



Health System Watch

Ambulante Vergütung im internationalen Vergleich: Perspektiven für Österreich

Thomas Cypionka, Monika Riedel, Martin Obradovits, Clemens Sigl, Johannes Leutgeb*

Zusammenfassung

Das Vergütungssystem im ambulanten Bereich übt starke Anreize im erwünschten wie unerwünschten Sinne auf das Leistungsgeschehen aus und steht im Fokus sowohl der „sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs“ der 15a-Vereinbarung als auch der letzten ASVG-Novelle, die pauschale Vergütungsformen ermöglicht. Theoretische Erkenntnisse und internationale Erfahrungen zeigen, dass das österreichische Vergütungssystem verbesserungsfähig ist. Bezahlungsformen orientieren sich international stärker an Prozessen. Um keine verzerrenden Anreize zu setzen, wird die Vergütung von Leistungen in Relation zu ihrem Aufwand gesetzt, wobei in jüngsten Revisionen, beispielsweise des deutschen EBM, der ärztlichen Zuwendung ein höheres Gewicht zukommt als den Technikkosten. Insbesondere für integrierte Versorgungsformen bietet das niederländische Modell der „chain-DTCs“ interessante Anregungen. Insgesamt lassen sich für einzelne Bereiche des Leistungsgeschehens die jeweils passendsten Vergütungsformen einsetzen und zu einem Vergütungssystem kombinieren.

Einleitung

Die 15a-Vereinbarung 2008–2013 verweist auf die Notwendigkeit der Entwicklung von Vergütungssystemen im ambulanten Bereich, die sektorenübergreifend sind oder jedenfalls eine sektorenübergreifende Finanzierung unterstützen. Dieses Unterfangen ist gleichermaßen sinnvoll wie schwierig zu bewerkstelligen. Sinnvoll deshalb, weil die Erstkontakte und die ambulante Betreuung insgesamt sowohl für die Effizienz und Effektivität als auch für die Qualität der Gesundheitsversorgung entscheidend sind. Die Vergütung in ihrer Gesamtheit stellt dabei ein mächtiges Anreizsystem dar, welches den Bereich in positiver wie negativer Weise beeinflusst. Mit den Gesetzesänderungen des Jahres 2010 wurden pauschale Vergütungssysteme im vertragsärztlichen Bereich als gleichwertig zur Einzelleistungshonorierung verankert. Fachübergreifende Gruppenpraxen sind zwingend nach Pauschalmodellen zu honorieren.

Schwierig deshalb, weil die Vergütung derzeit völlig getrennt ist und gänzlich unterschiedlichen Denkweisen entstammt. Während die Gesamtvertragsverhandlungen mit den Honorarordnungen in der Sphäre Hauptverband/Krankenkassen und Ärztekammern liegen und auf einer starken Einzelleistungskomponente beruhen, erfolgt die Ambulanzvergütung in den meisten Bundesländern (mit Ausnahme von Tirol und Niederösterreich) als Globalbudget aus den Landesgesundheitsfonds. Hilfestellung bei diesem Unterfangen können internationale Vorbilder geben. Im Rahmen eines Auftrags des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger führte das IHS 2010 eine Studie zu ambulanten Vergütungssystemen im internationalen Vergleich durch, wobei der Schwerpunkt bei der Vergütung intermediärer Versorgungsformen im Sinne von Gruppenpraxen lag.

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>

Zusammenfassung

Einleitung





In dieser Ausgabe des Health System Watch sollen die Ergebnisse dieser Studie umfassend präsentiert werden.¹

Theoretisches Framework und Grundbegriffe

Zunächst soll ein kurzer Überblick über Grundbegriffe und Theorie der optimalen Leistungsvergütung und über die theoretischen Einblicke in die Vor- und Nachteile von Gruppenpraxen gegeben werden, anschließend werden internationale Fallstudien besprochen.

Bei der Vergütung von Ärzten unterscheidet man vier Aspekte, die bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems eine Rolle spielen. Der erste Aspekt ist die **Honorarfestsetzung**. Die Honorarfestsetzung ist der institutionelle Rahmen, der bei der Festsetzung von Honorarverfahren, Honorarform und Honorartarif zum Tragen kommt. Es geht darum, wie die Honorarverhandlungen vor sich gehen, wer die Vertragspartner sind sowie welche Aspekte verhandelbar und welche vorgegeben sind. Weiters kann unterschieden werden, auf welcher Ebene (lokal, regional, gesamtstaatlich) die Honorarverhandlungen stattfinden und ob selektive oder nur kollektive Verhandlungen möglich sind.

Den zweiten Aspekt stellt der institutionelle Rahmen dar, in dem medizinische Leistungen vergütet werden, das **Honorarverfahren**. Es umfasst, durch wen oder was eine Vergütung ausgelöst wird und wie die Honorare verteilt werden. In diesem Zusammenhang sind auch etwaige Modifikationen bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen. So kann die Abrechenbarkeit einer Leistung an bestimmte medizinische Qualifikationen gebunden sein. Zur Kontrolle des Abrechnungsverhaltens können Degressionen auf individueller oder kollektiver Ebene eingesetzt oder Abrechnungsverbote ausgesprochen werden, wenn eine Leistung in einer Periode bereits abgerechnet wurde. Eine harte Form der Abrechnungskontrolle stellen Budgets für einzelne Ärzte oder ein Ärztekollektiv dar.

Der dritte Aspekt ist die **Honorarform**, welche die Bemessungseinheit der Vergütung und deren Aggregation zu einem Honorar definiert. Als Bemessungseinheit können viele Kriterien dienen, wobei diese in Input-, Output- und Outcomegrößen zu unterscheiden sind. Mögliche Inputkriterien sind die aufgewendete Zeit sowie Personal-, Sach- und Anlagekosten. Output- sind von Outcomekriterien insofern zu unterscheiden, als dass erstere die Anzahl der erbrachten Leistungen abbilden, während letztere die Qualität der Leistungserbringung betreffen. Idealerweise sollte der Fokus des Versicherers auf Output- bzw. Outcomekriterien liegen, wobei insbesondere die Qualität der medizinischen Leistungserbringung oft sehr schlecht messbar ist. Die definierten Bemessungseinheiten können danach zu einem Honorar aggregiert werden. Die einfachste Methode ist die Definition von Einzelleistungen, bei denen die Investitionen an Zeit und Material sowie anteilig Personal- und Praxiskosten abgegolten werden. Wenn alle zu einer Behandlung gehörenden Einzelleistungen eines Leistungserbringers aggregiert und pauschal abgegolten werden, so spricht man von einer Fallpauschale. Es ist jedoch ebenso möglich, die Leistungen mehrerer Leistungserbringer aggregiert als Komplexpauschale abzugelten. Die höchste Aggregationsebene stellt der Versicherte dar. So ist es möglich, einem Leistungserbringer für jeden Versicherten, für den der Leistungserbringer zuständig ist, eine Kopfpauschale zu zahlen. Wenn die Pauschale nur ausbezahlt wird, wenn der Versicherte auch zumindest eine Leistung in Anspruch nimmt, so spricht man von einer konsultationsabhängigen Kopfpauschale. Eine Einschränkung der Kopfpauschale auf bestimmte Indikationen wird als indikationsabhängige Kopfpauschale oder „global fee“ bezeichnet. „Pay-for-performance“ (P4P)-Honorarformen schließlich nehmen statt Kosten oder behandelten Patienten gewisse erreichte Vorgaben als Bemessungseinheit. So kann beispielsweise das Erreichen einer bestimmten Durchimpfungsrate vergütet werden. Aus den verschiedenen Honoraren ist es dann möglich, ein gesamtes Honorarsystem zu kreieren, welches die jeweiligen Vor- und Nachteile der einzelnen Honorare auszugleichen vermag. Der vierte Aspekt in der Leistungsvergütung ist der **Honorartarif**, welcher die Abrechnungseinheit monetär bewertet. Dabei ist es möglich, entweder jeder Abrechnungseinheit einen konkreten Tarif zuzuweisen oder einen Punktwert, der Zeitaufwand, Materialkosten und Schwierigkeit einer Leistung

¹ Langfassung: Czypionka T., Riedel M., Obradovits M., Sigl C.: Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen, IHS-Projektbericht, Mai 2011.





im Verhältnis zu anderen Leistungen abbildet („relative value scale“). Vorteilhaft an einer „relative value scale“ ist, dass die Verhältnisse zwischen den Leistungen fixiert werden und nur noch der Punktwert ausgehandelt werden muss.

Theorie der optimalen Leistungsvergütung

Arrow² widmet sich als einer der Ersten den besonderen Gegebenheiten der Leistungserbringung im Gesundheitsmarkt, welche bei einer Modellierung berücksichtigt werden müssen. Er zeigt auf, dass sich die Leistungserbringung durch asymmetrische Information auszeichnet, da der Leistungserbringer mehr über den Gesundheitszustand eines Patienten weiß als der Patient selbst. Weiters geht er von der idealtypischen Annahme aus, dass Leistungserbringer im Gesundheitsbereich üblicherweise keine reinen Profitmaximierer sind, sondern altruistisch motiviert und am Wohl des Patienten interessiert sind. Darüber hinaus können gewisse Marktcharakteristika wie preisinelastische Nachfrage, welche es einzelnen Leistungserbringern erlaubt, sich wie Quasi-Monopolisten zu verhalten, erhebliche Ineffizienzen im Gesundheitsmarkt verursachen. Die von Arrow erarbeiteten speziellen Aspekte des Gesundheitsmarktes bilden das Framework, in welchem sich die Literatur zur Leistungsvergütung im Gesundheitsbereich bewegt.

