

# STÄRKUNG DER (ERGEBNIS-) QUALITÄT, DER KOORDINATION UND DER INTERPROFESSIONALITÄT IN BESTEHENDEN ABGELTUNGSSYSTEMEN



IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel  
Fachbereich: Gesundheit

Schlussbericht | 15.09.2017



Universität  
Basel

Wirtschaftswissenschaftliche  
Fakultät

**Health  
Economics**

Prof. Dr. Stefan Felder



## IMPRESSUM

### AUFTRAGGEBERIN

Bundesamt für Gesundheit (BAG) | Schwarzenburgstrasse 157 | 3003 Bern

Ansprechperson: Frau Cinzia Zeltner | [cinzia.zeltner@bag.admin.ch](mailto:cinzia.zeltner@bag.admin.ch) | +41 (0)58 462 57 68

### BEGLEITGRUPPE

Stefan Spycher	Stellv. Direktor BAG	Leiter Direktionsbereich Gesundheitspolitik
Ryan Tandjung	Leiter	Abteilung Gesundheitsberufe
Nico van der Heiden	Co-Leiter	Abteilung Gesundheitsberufe, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
Cinzia Zeltner	Wiss. Mitarbeiterin	Abteilung Gesundheitsberufe, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe

### AUFTRAGNEHMERIN

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel | Solothurnerstrasse 94 | 4053 Basel

[www.gesundheit.iwsb.ch](http://www.gesundheit.iwsb.ch) | [gesundheit@iwsb.ch](mailto:gesundheit@iwsb.ch) | +41 (0)61 281 21 28

### AUTOREN

Stefan Felder	Projektleitung	Universität Basel
Stefan Meyer	Projektmitarbeit & stv. Projektleitung	IWSB
Manuela Merki	Projektmitarbeit	IWSB
Camila Plaza	Projektassistenz	Universität Basel
Markus Gmünder	Qualitätssicherung & Redaktion	IWSB

### HINWEIS ZUR VERWENDUNG

Die Studie darf zu kommerziellen Zwecken nicht kopiert oder in einer anderen Form reproduziert werden. Bei der Verwendung der Daten aus der Studie ist die Quelle korrekt zu zitieren, und wir bitten um Zustellung eines Belegexemplars ([gesundheit@iwsb.ch](mailto:gesundheit@iwsb.ch)).

### ZITIERVORSCHLAG

IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel (2017): *Stärkung der (Ergebnis-) Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen*. Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG.

### ANMERKUNGEN

Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeberin oder der Begleitgruppe übereinstimmen muss.

Zur besseren Lesbarkeit und Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich jeweils auf beide Geschlechter.



## ZUSAMMENFASSUNG (MANAGEMENT SUMMARY)

Die **Tarifgestaltung** im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist heute stark auf die **einzelnen Gesundheitssektoren** zugeschnitten. Während im ambulanten Bereich ein Grossteil der ärztlichen Leistungen einzeln vergütet wird (vgl. TARMED), kommen in den Spitälern Fallpauschalen und Tagespauschalen zum Einsatz. Bei angeordneten Leistungen wie Physiotherapie, Krankenpflege oder Beratungsgesprächen werden die Leistungserbringer mit Zeittarifen oder Sitzungspauschalen entlohnt.

### KOORDINATION UND KOOPERATION ZWISCHEN DEN LEISTUNGSERBRINGERN WIRD GEBREMST

Was die theoretische und empirische Literatur immer wieder zeigt, ist, dass die Abgeltungsmodelle im Gesundheitswesen den Leistungserbringern unterschiedliche **Anreize** im Hinblick auf die **Qualität, Quantität und Kosten** setzen. Die zeitgleiche Anwendung verschiedener Abgeltungsmodelle steht dabei im Verdacht, der **Koordination und Kooperation** über die Versorgungsbereiche hinweg **im Weg zu stehen**.

Eine **Herausforderung** liegt darin, dass vor allem bei chronischen Erkrankungen und multimorbiden Patienten eine **Vielzahl von Leistungserbringern** in den Behandlungsprozess involviert ist. Das heutige System ist jedoch nur sehr beschränkt in der Lage, das gesamte Netzwerk an Haus- und Spezialärzten, Spitälern, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen, Spitex, Pflegeheimen und Therapeuten für die **gemeinsam erbrachte Behandlungsqualität** zu belohnen und ein ganzheitliches **Verantwortungsbewusstsein** hinsichtlich der Patienten zu fördern.

### FALLSTUDIEN ZEIGEN DIE WIRKSAMKEIT VON KOMPLEXPAUSCHALEN FÜR CHRONISCH KRANKE

In einigen Ländern kommen bereits innovative Abgeltungsmodelle zum Einsatz, welche die Zusammenarbeit und damit auch die Behandlungsqualität unterstützen sollen. Bekannt sind neben den **leistungsabhängigen Zusatzentgelten** wie *Pay-for-performance* und *Pay-for-coordination* **bevölkerungsbezogene Abgeltungsmodelle** (Stichwort: Managed Care) und sogenannte **Komplexpauschalen**. Letztere bündeln die Vergütung einer ganzen Behandlungsepisode über alle Versorgungsstufen.

Die Erfahrungen mit solchen Modellen sind durchwegs positiv. Dies zeigen Fallstudien aus den USA, Deutschland, Grossbritannien, Frankreich, Schweden und den Niederlanden. Möchte man aber konkret den Fokus auf **chronische Erkrankungen, die Langzeitpflege und Präventionsmassnahmen** legen, eignet sich ein System ganz besonders: **Komplexpauschalen** legen das Augenmerk auf eine nahtlose Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Patienten über sämtliche Versorgungsbereiche (Ärztennetze, Apotheken, Gesundheitszentren, Spitäler, Rehabilitation, etc.) hinweg.

Die Literaturanalyse wie auch die Fallstudien aus Deutschland und den Niederlanden haben gezeigt, dass die gebündelte Vergütung eine gute Alternative zu traditionellen Systemen ist. Bei den Leistungserbringern entsteht aufgrund der Komplexpauschalen ein Anreiz, die **Behandlungspfade stärker zu koordinieren**, Performance-Indikatoren zu definieren, gemeinsame IT-Systeme zu entwickeln und sämtliche Anbieter in eine **Gesamtverantwortung** miteinzubeziehen. Damit rücken auch die **Interprofessionalität** und die **Interdisziplinarität** stärker in den Vordergrund.

### CHRONISCH KRANKE ENTSCHEIDEN SICH SELTEN FÜR DIE INTEGRIERTE VERSORGUNG VIA HMO

Health Maintenance Organisations (HMO) würden sich aufgrund des integralen Ansatzes sehr gut für die Behandlung und Betreuung chronisch kranker Personen eignen. Aus Versorgungssicht suboptimal ist aber die Tatsache, dass ein Grossteil jener 8 Prozent der Versicherten in der Schweiz, welche ein HMO-Modell wählen, keine chronischen Erkrankungen aufweist. Daten der Versicherer zeigen, dass es primär die  **jungen, gesunden Personen** sind, welche sich für diese Versorgungsmodelle **entscheiden**. Diese profitieren zwar von den **günstigeren Prämien** dieser Modelle, aufgrund ihres (guten) Gesundheitszustands jedoch nur



sehr **begrenzt** von einer **integrierten Gesundheitsversorgung**. Handkehrum wählen vergleichsweise wenige Personen mit chronischen Leiden diese Versorgungsform. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass die Wichtigkeit des (meist langjährigen) Vertrauensverhältnisses zwischen dem Patienten und dem persönlichen Hausarzt nicht unterschätzt werden darf. HMO-Modelle werden diesem Bedürfnis nur eingeschränkt gerecht. Zudem wissen viele (ältere) Patienten eher wenig über die Funktionsweise und den potentiellen Nutzen der HMO-Modelle und entscheiden sich im Zweifelsfall eher nicht für einen Modellwechsel.

#### DEN KRANKENVERSICHERERN FEHLEN BIS ANHIN DIE ENTSCHEIDENDEN ANREIZE

Eine Umsetzung von Komplexpauschalen im bestehenden System für klar definierte Langzeiterkrankungen stellt an sich keine grosse Herausforderung dar. Realisierbar sind solche Abmachungen im Rahmen der **Selektivverträge** zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Ausserhalb dieser Verträge und bei akuten Erkrankungen könnte die Gesundheitsversorgung und -abgeltung weiterhin konventionell (und sektoriell getrennt) erfolgen.

Die individuellen Leistungserbringer organisieren sich in Form eines **Behandlungsnetzwerks** und schliessen für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz) Selektivverträge mit den Versicherern ab. Das Netzwerk ist für die Behandlung der eingeschriebenen Patienten verantwortlich und **koordiniert** den **Behandlungspfad** intern. Die Krankenversicherer legen für die eingeschriebenen Patienten zunächst ein **Budget** fest (Komplexpauschalen). Darin eingerechnet sind sämtliche OKP-pflichtigen Leistungen. Ende Jahr werden die aufgelaufenen Kosten mit der Summe der Komplexpauschalen verglichen. Je nachdem, ob die Komplexpauschalen ausgereizt worden sind oder nicht, folgt eine **Ausgleichszahlung** zwischen dem Versicherer und dem Behandlungsnetzwerk.

Zum heutigen Zeitpunkt bestehen für die **Krankenversicherer** aber offensichtlich nicht ausreichende **Anreize**, in solche Versorgungsmodelle zu investieren. Nebst dem **Risikoausgleich** wurden das sogenannte **Trittbrettfahrerproblem**<sup>1</sup>, die Möglichkeit der Versicherten, das **Modell jährlich** zu **wechseln** und die **dual-fixe Spitalfinanzierung** als Hemmnisse für neue Versorgungsansätze identifiziert. Alle diese Umstände führen dazu, dass sich der finanzielle Aufwand, in diese Systeme zu investieren, für die Grundversicherer nicht notwendigerweise rentiert.

#### GEZIELTE ANPASSUNGEN AM SYSTEM KÖNNEN DEN KOMPLEXPAUSCHALEN ZUM ERFOLG VERHELFFEN

Das vorgestellte System ist zwar mit dem Schweizer System kompatibel und wird in kleinem Ausmass auch bereits heute von Krankenversicherern verwendet. Um jedoch **Fehlanreize** zu **beseitigen** und den Komplexpauschalen zu einem durchschlagenden Erfolg zu verhelfen, drängen sich mehrere **Handlungsempfehlungen** auf, welche sich in der **kurzen resp. mittleren** Frist umsetzen lassen

**Kurzfristig** ist in einem ersten Schritt die Vereinbarkeit der Komplexpauschalen mit dem KVG zu prüfen. Dies, um für die Vertragsparteien Rechtssicherheit und Planbarkeit zu schaffen. Erst dann bietet es sich an, ein **gemeinsam getragenes Pilotprojekt** zu initiieren. Möglicherweise kann auch eine **Anstossfinanzierung** erfolgen. Die Sicherstellung eines einheitlichen Datenaustauschs (Stichwort: elektronisches Patientendossier) wird zudem als Erfolgsfaktor angesehen.

**Mittelfristig** sollte die monistische Spitalfinanzierung ins Auge gefasst werden, um eine Gleichbehandlung der Gesundheitssektoren zu erwirken und Fehlanreize zu beseitigen. Die Reformierung der bestehenden

---

<sup>1</sup> Ein **Trittbrettfahrerproblem** entsteht dann, wenn ein Krankenversicherer in die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle investiert, die unbeteiligten Krankenversicherer aber auch vom generierten Wissen profitieren können (öffentliches Gut). Im ökonomisch suboptimalen Gleichgewicht bestehen somit für die Versicherungen keine hinreichenden Anreize, selbst nach neuen Versorgungsmodellen zu forschen.



Vergütungssysteme sollte parallel dazu erfolgen. Schliesslich können eine Etablierung von Mehrjahresverträgen in der OKP und die stetige Verfeinerung des Risikoausgleichs die Anreize der Versicherer stärken, in diese neuen Versorgungsmodelle zu investieren.



## INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG (MANAGEMENT SUMMARY) .....	1
INHALTSVERZEICHNIS .....	4
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
1.1 AUSGANGSLAGE .....	5
1.2 ZIELSETZUNG .....	5
1.3 AUFBAU DES BERICHTS .....	5
<b>2 LITERATURANALYSE</b> .....	<b>6</b>
2.1 THEORETISCHE KLASSIFIZIERUNG VON TRADITIONELLEN ABGELTUNGSSYSTEMEN .....	6
2.2 KLASSIFIZIERUNG INNOVATIVER ABGELTUNGSSYSTEME .....	10
2.3 ABGELTUNGSSYSTEME IN DER PRAXIS .....	12
2.3.1 Leistungsabhängige Zusatzentgelte (Add-on payments) .....	13
2.3.2 Vergütung von Behandlungsepisoden/Komplexpauschalen (Bundled Payments) .....	15
2.3.3 Bevölkerungsbezogene Vergütungssysteme (Population-based payment) .....	16
<b>3 FALLSTUDIEN</b> .....	<b>18</b>
3.1 ENGLAND   PROSPEKTIVE FALLSTUDIE .....	18
3.2 DEUTSCHLAND   ZWEI LOKALE PILOTPROJEKTE VON KRANKENVERSICHERERN .....	20
3.2.1 'CARDIO-Integral' .....	21
3.2.2 'Gesundes Kinzigtal' .....	22
3.3 NIEDERLANDE   FALLSTUDIE ZUR VERGÜTUNG CHRONISCHER ERKRANKUNGEN .....	24
3.4 USA   FALLSTUDIE ZU DEN ACCOUNTABLE CARE ORGANISATIONS (ACOs) .....	25
3.5 SCHWEDEN   FALLSTUDIE ZUR EPISODENBASIERTEN VERGÜTUNG .....	28
3.6 FRANKREICH   FALLSTUDIE ZU DEN 'EXPÉRIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION' (ENMR) .....	30
<b>4 INNOVATIVE ABGELTUNGSSYSTEME IM SCHWEIZER SYSTEM</b> .....	<b>33</b>
4.1 SYNTHESE AUS DER LITERATURANALYSE UND DEN FALLSTUDIEN .....	33
4.2 KURZANALYSE DES SCHWEIZER SYSTEMS .....	34
4.3 IMPLEMENTIERUNG IM BESTEHENDEN SYSTEM UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN .....	36
<b>5 ZUSAMMENZUG DER ERKENNTNISSE ANHAND VON FÜNF THESEN</b> .....	<b>40</b>
<b>6 LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>44</b>
<b>A ANHANG</b> .....	<b>48</b>
A.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....	48
A.2 ABBILDUNGEN UND TABELLEN .....	49
A.3 ZUSÄTZLICHE ABBILDUNGEN .....	50



# 1 EINLEITUNG

## 1.1 AUSGANGSLAGE

Die Versorgungsstrukturen im Schweizer Gesundheitswesen sind im Vergleich zu anderen Ländern noch stark sektoriell und föderalistisch organisiert. Gleichzeitig führen **gesellschaftliche Veränderungen** dazu, dass sich die Ansprüche an das Gesundheitswesen in den kommenden Jahren deutlich verschieben werden. Chronische Erkrankungen werden immer häufiger und stellen dabei **hohe Anforderungen an das Versorgungssystem**. Auch der demografische Wandel und damit eine Zunahme der Multimorbidität in der Bevölkerung sind eine Herausforderung für das System. Nur eine **koordinierte Zusammenarbeit** über die einzelnen Versorgungsbereiche hinweg kann gewährleisten, dass multimorbiden Personen eine lückenlose, qualitativ hochstehende und interprofessionelle Gesundheitspflege zukommt.

