteht bei Zielvorgaben darin, für einen Indikator unterschiedliche Ziele zu definieren, z. B. wenn eine Impfquote von 50%, 75% oder 90% erreicht wird.
- Verbesserungen können nahezu immer erzielt werden. Hierbei wäre allerdings zu überlegen, das jeweilige Ausgangsniveau zu berücksichtigen, da
 - Verbesserungen von einem bereits hohen Niveau aus schwieriger zu erreichen sind (ökonomisch würde man von abnehmenden Grenznutzen sprechen) und
 - zudem frühere Qualitätsanstrengungen nicht bestraft würden.
- Grundsätzlich muss darauf geachtet werden, ob sich isoliert betrachtete Indikatoren verbessert haben, ohne dabei das Ergebnis positiv zu beeinflussen.

- Bei beiden Methoden muss ausgeschlossen werden, dass die Effekte nicht durch unerwünschtes Upcoding (Änderungen im Kodierungsverhalten) oder Gaming (unerwünschte Selektion von Patientengruppen) verfälscht werden.

Ob letztlich Qualitätsziele oder Qualitätsverbesserungen grundsätzlich honoriert werden sollen, ist eine evtl. letztendlich auch politisch zu klärende Frage, die gleichermaßen ein Spiegel der grundsätzlichen Ausrichtung des Gesundheitssystems darstellt. Zielvorgaben stehen dabei eher für ein egalitäres System (wie in Großbritannien), Qualitätsverbesserungen hingegen eher für eine wettbewerbliche Ausrichtung (wie in den USA). Die Entscheidung, Qualitätsverbesserungen zu honorieren wäre also durchaus stringent und im Einklang mit der seit Jahren forcierten wettbewerblichen Neuausrichtung des gesamten deutschen Gesundheitswesens zu sehen.

Weiterhin bleibt auf der politischen Ebene zu überlegen, ob P4P-Elemente für das gesamte GKV-System verpflichtend oder Gegenstand kassenindividueller Programme⁵ sein sollen. In erstgenanntem Fall müssten dann alle Arztgruppen eingeschlossen werden, da nicht-teilnehmende Ärzte sonst diskriminiert würden (das grds. Problem der Lohnungleichheit in Folge von leistungsorientierten Vergütungsmodellen diskutieren Lemieux et al. 2007), im letztgenannten Fall besteht die Gefahr des Trittbrettfahrerverhaltens, d. h. die behandelnden Ärzte verändern ihr Verhalten entweder gar nicht oder aber für alle Patienten (Pham et al. 2007). Ändern sie ihr Verhalten entstünden positive externe Effekte für andere Krankenkassen. Dies könnte letztendlich dazu führen, dass jede Kasse darauf spekuliert, an von Anstrengungen einer anderen Kasse zu profitieren und keine Kasse ein individuelles Pay-for-Performance-System auflegt.

Neben diesen systemimmanenten Hürden, stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Effektivität von Pay-for-Performance-Systemen. Bislang gibt es noch keine valide Erhebung darüber, die einen eindeutigen statistischen Nachweis dafür liefert, dass mit Pay-for-Performance-Vergütungsmodellen auch tatsächlich eine Verbesserung der Versorgungssituation erzielt werden konnten.

Somit kann auch nicht die Frage beantwortet werden, ob mit Alternativen zu P4P – insbesondere der indirekten Pay-for-Performance-Variante des Public Reporting – nicht eine höhere Kosteneffektivität zu erzielen wäre. Bei dieser Variante des Pay-for-Performance werden Qualitätsdaten dem Patienten zugänglich gemacht. Da dem Patienten aufgrund der Ausgestaltung der GKV bei einer Behandlung keine weiteren Kosten entstehen, stellt die Qualität theoretisch die einzige Variable in einem ökonomischen Optimierungsproblem dar, in dem er bei gleichen Kosten seinen Nutzen (in Form der höchstmöglichen Behandlungsqualität) zu maximieren versucht. Die praktischen Erfahrungen legen allerdings nahe, dass diese Anreize nicht ausreichend sind (und damit die „stärkere“ Variante des direkten P4P wie zuvor beschrieben erforderlich wird), da sich die Patienten entsprechende Suchkosten aufwenden müssen, um an diese Informationen zu gelangen.