Das erste Modell, welches sich formal mit Kosteneffizienz im medizinischen Bereich beschäftigt, bietet Newhouse.³ Dieses Modell bezieht sich jedoch auf Spitäler, nicht auf den niedergelassenen Bereich. Newhouse beschreibt ein Spital, welches kein Profitmaximierer ist, sondern Nutzen aus Prestige zieht. Dieses Prestige wird gewonnen durch das Behandlungsvolumen bzw. die durchschnittlich angebotene Behandlungsqualität. Da sich das Spital einer Budgetbeschränkung gegenüber sieht, entsteht ein Trade-off zwischen Behandlungsvolumen bzw. -qualität. Das Spital muss entscheiden, ob es viele Patienten bei geringer Qualität oder wenige Patienten bei hoher Qualität behandelt. Es kommt zu einer sozial ineffizienten Verzerrung hin zu überhöhter Qualität, ein Effekt der als „Cadillac only“ beschrieben wird. Dieser Effekt wird verstärkt, wenn die Budgetbeschränkung des Spitals durch eine Kostenerstattung Dritter gemildert wird. Daraus lässt sich ableiten, dass Leistungserbringern möglichst wenig Kostenerstattung abgenommen werden sollte.

Den Grundstein für den modernen gesundheitsökonomischen Mainstream legen Ellis und McGuire.⁴ Sie sehen in der Beziehung zwischen Leistungserbringer und Patient ein Prinzipal-Agent-Problem. Der Patient begibt sich bei einem Leistungserbringer in Behandlung, besitzt jedoch keinerlei Informationen über das Ausmaß des notwendigen bzw. angebrachten Behandlungsausmaßes. Daher wählt er jene Behandlung, die ihm der Leistungserbringer vorschlägt. Dem Leistungserbringer wiederum liegen als Experten die Informationen über den Gesundheitszustand des Patienten vor. Er ist nun ein Akteur, der in zweifacher Hinsicht motiviert ist. Einerseits darf angenommen werden, dass sich ein Leistungserbringer seinem Berufsethos verpflichtet fühlt und ein persönliches Interesse am Wohlbefinden seines Patienten hat. Diese Dimension wird gemeinhin als Altruismus bezeichnet. Andererseits hängt das Einkommen des Leistungserbringers von der von ihm durchgeführten Behandlung ab, womit auch der Leistungserbringer sich ökonomischen Anreizen ausgesetzt sieht. Diese Anreize lassen sich als Profitmotiv bezeichnen.

In diesem Kontext stellt sich nun die Frage nach den Auswirkungen unterschiedlicher Vergütungssysteme sowohl auf die gesellschaftlichen Kosten als auch auf die Bereitstellung der notwendigen Behandlung. Hierfür analysieren Ellis und McGuire die Effizienzunterschiede zwischen vollständiger Kostenerstattung der Behandlung, Fallpauschalen und gemischten Vergütungsformen. Sie zeigen, dass bei vollständiger Kostenerstattung der Behandlung es zu einem Behandlungsausmaß über dem sozial effizienten Behandlungsniveau kommt. Bei Fallpauschalen hingegen wird nur ein perfekter Agent, der Profit gleichermaßen wertschätzt wie Altruismus, das sozial effiziente Behandlungsniveau

2 Arrow K. J. (1963) Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, The American Economic Review, Vol. 53, S. 941–973.

3 Newhouse J. P. (1970): Toward a Theory of Non-profit Institutions: An Economic Model of a Hospital, The American Economic Review, Vol. 60, S. 64–73.

4 Ellis R. P. und McGuire T. G. (1986): Provider Behavior under Prospective Reimbursement, Journal of Health Economics, Vol. 5, S. 129–151.

Theorie der optimalen Leistungsvergütung





veau wählen. Wenn der Leistungserbringer Profit jedoch höher wertschätzt als Altruismus, so kommt es zu einem Behandlungsausmaß unter dem sozial effizienten Behandlungsniveau. In diesem Rahmen kann eine gemischte Vergütungsform dem Leistungserbringer Anreize für die Bereitstellung des sozial effizienten Behandlungsausmaßes geben, wobei der Anteil der Kostenerstattung umso höher sein muss, je weniger altruistisch der Leistungserbringer ist. Ellis und McGuire erweitern jedoch ihr Modell noch um ein essentielles Element, indem sie annehmen, dass es Patienten innerhalb einer Fallpauschale gibt, deren Behandlung jedoch unterschiedlich teuer ist. In diesem Fall kommt es zur Überbereitstellung von Leistungen für kostengünstige Patienten („cream-skimming“), während es bei kostenintensiven Patienten zu einer Unterbereitstellung von Leistungen („skimping“) oder gar zu einer Vorenthaltung der Behandlung („dumping“) kommen kann. Hier zeigt sich wiederum, dass ein gemischtes Vergütungssystem effizientere Ergebnisse bringt als ein reines Fallpauschalen- oder Kostenersatzsystem.

In diesem von Ellis und McGuire abgesteckten Kontext bewegt sich der Mainstream der darauf folgenden Literatur zur optimalen Leistungsvergütung. Im Folgenden seien noch die wichtigsten darauf folgenden Arbeiten und ihre wichtigsten Ergebnisse erwähnt. Allen und Gertler⁵ erweitern das grundlegende Modell von Ellis und McGuire, indem sie eine endogene Qualitätsentscheidung des Leistungserbringers erlauben. Der Leistungserbringer kann die Qualität der Behandlung eines Patienten bestimmen, wobei höhere Qualität zu einer höheren Patientennachfrage führt. Wenn sich Patienten innerhalb einer Fallpauschale durch heterogene Behandlungskosten auszeichnen, so kann es zu Qualitätsdiskriminierung kommen: Bei sehr „günstigen“ Patienten ist die Qualität der Behandlung höher als notwendig („cream-skimming“), bei sehr „teuren“ wiederum niedriger als notwendig („skimping“). Dieser Effekt bleibt bestehen, selbst wenn der Leistungserbringer teilweise altruistisch motiviert ist. In diesem Modell bietet ebenfalls eine gemischte Vergütungsform die optimale soziale Wohlfahrt.

Von Ma⁶ stammt ein wichtiger Beitrag zur Kontrolle von „dumping“, wenn zwar Behandlungs-, jedoch keine Qualitätsdiskriminierung möglich ist. In seinem Modell zeigt er, dass es sinnvoll sein kann, eine Kostenschranke pro Patient einzuführen. Unter dieser Kostenschranke erhält der Leistungserbringer eine gemischte Vergütung, über der Kostenschranke werden die Behandlungskosten vollständig ersetzt. Diese Regelung verhindert, dass zu teure Patienten nicht behandelt werden, und ersetzt dem Leistungserbringer die Kosten solcher „Ausreißer“. Dies ist ein für die Politik sehr interessanter Ansatz, um die Behandlung von sehr kranken Patienten sicherzustellen.

Ellis⁷ vollführt eine direkte Erweiterung des Modells von Ellis und McGuire. Er modelliert zwei teilweise altruistische Leistungserbringer, welche in einem einperiodigen Spiel im Wettbewerb um Marktanteile stehen. Dabei sind die Entscheidungsvariablen der beiden Erbringer die Intensität der Behandlung von in ihrem Krankheitsgrad heterogenen Patienten und die Anstrengung zur Kostenreduktion. Die Patienten sind dabei voll versichert, unterscheiden sich jedoch in ihren Wegkosten. In diesem Framework untersucht Ellis nun die Effizienz von prospektiver Vergütung, vollständiger Kostenerstattung und gemischter Vergütung. Vollständige Kostenerstattung führt in diesem Modell zu hohen Behandlungsintensitäten für alle Patienten, und es werden auch Patienten behandelt, bei denen der Nutzen der Behandlung in keinem Verhältnis zu den Kosten steht. Prospektive Vergütung führt hingegen dazu, dass sich die Behandlungsintensität für alle Patienten verringert. Darüber hinaus kommt es zwischen den Leistungserbringern zu einem sozial ineffizienten Wettbewerb um kostengünstige Patienten durch „cream-skimming“, während es bei teuren Patienten zu „skimping“ oder „dumping“ kommt. Gemischte Vergütung jedoch zeichnet sich durch eine bessere soziale Performance aus, wenn auch das Ergebnis keine sozial optimale Wohlfahrtssituation darstellt.

Einem Aspekt abseits von reiner Behandlungsvergütung widmet sich Gravelle⁸, indem er den Wett-

5 Allen R. und Gertler P. (1991): Regulation and the Provision of Quality to Heterogenous Consumers: The Case of Prospective Pricing of Medical Services, *Journal of Regulatory Economics*, Vol. 3, S. 361–375.

6 Ma, C. A. (1994): Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives, *Journal of Economics and Management Strategy*, Vol. 3, S. 93–112.

7 Ellis R. P. (1998): Creaming, Skimping and Dumping: Provider Competition on the Intensive and Extensive Margins, *Journal of Health Economics*, Vol. 17, S. 537–555.

8 Gravelle H. (1999): Capitation Contracts: Access and Quality, *Journal of Health Economics*, Vol. 18, S. 315–340.





bewerb zwischen Leistungserbringern untersucht, wenn diese durch ein Listensystem vergütet werden. Das bedeutet, dass ein Leistungserbringer für jeden Patienten auf seiner Liste eine Kopfpauschale erhält, unabhängig davon, ob sich der Patient tatsächlich in Behandlung begibt. Hervorzuheben bei diesem Modell ist, dass ein Leistungserbringer sich sowohl entscheiden muss, ob er in den Markt eintritt, als auch, welchen Standort er für sich wählt. Wenn die Leistungserbringer privat geführt werden und freier Preiswettbewerb für Gesundheitsleistungen vorherrscht, so führt dies zu ineffizienten Qualitätsniveaus und Praxenzahlen. Es gibt einen Trade-off zwischen einer höheren Anzahl an Leistungserbringern und niedriger Qualität bzw. vice versa. Wenn die Leistungserbringer jedoch reguliert oder gar in öffentlicher Hand sind, so stellt sich die optimale Pauschalvergütung als Mix aus einer Listenpauschale pro Kopf zur Markteintrittsregulation und einer Fallpauschale pro Patient zur Qualitätsregulation dar. Die theoretisch erreichbare sozial optimale Wohlfahrtssituation ist weder mit freiem Wettbewerb noch mit Regulation zu erreichen, jedoch schafft Regulation höhere soziale Wohlfahrt. Dies zeigt, dass gänzlich private Gesundheitsmärkte, in denen die Leistungserbringer frei entscheiden können, ob sie in den Markt eintreten, potenziell erhebliche Ineffizienzen hervorrufen. Eine Regulation durch Fixierung von Listen- und Fallpauschalen können probate Mittel zur Verbesserung der sozialen Wohlfahrt darstellen.