Abgeltungs- oder Vergütungssysteme regeln, wie ein Leistungserbringer für eine Dienstleistung entschädigt wird. Der Vergütung von Leistungserbringern kommt dabei ein hoher Stellenwert zu, wie empirische Untersuchungen zeigen. Geschickt eingesetzte **Vergütungen setzen** den Leistungserbringern entscheidende **Anreize**, sich **im Interesse ihrer Patienten zu verhalten**, qualitätsbewusst zu arbeiten, sich über ihre Versorgungsbereiche hinaus besser zu koordinieren und gleichzeitig kostengünstigere Entscheidungen zu treffen.

## 1.2 ZIELSETZUNG

Die Studie soll einen **Überblick über jene Abgeltungssysteme** geben, welche die **Koordination** der Leistungserbringung und die **interprofessionelle Arbeitsweise** positiv beeinflussen. Um solche Abgeltungssysteme identifizieren zu können, sollen neben einer (1) eingehenden **Literaturrecherche** (2) verschiedene **Fallstudien** aus anderen Ländern herangezogen werden. In einem weiteren Schritt ist (3) das **Schweizer Abgeltungssystem** im Hinblick auf dessen Eignung zur Bewältigung künftiger Herausforderungen zu beurteilen. Basierend auf den Erkenntnissen der Literaturrecherche und der Analyse der Fallstudien sind abschliessend konkrete **Handlungsempfehlungen** zu formulieren. Prioritär zu behandeln sind dabei Umsetzungsvarianten, welche eine hohe Kompatibilität zum heutigen Schweizer System aufweisen und damit geringe Wechselkosten mit sich bringen.

## 1.3 AUFBAU DES BERICHTS

In **Kapitel 2** werden die *klassischen* Vergütungssysteme im Gesundheitswesen vorgestellt und deren unterschiedliche Wirkungen erörtert. Es folgen eine Klassifizierung der *innovativen* Abgeltungssysteme und ein Überblick über erste Erfahrungen anderer Länder mit solchen Ansätzen. In **Kapitel 3** werden die insgesamt sieben Fallstudien aus Grossbritannien, Deutschland, den Niederlanden, den USA, Schweden und Frankreich besprochen. Ein Ausblick auf eine mögliche Umsetzung der diskutierten Ansätze und konkrete Handlungsempfehlungen aus der Analyse folgen in **Kapitel 4**.



## 2 LITERATURANALYSE

Die Diskussion der Abgeltungssysteme hat im Bereich der Gesundheitsversorgung eine lange Tradition. Abgeltungssysteme regeln die Art und Weise, wie ein Leistungserbringer für die Erstellung einer mehr oder weniger vordefinierten Leistung entschädigt wird. Die zahlende Partei kann dabei eine Krankenkasse, der Staat oder aber der Patient sein. Oftmals werden diese Systeme auch als Vergütungs-, Finanzierungs- oder Tarifsysteme bezeichnet. Diese insgesamt vier Begriffe werden im vorliegenden Bericht als Synonyme behandelt. Wo immer möglich, wird in Anlehnung an das Pflichtenheft jedoch der Begriff **Abgeltungssystem** verwendet.

### 2.1 THEORETISCHE KLASSIFIZIERUNG VON TRADITIONELLEN ABGELTUNGSSYSTEMEN

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Abgeltungssysteme zu kategorisieren und untereinander zu vergleichen. Dabei sollte man sich stets bewusst sein, dass diese Systeme Mittel zum Zweck sind. Langfristig dreht sich eine nationale Gesundheitspolitik um universelle Ziele wie die Versorgungs- und Behandlungsqualität, die Kosteneffizienz und den Zugang zum Gesundheitswesen. Die Abgeltungssysteme können die Sensitivität der Leistungserbringer im Hinblick auf die sektorielle und interdisziplinäre Zusammenarbeit, Koordination und Kosteneffizienz fördern und damit beitragen, die gesundheitspolitischen Ziele zu erreichen.

Für die vorliegende Untersuchung ist es aber durchaus angebracht, in einem ersten Schritt näher auf die ökonomischen Charakteristika traditioneller Abgeltungssysteme einzugehen. Diese Modelle bilden in den allermeisten Ländern nach wie vor den Grundstein der Vergütung. Aus ökonomischer Sicht lassen sich bei der Charakterisierung unterschiedliche Dimensionen ausmachen, welche helfen, die Systeme in homogene Gruppen einzuteilen.

#### RETROSPEKTIVE UND PROSPEKTIVE SYSTEME

Wie in Jegers u. a. (2002) zu lesen ist, können Abgeltungssysteme im Gesundheitsbereich entweder retrospektiv oder prospektiv ausgerichtet sein. Der grundlegende Unterschied zwischen den beiden Systemtypen ist der Zusammenhang zwischen den Erträgen des Leistungserbringers und seinen effektiven Kosten für die Erstellung der Leistung.

In **retrospektiven Systemen** werden die Kosten der medizinischen Leistungen im Ergebnis voll gedeckt. In einem ambulanten Umfeld könnte dies heissen, dass ein Arzt bei jedem Patienten den Aufwand kalkuliert und diesen danach der Krankenkasse in Rechnung stellt. Der Leistungserbringer übernimmt somit keinerlei Kostenverantwortung, da insbesondere die Kosten einer ineffizienten Produktion vollends auf den Versicherer oder eine andere zahlende Partei übergehen. Offensichtlich eröffnen diese retrospektiven Systeme dem Erbringer der Leistung zunächst keinerlei Anreize, kosteneffizient zu produzieren und die Kosten einer einzelnen Untersuchung oder Behandlung einzuschränken. Allerdings kann der Kostenträger über eine Kostenkontrolle und einem Vergleich zwischen Leistungserbringern letztlich Einfluss auf die Höhe der Abgeltung nehmen.

Demgegenüber besteht ein weites Feld an **prospektiven Systemen**, welche bei der Berechnung des Erlöses die Kosten des individuellen Leistungserbringers nicht berücksichtigen. Wie die Vergütung im Einzelfall allerdings ausschaut, hängt stark vom jeweiligen System ab. Gemein ist allen Systemen allerdings, dass die Vergütung in irgendeiner Form pauschaliert erfolgt (z.B. Globalbudget, Fallpauschale, Capitation). So zählt die Einzelleistungsvergütung (engl. 'fee-for-service', FFS) und damit auch das Schweizer TARMED-System





zu dieser Gruppe. Dabei erhält jede diagnostische und therapeutische Leistung ein Preisschild.<sup>2</sup> Im Falle des FFS hat ein Leistungserbringer zwar die Möglichkeit, anhand zusätzlicher Untersuchungen Mehrerträge zu generieren, das System erstattet jedoch nicht die effektiven Kosten der Leistungserbringung. Ein Arzt erhält somit insofern eine Kostenverantwortung, als er seine eigene Zeit und technische Leistungen zu den vorgegebenen Preisen kostenminimal einsetzt. Allerdings sind die Preise dieser Produktionsfaktoren in der Regel administriert. Dies kann zu unerwünschten Mengenausweitungen führen.

## PAUSCHALE UND VARIABLE SYSTEME

Etwas stärker ertragsseitig gedacht wird in der Ökonomie zwischen pauschalen und variablen Systemen unterschieden. **Pauschale Abgeltungssysteme** zeichnen sich ganz einfach dadurch aus, dass eine zusätzliche Einheit einer Leistung nicht zusätzlich vergütet wird. Ob die Einheit nun eine Konsultation, einen über eine bestimmte Zeitdauer betreuten Patienten, eine Therapie, einen diagnostischen Test oder einen Spitaltag beschreibt, ist dabei nicht von Bedeutung.

Auf der anderen Seite stehen **variable Systeme**, die für eine zusätzliche Produktion einer Einheit einen fixen Geldbetrag vorsehen. Ein gutes Beispiel dafür sind tagesgleiche Pflegesätze für Spitalbehandlungen. Im Gegensatz zu Fallpauschalensystemen wie SwissDRG erhalten stationäre Leistungserbringer einen fixen Tagessatz für jeden Behandlungstag eines Patienten. Damit ergeben sich für die Erbringer einer Leistung klare Anreize, die Menge der Produktion auszuweiten, um zusätzliche Erträge generieren zu können. Im Falle der Tagespauschalen kann dies grundsätzlich auf zwei Arten geschehen. Entweder wird die Behandlungsdauer des einzelnen Patienten ausgedehnt – was besonders dann interessant ist, wenn die Tagespflegekosten mit zunehmender Verweildauer abnehmen –, oder das Spital versucht die Anzahl der Fälle zu erhöhen.

Ein Abgeltungssystem ist praktisch nie vollends pauschal oder variabel, sondern stets eine Kombination beider Ausprägungen. Generell gilt: Je einfacher ein Leistungserbringer den Ertrag beeinflussen kann, desto variabler wird ein System in der Regel auch beschrieben.<sup>3</sup> Ein Modell mit Fallpauschalen (d.h. fixer Betrag pro Fall) wird in der Literatur im Vergleich zu einem System mit gleichen Tagessätzen als pauschaler beschrieben. Dies, da ein Spital die Verweildauer eines Patienten viel einfacher beeinflussen kann als die Anzahl der behandelten Patienten.

## DEFINITION DER ZUGRUNDELIEGENDEN LEISTUNG

Es liegt in der Natur der Sache, dass es schwierig ist, einen Leistungserbringer aufgrund des realisierten Zugewinns an Gesundheit und Lebensqualität seiner Patienten zu vergüten. Dies mag ein Grund dafür sein, weshalb eine grosse Bandbreite an Systemen existiert, welche andere Indikatoren als die eigentliche ärztliche Leistung betrachten.

Verknüpft mit den beiden ersten Kategorisierungen (retrospektiv/prospektiv, pauschal/variabel) ist die Frage, welcher Output eines Arztes oder eines Spitals vergütet werden soll. Im ambulanten Versorgungsbereich hat sich in vielen Ländern die Einzelleistungsvergütung durchgesetzt. Die ärztliche Arbeit wird dabei in **einzelne Dienstleistungen** diagnostischer oder therapeutischer Natur zusammengefasst und individuell vergütet. Abgesehen von den offensichtlichen Anreizen, die Zahl der Prozeduren auszudehnen, bringt ein solches System einen relativ grossen administrativen Aufwand mit sich.

---

<sup>2</sup> Das TARMED-System enthält auch Komponenten eines Zeittarifs, indem teilweise die Arbeitszeit separat abgerechnet wird (vgl. Kapitel 00 TARMED).

<sup>3</sup> Polynomials sprechen in ihrer Studie von Systemen mit unterschiedlicher *Power*. Stark pauschalisierte Systeme weisen eine hohe *Power* auf, da dort zusätzliche Kosten nicht vergütet werden und somit Anreize für eine effiziente Leistungserbringung bestehen (vgl. Trottmann u. a., 2016). Gemäss Geruso und McGuire (2016) bringen alle Abgeltungssysteme einen unweigerlichen Zielkonflikt mit sich zwischen dem *Fit* auf der einen Seite und der *Power* und *Balance* auf der andern Seite.



Im ambulanten Bereich existieren zwei weitere Möglichkeiten, wie der ärztliche Output alternativ definiert wird. Sogenannte **Capitation-Systeme** sehen einen (meist) **periodischen Fixbetrag pro Patient** vor, welcher ein Arzt für die Betreuung eines Versicherten über eine vordefinierte Zeitdauer erhält. Somit ist der Gesamtertrag eines Arztes bestimmt als Funktion des Capitation-Satzes und der Anzahl der eingeschriebenen Patienten, welche er zu betreuen hat. Ob und wie oft ein Patient den Arzt tatsächlich aufsucht und die Anzahl der diagnostischen sowie therapeutischen Leistungen wirken sich daher nicht auf die Ertragssituation des Leistungserbringers aus. Auch ein **Lohnsystem** ist im Bereich der ambulanten Versorgung vorstellbar und findet oft in staatlichen Gesundheitssystemen Anwendung. Per Definition sind dies fixe, periodische Zahlungen an Ärzte, welche weder von der Zahl der Patienten noch von den erstellten Dienstleistungen abhängen.

Im stationären Gesundheitssektor kommen als Basis für die Vergütung meist die **Fälle** oder die **Patiententage** in Frage. Weil **Tagespauschalen** wenig Anreize eröffnen, die Patienten schnell wieder aus der Spitalpflege zu entlassen, haben sich international schrittweise sogenannte **Fallpauschalen** durchgesetzt. Damit erhält der stationäre Leistungserbringer einen Pauschalbetrag pro Fall. Wie beispielsweise im DRG-System kann die Vergütung je nach Fallschwere unterschiedlich erfolgen, um den heterogenen Ressourcenverbrauch je nach Krankheit und Therapie besser abzubilden. Ähnlich einem Lohnsystem kann sich die Vergütung des Spitals allerdings auch an der Leistungsperiode orientieren. Dies wurde in der Schweiz vor Einführung der neuen Spitalfinanzierung im Jahr 2012 von den Kantonen oft über **Globalbudgets** realisiert. Das Spital (oder eine kleinere Produktionseinheit) erhält dabei einen zumeist jährlichen Fixbetrag für den Betrieb der Institution.

#### ANREIZWIRKUNGEN IN DER ÜBERSICHT

In der nachfolgenden Tab. 1 werden die genannten Abgeltungssysteme aufgelistet. In den einzelnen Spalten findet man neben der Kategorisierung deren **Anreizwirkung** auf verschiedene Parameter wie die Anzahl Fälle, die Leistungen pro Patient, die Effizienz und die Qualität. Zu beachten gilt, dass es sich dabei um die aus der **ökonomischen Theorie abgeleiteten Wirkungen** handelt. Des Weiteren bezieht sich die Wirkungsrichtung auf die **'Reinform'** dieser Vergütungsformen. In einer realistischen Umgebung üben auch die eigene Berufsethik, Regulierungsaspekte, weitere finanzielle Anreize und Kapazitätsrestriktionen eine entscheidende Rolle auf das Verhalten eines Leistungserbringers aus.