5. Fazit

Beide hier vorgestellten Ansätze fokussieren auf die Leistungsqualität, die erfolgreiche Vermehrung des Gesundheitsnutzens für Patienten und die Messbarkeit dieses Erfolges für die Krankenkassen, um die Leistungserbringer angemessen an diesen Zusatznutzen in Form einer zusätzlichen Vergütung zu honorieren.

Hinsichtlich des Systemwettbewerbs hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) mit dem Wettbewerb „Gesundheitsregionen der Zukunft“ für alle Teilnehmer der Gesundheitswirtschaft einen zusätzlichen Anreiz gesetzt, sich stär-

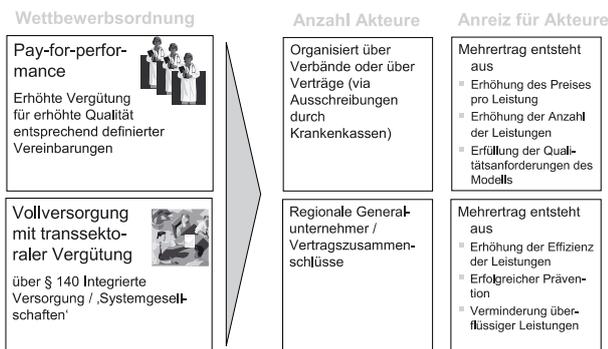
⁵ So hat die AOK Mitte Juni 2009 ein eigenes QISA = Qualitätsindikationssystem für die ambulante Versorgung vorgestellt.

ker in diesem Bereich zu engagieren und (Versorgungs-)Innovationen in Modellprojekten aufzubauen und zu erproben, in deren Mittelpunkt ganz klar der zusätzliche Nutzen steht. Bewährte Modelle können hinterher adaptiert werden und auf andere Regionen übertragen werden.

Zu den am BMBF-Wettbewerb erfolgreich teilnehmenden Modellregionen gehört auch die Gesundheitsregion Ortenau, ein Integriertes Vollversorgungsmodell, in dem im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen auch Pay-for-Performance zum Einsatz kommt, um den teilnehmenden Ärzten einen zusätzlichen Anreiz zu bieten, einen höheren Gesundheitsnutzen für die Patienten zu erzielen. In solchen Versorgungsmodellen ergänzen sich also die Anreize auf System- und individueller Ebene, da die Ärzte in mehrfacher Hinsicht von einer verbesserten Leistungsqualität profitieren:

- Der zusätzlich entlohnte Gesundheitsnutzen eines IV-Systems, der in Integrierten Versorgungsmodellen i. d. R. über die beteiligte Managementgesellschaft an die Gesellschafter (und damit meist die teilnehmenden Ärzte) ausgeschüttet wird.
- Erfolgsboni, die auf Basis bestimmter Struktur- und Qualitätsmerkmale gewährt werden und durch den Gesamterfolg des IV-Systems determiniert werden. Hierbei ist denkbar, eine Zusatzvergütung z. B. an das Engagement bei der Entwicklung von Prozessverbesserungen, evtl. Quoten von Chronikern, mit denen Zielvereinbarungen getroffen wurden, das leitliniengemäße Verordnungsverhalten oder an anderen messbaren Indikatoren zu koppeln.

Jede Wettbewerbsordnung formt und erzieht sich ihre Akteure über ihre Anreize



Quelle: Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH.

Abbildung 2: Wettbewerbsordnung und Anreize: Pay-for-Performance und Vollversorgung mit transsektoraler Vergütung

Insgesamt stehen beide Ansätze für die erkennbaren Neuausrichtungen im Gesundheitswesen: mehr Wettbewerb – zwischen Systemen und der Normalversorgung und den Systemen untereinander – und die Fokussierung auf den Gesundheitsnutzen. Unsere Hypothese lautet, dass sich die zusätzlichen Transaktionskosten für Regionale Integrierte Vollversorgungslösungen letztendlich als geringer erweisen werden als diejenigen für Indikationsorientierte oder episodorientierte Pay-for-Performance-Lösungen und insofern den Vollversorgungslösungen die Zukunft gehört. Wir sind gespannt auf die nächsten Erfahrungen damit.