Eggleston⁹ erarbeitet in ihrem Modell die Auswirkungen unterschiedlicher Vergütungsformen, wenn die Qualität einiger Behandlungsdimensionen besser mess- und verifizierbar ist als die anderer. Wenn sich die Entlohnung ausschließlich nach leistungsbezogenen Kriterien („pay for performance“) richtet, so entsteht für die Leistungserbringer ein Anreiz, besonders im Hinblick auf diese Kriterien zu behandeln. Es kommt zu einer Verzerrung der Anreizstruktur zuungunsten von schwer verifizierbaren Leistungen. In der Frage des Designs eines Vergütungssystems dürfen daher nicht nur die relativen Kosten bedacht werden. Es muss auch bedacht werden, inwiefern die leistungsbezogenen Kriterien monitierbar sind, um keine Verzerrungen im Vergütungssystem zu induzieren. Eggleston gelangt dabei zum Schluss, dass eine teilweise leistungsbezogene Entlohnung (Zusatzvergütung) der verifizierbaren Kriterien und eine angebotsseitige Kostenteilung (Fallpauschale) der nicht verifizierbaren Indikatoren anzustreben sind.

Jack¹⁰ untersucht in seinem Modell die Möglichkeit, altruistische Leistungserbringer durch das Angebot von speziell designten Verträgen zu einer Selbstselektion in Alternativverträge zu bewegen. Das Ziel ist es, ein Menü an Verträgen anzubieten, in dem wenig altruistisch motivierte Leistungserbringer eine Kostenerstattung und sehr altruistisch motivierte Leistungserbringer eine Vergütung durch Fallpauschalen wählen. Dies ist keine triviale Aufgabe, da sehr altruistisch motivierte Leistungserbringer eher zu einer Kostenerstattung tendieren, da eine Fallpauschale sie in ihrem Altruismus einschränkt. Ein wenig altruistischer Leistungserbringer jedoch zieht eine Fallpauschale vor, da er die Behandlungskosten minimieren kann. Eine Lösung kann nur erreicht werden, wenn sehr altruistischen Leistungserbringern eine Rente ausgezahlt wird, um sie für die Fallpauschalen zu entschädigen. Im Gegenzug wird das Budget weniger altruistischer Leistungserbringer nach unten verzerrt.

Theorie der Vergütung in Gruppenpraxen

Gruppenpraxen sind als alternatives Modell der gesundheitlichen Leistungserbringung im ambulanten Bereich konzipiert und treten international gesehen immer häufiger auf. Da sie ökonomische Kooperationen von Individuen darstellen, greifen viele ökonomische Ansätze bei der Beschreibung von Gruppenpraxen. Die wichtigsten Ansätze und Ergebnisse seien im Folgenden beschrieben.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Gruppenpraxen gewisse Skalen- bzw. Verbundvorteile genießen. Skaleneffekte ergeben sich, wenn die Kosten für die Erbringung einer Leistung fallen, je mehr von dieser Leistung erbracht wird. In Bezug auf das Gesundheitswesen kann beispielsweise die gemeinsame Nutzung von kapitalintensiven, unteilbaren medizinischen Anlagen oder die kostengüns-

Theorie der Vergütung in Gruppenpraxen

9 Eggleston K. (2005): Multitasking and Mixed Systems for Provider Payment, Journal of Health Economics, Vol. 24, S. 211–223.

10 Jack W. (2005) Purchasing Health Care Services from Providers with Unknown Altruism, Journal of Health Economics, Vol. 24, S. 73–93.





tigere Beschaffung von medizinischen Verbrauchsgütern wachsende Skalenerträge liefern. Verbundvorteile bedeuten, dass bestimmte Leistungen kostengünstiger zu erbringen sind, wenn sie gemeinsam „in einem Haus“ erbracht werden, als wenn sie einzeln erbracht würden. Solche Verbundvorteile können sich ergeben, wenn bestimmte Tätigkeiten von Ärzten an nichtärztliches medizinisches Personal ausgelagert werden kann. Außerdem kann der informelle Austausch von Wissen und Informationen zu Lerneffekten und höherer Qualität der medizinischen Versorgung führen, wobei es schwierig ist, solche Effekte zu messen. Diesen Vorteilen der Gruppenpraxis stehen jedoch Koordinierungs- und Transaktionskosten gegenüber. Durch die Kooperation im Rahmen einer Gruppenpraxis ergibt sich die Notwendigkeit der Steuerung von Ressourcen und von ärztlichem wie nichtärztlichem medizinischem Personal.

Eine wichtige Dimension in der Analyse von Gruppenpraxen sind die Entlohnungs- und Kostenteilungsstruktur der arbeitenden Ärzte und die Anreize, die dieses System generiert. Bei einer reinen Kosten- und Ertragsteilung entstehen dem individuellen Arzt für die Gruppenpraxis negative Anreize. So können die Bestrebungen zur Kostensenkung in einer Gruppenpraxis gering ausfallen, weil die Kosten nicht individuell, sondern gemeinschaftlich getragen werden. Es kommt zur Materialverschwendung („slacking“). Darüber hinaus gibt es Anreize zu einer Minimierung des Arbeitsaufwandes („shirking“), da die Einkünfte mit den anderen Mitgliedern der Gruppenpraxis geteilt werden. Es ist zwar möglich, mit Verträgen ein gewisses minimales Leistungsniveau festzulegen, jedoch bestehen bei nicht kontrahierbaren Leistungen oder bei nicht messbarer Qualität immer noch Spielräume zur Arbeitsvermeidung. Eine weitere Möglichkeit sind gegenseitige Kontrolle und sozialer Druck, um gruppenkonformes Handeln der Individuen zu induzieren. Je mehr die Leistungserbringer jedoch am Umsatz beteiligt werden, desto mehr können „slacking“ und „shirking“ vermieden werden.

Die Vor- und Nachteile von prospektiven und kostenerstattenden Vergütungssystemen bzw. von Mischformen wurden bereits im Rahmen der Ärztevergütung besprochen und können auch auf Gruppenpraxen bezogen werden. Im Fall einer kostenerstattenden retrospektiven Leistungsvergütung innerhalb der Gruppenpraxis wird das Einkommensrisiko vom Leistungserbringer auf die Gruppenpraxis verschoben. Da in einem solchen System üblicherweise nicht nur die marginalen Kosten einer zusätzlichen Behandlung abgegolten werden, sondern Aufschläge existieren, die auch einen Teil der Gemein- und Fixkosten abdecken sollen, werden Anreize geschaffen ein Übermaß an Leistung zu erbringen. Daraus folgt ebenso ein Anreiz zur Investition in kapitalintensive medizinische Anlagen, die jedoch vom Standpunkt einer Kosten-Nutzen-Analyse her nicht gerechtfertigt wären. Bei einer prospektiven Leistungsvergütung etwa durch Fallpauschalen entstehen Anreize zu Kostenvermeidung und effizienter Verwendung von Ressourcen. Allerdings erwachsen mit so einem Modell die gleichen Probleme, wie zuvor bei der Theorie der Ärztevergütung aufgezeigt wurde. Es kann zu „cream-skimming“, „skimping“ und „dumping“ kommen. Darüber hinaus kann es bei einer prospektiven Vergütung zu weniger Investitionen in kapitalintensive medizinische Anlagen kommen, obwohl diese vom Standpunkt einer Kosten-Nutzen-Analyse her gerechtfertigt wären.¹¹

Internationale Fallstudien

Internationale Fallstudien

Ein Vergütungssystem für die Erbringung von medizinischen Leistungen kann nie losgelöst vom Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems gesehen werden. Vergütungssysteme fügen sich stets in die Struktur des gesamten Versorgungssystems ein, wodurch es vonnöten ist, ein Vergütungssystem in seinem Kontext zu beschreiben. Für die Analyse eines Vergütungssystems im ambulanten Bereich ist es wichtig, zunächst die Bedeutung des Primärbereiches im jeweiligen Gesundheitssystem zu erfassen. Weiters ist die Existenz eines Gatekeepingsystems, in dem der Hausarzt notwendigerweise Überweisungen an Fachärzte tätigt, von Bedeutung, sowie die Bedeutung der Gruppenpraxen anzusprechen. Außerdem von Bedeutung sind die Vertrags- und Organisationsformen, die in den verschiedenen Gesundheitssystemen angeboten und angenommen werden. Im Folgenden sollen diese angesprochenen Punkte für die besprochenen Länder zunächst erarbeitet werden, bevor schließlich das Vergütungssystem in Bezug dazu gesetzt wird.

¹¹ Vgl. Cutler D. M. und McClellan M. (2001): Is Technological Change in Medicine Worth It? Health Affairs, Vol. 20, S. 11–29.