Wie Tab. 1 jedoch zeigt, sind mit Ausnahme der Kostenerstattung und (je nach Berechnungsmethode) den Globalbudgets alle Systeme in der Aufstellung prospektiv ausgerichtet. Differenziert präsentieren sich die Modelle im Hinblick auf die fixe und variable Komponente. Die Kostenerstattung ist per Definition vollständig variabel, während ein ausschliessliches Lohnsystem pauschal daherkommt. Ein Leistungserbringer kann sein Einkommen in einem Lohnsystem weder durch mehr Leistungen und Patienten, noch durch höhere Kosten positiv beeinflussen.

Die Anreize in puncto Mengenausweitung können sich auf zwei unterschiedliche Arten zeigen. Dies wird klar, wenn man die Gesamtleistung eines Arztes/Spitals als das Produkt aus Anzahl Patienten und durchschnittlicher Menge an Leistungen pro Patient darstellt. Die Kostenerstattung, Einzelleistungsvergütung (FFS) und Tagespauschalen erlauben es den Leistungserbringern, durch eine Ausweitung beider Komponenten die Entlohnung zu erhöhen. Ein ambulant tätiger Arzt kann dies erreichen, wenn er entweder die abgerechneten TARMED-Punkte pro Patient steigert oder versucht, seine Klientel zu vergrössern.



Tab. 1 ABGELTUNGSSYSTEME UND DEREN WIRKUNG AUF VERSCHIEDENE DIMENSIONEN DES GESUNDHEITSSYSTEMS

Abgeltungssystem	Retrospektiv (R) Prospektiv (P)	Pauschal (P) Variabel (V)	Anreize zur Mengenausweitung	
			Patienten/ Fälle	Leistungen pro Patient
Kostenerstattung	R	V	+	+
<b>Ambulanter Bereich</b>				
Einzelleistungsvergütung	P	P/V	+	+
Capitation	P	P/V	+	-
Lohnsystem	P	P	-	-
<b>Stationärer Bereich</b>				
Fallpauschale	P	P/V	+	-
Tagespauschale	P	P/V	+	+
Globalbudget	R/P*	P/V	-	-

**Anmerkung:** \*Globalbudgets können sowohl einen retrospektiven als auch einen prospektiven Charakter aufweisen. Vor allem dann, wenn die Höhe des Budgets in  $t + 1$  von den effektiven Kosten in  $t$  abhängt, wird das System als retrospektiv bezeichnet. Denn, je nach Berechnungsmethode werden die entstandenen Kosten (ein Jahr später) mehr oder weniger vollständig gedeckt. **Legende:** (P/V) System mit überwiegend fixem/pauschalem Anteil / (P/V) System mit überwiegend variablem Anteil / (+) positiver Effekt / (-) negativer Effekt. **Quelle:** in Anlehnung an OECD (2016) und Jegers u. a. (2002).

Das Lohnsystem und Globalbudgets wirken in die gegengesetzte Richtung. Durch ihre stark fixe Komponente entstehen keine Mengenanreize, weder bei der Anzahl Patienten noch beim Leistungsniveau pro Patient. Gemischt fällt das Urteil bei den fallbezogenen Systemen aus. Im stationären Bereich sind dies oft DRGs, im ambulanten Sektor hingegen Capitation-Systeme. Auf der Ebene des einzelnen Patienten bestehen zwar Effizienzanreize (z.B. durch kürzere Spitalaufenthalte, effizientere Logistikabläufe, geringere Wartezeiten), Leistungserbringer können trotzdem ihre Einnahmen steigern, wenn die Zahl der behandelten oder eingeschriebenen Patienten erhöht wird.

Abgesehen von den Mengeneffekten entsteht bei Capitation-Modellen die Problematik der Patientenselektion. Richten sich die Pro-Kopf-Beträge **nicht** nach der Morbidität der Patienten, ist es für die Leistungserbringer ein finanzieller Nachteil, wenn sie viele kranke Personen behandeln müssen. Sobald die Ärzte (implizit oder explizit) beeinflussen können, wen sie behandeln, besteht die Gefahr des Rosinenpickens. Kranke Patienten werden ungenügend oder gar nicht behandelt. Solchen Anreizen kann entgegengewirkt werden, wenn die Kopfpauschalen dem Krankheitsrisiko angepasst werden, wie dies heute bereits beim Risikoausgleich der Fall ist.<sup>4</sup>

Zusammenfassend lässt sich unter den traditionellen Systemen kein Ansatz finden, welcher sich von der Masse abhebt. Zumindest die DRG- und Capitation-Systeme schneiden bei den Anreizen im Hinblick auf die technische Effizienz positiv ab. Diese führen dazu, dass sich die Leistungserbringer auf der Ebene des Patienten kostenbewusst entscheiden und keine unnötigen Ausgaben tätigen. Allerdings existiert unter den klassischen Abgeltungssystemen kein Modell, welches aktiv die Behandlungsqualität<sup>5</sup> unterstützt, die Koordination fördert oder die Interprofessionalität vorantreibt. Daher sind innovative Ansätze gefordert, welche vermehrt eingesetzt werden, um genau diese Ziele zu erreichen. Auf diese wird im folgenden Abschnitt eingegangen.

<sup>4</sup> Der verfeinerte Risikoausgleich, welcher 2017 in Kraft tritt, berücksichtigt nebst dem Alter und Geschlecht der Versicherten die Kriterien Spitalaufenthalt im Vorjahr (mind. 3 Nächte) und hohe Medikamentenkosten (mind. CHF 5'000).

<sup>5</sup> In keiner Reinform dieser Systeme wird die erbrachte Qualität aktiv abgegolten. Trotzdem heisst dies nicht, dass es zwischen den Regimen zu keinen Qualitätsunterschieden kommen kann. Können die Patienten beispielsweise die Behandlungsqualität beurteilen, machen diese womöglich ihre Arztwahl von diesen Qualitätsaspekten abhängig. Ärzte in einem Capitation-System haben daher einen Anreiz, in die Qualität zu investieren, um ihren Versichertenstamm zu vergrössern (vgl. Ma, 1994)



## 2.2 KLASSIFIZIERUNG INNOVATIVER ABGELTUNGSSYSTEME

Die unerwünschten Nebeneffekte der klassischen Abgeltungssysteme sind nicht nur in der Literatur hinlänglich bekannt. Die empirische Forschung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten intensiv mit dem Phänomen gewünschter und unerwünschter Anreize im Gesundheitsbereich auseinandergesetzt. Vor allem die **starke Mengenausweitung** in prospektiv-variablen Systemen wurde in der Literatur intensiv diskutiert. Im ambulanten Bereich haben diese Unzulänglichkeiten zu Capitation-basierten Modellen geführt, im stationären Bereich haben sich hingegen international die DRGs durchgesetzt.

Trotz des Fortschritts sind auch die pauschalierten, teilweise stark sektorbezogenen Systeme kaum in der Lage, den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitssystem gerecht zu werden. Potenzielle Effizienz- und Qualitätsgewinne aufgrund einer besseren Koordination der Leistungserbringer aller Stufen werden daher nicht oder nur teilweise realisiert. Letztlich kommt dies einer ökonomischen Verschwendung gleich, wenn man sich überlegt, dass das bestehende Gesundheitsbudget (noch) nicht so eingesetzt wird, dass damit der Wert für die Patienten optimal ist.

In der neueren Literatur werden die Versuche, bestehende Systeme durch innovative Ansätze zu ersetzen, in drei Kategorien unterteilt. Während im ersten Modell das bisherige System lediglich mit einer neuen Komponente ergänzt wird, handelt es sich bei den beiden letzten Methoden um gänzlich neue Ansätze der Vergütung. Die drei Kategorien werden im Folgenden kurz vorgestellt.

### LEISTUNGSABHÄNGIGE ZUSATZENTGELTE (ADD-ON PAYMENTS)

Einfach in der Implementierung sind leistungsabhängige Zusatzentgelte. Diese Entgelte werden je nach Zielerreichung **zusätzlich zum bestehenden Tarif** ausbezahlt. Es resultiert ein sogenannt **hybrides Modell**. In der ambulanten Praxistätigkeit kann dies beispielsweise bedeuten, dass ein bestehendes FFS-System erhalten bleibt. Hinzu kommt jedoch eine Leistungskomponente, welche nur beim Erreichen eines definierten Ziels an die Leistungserbringer ausbezahlt wird. Diese Ziele betreffen in den meisten Fällen die Koordination der Leistungserbringung, Qualitätsaspekte in der Behandlung oder die Kosteneffizienz. Je nachdem werden gleichzeitig auch mehrere Ziele verfolgt. Zielen die Zusatzentgelte darauf ab, die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern zu fördern, spricht man auch von **Pay-for-coordination (P4C)**. Stehen Qualitätsaspekte oder Effizienzziele im Vordergrund, werden die Systeme als **Pay-for-performance (P4P)** bezeichnet.

### VERGÜTUNG VON BEHANDLUNGSEPIDODEN/KOMPLEXPAUSCHALEN (BUNDLED PAYMENTS)

Werden verschiedene Leistungen, welche es für die Behandlung einer Krankheit oder Intervention braucht, zu einer Behandlungsepisode zusammengefasst und entsprechend vergütet, spricht man von einem pauschalierten System. Als Ausgangspunkt zum besseren Verständnis kann beispielsweise das DRG-System dienen. Dieses Abgeltungssystem sieht einen Pauschalbetrag vor, welcher zumeist sämtliche diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen eines Krankheitsfalls abdecken soll.

Eine wesentliche Einschränkung des DRG-Systems ist dessen scharfe Abgrenzung zu vor- und nachgelagerten Leistungen in anderen Sektoren (z.B. praxisambulant, spitalambulant, Rehabilitation etc.). An dieser Stelle sind in den letzten Jahren Abgeltungsmodelle entstanden, welche die **gesamte Behandlungsepisode** miteinschließen. Aber nicht nur Akutpatienten, auch die Behandlung chronisch kranker Menschen wird in einigen Ländern bereits anhand von Pauschalbeträgen vergütet. Als Grundlage für die Berechnung der Tarife dienen meist klinische Leitlinien, welche die periodisch vorgesehenen Leistungen während des Behandlungspfads definieren.



## BEVÖLKERUNGSBEZOGENE ABGELTUNGSSYSTEME (POPULATION-BASED PAYMENTS, PBPs)

Wie der Name bereits sagt, zielen diese **Managed Care-Systeme** darauf ab, die Gesundheitsversorgung einer bestimmten Bevölkerung zu vergüten. Dabei erhalten Leistungserbringer aller Stufen, welche sich zu Gruppen zusammenfinden, eine fixe Vergütung für die medizinische **Versorgung einer bestimmten Bevölkerung** in einer definierten Zeitperiode. In den Vereinigten Staaten werden diese Gruppen von Leistungserbringern oftmals als **Accountable Care Organisations (ACOs)**<sup>6</sup> bezeichnet.

Die zahlende Partei (z.B. der Versicherer) und die Gruppe von Leistungserbringern verhandeln ein virtuelles Budget. Dieses Geld wird dazu verwendet, die medizinische Versorgung der Personengruppe zur Verfügung zu stellen. Aufgrund des vorgegebenen Budgets haben die Leistungserbringer einen Anreiz, die Kosten niedrig zu halten, da diese einen Teil der Überschüsse behalten dürfen. Im Vergleich zu vielen klassischen Managed Care-Systemen wird jedoch auch direkt für Qualität bezahlt. Konkret wird die Vergütung des Leistungserbringers an gewisse Qualitätsziele gekoppelt. Die Aufteilung des finanziellen Risikos greift oft auch im Verlustfall. Übersteigen die effektiven Kosten das virtuelle Budget, trägt die Versorgergruppe zumindest einen Teil davon mit.

## ÜBERSICHT ÜBER DIE TRADITIONELLEN UND INNOVATIVEN ABGELTUNGSSYSTEME

In der nachfolgenden Abb. 1 werden zur Veranschaulichung einige traditionelle und innovative Ansätze im Hinblick auf deren Integrationsgedanken zusammengestellt. Während auf der horizontalen Achse der Grad der Versorgungsintegration abgelesen werden kann, zeigt die vertikale Achse, wo sich das Abgeltungssystem in puncto Vergütungsintegration einreicht. Die Aufzählung ist nicht abschliessend und verzichtet der Übersichtlichkeit halber, Mischformen der Systeme darzustellen.

**Traditionelle Abgeltungssysteme** lassen adäquate Anreize für eine integrierte Versorgung vermissen. Wie Tsiachristas (2016) festhält, können Lohnmodelle beispielsweise Ärzte dazu bringen, nur relativ gesunde Patienten zu akzeptieren (engl. 'cream skimming') und kranke Personen in die Sekundärversorgung zu übergeben (engl. 'dumping'). Kopfpauschalen können zwar die Effizienz fördern, die Versorgung chronisch kranker Personen kann jedoch darunter leiden, wenn die Abgeltung nicht differenziert genug ausfällt. Diese Personen sind für Ärzte besonders teuer, da diese viel Betreuung erfordern. Schliesslich wirken sich FFS-Systeme weniger negativ auf die Versorgung chronisch kranker Menschen aus. Diese Systeme geben aber wenig Anreize für eine kosteneffizienten Arbeitsweise, noch unterstützen sie den Gedanken einer besonders hohen Behandlungsqualität – für chronisch Kranke und für Akutpatienten gleichermaßen.

Die **innovativeren Ansätze** der Versorgung und Vergütung befinden sich in der Grafik weiter rechts. Auch diese Modelle zeichnen sich durch eine unterschiedlich ausgeprägte Integration der Vergütung aus. Alle Systeme setzen jedoch vermehrt auf einen sektorenübergreifenden Ansatz. Dabei ist nicht unbedingt eine organisatorische Integration der Versorgung erforderlich (Abb. 1, rechte Seite). Eine professionelle Zusammenarbeit unabhängiger Gesundheitsdienstleister ist in einigen Modellen hinreichend (Abb. 1, Mitte).