Literatur

Akerlof, G. / Shiller, R. (2009): *Animal Spirits: How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism*. Princeton University Press (vgl. auch *Die Zeit*: 2. 4. 2009 S. 14).

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) (2008): Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion. <http://www.bqs-register140d.de>, 15. Juni.

Enthoven, A. C. / Tollen, L. A. (2005): *Competition in Health Care: It Takes Systems to Pursue Quality and Efficiency*, in: *Health Affairs*, W5, S. 420 ff.

Glaeske, G. (2009): *Vernetzte Medizin: Wie Integrierte Versorgung sektorale Grenzen überwindet – ein Überblick*. In: *Dr. Med. Mabuse 1 / 2009*: 28 ff. Dr. Med. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.

Hermann, C. et al. (2006): *Das Modell „Gesundes Kinzigtal“*. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 5–6, S. 11–29.

Hildebrandt, H. (2008): „Wie schaffen wir Anreize für Forschung und Entwicklung?“, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 3 / 2008, S. 26 ff.

Krauth, Ch. / Schwartz, F. W. / Perleth, M. / Graf von der Schulenburg, J.-M. (1997): *Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung*. Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen.

Lemieux, T. / MacLeod, W. B. / Parent, D. (2007): *Performance Pay and Wage Inequality*, Diskussionspapier Nr. 2850, Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, Bonn.

Lüngen, M. / Gerber, A. / Lauterbach, K. W. (2008): *Pay-for-Performance: Neue Impulse für den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern*, in: J. Klauber / B.-P. Robra / H. Schnellschmidt (Hrsg.), *Krankenhausreport 2007: Krankenhausvergütung – Das Ende der Konvergenzphase?*, Stuttgart, New York.

Marsden, D. / Belfield, R. (2006): *Pay for performance where output is hard to measure: the case of performance pay for school teachers*, in: *Advances in Industrial and Labor Relations*, London, S. 1–34.

Munte, A. (2008): *Der Schlüssel zu einer angemessenen Vergütung*. In: *Bayerisches Ärzteblatt 4 / 2008* S. 211.

Pham, H. H. et al. (2007): *Care Patterns in Medicare and their Implications for Pay for Performance*, in: *New England Journal of Medicine*, Band 365, Nr. 11, Seite 1130–1139.

Porter, M. E. / Teisberg, E. O. (2006): *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*, Boston (Mass.).

Rabatta, S. (2009): *Integrierte Versorgung: Kooperation im Kinzigtal spart Kosten*. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 106, Heft 20, 15. Mai, A 966.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): *Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*.

Siegel, A. / Stössel, U. (2009): *EKIV-Newsletter 1*. Erhältlich über www.ekiv.org.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Hildebrandt, Helmut, Vorstand OptiMedis AG, Borsteler Chaussee 53, 20453 Hamburg.
h.hildebrandt@gesundheitsconsult.de, h.hildebrandt@optimedis.de

Richter-Reichhelm, Dr. med. Manfred, Facharzt für Urologie, KBV-Vorsitzender a.D.,
Aufsichtsratsmitglied OptiMedis AG. manfred@richter-reichhelm.de

Trojan, Prof. Dr. Dr. Alf, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psycho-
soziale Medizin, Institut für Medizin-Soziologie, Martinstraße 52, 20246 Ham-
burg; Aufsichtsratsmitglied OptiMedis AG. trojan@uke.uni-hamburg.de

Glaeske, Prof. Dr. Gerd, Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik, Abteilung: Ge-
sundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Parkallee 39,
28209 Bremen; Aufsichtsratsmitglied OptiMedis AG. gglaeske@zes.uni-bremen.de

Hesselmann, Hildegard, Justiziarin, Rechtsanwältin, OptiMedis AG, Herbert-Weich-
mann-Straße 7, 22085 Hamburg. mail@kanzlei-hesselmann.de