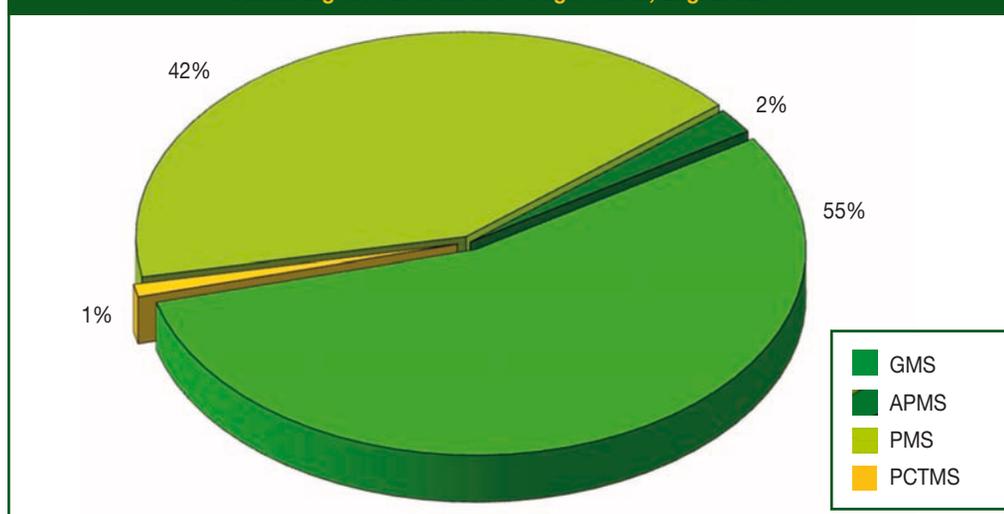


Vereinigtes Königreich¹²

Im Gesundheitssystem des Vereinigten Königreichs nimmt der Primärbereich eine zentrale Rolle ein, da 95 % aller Gesundheitsprobleme zunächst von Hausärzten („general practitioners“, GPs) versorgt werden.¹³ Dies lässt sich erklären durch ein rigoroses Listen- und Gatekeepingsystem. Jeder Einwohner ist bei einer GP-Praxis eingeschrieben, wobei die Praxis innerhalb eines Einzugsbereiches frei wähl- und wechselbar ist. Eine Praxis kann jedoch die Aufnahme weiterer Patienten in ihre Liste ablehnen. Wenn ein Patient auf der Liste einer GP-Praxis eingeschrieben ist, fungiert diese Praxis als Gatekeeper für den Zugang zur sekundären Versorgung. Die GP-Dichte betrug 2009 etwa 70 GPs je 100.000 Einwohner.¹⁴ Weiters zeichnet sich das System im Vereinigten Königreich durch Konzentration im Primärsektor aus. Während die Zahl der Hausärzte zwischen 1999 und 2009 um über ein Viertel stieg, fiel die Anzahl der Praxen von über 9.000 auf 8.229. Durchschnittlich werden pro Praxis 6.600 Patienten von 4 GPs betreut, und nur 5 % der GPs arbeiten „single-handed“, also ohne Partner. Darüber hinaus sind je GP durchschnittlich 3,2 weitere Personen beschäftigt, wovon zwar gut 70 % in Administration und Verwaltung tätig sind, aber immerhin knapp 20 % Arztassistenten („practice nurses“) ausmachen.

Für die regionale Gesundheitsversorgung sind die staatlichen Primary Care Trusts (PCT) zuständig. Um diese zu gewährleisten, schließen die PCTs mit den GP-Praxen Verträge ab, wobei zwei Vertragsformen dominieren: General Medical Services (GMS), welche auf nationaler Ebene ausverhandelt werden, und Personal Medical Services (PMS), welche auf lokaler Ebene zwischen PCT und GP-Praxis ausverhandelt werden. Es gibt jedoch viele Parallelen zwischen den beiden Vertragstypen, und die Unterschiede haben sich in den letzten Jahren verkleinert. Gemeinsam machen GMS- und PMS-Verträge 97 % der Gesamtverträge aus. Die restlichen 3 % der Verträge machen PCT Medical Services (PCTMS) und Alternative Provider Medical Services (APMS) aus. Bei PCTMS-Verträgen übernimmt der PCT selbst primäre Versorgungsleistungen, während APMS-Verträge bei Zusatzleistungen, die typischerweise nicht von GMS- oder PMS-Partnern erbracht werden, abgeschlossen werden. Wichtig zu erwähnen ist, dass es keine Verbindung zwischen der Rechtsform der Praxis und der Vertragsform mit dem PCT gibt. Darüber hinaus ist es den Praxen erlaubt, mehrere Verträge mit demselben PCT zu haben. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der Praxen nach Vertragstypen.

Abbildung 1: Praxen nach Vertragsformen, England 2009



Quelle: NHS Information Centre 2010,¹⁵ Darstellung IHS HealthEcon

¹² Sofern nicht anders angegeben, beziehen sich die Angaben auf England. Die anderen Landesteile sind in der Regel ähnlich strukturiert, allerdings häufig mit abweichenden Bezeichnungen und Detailregelungen.

¹³ Gubb J. und Li G. (2008): Checking-Up on Doctors: A Review of the Quality and Outcomes Framework for General Practitioners, Civitas: Institute for the Study of Civil Society, S. 7.

¹⁴ NHS Information Centre, Workforce and Facilities (2010): General and Personal Medical Services, England, 1999–2009, downloadbar unter http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/010_Workforce/nhsstaff9909/GP/General%20Practice%20%20Bulletin%20Tables%201999%20-%202009.pdf (Zugriff 12.8.2011)



Da GMS-Verträge den Großteil der Verträge ausmachen und PMS-Verträge ihnen oft sehr ähnlich sind, betrachten wir die Vergütungsstruktur der GMS-Verträge als exemplarisch. Die Finanzierung ist ob der Struktur der Verträge praxisgebunden und setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Zunächst erhält jede Praxis eine Pauschalsumme, welche grundlegende Ausgaben abdecken soll. Die Berechnung der Pauschalsumme erfolgt quartalsweise für jede Pauschale einzeln, wobei z. B. die demographische Struktur der Patienten, Morbidität und Mortalität sowie soziodemographische Umstände berücksichtigt werden. Es existiert jedoch eine Minimum Practice Income Guarantee, welche bei einem Unterschreiten einer gewissen Mindestpauschale Ausgleichszahlungen nach sich zieht.

Über die Pauschale hinaus bietet vor allem das Quality and Outcomes Framework (QOF) Entlohnung nach evidenzbasierten Qualitätsindikatoren und macht bis zu einem Drittel des Praxiseinkommens aus. Das QOF beinhaltet Leistungsindikatoren, die bei Erreichung einem Arzt Punkte und damit Bonuszahlungen gewähren. Die Ziele des QOF verteilen sich auf 146 Indikatoren, welche sich in vier Bereiche einteilen lassen: klinische Leistungen, Praxisorganisation, Patientenerfahrung und zusätzliche Leistungen. Besondere Schwerpunkte werden auf die Bereiche Diabetes, koronare Herzkrankheiten und Bluthochdruck gelegt.¹⁶ Das QOF ist dabei ein dynamisches System, welches laufend an neue medizinische Erkenntnisse und Technologien angepasst wird.

Abgesehen von der Pauschale und den QOF-Zahlungen werden GPs für verpflichtende wie freiwillige Zusatzleistungen entlohnt, worunter Impfungen oder Leistungen gegen Drogen- und Alkoholmissbrauch fallen. Außerdem werden den GPs die Praxisräumlichkeiten, IT-Systeme und Vertretungen vom PCT finanziert. Wenn sich die Praxis am Land befindet und eine gewisse Mindestdistanz zur nächsten öffentlichen Apotheke gegeben ist, ist es GPs darüber hinaus gestattet, Hausapotheken zu führen und selbst Medikamente an Patienten auszugeben. Das britische System kann als ein Mischsystem charakterisiert werden, in dem versucht wird, eine Balance zwischen Pauschalen und evidenzbasierten Leistungsindikatoren zu schaffen.

Niederlande

Niederlande

In den Niederlanden haben die Hausärzte wie im Vereinigten Königreich ein breites Handlungsspektrum. So werden 96 % aller hausärztlichen Konsultationen innerhalb der Praxis abgewickelt, und nur 4 % ziehen eine Überweisung zu einer anderen primären oder sekundären Gesundheitsversorgung nach sich.¹⁷ Auch in den Niederlanden erfüllt der Hausarzt als Gatekeeper eine zentrale Rolle in der Steuerung des Zugangs zu sekundärer Versorgung. Jeder Einwohner muss sich bei einem Arzt registrieren lassen, jedoch gibt es keinen Zwang wie in Großbritannien, ausschließlich diesen Arzt aufzusuchen. Man könnte also von einem „weichen“ Listensystem sprechen. Ein praktischer Arzt in Vollbeschäftigung betreut etwa 2.300 Patienten. Auch in den Niederlanden gibt es Konzentrationerscheinungen im primären Ärztesektor. 51 % der Allgemeinmediziner haben sich bereits in einer Gruppenpraxis von drei bis sieben Ärzten zusammengeschlossen, 29 % arbeiten zu zweit und nur 20 % der praktischen Ärzte praktizieren alleine. Zumeist sind diese Ärzte selbstständig oder beteiligen sich an einer Personengesellschaft.¹⁸

Die medizinische Versorgung liegt seit der Reform 2006 zu großen Teilen in privater Hand, während der Staat nur als Regulator und Überwacher eine Rolle spielt. Die Niederländer unterliegen einer Versicherungspflicht, können ihre Versicherung jedoch frei wählen. Ärzte bzw. Versorgungszentren schließen mit den Versicherungen Verträge über die medizinische Versorgung der Patienten ab, welche bei den Versicherungen Leistungspakete erwerben können. Prinzipiell können also Leistungen von Ärzten, die einen Vertrag mit der Versicherung des Patienten haben, in Anspruch genommen werden. Es existiert dennoch eine freie Arztwahl insofern, als dass es möglich ist, gegen einen Aufschlag

15 Siehe Fußnote 14.

16 BMA und NHS Employers (2009): Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2009/10, Delivering investment in general practice.