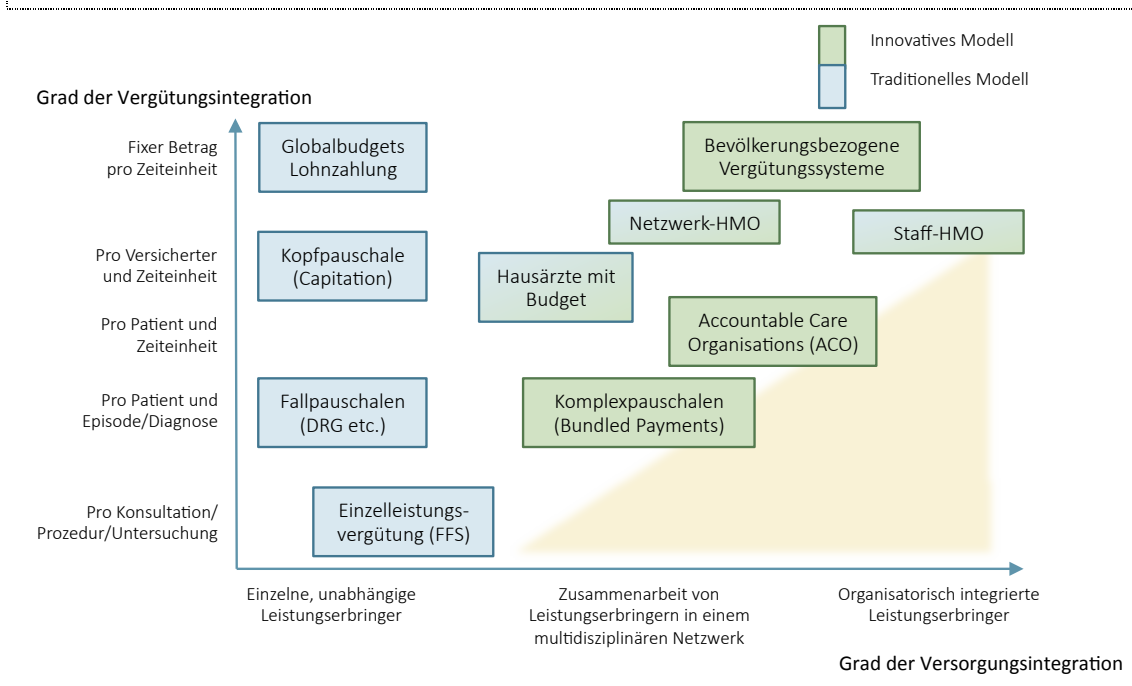
Elemente von traditionellen sowie innovativen Ansätzen lassen sich bei den etwas älteren Managed Care-Ansätzen wiederfinden, wie beispielsweise Netzwerk-HMOs, Staff-HMOs oder den Hausärzten mit Budget. Die Idee von Hausärzten mit Budgetverantwortung (engl. 'GP fund holders') kam in den 1980er-Jahren in Grossbritannien auf. Den beteiligten Hausärzten wurde im ursprünglichen Modell, welches 1991 eingeführt wurde, ein Budget für den 'Einkauf' von elektiven Spitalleistungen, für die Anstellung von nicht-medizinischem Personal und für verschriebene Medikamente zugesprochen. Überschüsse, welche sich während des Jahres anhäuferten, konnten in den Auf- und Ausbau der eigenen Praxis investiert werden (vgl. Kay, 2001).

<sup>6</sup> Auf die ACOs wird in der Fallstudie aus den USA in Kap. 3.4 näher eingegangen.



Weitere Typen von Managed Care-Modellen, wie die Netzwerk-HMOs und ACOs sowie die Vergütung von Behandlungsepisoden (Bundled Payments), decken einen organisatorischen Bereich ab, der ebenfalls keine vollständige Integration der Versorgungsstufen erfordert.

ABB. 1 ABGELTUNGSSYSTEME, GEORDNET NACH DEREN GRAD DER VERGÜTUNGS- UND VERSORGUNGSINTEGRATION



**Anmerkung:** Lesebeispiel: Ein DRG-System, wie bspw. SwissDRG, ist aus Perspektive der Vergütung teilweise integriert, da nicht eine einzelne Leistung (z.B. eine Röntgenuntersuchung) abgegolten wird, sondern die gesamte stationäre Behandlung. Aus Versorgungssicht ist das DRG-System jedoch auf den akutstationären Sektor beschränkt und richtet sich an einzelne, unabhängige Leistungserbringer. Der Grad der Versorgungsintegration ist damit gering. **Quelle:** In Anlehnung an Tsiachristas (2016). **Darstellung:** Universität Basel/IWSB

Bevor im nächsten Abschnitt auf die Effekte dieser Systeme in der Praxis eingegangen wird, lässt sich aus den gemachten Ausführungen und aus der Abb. 1 bereits eine wesentliche Erkenntnis ableiten. Ein Festhalten an Abgeltungsmodellen, welche sich nach einer einzelnen Konsultation, Prozedur oder Untersuchung richten, ist eine gänzlich schlechte Strategie, um eine integrierte Versorgung zu erreichen. Die Grafik zeigt, dass zumindest eine Bündelung der Vergütung auf Ebene des Patienten und der Behandlungsepisode stattfinden muss, um ein koordiniertes Verhalten zwischen den Leistungserbringern zu erzielen. Wie das gelbe Dreieck in der Grafik verdeutlicht, existieren keine bekannten Abgeltungssysteme, welche wenig integriert vergüten, jedoch ein hohes Mass an integrierter Versorgung bieten.

Handkehrum bedeutet eine pauschalierte Vergütung aber auch immer, dass zumindest ein Teil des finanziellen Risikos auf den Leistungserbringer übergeht. Diesem Umstand muss man sich bei der Festsetzung der Vergütungshöhe stets bewusst sein. Denn die Leistungserbringer müssen für die Inkaufnahme des Risikos entschädigt werden. Ansonsten bieten sich für die Leistungserbringer nur wenige Anreize, in ein solches System überzugehen.

### 2.3 ABGELTUNGSSYSTEME IN DER PRAXIS

Was theoretisch überzeugend klingt, muss in der Praxis nicht uneingeschränkt funktionieren. Bei der empirischen Analyse von anreizbasierten Abgeltungssystemen stellen sich mindestens zwei Fragen. Zunächst



steht die **beabsichtigte Verhaltensänderung** der betroffenen Akteure im Vordergrund. Für ein Gesamtsystem ist vor allem von Interesse, wie stark das Verhalten tatsächlich beeinflusst wird und welche Verbesserungen oder Einsparungen daraus resultieren.

Des Weiteren sind, was jedoch oft vergessen wird, mögliche **unbeabsichtigte Verhaltensänderung** ebenfalls zu berücksichtigen. Beispielsweise führen DRG-Systeme mehrheitlich zu einer Verkürzung der Verweildauer von Patienten. In der Praxis beobachtet wurden aber auch ungewünschte Verhaltensänderungen. Spitäler beispielsweise erzielen Mehrerlöse, indem sie versuchen, Fälle in eine höhere Vergütungskategorie zu überführen (engl. 'DRG creep'). Auch zu frühe Entlassungen und eine daraus resultierende Kostenverlagerung in die nachgelagerten Bereiche wurden beobachtet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse einiger ausgewählter Studien zusammengefasst. Die Kategorisierung der innovativen Abgeltungssysteme in die drei Kategorien wird beibehalten. Mit Fokus auf die Umsetzbarkeit der Systeme in der Schweiz werden vor allem leistungsabhängige Zusatzentgelte und die Vergütung von Behandlungsepisoden betrachtet.

### 2.3.1 LEISTUNGSABHÄNGIGE ZUSATZENTGELTE (ADD-ON PAYMENTS)

Die beiden Ansätze im Bereich der Zusatzentgelte, P4P und P4C, unterscheiden sich nicht nur betreffend Zielsetzung. Gemäss OECD ist auch die zeitliche Komponente zentral. P4P-Zahlungen werden in aller Regel nach der Erstellung einer Leistung gezahlt. Dies ist zwingend, da die Leistungserbringer die Zahlung nur dann erhalten, wenn ein gewisses Qualitäts- oder Effizienzkriterium erfüllt ist. Die Qualitätskriterien umfassen dabei meist intermediäre Outcomes wie Blutdruck- oder Blutzuckerwerte und viel seltener Dinge wie Überlebensraten oder die Quality-adjusted Life Years (QALYs) (vgl. OECD, 2016).

P4C-Zahlungen, auf der anderen Seite, können sowohl *ex-ante* wie auch *ex-post* erfolgen. Es handelt sich dabei um Bonuszahlungen für die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Leistungserbringern in unterschiedlichen Versorgungsstufen. Da P4C-Systeme oft eine zusätzliche Aktivität eines Leistungserbringers vergüten (z.B. Spezialist kommuniziert und spricht sich mit dem Hausarzt ab), werden diese oftmals direkt in ein bestehendes FFS-System wie den TARMED integriert.

#### P4P

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zahlreiche Beispiele für **P4P-Programme** aus aller Welt (vgl. Benavent u. a., 2009; Eijkenaar, 2013; Eijkenaar u. a., 2013; Rosenthal, 2008; Rosenthal und Dudley, 2007; Seddon u. a., 2001; Van Herck u. a., 2010). Wie Eijkenaar u. a. (2013) in ihrer Metaanalyse festhalten, reichen die beobachteten Effekte in der Praxis von 'eher gering' bis 'inexistent'. Gemäss den Autoren besteht vor allem die Schwierigkeit, die Wirkung von P4P korrekt zu isolieren, da deren Implementierung oft von anderen Initiativen begleitet wird.

Rosenthal und Frank (2006) sehen in ihrer Metaanalyse die Politik der USA und deren Versuch, die Qualität von Ärzten und Spitälern zu erhöhen, als einen wesentlichen Treiber von P4P-Lösungen. Die Autoren finden insgesamt jedoch durchgezogene Resultate bei der Begutachtung der einzelnen Studien aus den USA. Eine der beiden positiven Ausnahme bilden die finanziellen Anreize zur Steigerung der Rate an Grippeimpfungen bei Medicare-Patienten (vgl. Kouides u. a., 1998). Dabei wurden lokal 144 Ärzte einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeordnet. Arztpraxen in der Interventionsgruppe erhielten Bonuszahlungen von USD 0.80 oder USD 1.60 pro Impfung, wenn die Impfquote ihrer Patienten 70 oder 85 Prozent überstieg. Trotz des finanziell relativ geringen Anreizes (rund USD 560 pro Jahr) stellte die Studie eine signifikante Verbesserung der Impfquote um etwa 4 Prozentpunkte fest.



Cashin u. a. (2014) konzentrieren sich in ihrer umfassenden Analyse auf die Wirkung von insgesamt zwölf P4P-Programmen in zehn OECD-Staaten. Bei der Impfquote von Kindern sowie bei Vorsorgeuntersuchungen im Bereich Brustkrebs, Gebärmutterhalskrebs und kardiovaskuläre Erkrankungen haben Programme aus Estland und Neuseeland positive Resultate erzielt. In Neuseeland konnte der Prozentsatz der geimpften Kinder innerhalb von 6 Jahren von anfänglich 60 Prozent auf 90 Prozent gesteigert werden.

Im Hinblick auf die Behandlung chronisch kranker Personen zeigen Programme aus Deutschland und Australien gute Resultate. Disease-Management-Programme (DMP) aus Deutschland, auf die in Kap. 3.2 näher eingegangen wird, haben insgesamt zu verbesserten Prozessen und besser informierten Patienten beigetragen (vgl. Schäfer u. a., 2010; Schoul und Gniostko, 2009). Auch in Australien haben Bonuszahlungen für durchgeführte Behandlungszyklen bei Patienten mit Asthma und Diabetes klare Verbesserungen gebracht. So nahm die Anzahl der vollständigen Behandlungszyklen bei beiden Indikationen signifikant zu. Die 'Practice Nurse Incentive', welche Teil des Programmes war, hat zu einer stärkeren Kooperation mit Pflegekräften in der Versorgung von chronischen Patienten geführt, zudem die Wartezeiten abgebaut und so die Dauer der direkten Patientenkontakte gesteigert (vgl. Australian National Audit Office, 2010). Ähnlich gute Resultate wurden auch in Estland erreicht. Gemäss Västra (2010) sind Hausärzte, welche sich für die Bonuszahlungen qualifizierten, konsequenter bei der Betreuung von chronisch kranken Menschen. Laut Aussagen der Autorin suchen diese Patienten zudem weniger oft Spezialisten auf und werden auch weniger oft hospitalisiert.

Als interessante, abschliessende Beobachtung weisen Cashin u. a. (2014) darauf hin, dass bei den erfolgreichen P4P-Abgeltungsmodellen im Langzeitbereich **keine strikten Indikator-basierten Anreize** im Vordergrund stehen (z.B. Anteil der Patienten mit Diabetes, welche korrekt getestet wurden). Vielmehr haben sich diese Modelle zum Ziel gesetzt, die **Anreize besser mit den evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in Übereinstimmung** zu bringen. Damit wurden Lücken in der Vergütung geschlossen, wie sie in bestehenden FFS-Systemen noch zu finden waren und teilweise zu einer Vernachlässigung bestimmter wünschenswerter Aktivitäten führten.

## P4C

**P4C-Modelle** sind das Resultat eines gewandelten Anspruchs an das Gesundheitswesen. Die hohe Prävalenz an chronischen Erkrankungen und immer komplexere Behandlungsfälle führten zu einem Koordinationsbedürfnis (vgl. OECD, 2016). Ein besser koordiniertes Vorgehen bei der Behandlung und Betreuung dieser Patienten bringt aber nicht nur qualitative Vorteile mit sich. Zumindest in der Theorie sind parallel dazu Kosteneinsparungen durch Effizienzgewinne denkbar (z.B. weniger Doppelungen bei diagnostischen Tests).

Das europäische Projekt ICARE4EU<sup>7</sup> hat sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung der rund 50 Millionen Menschen in Europa zu verbessern, welche ein chronisches Leiden aufweisen. Für die Analyse wurden insgesamt 101 Projekte im Bereich integrierte Versorgung näher betrachtet. Gemäss Angaben von Struckmann u. a. (2017) wurden in 27 Projekten spezifisch entwickelte Abgeltungsmodelle erarbeitet, um die Anreize der Leistungserbringer zu steuern. Für insgesamt 32 Projekte wurden zusätzliche Finanzmittel zur Verfügung gestellt, um Leistungserbringer zu motivieren, an den Programmen teilzunehmen oder gewisse Aufgaben zu erfüllen. In einigen Programmen erhielten die teilnehmenden Ärzte Geld für die Mitwirkung an multidisziplinären Treffen. In anderen Projekten wiederum wurde den Leistungserbringern finanzielle Mittel zugesprochen für Präventionsmassnahmen, Koordinationsaktivitäten bei der Behandlung oder zusätzliche Mitarbeiter. Auf zwei dieser vielversprechenden Modelle in Deutschland (Kap. 3.2.1) und Frankreich (Kap. 3.6) wird im Zuge der Fallstudien näher eingegangen.

---

<sup>7</sup> Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe (ICARE4EU)





Obwohl P4C ein potentes Mittel darstellt, um die Zusammenarbeit unter den Disziplinen und Versorgungsstufen zu verbessern, zeigt die europäische Studie auch die **Grenzen dieses Systems** auf. Gemäss Struckmann u. a. (2017) besteht ein gewichtiger Nachteil darin, dass die Versorgung **nicht** auf eine Weise **koordiniert** wird, dass damit **Gesundheitsausgaben gesenkt** werden. Um Doppelungen und unnötige Hospitalisierungen zu vermeiden, so die Autoren, müssten die Leistungserbringer **gemeinsam von den Einsparungen profitieren** können. Dies, wiederum, sei in Modellen mit einer verstärkten Bündelung der Leistung und einer Verlagerung des Risikos auf die Leistungserbringer zu erzielen (vgl. Kap. 2.3.2 und 2.3.3).