17 Schellevis F., Westert G., De Bakker D. (2005): The Actual Role of General Practice in the Dutch Health-Care System, *J Public Health* 13: S. 265–269., S. 268.

18 Vgl. Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G., Devillé W., van Ginneken E. (2010): The Netherlands: Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol. 12, S. 1–229.



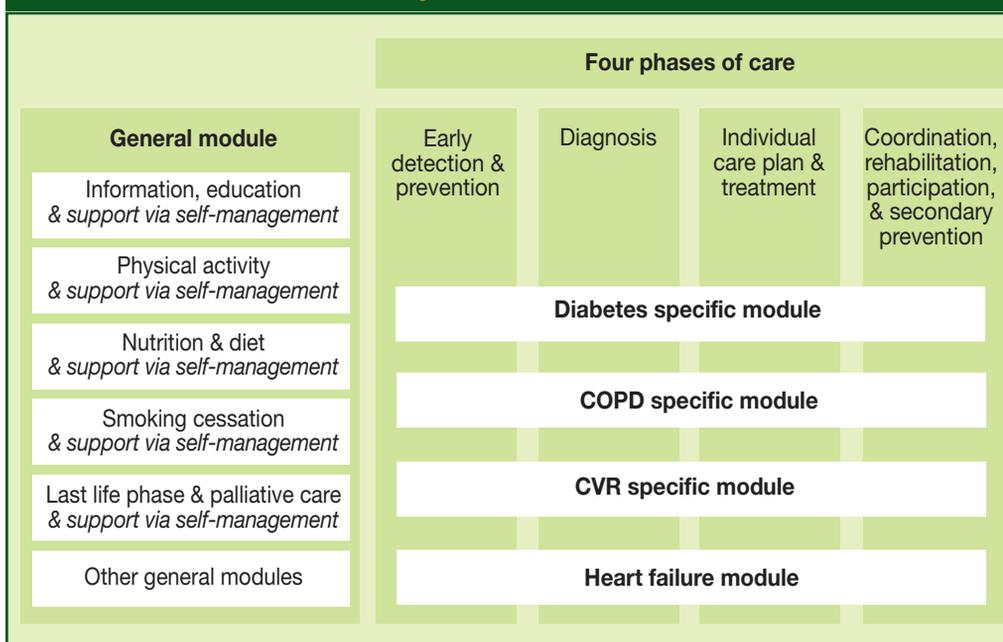


einen Arzt ohne Vertrag mit der Versicherung aufzusuchen. Die privaten Krankenversicherer handeln mit den regionalen Ärzteorganisationen Rahmen- oder Standardverträge aus, wobei zumeist die Ärztervertretung nur mit der regional dominierenden Krankenversicherung verhandelt und den restlichen Versicherungen den ausgehandelten Vertrag anbietet. Gesetzliche und institutionelle Rahmenbedingungen für diesen Wettbewerb werden dabei vom Staat vorgegeben. Darüber hinaus existieren in den Niederlanden integrierte Versorgungskonzepte, welche als unabhängige Behandlungszentren patientenorientierter und effizienter arbeiten sollen. Diese unabhängigen Behandlungszentren werden von Allgemeinmedizinern und Fachärzten betrieben und spezialisieren sich meist auf eine Fachrichtung oder bestimmte Krankheiten.

Die Vergütung eines Allgemeinarztes besteht aus mehreren Komponenten: Für auf seiner Liste registrierte Patienten erhält der Arzt eine Pro-Kopf-Pauschale. Für Konsultationen des Arztes oder der Praxisschwester erhält der Arzt ebenfalls eine Pauschale, wobei in der Konsultationspauschale Praxisbesuche, Hausbesuche, Telefonberatungen und Rezeptverlängerungen von Dauermedikamenten enthalten sind. Darüber hinaus werden Maßnahmen, die effizienzsteigernd wirken oder eine sekundäre Versorgung vermeiden, per Einzelleistungsvergütung entlohnt. Die medizinische Versorgung außerhalb der Sprechstunde wird pro Stunde entlohnt. Für all diese Tarife werden zwischen der nationalen Ärzteorganisation, der Vertretung der Krankenversicherungen und dem zuständigen Ministerium Maximaltarife ausverhandelt. Zwar ist es erlaubt, dass auf regionaler Ebene nachträglich niedrigere Tarife ausverhandelt werden, jedoch ist dies eher unüblich.

Die Vergütung für integrierte Versorgungsdienstleistungen offenbart einige sehr moderne Ansätze in der Organisation des Gesundheitswesens. So wurden „chain diagnosis treatment combinations“ (chain-DTCs) definiert. Eine chain-DTC fasst die Leistungen sowie deren Vergütung, die an einem Patienten mit einer bestimmten Krankheit erbracht werden, zusammen. Zunächst wurden vier chain-DTCs entwickelt, welche die Leistungen für COPD, Diabetes, Herzinsuffizienz und das Management von kardiovaskulären Risikofaktoren in jeweils einer Vergütung zusammenfassen. Diese Art der Vergütung schafft Anreize zur sinnvollen Zusammenschließung von Leistungserbringern in Form von Praxennetzwerken oder Kooperationen von Praxen und Krankenhäusern. Der Versicherer verhandelt

Abbildung 2: Module der chain-DTCs



Quelle: Tsiachristas et al. (2010)¹⁹

19 Tsiachristas A., Hipple-Walters B., Lemmes K.M., Nieboer A.P., Rutten-van Mölken M. P. (2011): Towards integrated care for chronic conditions. Dutch policy developments to overcome the (financial) barriers., Health Policy 101:S. 122-135, S.6.



Deutschland

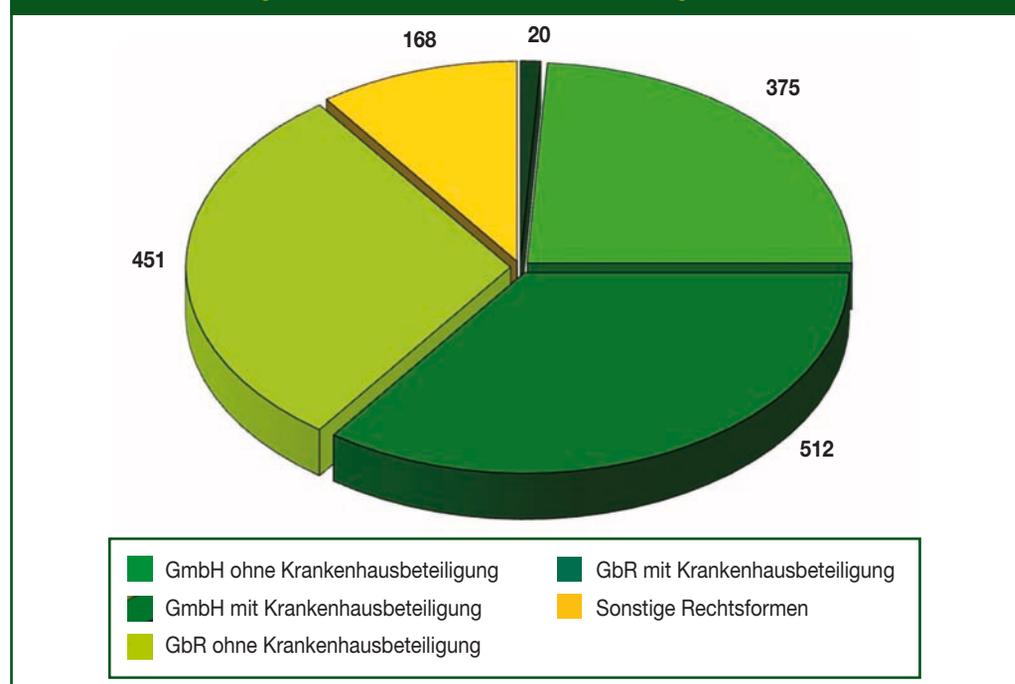
nur das Preisgewicht der chain-DTC mit den Leistungserbringern aus. Um in diesem Modus der chain-DTCs für einzelne Krankheiten nicht Gefahr zu laufen, bei multimorbiden Patienten doppelt zu zahlen, werden eine Reihe von Leistungen als generelles Modul von den einzelnen chain-DTCs ausgenommen. Abbildung 2 zeigt, wie diese Module für die vier verschiedenen chain-DTCs aufgebaut sind.

Deutschland

Mithilfe von Regelungen wie des für Krankenkassen verpflichtenden Angebots von Hausarztmodellen wird in Deutschland versucht, den primären Sektor zu stärken. Im deutschen Gesundheitssystem besteht prinzipiell freie Arztwahl, wobei die Krankenkassen verpflichtend Hausarztmodelle anbieten müssen. Versicherte, die für ein solches Modell freiwillig optieren, erhalten als Anreiz erhöhte Zuzahlungen zu Arzneimitteln, müssen jedoch vor Konsultation eines Facharztes eine Überweisung des selbst gewählten Hausarztes einholen. Nach der Ärztestatistik 2009²⁰ waren in Deutschland insgesamt 330.000 Ärzte tätig, wovon 43.000 in der Allgemeinmedizin tätig waren. Von allen tätigen Ärzten waren 50 % in Krankenhäusern angestellt. Seit 2004 existiert in Deutschland die gesetzliche Grundlage für Gruppenpraxen, die sogenannten medizinischen Versorgungszentren (MVZ). In einem MVZ müssen mindestens zwei Ärzte unterschiedlicher Facharzt- oder Schwerpunktrichtungen kooperieren, wobei dies entweder im Rahmen selbstständiger Vertragsärzte oder eines Angestelltenverhältnisses geschehen kann. Ein MVZ muss jedoch unter ärztlicher Leitung stehen und nur für medizinische Leistungen zugelassene Leistungserbringer dürfen als Gesellschafter fungieren. Die Wahl der gesetzlichen Organisationsform ist dabei frei, und so können MVZ als GmbH, Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR), Aktiengesellschaft oder Partnerschaftsgesellschaft geführt werden. Abbildung 3 zeigt, dass ein Großteil der MVZs als GmbH oder als GbR geführt wird.

Im Herbst 2009 waren in Deutschland bundesweit 1.378 MVZs registriert, wobei bei 6.647 in MVZs arbeitenden Ärzten durchschnittlich knapp 5 Mediziner in einem MVZ arbeiteten. Die große Mehrheit der Ärzte (5.316) arbeitete dabei in einem Angestelltenverhältnis, und nur jeder fünfte (1.331) war als

Abbildung 3: Anzahl der MVZs in verschiedenen Organisationsformen



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009,²¹ Darstellung IHS HealthEcon

20 <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175> (Zugriff 27.7.2011)

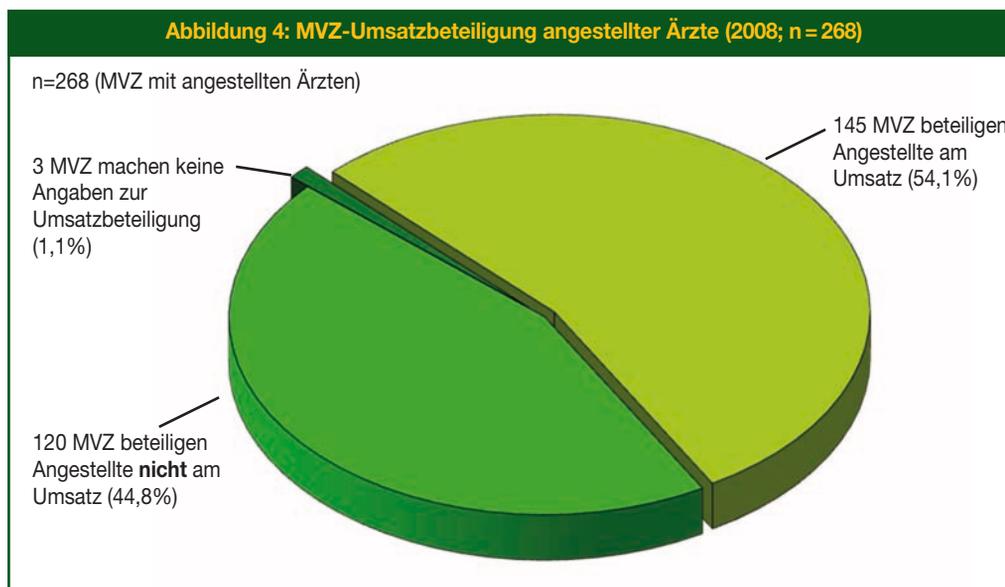
21 Siehe Fußnote 20.





Vertragsarzt tätig. Dabei ist interessant anzumerken, dass etwa jedes zweite MVZ seinen angestellten Ärzten eine Umsatzbeteiligung bietet (Abbildung 4).

Der Zuwachs pro Quartal beträgt dabei 50 bis 80 MVZs. Es wird geschätzt, dass 2013 rund 50 % der medizinischen Versorgung in MVZs erbracht werden wird.²² Obwohl MVZs als Teil eines integrierten Versorgungskonzepts gedacht waren, hatten nur 28 % der MVZs einen Integrierten-Versorgungs-Vertrag. Dabei ist zu beobachten, dass diese IV-Verträge sich vor allem in größeren MVZs mit mehr als 10 Ärzten konzentrieren und vor allem hochspezialisierte Leistungen erbracht werden.



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009,²³ Darstellung IHS HealthEcon

Die Vergütung im ambulanten Bereich beruht in Deutschland wesentlich auf dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Dieser gibt die Honorarordnung zur Abrechnung von Vertragsärzten von gesetzlichen Krankenkassen vor. Der EBM zeichnet sich durch eine Punktestruktur aus, welche die relativen Wertigkeiten und Kosten der einzelnen Leistungen abbilden soll. Die Punkte werden dabei vorrangig nach dem aufzuwendenden Zeitaufwand vergeben. Der EBM wird regelmäßig überarbeitet und aktualisiert und stellt daher ein gutes Beispiel dar, wie die Theorie der optimalen Ärztevergütung in der Praxis umgesetzt werden kann. Die Verhandlungen zur Festsetzung der Punkteverteilungen und des Punktwertes in Euro finden im Rahmen des Bewertungsausschusses statt, welcher sich aus Vertretern des Spitzenverbands der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zusammensetzt. In diesem Rahmen wird ein Orientierungspunktwert (OPW) vereinbart, welcher den Eurowert eines Punktes beschreibt. Der OPW ist dabei nicht verbindlich, und es ist möglich, den Punktwert nach regionalen Gegebenheiten anzupassen.

Der EBM ist geteilt in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honorarteil, wobei die darin enthaltenen Posten exklusiv von Hausärzten respektive Fachärzten abgerechnet werden dürfen. Mit dem EBM 2008 gelang der Ausbau von Pauschalvergütungen zulasten von Einzelleistungsvergütungen. Im hausärztlichen Bereich wird der EBM geprägt von Versichertenpauschalen, welche sich nach Morbiditätskriterien wie Alter und Geschlecht des Patienten richten und alle im Abrechnungszeitraum erbrachten Leistungen vergüten. Darüber hinaus existiert für gewisse als förderungswürdig erachtete Leistungen wie Hausbesuche eine Einzelleistungsvergütung. Regelleistungsvolumina erlauben dabei eine gewisse Kosten- und Mengensteuerung und garantieren die Kontrolle von übermäßiger Leistungsausdehnung einzelner Ärzte. Abbildung 5 illustriert die 20 umsatzstärksten Leistungsposten,

22 Gibis B., Reuschenberg R., Lubs S., Müller C. (2009): Medizinisches Versorgungszentrum – Ausnahmefall oder Regelversorgung der Zukunft? Eine Bestandsaufnahme, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFO), Vol. 103, S. 585–589, S. 589

23 Siehe Fußnote 20.



Abbildung 5: Umsatzstärkste Posten im EBM, 2008

Umsatzstärkste Leistungen	Sachverhalt	
	Rang	Anteil an Gesamtleistungsbedarf in Prozent
Versicherungspauschale 6.–59. Lebensjahr (hausärztlich)	1	10,5
Versicherungspauschale ab 60. Lebensjahr (hausärztlich)	2	8,0
Zuschlag zu den Versicherungspauschalen nach Nrn. 03110 bis 03112 für die Behandlung von Patienten mit schwerwiegender chronischer Krankheit (hausärztlich)	3	5,4
Grundpauschale 6.–59. Lebensjahr (frauenärztlich)	4	1,5
Leistungsbezogene Kostenpauschale bei Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit manifestem Diabetes mellitus	5	1,3
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (augenärztlich)	6	1,2
Versicherungspauschale 6.–59. Lebensjahr (pädiatrisch)	7	1,2
Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32	8	1,2
Leistungsbezogene Kostenpauschale bei Versicherten ab dem vollendeten 59. Lebensjahr	9	1,1
Besuch eines Kranken	10	1,1
Versicherungspauschale bis 5. Lebensjahr (pädiatrisch)	11	1,1
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	12	0,9
Zusatzpauschale Kardiologie II	13	0,9
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	14	0,9
Grundpauschale 6.–59. Lebensjahr (orthopädisch)	15	0,8
Notfallpauschale	16	0,8
Gesundheitsuntersuchung	17	0,8
Grundpauschale 6.–59. Lebensjahr (augenärztlich)	18	0,8
Betreuung einer Schwangeren	19	0,7
Grundpauschale ab 60. Lebensjahr (orthopädisch)	20	0,7
Anteil am Gesamtleistungsbedarf		40,8

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes (www.gbe-bund.de)

welche im Jahr 2008 von Ärzten mit der gesetzlichen Krankenversicherung 2008 abgerechnet wurden. In MVZs folgt die Vergütung wie im hausärztlichen Bereich dem EBM, wobei für kooperative Leistungserbringung Zuschläge gewährt werden. Diese Regelung lässt sich dadurch erklären, dass ein Patient in einem MVZ nur als ein Fall gezählt wird, selbst wenn er mehrere Ärzte konsultiert. Daher existieren für MVZs auf gewisse Pauschalen Zuschläge. Darüber hinaus können sich MVZs durch drei weitere Quellen finanzieren. So können diese erstens extrabudgetäre Leistungen erbringen, welche größtenteils in Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen bestehen. Zweitens können individuelle Gesundheitsleistungen erbracht werden, welche als Privatleistungen gesehen werden und daher von einem GKV-Versicherten aus eigener Tasche zu bezahlen sind. Drittens stellen Einnahmen durch Privatpatienten eine signifikante Finanzierungsmöglichkeit dar, wobei der Stellenwert dieser Quelle unter den MVZs variiert und vom Standort und vom örtlichen ärztlichen Vernetzungsgrad abhängt (vgl. Abbildung 5: Umsatzstärkste Posten im EBM, 2008.)