### 2.3.2 VERGÜTUNG VON BEHANDLUNGSEPIDODEN/KOMPLEXPAUSCHALEN (BUNDLED PAYMENTS)

Im **Akutbereich** sind Komplexpauschalen eine logische Weiterentwicklung der bekannten Fallpauschalen (z.B. DRGs) im akutstationären Sektor. Werden ambulante Voruntersuchungen, Nachkontrollen und Rehabilitationsleistungen ebenfalls hinzugenommen und gebündelt vergütet, entsteht daraus eine Komplexpauschale. Bei **chronischen Erkrankungen** wie Diabetes, welche oft die Beteiligung verschiedener Gesundheitsdienstleister im ambulanten Bereich fordern, werden Komplexpauschalen zur besseren Koordination eingesetzt.

Aus den USA, England, Portugal, Schweden und den Niederlanden sind zahlreiche Projekte bekannt, welche Komplexpauschalen im Akutbereich und bei chronischen Erkrankungen eingesetzt haben.

Zwischen 2006 und 2007 wurde von einem grossen, privaten Gesundheitsversorger im **US-Bundesstaat Pennsylvania** ein Pilotprojekt durchgeführt. Für die Durchführung einer Koronararterien-Bypassoperation wurden die Voruntersuchungen, der eigentliche Eingriff, Nachuntersuchungen, postoperative Beratungsprogramme und die Rehabilitation zu einer Komplexpauschale gebündelt und pauschal vergütet. Die gebündelte Erstattung sollte neben einer Qualitätsverbesserung die evidenzbasierte Medizin fördern und Behandlungsstandards etablieren. Gemäss Berry u. a. (2009) waren die Resultate des Piloten durchwegs positiv. Einerseits erhielten 100 Prozent der Patienten den geforderten Behandlungsstandard. Zuvor lag dieser Wert noch bei knapp 60 Prozent. Andererseits verbesserten sich auch acht der insgesamt neun klinischen Parameter und weiteren Indikatoren. Beispielsweise verzeichnete das Programm einen Rückgang bei den Wiedereinweisungen, bei der operativen Sterblichkeit, bei der durchschnittlichen Verweildauer und bei den Kosten.

Auf die Implementierung von Komplexpauschalen bei chronischen Erkrankungen wird vertieft in der Fallstudie von Holland eingegangen (vgl. Kap. 3.3). Nichtsdestotrotz sind zwei Programme in diesem Bereich erwähnenswert, welche in Portugal und England verortet sind.

Im Jahr 2007 hat der nationale Gesundheitsdienst von **Portugal** erstmals Komplexpauschalen für ausgewählte chronische Krankheiten festgelegt. Die Tarife orientierten sich dabei an klinischen Leitlinien für Hochkostenfälle, welche ein heterogenes Bündel an unterschiedlichen Leistungen aus dem spitalambulanten Bereich benötigen (z.B. Konsultationen, Besuche von Tageskliniken, Medikamente, diagnostische und therapeutische Massnahmen). Als Pilot fungierten Patienten mit HIV/AIDS. Die pauschalierte Vergütung wurde Schritt für Schritt auf alle Spitäler und Patienten ausgeweitet. Inzwischen werden auch andere Krankheiten wie multiple Sklerose, pulmonale Hypertonie, lysosomale Speicherkrankheiten, die familiäre Amyloid-Polyneuropathie und verschiedene Krebsformen mithilfe von Komplexpauschalen vergütet. Im Jahr 2014 flossen rund 10 Prozent der öffentlichen Mittel auf diese Weise an die Spitäler (vgl. Lourenço, 2016). Erste Untersuchungen haben gezeigt, dass die Durchschnittskosten für die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten nach Einführung der Komplexpauschalen sanken. Aus Sicht des Patienten viel wichtiger ist jedoch die Beobachtung, dass die Qualität dabei nicht zu kurz kam; keine negativen Veränderungen wurden beobachtet bei den Infektionsraten, der Adhärenz oder bei der Einhaltung der Behandlungsleitlinien. Handkehrum bedeutet dies aber auch, dass (zumindest bisher) eine spürbare Qualitätsverbesserung für die betroffenen Patienten ausblieb.



Im Jahr 2012 startete im **Vereinigten Königreich** ein Pilotprogramm im Bereich der Langzeitbetreuung. Insgesamt wurden acht sogenannte 'long term conditions' (chronische Erkrankungen) in das Programm mit aufgenommen (koronare Herzkrankheiten, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Schlaganfälle, Diabetes, COPD, Depression, Demenz). Mit dem Ziel, den Zielpersonen eine integrierte, bedarfsgerechte Versorgung von unterschiedlichen Leistungserbringern anzubieten, wurden 12-Monats-Komplexpauschalen gebildet. Anhand von Shared Savings-Verträgen wird dabei ein Teil des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer überwältzt (vgl. Gershlick, 2016). Mit der Pauschalzahlung gedeckt sind sämtliche Hausarztleistungen, die Akutversorgung und kommunal organisierte Gesundheits- und Betreuungsprogramme. Die Zahlungen werden in jedem Jahr neu berechnet und berücksichtigen dadurch das Gesundheitsrisiko der einzelnen Patienten.

Nach dieser Testphase in insgesamt fünf Regionen wurde das Programm in den Jahren 2015/2016 landesweit implementiert. Die Evaluation läuft aktuell. Wie sich die gebündelte Vergütung auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität der Betroffenen auswirkt, kann zum heutigen Zeitpunkt leider noch nicht gesagt werden.

### 2.3.3 BEVÖLKERUNGSBEZOGENE VERGÜTUNGSSYSTEME (POPULATION-BASED PAYMENT)

Im Gegensatz zu den Komplexpauschalen beschränken sich bevölkerungsbezogene Modelle nicht auf einzelne Krankheiten oder Behandlungsfälle. Vielmehr erhalten die Leistungserbringer für jeden Versicherten prospektiv ein Budget zugesprochen. Dieses richtet sich nach dem Gesundheitszustand der Person und schließt in den meisten Fällen einen Grossteil der Gesundheitsleistungen mit ein. Im Gegensatz zu den frühen Managed Care-Modellen zeichnen sich die Verträge dadurch aus, dass die Vergütung zusätzlich an gewisse Qualitätsziele gekoppelt wird.

Auf zwei bekannte Beispiele dieser Art, die Accountable Care Organisations (ACOs) in den USA (vgl. Kap. 3.4) und 'Gesundes Kinzigal' in Deutschland (vgl. Kap. 3.2.2), wird in den Fallstudien etwas näher eingegangen. Generell sind die internationalen Erfahrungen mit Populationspauschalen gemäss heutigem Kenntnisstand vielversprechend. Untersuchungen aus den USA, Deutschland und Spanien deuten auf eine klare Verbesserung bei den Qualitätsindikatoren hin (vgl. Busse und Stahl, 2014; Hildebrandt u. a., 2012; Kocot, 2014; McWilliams u. a., 2014; Mnich u. a., 2013; NHS European Office, 2011; Song u. a., 2014). Die pauschalisierte Vergütung und die P4P-Elemente führen dazu, dass sich die einzelnen Leistungserbringer zwangsläufig koordinieren müssen. Nur dann ist es für sie möglich, die Qualitäts- und Effizienzvorgaben einzuhalten.

Die OECD (2016) identifiziert und präsentiert in ihrer Übersichtsstudie einige Faktoren, welche vermeintlich in Verbindung mit dem Erfolg der bevölkerungsbezogenen Vergütungsmodelle stehen:

- Einerseits erfolgt die Etablierung solcher Modelle stets in einem **weiteren Kontext von Gesundheitsreformen**. Meist wird deren Wirksamkeit zudem anhand von **Piloten** getestet und evaluiert.
- Auch die **Freiwilligkeit** der Programme wird im Bericht mehrmals hervorgehoben. Die Freiwilligkeit auf Seiten der Patienten und der Leistungserbringer soll diese ermutigen, das neue System ohne staatlichen Zwang auszuprobieren.
- Die erfolgreichen Beispiele haben alle gemein, dass die Leistungserbringer auf eine gemeinsame **IT-Infrastruktur** setzen. Der Zugang zu gemeinsamen Patientenakten hilft nicht nur die Koordination der Prozesse zu optimieren. Aufgrund der P4P-Elemente wird die strukturierte Datenerhebung aktiv gefördert. Denn die Daten werden von der zahlenden Partei benötigt, um die qualitätsbedingten Zahlungen auszulösen.
- Oft werden die **bestehenden Abgeltungssysteme** weiterhin benutzt (z.B. Einzelleistungsvergütung). Die Leistungserbringer operieren gleichzeitig mit einem virtuellen Budget. Je nach Vertragsinhalt werden



am Ende des Jahres die Qualitäts- und Effizienzziele bewertet und es erfolgt eine Gewinn- oder Verlustbeteiligung.

- Die **Shared-Savings-Verträge** zwischen Leistungserbringern und Versicherern gelten meist für mehrere Jahre und ermöglichen damit eine gewisse **Planungssicherheit**. Oft sehen die Verträge zwar ausnahmslos eine Gewinnbeteiligung der Leistungserbringer vor. Auf die Mitfinanzierung im Verlustfall wird aber meist verzichtet, oder es erfolgt nur eine anteilmässige Deckung der Mehrkosten.



### 3 FALLSTUDIEN

Die nachfolgenden Fallstudien wurden so gewählt, dass eine **diversifizierte Sichtweise** auf innovative Vergütungsmodelle möglich wird. Je nach Land fügen sie sich in ein bestehendes Gesundheitssystem ein, welches sich betreffend Finanzierung und Organisation wesentlich vom Schweizer Modell unterscheidet. Da die Wahl des Vergütungssystems grundsätzlich jedoch unabhängig von der Versorgungs- und Finanzierungsform getroffen werden kann, war die Distanz zum Schweizer Gesundheitssystem kein Kriterium für die Wahl der Fallstudien.

Die Bearbeitung erfolgt methodisch anhand einer Sichtung der wissenschaftlichen Begleitliteratur zu den verschiedenen Beispielen innovativer Abgeltungssystemen. Ergänzend wurden telefonische Kurzinterviews mit einigen für die Studien verantwortlichen Personen geführt.

#### 3.1 ENGLAND | PROSPEKTIVE FALLSTUDIE

Land: England | Gesundheitssystem: Beveridge-Modell<sup>8</sup>

Weshalb England? (1) Wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung mit neuen Vergütungsmodellen; (2) breite Auswahl unterschiedlicher Ansätze für den Einsatz in verschiedenen Gesundheitsbereichen.

Das englische Gesundheitssystem ist traditionell staatlich, steuerfinanziert und zentralistisch organisiert. Die NHS-Initiative Five Year Forward View (5YFV), welche vom NHS selbst entwickelt und im Oktober 2014 lanciert wurde, stellt deshalb gleich in verschiedener Hinsicht Neuland dar. Das Programm schlägt eine Bandbreite neuer lokaler Versorgungsmodelle vor, welche eine verstärkte Prävention, Patientenorientierung, Einbindung von Gemeinwesen und Grundversorgern, eine verstärkte Koordination der Leistungserbringer und Effizienzsteigerungen anvisieren, und das NHS so auf eine nachhaltige Basis zurückführen soll. Es geniesst breiten Konsens und soll nicht nur die bestehenden Lücken in Sachen Gesundheit, Qualität und Finanzen schliessen, sondern auch die dreifache Integration von ambulanter Grundversorgung und stationärer Spezialisten-Leistung, von körperlicher und geistiger Gesundheit sowie von Gesundheitsversorgung und Sozialfürsorge schaffen (NHS England, 2017a).

In einem ersten Schritt hat das britische Parlament die Kontrolle über rund zwei Drittel des NHS Budgets an neue lokale Einheiten übergeben. In einem zweiten Schritt wurden unter Federführung des NHS nationale Konzepte definiert, wie die neue Gesundheitsversorgung aussehen soll. Aktuell läuft die Phase der Umsetzung und Implementierung (NHS England, 2017a). In dieser Phase wird auch die Erprobung der neuen Vergütungsmechanismen erfolgen (NHS England, 2017b).

Spezielle Beachtung im Rahmen des 5YFV verdienen die sogenannten **Vanguards** (Pilotprojekte). Rund 50 solcher Programme (29 im März 2015, 8 weitere im Juli 2015, 13 weitere im September 2015) wurden über das ganze Land verteilt ausgewählt, aus traditionellen Problemregionen ebenso wie aus etablierten Vorbildregionen.<sup>9</sup> Sie decken alle zusammen rund 10 Prozent der Bevölkerung ab (NHS England, 2017a) und zielen auf eine verstärkte Integration und Koordination der Leistungserbringer ab. Die Pilotprojekte sollen den Regionen helfen, die neuen Systeme zu testen, dabei aus dem Umsetzungsprozess zu lernen und die neuen Versorgungsmodelle schrittweise landesweit zu verbreiten.<sup>10</sup> 200 Millionen Pfund wurden in die Pilotprogramme investiert – nicht gleichverteilt, sondern nach Bedarf. Die Pilotprojekte erhalten dabei vom

<sup>8</sup> Das **Beveridge-Modell** beschreibt ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem mit mehrheitlich staatlich organisierten Leistungserbringern.

<sup>9</sup> Die Regionen waren zuvor eingeladen worden, ihr Interesse an der Teilnahme an den Pilotprojekten zu bekunden.

<sup>10</sup> Die kontinuierliche Publikation und Analyse der Erfahrungen in den Pilotregionen und ein landesweiter Austausch der Gesundheitsfachkräfte und Manager sollen eine spätere landesweite Diffusion erleichtern.



NHS insbesondere Unterstützung zu organisatorischen Fragen, zur Entwicklung von Messgrößen, zur Integration neuer Technologien sowie zur Patientenfokussierung und zum Empowerment der Patienten.