Ein Fazit aus österreichischer Sicht

Der Blick über die österreichischen Grenzen hinaus offenbart, dass der ambulante Bereich im internationalen Vergleich sehr heterogen strukturiert ist. Generell lässt sich jedoch ein Trend zur Modernisierung von Vergütungsstrukturen feststellen, wobei versucht wird, dies im Bewusstsein der theoretischen Erkenntnisse zur Ärztevergütung zu vollziehen. Hierbei sind vor allem die Niederlande hervorzuheben, welche nicht Strukturen zur Erbringung von bestimmten Leistungen definieren. Statt-





dessen werden die Leistungen definiert und unabhängig von den erbringenden Strukturen vergütet. Im Vereinigten Königreich steht ebenso wie in den Niederlanden den Gruppenpraxen die Wahl der Organisationsform frei. In Deutschland werden neben den klassischen Strukturen neue Leistungserbringungsstrukturen geschaffen, bei denen die Rechtsform zweitrangig ist.

Über alle Länder hinweg lässt sich feststellen, dass ein starkes Gewicht auf dem Primärbereich liegt. In den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich sind Listen- und Hausarztmodelle die Regel, während in Deutschland Hausarztmodelle verpflichtend von Versicherungen angeboten werden müssen. Dies führt dazu, dass Hausärzte ihre Patienten umfassend kennen und nur spezielle Untersuchungen und Leistungen von Fachärzten durchgeführt bzw. erbracht werden. Der Hausarzt behält die Kontrolle über die Behandlung des Patienten und kann diese auch mit anderen notwendigen Versorgungsleistungen koordinieren. Daraus folgt zu eine höhere Kontinuität in der Betreuung eines Patienten, insbesondere bei der Behandlung im chronischen Bereich. Es ist weiters wichtig zu erwähnen, dass Hausarztmodelle weder die Wahlmöglichkeiten der Patienten völlig einschränken noch zu eingeschränktem Wettbewerb unter Ärzten führen müssen. Die Entscheidung, bei welchem Arzt man eingeschrieben sein will, bleibt unbenommen. Ebenso wird selbst in England die Wahlmöglichkeit der Anbieter in der Sekundärversorgung immer mehr ausgeweitet.

Gruppenpraxen existieren in den meisten modernen Gesundheitssystemen als selbstverständlich in die Gesundheitsversorgung integrierte Angebote. In allen drei hier angesprochenen Ländern machen Gruppenpraxen einen großen Teil der ärztlichen ambulanten Versorgung aus. Aus der österreichischen Perspektive hervorzuheben ist hierbei Deutschland, da es, wie Österreich heute noch, lange Zeit von Einzelpraxen geprägt war. Heute nimmt die Anzahl der MVZs stark zu und MVZs können bereits die Versorgungsaufgaben von Spitalsambulanzen übernehmen. Darüber hinaus zeigt das Beispiel des Vereinigten Königreichs, dass in Gruppenpraxen bestimmte routinemäßige Versorgungsleistungen von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden können.

Betrachtet man die Vergütungsstrukturen in den angesprochenen Ländern, so zeichnen sich alle drei durch gemischte Vergütungsstrukturen aus. Für die Grundversorgung der Patienten existieren meist gewisse Pauschalen, wobei das Honorarsystem in bestimmten Bereichen stets Einzelleistungen vergütet. Jedoch sind die Systeme mittlerweile sehr differenziert, wodurch nicht mehr von einer einfachen Dichotomie Pauschale vs. Einzelleistungsvergütung gesprochen werden kann. In Deutschland werden z. B. in den EBM vermehrt pauschale Abrechnungsposten integriert. Im Vereinigten Königreich sind die Vergütungsstrukturen stark differenziert. Die Quartalspauschale ist von der Struktur der Patienten abhängig. Es existiert jedoch auch eine Grundvergütung für die Praxisräumlichkeiten, und es können Zuschüsse für IT-Infrastruktur lukriert werden. Darüber hinaus bietet das QOF Anreize zur Erreichung von bestimmten Qualitätskriterien. Einen sehr modernen Ansatz weist das niederländische System im Bereich der integrierten Versorgung mit dem Ansatz der chain-DTCs auf. Dieses Vergütungskonzept erlaubt die Vergütung von Behandlungspaketen, die im Kontext mancher Krankheiten eine sinnvolle Maßnahme darstellen können. In diesem System sind für einen Behandlungsprozess die zu erbringenden Leistungen und Qualitätskriterien festgelegt. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass die Honorarfestsetzung üblicherweise auf nationaler Ebene geschieht. Selbst in den Niederlanden, wo das Gesundheitssystem viele regionale wettbewerbliche Strukturen umfasst, gibt es nationale Regelungen zur Struktur und den Rahmenbedingungen. Dies ist auch sinnvoll, da in den meisten untersuchten Ländern die Vergütungsstruktur kostenrechnungsbasiert erfolgt. Das heißt, die einzelnen Leistungen und Pauschalen haben eine rationale Basis, die den relativen Aufwand abbildet („relative value scale“). Dies ist entscheidend, um verzerrende Anreize über das Vergütungssystem zu vermeiden, erfordert jedoch gleichzeitig gewisse Ressourcen, um das System zu warten. Der EBM in Deutschland ist ein Beispiel, Einzelleistungsvergütungen und zunehmend auch Pauschalen nach dieser Methode relativ gewichtet werden. Dabei ist auch ein Trend zu erkennen, der ärztlichen Zuwendung mehr Gewicht zu geben als geräteintensiven Leistungen. Auch Listenpauschalen können auf eine rationale Basis gestellt werden. Im Vereinigten Königreich berechnet sich die Grundpauschale für die eingeschriebenen Patienten mittels einer Formel. Diese objektiviert das Verfahren zur Festsetzung der Pauschale und kann u. a. die Morbidität der versorgten Patienten und die Praxischarakteristika berücksichtigen. Für chronische Erkrankungen bieten die chain-DTCs in den Niederlanden ein interessantes Beispiel, wie solche „global fees“ in Europa umgesetzt wurden.





Die Ärzte-GmbH

Reformansätze im ambulanten Bereich in Österreich

Die Ärzte-GmbH

Mit dem Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung vom 9. Juli 2010 (BGBl. I Nr. 61/2010) wurden die Möglichkeiten zur Gründung einer Gruppenpraxis erweitert. Neben den bereits zulässigen Gruppenpraxen in der Rechtsform einer offenen Gesellschaft (OG) können nun Gruppenpraxen in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung („Ärzte-GmbH“) gegründet werden. In beiden Organisationsstrukturen können ausschließlich zur selbstständigen Berufsausübung berechnigte Fach- oder Allgemeinmediziner Gesellschafter einer Gruppenpraxis sein. Andere natürliche und juristische Personen sind davon ausgeschlossen, als Gesellschafter zu fungieren. Dies steht in krassem Gegensatz zu vergleichbaren internationalen Regelungen. Beispielsweise ist es, wie oben beschrieben, in Deutschland üblich, dass Krankenhäuser als juristische Personen sich an MVZs beteiligen und solcherart in die Organisation der ambulanten Versorgung eingebunden werden. In einer österreichischen Gruppenpraxis dürfen sich darüber hinaus Ärzte ausschließlich als Gesellschafter engagieren und können kein Angestelltenverhältnis mit der Gruppenpraxis eingehen.

Ebenfalls nicht erlaubt sind freie Dienstverträge, Werkverträge oder Leiharbeitsverträge. Die einzige Ausnahme stellt die Lehrpraxis dar. Dies stellt im internationalen Vergleich ein Kuriosum dar – in den studierten Gesundheitssystemen sind angestellte Ärzte Usus und beispielsweise in Deutschland dominieren in Gruppenpraxen bereits Angestelltenverhältnisse. Angehörige anderer Gesundheitsberufe können jedoch in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt werden, wobei pro Gesellschafter 5 Personen, insgesamt maximal jedoch 30, als nichtärztliches medizinisches Personal angestellt werden dürfen.

Eine Krankenkasse schließt statt mit den einzelnen Ärzten mit der Gruppenpraxis einen Gruppenpraxisvertrag ab. Die Art der Leistungsvergütung ist dabei gesetzlich definiert. Für fachgleiche Gruppenpraxen kann dies über Einzelleistungsvergütung oder Pauschalvergütung geschehen. Bei Gruppenpraxen mit mehreren Fachrichtungen hat die Honorierung jedoch aus Pauschalen zu bestehen. Wie in der Theorie der Ärztevergütung beschrieben, kann ein solches Pauschalvergütungsmodell bei Gruppenpraxen zu „creaming“ führen. Aus diesem Blickwinkel ist die einheitliche elektronische Diagnose- und Leistungsdokumentationspflicht, welche für alle Gruppenpraxen ab 1. Jänner 2014 gilt, als mögliches Mittel zum Monitoring von etwaiger Überbehandlung durch einzelne Ärzte zu bewerten.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist die Form einer GmbH für die Gesellschafter von Gruppenpraxen mit hohem Umsatz interessant. Denn während bei OGs als Personengesellschaften die Einkommenssteuer der Gesellschafter direkt berechnet wird, womit in der letzten Progressionsstufe ein Grenzsteuersatz von 50 % herrscht, gelten für Kapitalgesellschaften andere steuerliche Regelungen. So beträgt die Körperschaftsteuer für Kapitalgesellschaften 25 %, und die Gesellschafter müssen von ihren Gewinnanteilen nochmals 25 % abführen. Dies ergibt eine niedrigere Grenzbesteuerung von 43,75 %. Zwar entfallen einige steuerrechtliche Vorteile einer OG wie der Gewinnfreibetrag für Einzelunternehmer und Personengesellschaften, jedoch ist das Haftungsrisiko niedriger. Bei hohen erwarteten Gewinnen scheint eine Ärzte-GmbH lukrativer als eine OG oder eine Einzelpraxis. Diese monetären Vorteile bei höheren Volumina sollten bei der Gestaltung des Vergütungssystems bedacht werden.