Es lassen sich fünf Typen von Projekten unterscheiden:<sup>11</sup>

- **Integrated primary and acute care systems, PACS** (9 Projekte): Hier handelt es sich um integrierte Grund- und Akutversorgungssysteme, welche Allgemeinpraktiker, Krankenhäuser, die Gemeinde und die psychische Gesundheitsversorgung vereinen und ein gemeinsames Budget möglichst effizient einsetzen sollen. Im Extremfall wären PACS für die gesamte Gesundheitsversorgung ihrer eingeschriebenen Patienten verantwortlich. Von den PACS wird primär eine Verringerung der Zahl der stationären Einweisungen erwartet.
- **Multispecialty community providers, MCP** (14 Projekte): Damit sind lokale ambulante Versorgungseinrichtungen gemeint, welche neben Hausärzten auch Therapeuten, Pflegefachpersonen, Psychologen, Sozialarbeiter oder Spezialisten umfassen können und in diesem integrierten Umfeld Spezialleistungen ausserhalb der stationären Einrichtungen in den Gemeinden anbieten (z.B. Dialyse, Chemotherapie, Diagnoseleistungen). Denkbar ist auch der Betrieb kleinerer Gemeindespitäler. Sie erhalten ihre Finanzierung sowohl aus Gesundheits- als auch Sozialarbeitsbudgets.
- **Enhanced health in care homes** (6 Projekte): Hier stehen die verbesserte Versorgung der Heimbewohner mit Gesundheits-, Pflege- und Rehabilitationsleistungen durch eine bessere Zusammenarbeit mit dem NHS und dem Sozialamt sowie verstärkte Anstrengungen im Bereich Prävention im Vordergrund.
- **Urgent and emergency care, UEC** (8 Projekte): In diesem Falle handelt es sich um neue Ansätze zur Koordinierung der NHS-Dienste und um eine Entlastung der Unfall- und Notfall- (A&E) Abteilungen durch einen Abend- und Wochenenddienst der lokalen Allgemeinpraktiker und Pflegefachpersonen, welche Zugang zu einer besser ausgestatteten Infrastruktur erhalten, um so ein breiteres Spektrum an Tests und Behandlungen durchführen zu können. Ein besseres medizinisches Triage-System vernetzt die verschiedenen Anbieter.
- **Acute care collaboration, ACC** (13 Projekte): Diese Projekte zielen auf eine Vernetzung der Standorte der Akutversorgungsspitäler zwecks höherer klinischer und finanzieller Effizienz ab.

Parallel zu den neuen Versorgungsmodellen hat das NHS verschiedene neue Vergütungsmechanismen vorgeschlagen, welche die Umsetzung der Modelle unterstützen können. Die diskutierten Vergütungsbeispiele reichen von der Notfallversorgung<sup>12</sup> über Capitation-Modelle (vollständige Pro-Kopf-Finanzierung mit Ergebniselementen) bis hin zu Systemen mit Gewinn- und Verlustbeteiligung.<sup>13</sup> Inwiefern diese in der Praxis bereits Eingang gefunden haben, ist unklar. Im dritten Jahr seit Implementierung der Vanguard sind diese nun dabei, auch finanzielle Verantwortung zu übernehmen (vgl. NHS England, 2017a).

Die ersten Erfahrungen bei den Vanguard mit Blick auf die Produktivität sind positiv. Ausgehend von einer Vergleichsbasis für die Jahre 2014/2015 konnten sowohl PACS als auch MCP Vanguard eine Verringerung des Wachstums der Notfall-Spitaleinweisungen und der Notfall-bedingten stationären Pflegeetage verzeichnen (PACS +1.1 Prozent, MCP +1.9 Prozent), dies gegenüber dem Rest des Landes mit +3.3 Prozent (NHS England, 2017a). Bei älteren Personen (> 75 Jahre) zeigen die neuen Modelle besonders starke Wirkung. Die Resultate sind angesichts des kurzen Beobachtungszeitraums aber mit grosser Vorsicht zu interpretieren.

Erfolgreiche Vanguard sind gleichzeitig auch Kandidaten für das Accountable Care System (ACS). Die Accountable Care Organisations (ACO) sollen via langfristigen Vertrag (bis zu zehn Jahren) mit dem NHS die Gesundheitsversorgung für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe übernehmen. Das NHS ist derzeit dabei,

<sup>11</sup> Vgl. NHS England, 2016 und [www.england.nhs.uk/vanguards](http://www.england.nhs.uk/vanguards) für eine kurze Beschreibung der einzelnen Projekte.

<sup>12</sup> Dreigeteilte Abgeltung der dringenden und Notfallversorgung: (1) Entschädigung der Vorhalteleistung, (2) Entschädigung für das Risikomanagement und Unterstützung des Patienten, (3) Entschädigung für die ideale Zuteilung und Koordination der Leistungserbringer.

<sup>13</sup> Vgl. NHS England, 2015.



den Rahmen dafür auszuarbeiten: Struktur, Indikatorensystem, finanzielle Incentivierung (vgl. NHS England, 2017c). Das Anreizsystem der ACOs soll primär aus (1) dem veröffentlichten Dashboard und (2) finanziellen Anreizen, dem Improvement Payment Scheme (IPS), bestehen. Wobei das IPS insgesamt ca. 2.5 Prozent des gesamten Vertragsbudgets ausmachen soll. Das vorgeschlagene Indikatorensystem umfasst die vier Bereiche Gesundheit und Wohlbefinden, Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit, Nachhaltigkeit (finanziell und medizinisch) und Entwicklungsfelder (Messgrößen, die auf die langfristige Verbesserung des Ergebnisses abzielen). Aufgrund der Langfristigkeit der Vertragsstrukturen soll zudem zwischen kurz- bis mittelfristigen Ergebnissen und Prozessen sowie langfristigen Ergebnissen unterschieden werden. Die finanziellen Anreize sollen sich an den CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation) Indikatoren orientieren und die folgenden Gebiete umfassen: (1) Mitarbeitergesundheit und -wohlbefinden, (2) Spitalaustritte, (3) Kinder- und Jugendpsychologie, (4) Wundversorgung, (5) schwere Infektionen, (6) körperliche Gesundheit für Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung, (7) Verbesserung der Dienstleistungen für Menschen mit psychischen Bedürfnissen, welche die Notfallversorgung beanspruchen, (8) Vermeidung von Krankheiten durch riskantes Verhalten, Alkohol und Tabak, (9) Beratung und Anleitung sowie (10) personalisierte Pflegeplanung. Die lokalen Aufsichtsbehörden sollen gemäss ihren jeweiligen Prioritäten sechs dieser zehn Indikatoren bestimmen, welche dann zu gleichen Teilen für die Bonuszahlung relevant sind. Um den lokalen Gegebenheiten ausreichend Rechnung zu tragen, sollen gewisse Modifikationen (zusätzliche Indikatoren im veröffentlichten Dashboard, eine Veränderung der Gewichtung o.ä.) zugelassen sein.

### 3.2 DEUTSCHLAND | ZWEI LOKALE PILOTPROJEKTE VON KRANKENVERSICHERERN

Land: Deutschland | Gesundheitssystem: Bismarck-Modell<sup>14</sup>

Weshalb Deutschland? (1) Innovative Projekte in zwei unterschiedlichen Bereichen (P4P, PBP); (2) grosse Ähnlichkeit des deutschen Systems mit dem Schweizer Gesundheitswesen (u.a. umfangreiche Vertragsfreiheit, starker Patientenfokus, Wettbewerb regionaler Lösungen).

Das deutsche Gesundheitswesen ist relativ stark sektoriell differenziert. Der Versorgungsauftrag liegt im stationären Bereich bei den Bundesländern und im ambulanten Bereich bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Krankenkassen vergüten die stationären, die Kassenärztlichen Vereinigungen die ambulanten Leistungen. Die geringe Versorgungsintegration macht sich in Form von Mängeln bei der Koordination der verschiedenen Leistungserbringer bemerkbar. Im Ranking des Commonwealth Fund landet Deutschland im Vergleich mit elf OECD-Ländern im Bereich 'Coordinated Care' auf den hintersten Rängen.<sup>15</sup> Einzig Schweden erhält einen noch schlechteren Befund mit Blick auf die Koordination der Gesundheitsversorgung. Nichtsdestotrotz tun sich zwei interessante Pilotprojekte hervor, welche mit innovativen Finanzierungsmodellen auf sich aufmerksam machen. Beide Projekte sind 2004 im Nachgang zum Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) entstanden, welches die integrierte Versorgung durch verschiedene Anpassungen bei den gesetzlichen Vorgaben und mittels Anschubfinanzierungen zwischen 2004 und 2008 förderte.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Das **Bismarck-Modell** beschreibt ein Gesundheitswesen, welches über eine Sozialversicherung finanziert wird und (meist) privat organisierte Leistungserbringer aufweist.

<sup>15</sup> Karen Davis, Kristof Stremikis, David Squires, and Cathy Schoe, 2014. Mirror, mirror on the wall, Update 2014: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally. The Commonwealth Fund, June 2014.

<sup>16</sup> Vgl. Milstein und Blankart (2016) für eine Übersicht der gesetzlichen Massnahmen zur Stärkung der integrierten Versorgung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.



### 3.2.1 'CARDIO-INTEGRAL'

CARDIO-Integral ist ein indikationsbezogenes integriertes Versorgungsprogramm mit Fokus auf Krankheiten des **kardiovaskulären Systems**.<sup>17</sup> Es handelt sich also um ein Case-Management-Programm. Das Projekt setzt auf die fachübergreifende Koordination der beteiligten Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich (ohne Rehabilitation). CARDIO-Integral wurde 2005 von der öffentlichen Krankenkasse AOK Plus in Sachsen eingeführt und später auch im Bundesland Thüringen, dem zweiten Bundesland, in dem die AOK Plus tätig ist, etabliert. Die Ziele sind eine bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung im Bereich Kardiologie und Angiologie, die Sicherstellung des Informationsflusses zwischen Haus- und Fachärzten sowie die Koordination der medizinischen Therapiepläne und der Medikamentenversorgung. Doppelungen sollen so vermieden und die Behandlungsqualität erhöht werden.

Mehr als 96'000 Patienten mit vaskulären Erkrankungen sind aktuell in das Modell eingeschrieben (Jahr 2017).<sup>18</sup> Die Einschreibung der Patienten erfolgt bei festgestellter Herz-Kreislauf-Erkrankung freiwillig durch den behandelnden, nicht-invasiven Facharzt. In der Praxis geben allerdings häufig invasive Behandlungen den Anstoss für eine Einschreibung. Auf Anbieterseite sind 1'278 Hausärzte (2017), 95 Fachärzte sowie fünf stationäre Einrichtungen angeschlossen. Im Falle der Hausärzte erfolgt die Teilnahme am Programm via die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, welche gegenüber AOK Plus und den Kliniken als Vertragspartner auftritt. Haus- und nicht-invasive Fachärzte müssen bestimmte Minimalanforderungen erfüllen – etwa den Zugang zu einem 24-Stunden-Blutdruckmessgerät –, um teilnahmeberechtigt zu sein. Zwischen den teilnehmenden Leistungserbringern erfolgt ein intensiver Datenaustausch.

Die Ärzte werden für die Betreuung der CARDIO-Integral-Patienten quartalsweise abgesehen – und zwar zusätzlich zur normalen gesetzlichen Vergütung (Add-on payment) sowie für die Erfüllung bestimmter Vorgaben (P4P).<sup>19</sup> Der Patient muss sich bei Eintritt ins Modell auf einen betreuenden Hausarzt und sowie einen nicht-invasiven Facharzt festlegen. Die Patienten profitieren neben abgestimmten Therapie- und Medikationsplänen von einer garantierten maximalen Wartezeit von vier Wochen beim nicht-invasiven und 21 Tagen beim invasiven Facharzt.

Das Programm wird sowohl von Patienten, als auch von den Haus- und Fachärzten positiv bewertet (vgl. Werblow und Karmann, 2012). 64 Prozent der Patienten sind gemäss eigenen Angaben zufriedener als vor der Programmteilnahme. 60 Prozent der Hausärzte sehen die Zusammenarbeit mit den Kardiologen als verbessert an. 80 Prozent der Fachärzte sind mit der Qualität der Daten immer oder meistens zufrieden. 80 Prozent der Haus- und der Fachärzte erachten zudem die Versorgung und den Gesundheitszustand der Patienten als verbessert.

---

<sup>17</sup> Für generelle Informationen zum Programm CARDIO-Integral sei insbesondere auf die Website der AOK Plus für Vertragspartner (<http://www.aok-gesundheitspartner.de>), den Evaluationsbericht, Werblow und Karmann (2012), sowie die Übersichtspublikation von OECD (2016) verwiesen.

<sup>18</sup> Die Informationen zu den aktuellen Teilnehmerzahlen sowie der Höhe der verschiedenen Vergütungspauschalen wurden uns schriftlich von der AOK Plus, E-Mail vom 9.8.2017, zur Verfügung gestellt.

<sup>19</sup> Die **Hausärzte** erhalten für die Kontrolle der vom Facharzt vorgegebenen Therapieziele eine sogenannte Zielsicherungspauschale von 10 EUR pro Quartal (Hypertonie und Vorhoffarrhythmie max. zweimal pro Jahr; ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Herzklappen, periphere Gefäßerkrankungen max. viermal pro Jahr). Zudem wird eine Vorbereitungspauschale bei Überweisung an den invasiv tätigen Leistungserbringer von 20 EUR (einmal pro Quartal) sowie eine Pauschale von 1 EUR pro Versicherten und Quartal für die Wirtschaftlichkeitsprüfung der Arzneimittel entrichtet. Der **Facharzt** als Koordinator zwischen Hausarzt und invasivem Leistungserbringer erhält eine Betreuungspauschale von 20 EUR pro Quartal (Hypertonie und Vorhoffarrhythmie max. einmal pro Jahr; ischämische Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Herzklappen, periphere Gefäßerkrankungen max. zweimal pro Jahr), eine einmalige Erstbetreuungspauschale von 30 EUR sowie eine Vorbereitungspauschale und Pauschale zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittel analog zum Hausarzt. Der **invasive Facharzt** schliesslich erhält für die Sicherung der Diagnosen des Haus- und nicht-invasiven Facharztes sowie für die Medikamenteneinstellung eine Qualitätspauschale von 15 EUR bzw. 20 EUR (abhängig von der Gebührenordnungsposition) pro Quartal für jeden eingeschriebenen Versicherten. Die Pauschalen werden zwischen den Vertragspartnern ausgehandelt und parallel zur Vergütung in der Regelversorgung regelmässig angepasst.



Bei der Ausgestaltung des Programms spielte das Kostensenkungspotenzial eine wichtige Rolle. Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Die Evaluation des Programms zeigt in der Praxis jedoch zumindest zu Beginn der Teilnahme eines Patienten am Programm Mehrkosten gegenüber der vergleichbaren Kontrollgruppe (Werblow und Karmann, 2012). Die Mehrkosten sind einerseits auf die Programmkosten in den Einschreibequartalen zurückzuführen, aber auch danach übersteigen die ambulanten Kosten sowie auch die Medikamentenkosten diejenigen der Kontrollgruppe. Kostenvorteile der Programmteilnahme gegenüber der Regelversorgung resultieren im Mittel ab viereinhalb Jahren nach der Einschreibung – hauptsächlich als Folge von Kosteneinsparungen im stationären Krankenhaussektor (weniger stationäre Aufenthalte). Diese beachtliche Dauer bis zur Erreichung von Kosteneinsparungen unterstreicht in der Einschätzung von Mitautor des Evaluationsberichts, Dr. A. Werblow (Telefongespräch vom 27.7.2017), dass Krankenkassen Programme bei Herz-Kreislaufkrankungen langfristig angehen müssen. Nach Erreichen der Schwelle werden die jährlichen Einsparungen auf 96 EUR pro teilnehmendem Patienten geschätzt.