Die Reform der Gruppenpraxen präsentiert sich dem aufmerksamen Beobachter als verhaftet in strukturorientierten Denkweisen. Anstatt die zu erbringenden Leistungen zu definieren, stehen wiederum die erbringenden Strukturen im Vordergrund. Dies wird nachvollziehbar, wenn man die Verortung von Gruppenpraxen und Ambulatorien und die daraus entstehenden Konflikte um Zuständigkeitsbereiche bedenkt. Gruppenpraxen sind der Ärztekammer zuzuordnen, während Ambulatorien in der Verbandsstruktur der Wirtschaftskammer verortet sind, weil eine Abgrenzung





erwünscht war. Darüber hinaus liegt ein starker Fokus auf der Rechtsform der Gruppenpraxen, obwohl dies im Kontext der Gesundheitsversorgung eher sekundär ist. So sind in deutschen MVZs alle Rechtsformen möglich, solange sie nicht unsachlich sind, wie es beispielsweise ein Verein wäre, da eine Gruppenpraxis einen Wirtschaftsbetrieb darstellt. Positiv hervorzuheben ist jedoch, dass mit der Reform ein Schritt weg von der Einzelleistungsvergütung gelang und Pauschalen im Vergütungssystem vermehrt Einzug halten.

Konkrete Empfehlungen zu einer Reform des Vergütungssystems

Zunächst ist auf struktureller Ebene festzustellen, dass in Österreich eine Aufwertung des Primärbereichs angestrebt werden sollte. Dies müsste unter anderem mit einer vertiefenden Ausbildung für Allgemeinmediziner einhergehen, wie es bereits international üblich ist und derzeit in einer Arbeitsgruppe ausgearbeitet wird. Entsprechende Weiterbildungsangebote sollten auch bereits praktizierenden Allgemeinmedizinerinnen angeboten werden. Des Weiteren sollte, wie bereits mehrmals angesprochen, statt in Versorgungsstrukturen in Versorgungsvorgängen gedacht werden. Wenn gewisse Mindeststandards etabliert werden, ist für die Qualität der Versorgung unerheblich, ob bestimmte Leistungen von Einzelpraxen, Gruppenpraxen oder Ambulanzen erbracht werden und ob diese in Form einer OG oder GmbH geführt werden. Entscheidend ist, dass die definierten Versorgungsaufgaben erfüllt werden. Die erbringende Struktur ist hierbei sekundär.

Darüber hinaus sollte die Struktur der Honorarverhandlung überarbeitet werden. Bisher geschieht dies im Rahmen individueller Rahmenvertragsverhandlungen zwischen einzelnen Trägern und dem Hauptverband und der regionalen Ärztekammer. Es sollte angestrebt werden, auf zentraler Ebene eine allgemeine Honorarordnung zwischen Trägern und Ärztekammer auszuhandeln. Dabei bestünde die Möglichkeit, wie im deutschen System des EBM regionale Anpassungen einer allgemeinen Honorarordnung je nach Bevölkerungsdichte und regionalen Gegebenheiten vorzunehmen. Schließlich unterscheidet sich die Versorgung ja weniger nach Bundesland als nach solchen Kriterien, sodass beispielsweise Anreize gesetzt werden können, schlechter versorgte Gebiete auch für Ärzte finanziell attraktiv zu machen. Gemeinsame Verhandlungsführung würde auch Ressourcen sparen und das Controlling sowie Benchmarking durch ein einheitliches System erleichtern. Außerdem ist es möglich, bei einer zentralen Vertragsverhandlung einmalig mehr Ressourcen in die Entscheidungsunterstützung zu stecken, anstatt diese Arbeit bei multiplen Verhandlungen durchführen zu müssen. Subsidiär abweichende, besser passende Regelungen zu treffen sollte dann immer noch offenstehen.

Wie wir bereits festgestellt haben, genügt das Vergütungssystem im österreichischen Gesundheitssystem nicht den Erkenntnissen aus der gesundheitsökonomischen Theorie. Im internationalen Vergleich offenbaren sich jedoch viele Reformansätze, welche für Österreich umsetzbar wären. So haben sich die relativen Gewichte von Leistungen im österreichischen System verwässert, während in anderen Ländern wie zum Beispiel bei Deutschlands EBM solche „relative value scales“ dazu dienen, Verzerrungen zu vermeiden und eine auch für den Leistungserbringer gerechte, d. h. kostendeckende und mit einem angemessenen Unternehmerlohn ausgestattete Vergütung zu ermöglichen. Da es international bereits Erfahrungen mit solchen objektiven Vergütungskriterien gibt, müsste man diese Kriterien für Österreich nicht neu erfinden, sondern könnte erfolgreiche internationale „relative value scales“ für Österreich anpassen. Da solche Kataloge auch für in Österreich in der Ambulanz erbrachte Leistungen existieren, wäre hier ein Ansatzpunkt, die „sektorenübergreifende Finanzierung im ambulanten Bereich“ auf eine neue Basis zu stellen, ohne das Rad völlig neu erfinden zu müssen.

Für eine weiterführende Reform des Vergütungssystems wäre anzudenken, zunächst die zu erbringenden Leistungsbündel zu definieren, anstatt Einzelleistungen zu betrachten. Das Ziel ist es, diese Leistungsbündel ihrer optimalen Vergütungsform zuzuführen. Die Entscheidung, welches Leistungsbündel wie optimal zu vergüten ist, sollte dabei aufgrund von objektiven Kriterien erfolgen. Hierbei muss beachtet werden, die Art der betrachteten Leistungen, die Anreizwirkung auf das Ärzteverhalten und den Patientennutzen miteinzubeziehen.

**Konkrete
Empfehlungen
zu einer Reform
des Vergütungs-
systems**





Populationsbezogene Grundleistungen, die grundsätzlich jedem Versicherten zur Verfügung gestellt werden, sollten mittels einer Grundleistungspauschale vergütet werden. Dies würde zu einer Streichung von Leistungsposten, die bisher nach Einzelleistungsvergütung abgegolten wurden, führen. Daher muss für alle Beteiligten klar definiert werden, welche Leistungen durch diese Grundleistungspauschale abgegolten werden.

Hochintegrierte dauerhafte Leistungen sollten in einer Behandlungspauschale pro Kopf zusammengefasst werden. Dies betrifft vor allem die Behandlung chronischer Erkrankungen, da sich diese durch ein hohes Maß an Prozessintegration und einen langen Behandlungszeitraum auszeichnen. Die Behandlungspauschale deckt dabei die gesamten zu erbringenden Leistungen ab. Für eine optimale Vergütung ist dabei eine genaue Kenntnis der Behandlungsabläufe bei den Leistungserbringern und der tatsächlich anfallenden Kosten nötig. Darüber hinaus muss eine Zeitabgeltung für Ärzte und anderes nichtärztliches medizinisches Personal festgelegt werden. Behandlungspauschalen existieren bereits in den Niederlanden und finden weite Verbreitung in integrierten Versorgungskonzepten. Die Einrichtung solcher Behandlungspauschalen könnte an die niederländischen Erfahrungen anknüpfen.

Bei hochintegrierten punktuellen Leistungen wie OP-Freigaben oder Nachsorge bei Extremitätenbrüchen können Fallpauschalen zur Anwendung kommen. Die Fallpauschale würde die Leistungsprozesse der damit in Zusammenhang stehenden Behandlung abgelden, wodurch wiederum eine genaue Kenntnis der Versorgungsprozesse und deren Kosten nötig ist. Um ein Fallpauschalensystem zu konstruieren, ist ein System zur Klassifizierung von Patienten nach Fallgruppen nötig. Hierbei ist jedoch ein Zielkonflikt zu beachten: Einerseits sollten die Patienten bzw. die Kosten der Behandlung innerhalb einer Fallgruppe möglichst homogen sein, da „teure“ Patienten ansonsten Gefahr laufen, nur schlecht behandelt zu werden. Dies würde für eine feine Einteilung von Fallgruppen sprechen. Andererseits muss eine Fallgruppe gleichzeitig eine klinische Bedeutung haben, was wiederum für eine grobe Einteilung von Fallgruppen sprechen würde. Bei einzelnen sehr teuren Patienten würde es sich außerdem anbieten, dem Leistungserbringer die tatsächlichen anfallenden Kosten zu ersetzen, um eine Versorgung von sehr kranken Patienten zu garantieren. Diese Ausreißer könnten dann zumindest stichprobenartig überprüft werden.

Geringgradig integrierte Leistungen können mit einem neu designten Einzelleistungsvergütungssystem abgegolten werden. Hierbei ist es sinnvoll, konkrete zusammenhängende Leistungen zu definieren, anstatt einzelne „Handgriffe“ zu vergüten. Bei dieser Art der Leistungsvergütung muss außerdem der Aufwand an Zeit, Können und sonstigen Kosten relativ zu anderen Leistungen bedacht werden, um Verzerrungen vorzubeugen.

Darüber hinaus sollte man in Erwägung ziehen, für gewisse fixkostenintensive Leistungen eine Grundvergütung zur Abdeckung der Fixkosten wie etwa von medizinischen Anlagen anzubieten. Für die Betreuung in Randzeiten wird in vielen Gesundheitssystemen außerdem eine zeitabhängige Vergütung angeboten. Weiters wäre es möglich, in strukturschwachen Gebieten Aufschläge zu gewähren, um die Attraktivität für Ärzte zu steigern. Ebenfalls anzudenken ist, den Ärzten ein Menü an Verträgen anzubieten, damit altruistisch motivierte Ärzte speziell designte Verträge selektieren können. In diesen Verträgen können alternative Vergütungsformen angeboten werden, wie beispielsweise „pay-for-performance“-Vergütung, Bonussysteme oder nichtmonetäre Vergütung wie besondere Fortbildungen, Praxisausstattung etc. Hierbei wäre zu erheben, welche alternativen Vergütungsformen von altruistisch motivierten Ärzten als besondere Wertschätzung ihrer Arbeit angesehen werden.