### 3.2.2 'GESUNDES KINZIGTAL'

Das integrierte Versorgungssystem (IntV-System) 'Gesundes Kinzigtal' besteht seit Ende 2005 und richtet sich an die gesamte Bevölkerung der Kinzigtal Region (Population-based payment, PBP).<sup>20</sup> Sein wirtschaftlicher Kerngedanke ist gleichermaßen simpel wie radikal: Traditionellerweise werden Ärzte dafür bezahlt, Krankheiten zu behandeln. Im Kinzigtal verdienen sie mehr, wenn ihre Patienten gesund bleiben. Und falls umfassende Präventionsmassnahmen Krankheiten und somit teure Behandlungen vermeiden, profitieren auch die Krankenkassen.

Die 'Gesundes Kinzigtal (GK) GmbH', welche das IntV-System betreibt, ist ein Joint Venture zwischen OptiMedis AG (Beteiligung zu einem Drittel), einem privaten Unternehmen mit Fokus auf Gesundheitsmanagement und integrierte Versorgung sowie einem regionalen interdisziplinären Ärzte Netzwerk (Medizinisches Qualitätsnetz Ärzteinitiative Kinzigtal MQNK, Beteiligung zu zwei Dritteln). Möglich wurde das Projekt durch eine Anschubfinanzierung von rund 4.5 Millionen EUR zweier öffentlicher Krankenkassen, der Allgemeinen Ortskrankenkasse Baden-Württemberg (AOK) und der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau SVLFG (frühere LKK Baden-Württemberg). Heute finanziert sich das IntV-System ausschliesslich aus den erwirtschafteten Einsparungen. An diesen ist die GK GmbH mittels langjährigem 'Shared-Savings'-Vertrag (anfänglich 10 Jahre, heute unbefristet) mit den Versicherern mitbeteiligt.<sup>21</sup>

Das Projekt verfolgt drei Ziele (sog. Triple Aim<sup>22</sup>): (1) Verbesserung der generellen Gesundheit der Bevölkerung, (2) Verbesserung der durch die Patienten in Anspruch genommenen Versorgung und (3) Verringerung unnötiger Kosten. Der Hauptfokus liegt auf multimorbiden Patienten, da für diese wie auch für die Kostenträger das grösste Nutzenpotenzial vorhanden ist. Das Projekt ist grundsätzlich für alle Einwohner des Kinzigtals ohne Einschränkungen bei der Wahl der Leistungserbringer und ohne Prämienanpassung offen. Aktuell haben sich rund 10'000 Bewohner des Kinzigtals (ein Drittel der 33'000 Versicherten der AOK und SVLFG oder ein Siebtel der gesamten Wohnbevölkerung) freiwillig in das Projekt eingeschrieben.<sup>23</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Website de Gesundes Kinzigtal GmbH (<https://www.gesundes-kinzigtal.de>), OptiMedis AG (<http://optimedis.de>), Pimperl u. a. (2017a) sowie EIU (2016) für generelle Informationen zum Projekt.

<sup>21</sup> Shared Savings-Verträge eröffnen den Leistungserbringern Anreize für Kosteneinsparungen, da diese am Gewinn des Versicherers beteiligt werden. Hierzu müssen oft ein Kostenbenchmark und zusätzlich ein vereinbartes Qualitätsziel erreicht werden (vgl. OECD, 2016).

<sup>22</sup> Triple Aim als Ausdruck für die gleichzeitige Adressierung dreier Schlüsselthemen eines Gesundheitssystems (Kosten, Gesundheit und Pflege) geht auf Berwick u. a. (2008) zurück und hat sich als Rahmenkonzept im Bereich der Integrierten Versorgung (IntV) relativ breit etabliert.

<sup>23</sup> Referat Hildebrandt, 2017; Radiobeitrag Deutschlandfunk Kultur vom 14.8.2017 'Revolution im Kinzigtal?' ([http://www.deutschlandfunkkultur.de/gesundheitsystem-revolution-im-kinzigtal.1001.de.html?dram:article\\_id=393444](http://www.deutschlandfunkkultur.de/gesundheitsystem-revolution-im-kinzigtal.1001.de.html?dram:article_id=393444)).





Die Resultate sind beeindruckend: Allein 2014 konnten Kostenreduktionen gegenüber einer vergleichbaren Kontrollgruppe von brutto 5.5 Millionen EUR oder 7 Prozent erzielt werden (vgl. Merck u. a., 2016). Zwischen 2007 bis 2015 konnte für die beteiligten Krankenkassen das Ergebnis brutto um insgesamt 35.5 Millionen EUR (10.9 Millionen EUR netto) verbessert werden (Hildebrandt, 2017). Ein wichtiger Treiber der erzielten Einsparungen ist die Reduktion der Notfall-Krankenhauseinweisungen. Dank besserer Koordination der Leistungserbringer können medizinische Probleme früher erkannt und deren Behandlung angegangen werden. Das Programm wird sowohl intern als auch extern regelmässig auditiert. Zudem existiert eine beachtliche wissenschaftliche Begleitforschung.<sup>24</sup>

Nicht nur die Kosten konnten gesenkt werden, sondern auch die Gesundheit der Teilnehmer verbesserte sich. So gab es zum Beispiel unter den eingeschriebenen Versicherten mit diagnostizierter Osteoporose 7 Prozent weniger Knochenbrüche als bei Versicherten in der Kontrollgruppe (vgl. Schubert u. a., 2016). Das durchschnittliche Todesalter liegt um 1.4 Jahre über demjenigen der Kontrollgruppe (vgl. Pimperl u. a., 2017b). 24 Prozent der Teilnehmer geben an, dass sie gesünder leben als vor Eintritt in das Programm (vgl. Siegel u. a., 2016). Die Patientenzufriedenheit ist gross (vgl. Merck u. a., 2016; Siegel u. a., 2016) und 98.9 Prozent aller Mitglieder vom 'Gesunden Kinzigtal', die mit ihrem Arzt eine Zielvereinbarung haben, würden die Mitgliedschaft weiterempfehlen (Hildebrandt, 2017).

Die multidisziplinären Versorgungsteams umfassen Hausärzte, Spezialisten, Psychotherapeuten, Spitäler, Pflegeheime, ambulante Versorgungszentren, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter. Insgesamt arbeitet die GK GmbH mit mehr als 260 Organisationen und Institutionen zusammen. Dazu zählen auch nicht ärztliche und nicht medizinische Dienstleister, etwa Fitnesscenter, Vereine, private Unternehmen aus der betrieblichen Gesundheitsförderung, Erwachsenenbildungszentren und Apotheken. Diese erledigen bestimmte Leistungen ebenso gut und kostengünstiger und kombinieren mit der Betonung auf Prävention, Gesundheitsförderung und öffentliche Gesundheit.

Folgende Faktoren werden als besonders wichtig für den Erfolg des Projekts erachtet (vgl. Pimperl u. a., 2017a):

- eine starke Einbindung der Stakeholder – konkret deren Einbezug via Patienten-Board und Ombudsperson, via Ärzte-Board und via Board der übrigen Leistungserbringer;
- die digitale Vernetzung aller Anbieter mittels elektronischer Gesundheitsakten, Fallkonferenzen, gemeinsam entwickelten Behandlungspfaden;
- das selbstentwickelte Business Intelligence System, das durch die standardisierte Aufbereitung, Verknüpfung und Analyse von Patientendaten die Identifikation von Verbesserungspotenzialen ermöglicht (die periodischen Leistungs-Feedback-Berichte an die Ärzte mittels sogenannter Health Services Cockpits – ähnlich einem Qualitätsdashboard – zeigen den Ärzten solche Potenziale auf und wirken gleichzeitig als nicht-monetärer Anreiz);
- die Beteiligung und Ermächtigung (engl. empowerment) der Patienten;
- die regelmässigen Leistungskontrollen.

Einen entscheidenden Einfluss üben auch die finanziellen Anreize auf die verschiedenen Stakeholder und insbesondere die Ärzte aus (vgl. Pimperl u. a., 2017a). Die Ärzte werden grundsätzlich mittels traditionellem FFS System finanziert und erwirtschaften daraus 80 bis 90 Prozent ihrer Einkünfte. Darüber hinaus werden die Ärzte für Leistungen entschädigt, wie etwa für die Ausarbeitung von Zielvereinbarungen mit den Patienten oder auch stundenweise für die Mitarbeit in Projektgruppen. Diese zusätzlichen Einzelleistungsvergütungen werden durch die GK GmbH entrichtet. Schliesslich fliesst ein Teil der Einsparungen an die Ärzte über deren Beteiligung an der GK GmbH (via MQNK) zurück.

---

<sup>24</sup> Die externe wissenschaftliche Evaluation wurde in den Jahren 2006-2011 durch eine eigens dafür eingerichtete 'Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal' an der Universität Freiburg (Dr. Achim Siegel, <https://www.ekiv.org>) koordiniert. Heute ist der Lehrbereich Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Freiburg für die Koordination verantwortlich.



Ab 2018 wird ein neues Vergütungsmodell eingeführt (Hildebrandt, 2017; Telefongespräch mit Dr. h.c. H. Hildebrandt vom 15.8.2017). Das neue Modell sieht vor, dass die gesetzliche Einzelleistungsvergütung durch den Krankenversicherer AOK nicht mehr via Kassenärztliche Vereinigung an die Ärzte ausbezahlt wird, sondern an die GK GmbH fließt. Diese entschädigt die Ärzte pauschal pro Patient und Quartal, basierend auf dem Durchschnitt der Kosten der letzten vier Quartale. Dieser durchschnittliche Fallwert wird für jede Praxis individuell und für jedes Quartal neu berechnet. Für die im IntV-System GK eingeschriebenen Versicherten wird ein Zuschlag auf den Fallwert von 10 Prozent ausgerichtet. Das neue Modell soll zum einen den bürokratischen Aufwand bei Ärzten und der GK GmbH reduzieren und zum anderen den Fokus der Ärzte stärker auf die Gesundheitsversorgung lenken.

Als Hauptkritik wird dem Projekt entgegengehalten, dass es in anderen Regionen nicht reproduzierbar sei. Die Region Kinzigtal ist eine speziell ländliche Gegend. Die Bevölkerung weist einen vergleichsweise niedrigen sozioökonomischen Status auf und ist überdurchschnittlich alt. Dies begünstigt den Erfolg. Seit Januar 2017 wird von OptiMedis AG nun in einer städtischen Region, konkret in zwei sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen, ein patientenorientiertes, sektorenübergreifendes Gesundheitsnetzwerk aufgebaut. Sozial benachteiligte Personen haben grössere Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und schlechtere Gesundheitschancen als Personen in besser situierten Stadtteilen. Das Projekt INVEST Billstedt-Horn wird durch einen Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unterstützt. Darüber hinaus reproduziert die OptiMedis AG zumindest Teile des GK Projekts in anderen Regionen – etwa in England. Im August 2017 hat im Übrigen ein auf die Förderung des Gemeinwohls spezialisierter Investmentfonds in die OptiMedis AG investiert, um eine weitere Skalierung des Modells zu unterstützen.

### 3.3 NIEDERLANDE | FALLSTUDIE ZUR VERGÜTUNG CHRONISCHER ERKRANKUNGEN

Land: Niederlande | Gesundheitssystem: Bismarck-Modell

Weshalb die Niederlande? (1) Fokussierung auf chronische Erkrankungen mit hoher Prävalenz; (2) innovativer Versorgungsansatz mit sogenannten Versorgungsgruppen; (3) starke Zukunftsorientierung unter Einbezug von eHealth-Komponenten.

Seit 2010 zahlen in Holland die Krankenversicherer Pauschalbeträge für die **Behandlung von Patienten mit bestimmten chronischen Krankheiten**, wie Typ 2-Diabetes, COPD und kardiovaskuläre Erkrankungen.<sup>25</sup> Die dabei vereinbarten Leistungspakete sind das Resultat intensiver Verhandlungen zwischen den Versicherern und den sogenannten Versorgungsgruppen (nl. 'zorggroepen').

Die Gruppen (Case Management Organisationen) setzen sich meist aus Hausärzten zusammen, die ihrerseits **Verträge mit weiteren Leistungserbringern** vereinbaren (z.B. Spezialisten, Labors, Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Podologen). Die Krankenversicherer bezahlen die Versorgungsgruppen auf Basis von **Kopfpauschalen** (Capitation). Die Teilnahme am Programm ist freiwillig. Parallel dazu existiert deshalb auch die Möglichkeit zur traditionellen Behandlung und Abgeltung.

Die pauschale Abgeltung soll Anreize schaffen, bessere Qualität zu niedrigeren Kosten hervorzubringen, vermehrt auf Prävention anstatt Heilung zu setzen und darüber hinaus eine bessere Koordination der Versorgung zu garantieren. In der Praxis haben sich sowohl die angebotenen Leistungen, als auch die Preise innert weniger Jahren allerdings angenähert. Der Leistungsumfang orientiert sich am nationalen Behandlungsstandard, welcher dadurch in der Gesundheitsversorgungspraxis weite Verbreitung erreicht hat.<sup>26</sup> Die jährliche Kopfpauschalen lagen 2007 für Diabetes-Patienten in der Größenordnung zwischen 258 EUR und 474 EUR (vgl. Struijs u. a., 2010). Der Care Standard umfasst beispielsweise jährliche und dreimonatliche

<sup>25</sup> Pilotprojekte hierzu starteten bereits im Jahr 2007. Bereits zwei Jahre später entschied das Parlament, die neue Vergütungsform als festen Bestandteil des Gesundheitssystems zu etablieren.

<sup>26</sup> Jährliche und trimestrale Checkups, Augen- und Fussuntersuchungen, Ernährungsberatung neuer Patienten.



Checkups, Augen und Fussuntersuchung, Ernährungsberatung, Labor-Tests und ein Beratungsgespräch bei einer Fachperson.

In der Praxis haben sich rasch regionale Versorgungsgruppen (welche teilweise aber mehrere Disease-Management-Programme anbieten) ausgebildet, was aus Sicht der Versicherer einen funktionierenden Wettbewerb verhindert, andererseits aus Sicht der Versorgungsgruppen als Gegengewicht zu den verhandlungsmächtigen Versicherern jedoch notwendig ist.

Die Kopfpauschale schafft Anreize zur Delegation der Leistungen (zum Beispiel von Hausärzten an Pflegefachpersonen), was in der Praxis auch beobachtet wird und den Programmen die Kritik eingetragen hat, dass sie zu einem Wissens- und Qualitätsverlust führen (vgl. Struijs u. a., 2010).

Die Evaluationen liefern Evidenz für eine Verbesserung der Prozessindikatoren, wie etwa die Abdeckung der Patienten mit Blutdruckmessung, Lipid-Panel, Raucher-Status, Lungenfunktionstest, Information über Inhalationstechniken und Ähnlichem. Auch bei den Outputindikatoren zeigen sich Hinweise für Verbesserungen. So hat sich zum Beispiel der Anteil Patienten mit einem systolischen Blutdruck von unter 140 mmHg um 6 Prozentpunkte erhöht. Auch der Anteil der Patienten, welche ihren persönlichen Cholesterin-Zielwert erreichen, ist um rund 10 Prozentpunkte gestiegen (vgl. Struijs u. a., 2012). Das Gesundheitsverhalten hat sich zudem merklich verbessert; beispielsweise hat sich der Anteil der Patienten, die regelmässig trainieren, erhöht, während die Zahl der Raucher rückläufig ist.

Negativ entwickelt hat sich indes der mentale Zustand der chronisch erkrankten Patienten, was zum einen besorgniserweckend ist, zum anderen darauf hinweist, dass dem Umgang mit chronischen Erkrankungen grosse Aufmerksamkeit zukommen sollte (vgl. Cramm und Nieboer, 2014). Eine Beurteilung der Auswirkungen auf die Mortalität oder auch auf die Inzidenz kardiovaskulärer Erkrankungen kann aufgrund des fehlenden Langzeitvergleichs noch nicht abgegeben werden. Die Leistungserbringung und -koordination wird aus Sicht der Patienten positiv beurteilt (vgl. Cramm und Nieboer, 2014).

Die Evaluationen zu den Auswirkungen der Programme auf die Kosten ergeben in der kurzen Frist grösstenteils keine signifikanten Veränderungen. Nach zwei Jahren zeigen sich Anzeichen für leichte Kosteneinsparungen (vgl. Cramm und Nieboer, 2014; Rutten-van Mölken, 2014). Das geringe Ausmass der Kosteneffekte könnte einerseits auf den grossen administrativen Aufwand sowie den Verhandlungsaufwand der Programme zurückzuführen sein. Andererseits dauert es indes eine gewisse Zeit, bis sich solche Einsparungen ergeben – insbesondere dann, wenn sie von einem allgemeinen Kostenwachstum überlagert werden.

Aus Sicht der verschiedenen Stakeholder existieren zahlreiche Möglichkeiten für Verbesserungen. Nebst der bereits erwähnten Delegation von Aufgaben zählen (1) der Verhandlungsprozess dazu, welcher sehr schwierig und zeitaufwändig sei, (2) der vermehrte Einbezug der Patienten (sowohl via Patienten-Boards als auch durch stärkere Eigenverantwortung) oder (3) die bessere Nutzung der IT. Ein möglicher Ansatzpunkt dafür ist der vermehrte **Einbezug von Qualitätsindikatoren** im Rahmen der Tarifverhandlung. Ein Problem stellt zudem der **Umgang mit Multimorbidität** dar. Die verschiedenen Programme überlappen sich. Bisher wurden multimorbide Patienten einem Programm zugeteilt und die übrigen Leistungen nach dem traditionellen System abgerechnet.

### 3.4 USA | FALLSTUDIE ZU DEN ACCOUNTABLE CARE ORGANISATIONS (ACOs)

Land: USA | Gesundheitssystem: Hybrides Modell

Weshalb die USA? (1) Langjährige Erfahrung mit gebündelten Vergütungsmodellen und HMOs; (2) ACOs verfolgen einen stark integralen Ansatz über alle Versorgungsstufen hinweg; (3) Einbettung von Anreizsystemen bezüglich Qualität und Effizienz in traditionelle FFS-Modelle (z.B. TARMED).

Die ACOs sind Bestandteil des Patient Protection and Affordable Care Acts, besser bekannt unter dem Namen Obamacare. Ähnlich den HMOs aus den 1970er-Jahren (z.B. Kaiser Permanente) sind ACOs in der Lage,



die Gesundheitsversorgung einer ganzen Region zu organisieren. ACOs verfolgen eine verstärkte Kooperation der Leistungserbringer, eine leitlinienorientierte Versorgung sowie die gestaffelte Übernahme der Verantwortung für die Gesundheit und die finanziellen Risiken von definierten Gruppen.

Sowohl HMO als auch ACO sind Managed Care Ansätze und verfolgen grundsätzlich die Idee einer qualitäts- statt mengenorientierten Vergütung. In drei wesentlichen Aspekten unterscheiden sich ACO von den bisherigen Modellen (Berenson und Burton, 2011; vgl. auch Schulte u. a., 2017), wobei diese die negativen Auswüchse früherer Modelle vermeiden sollen.

- 'Shared-Savings'-Contract, d.h. die Teilung des Finanzierungsrisikos zwischen Kostenträger und Leistungserbringer;
- Qualitätsziele;
- freie Wahl für Patienten und Ärzte.

Speziell ist das starke Bekenntnis der USA zu ergebnisorientierten Vergütungssystemen, welches wesentlich zur raschen Verbreitung beiträgt. Erklärtes Ziel des Department of Health and Human Services ist es, dass bis Ende 2016 mindestens 30 Prozent der traditionellen FFS Systeme durch ergebnisorientierte Vergütungsmodelle abgelöst werden, bis 2018 gar mindestens 50 Prozent (HHS, 2015). Heute sind gemäss Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)<sup>27</sup> rund 480 ACOs in den USA aktiv und versorgen insgesamt 9.0 Millionen Medicare-Versicherte (CMS, 2017). Die grössten ACOs umfassen dabei etwa 250'000 Versicherte. Auch viele private Versicherungsunternehmen orientieren sich an den Verträgen des öffentlichen Sektors, sodass insgesamt weit mehr ACO existieren. Und schliesslich sind auch im Gesundheitsfürsorgeprogramm Medicaid ACO-Modelle verbreitet, so dass Muhlestein (2015), basierend auf Angaben des Leavitt Partners Center for Accountable Care Intelligence, für das Jahr 2015 von 744 ACO mit rund 23.5 Millionen eingeschriebenen Versicherten ausgeht.

Sowohl für Patienten als auch für Ärzte ist die Teilnahme an einer ACO grundsätzlich freiwillig. 24 Prozent von insgesamt 24'075 befragten Ärzten in den USA gaben 2014 an, mindestens an einem ACO-Vertrag teilzunehmen (Medscape Physician Compensation Report 2014, zitiert in Schulte u. a., 2017). Für Patienten kennt die USA allerdings die passive Zuordnung, falls der Grossteil der Versorgungskosten eines Patienten bei einem Leistungserbringer des Netzwerks entstand (vgl. Schulte u. a., 2017). Tatsächlich wissen viele Patienten gar nicht, dass sie einer ACO angeschlossen sind. Zudem gibt es eine hohe Wechselquote der ACO Patienten, welche das Management und die Evaluierung erschwert.

ACOs können ganz unterschiedlich strukturiert sein. Shortell u. a. (2014) unterscheiden grundsätzlich drei Typen:

- kleinere ACO, ambulant-ärztlich geführt mit begrenztem Leistungsumfang (51 Prozent der ACO);
- mittelgrosse ACO unter gemeinsamer Leitung von Ärzten und Krankenhäusern (33 Prozent);
- grosse Versorgungssysteme, inklusive Kostenträgern mit nahezu vollständigem Leistungsumfang, aufgrund eigener Einrichtungen (13 Prozent).<sup>28</sup>

Die organisatorische Heterogenität und das Nebeneinander der Vertragsmodelle sind explizit gewünscht, um neue Modelle zu testen. Die Anerkennung als ACO durch CMS ist allerdings an bestimmte Bedingungen geknüpft. So sind ACOs u.a. verpflichtet, Vertreter von Medicare-Patienten im Aufsichtsgremium zu haben, mindestens 5'000 Leistungsempfänger des Medicare-Programms über drei Jahre zu betreuen und über 50 Prozent an teilnehmenden Ärzten zu verfügen, die eine zertifizierte Arztsoftware verwenden, welche die elektronische Analyse der medizinischen Daten für Qualitätssicherungszwecke sicherstellt (Stadler und Waller, 2011).

<sup>27</sup> Das CMS als Institution auf Bundesebene zertifiziert die ACO und evaluiert ihre Qualität und Kosten.

<sup>28</sup> Die übrigen 3 Prozent sind ausschliesslich stationär geführte ACO.



Die Abgeltung erfolgt mittels Shared-Saving Contracts. CMS bietet dabei grundsätzlich zwei Risikomodelle an (vgl. Stadler und Waller, 2011):

- Im einseitigen Modell werden die eingesparten Kosten anteilig an die ACO zurückgegeben,<sup>29</sup>
- im zweiseitigen Modell werden Einsparungen und Verluste sofort geteilt.

Die überwiegende Mehrheit der ACOs operiert aktuell im einseitigen Modell (CMS, 2017). Dieses Modell erlaubt insbesondere Organisationen mit wenig oder keinen Erfahrungen betreffend Risiko-Übernahme, sich während einer Übergangsphase an die risikobasierten Regularien zu gewöhnen.

Als Referenz zur Ermittlung der Kosteneinsparungen werden von CMS die aggregierten historischen Kosten für die behandelte Population für die letzten drei Jahre verwendet, wobei das letzte Jahre stärker gewichtet wird. Zurückgegeben werden den ACOs dann die über die vorgesehenen Einsparungen hinausgehenden Reduktionen. Dies hat zu erheblicher Kritik geführt, insbesondere durch die Pioneer ACOs, die bereits vor dem Start des ACO Programms von CMS integrative Strukturen aufgebaut hatten. Die Pioneer ACOs argumentieren, dass relativ rasch keine grösseren Einsparungen mehr realisiert werden können und der faire Benchmark nicht mit der eigenen jüngeren Vergangenheit, sondern auf einem Vergleich mit der traditionellen Versorgung erfolgen sollte. CMS hat auf diese Kritik reagiert und im Rahmen der Next Generation ACO ein geändertes Benchmarking vorgeschlagen.

Im Gegensatz zu den früheren HMOs, wo die Kosteneffizienz im Vordergrund stand, müssen ACOs allerdings auch Qualitätsbenchmarks (z.B. im Bereich chronischer Erkrankungen) erreichen, um Bonuszahlungen zu erhalten resp. nicht negativ sanktioniert zu werden. Die Qualitätsziele für die an Medicare teilnehmenden ACOs werden jährlich neu definiert und von den ACOs an CMS rapportiert. Die Qualitätsmessung erfolgt aktuell mittels 31 Kenngrössen in vier Bereichen, wobei alle Bereiche gleich gewichtet werden (CMS, 2016).

- Erfahrungen der Patienten und Leistungserbringer im Versorgungsprozess (8 Kenngrössen);
- Koordination des Versorgungsprozesses und Patientensicherheit (10 Kenngrössen);
- Risikopopulation (Diabetes, Bluthochdruck, Gefässkrankheiten, Depression) (je eine Kenngrösse, im Falle von Diabetes bestehend aus zwei);
- Prävention (8 Kenngrössen).

Die grösste Herausforderung im Rahmen der Umsetzung der ACOs war, nebst der Definition der optimalen Populationsgrösse und der Qualitätsmerkmale, die Vermeidung einer marktbeherrschenden Stellung. Als wichtige Erfolgsfaktoren werden insbesondere die IT Infrastruktur, deren Integration oft mit hohen Investitionen und Hürden verbunden ist, die Einbindung der Ärzte, ein zeitnahes Feedbacksystem, die Schaffung einer Qualitätskultur und der Einbezug der Patienten erwähnt, insbesondere im Rahmen der Prävention. Hausärzte sehen ihre Position durch ACO Modelle oftmals gestärkt und stehen den Modellen deshalb offener gegenüber, während die niedergelassenen Fachärzte zurückhaltend sind und stärker am FFS hängen (Stadler und Waller, 2011). Auch die gestaffelte Übernahme des Kostenrisikos wird als positiv angesehen.

Eine Hemmschwelle stellen die hohen Anfangsinvestitionen dar. Viele der ACOs in den USA haben sich aus kapitalstarken Netzwerken oder integrierten Versorgungssystemen heraus gegründet, die diese Investitionen stemmen konnten (Schulte u. a., 2017). CMS bot zwischen 2012 und 2015 zudem Vorauszahlungen als Anschubfinanzierung für Investitionen in Qualitätsverbesserungen an.

CMS beziffert die Einsparungen pro Versicherten durch ACOs für das Jahr 2015 auf USD 466 (CMS, 2016). Dies bei gleichzeitiger Erhöhung der Qualitätskennzahlen. Nur ein kleiner Teil der ACOs kann jedoch tatsächlich in dieser kurzen Frist bereits Kosteneinsparungen ausweisen (22 Prozent im Jahr 2014, Muhlestein und Hall, 2014). Dies mag einerseits enttäuschen, zeigt aber, dass in einzelnen Fällen durchaus bereits in

---

<sup>29</sup> Dieses Modell war ursprünglich auf drei Jahre beschränkt. Die geplante verpflichtende Risikoübernahme für Verluste nach drei Jahren wurde aber bereits 2011 um weitere drei Jahre verlängert (vgl. CMS, 2011 in Schulte u. a., 2017).



der kurzen Frist Kosteneinsparungen möglich sind. Muhlestein und Hall (2014) weisen darauf hin, dass Qualitätsperformance und Kosteneinsparungen kaum miteinander korrelieren. Gemäss McWilliams u. a. (2016) schneiden die ACOs bei einzelnen Qualitätskenngrössen signifikant besser ab als die Kontrollgruppe. Bei anderen hingegen gibt es keine signifikanten Unterschiede. Die ersten Ergebnisse belegen somit zumindest in der Tendenz positive Ergebnisse. Viele Prozesse sind jedoch langwierig, so dass sie erst zu einem späteren Zeitpunkt abschliessend evaluiert werden können.

### 3.5 SCHWEDEN | FALLSTUDIE ZUR EPISODENBASIERTEN VERGÜTUNG

Land: Schweden | Gesundheitssystem: Beveridge-Modell

Weshalb Schweden? (1) Starke Zukunftsorientierung bei der Wahl der einbezogenen Erkrankungen; (2) Berücksichtigung von objektiven Qualitätsaspekten bei der Bestimmung der Vergütungshöhe (SVEUS); (3) Entwicklung der Vergütungsmodelle in interdisziplinären Expertenteams; dezentrale Struktur der Gesundheitsversorgung (Hoheit Regierungsbezirke, nationale Gesetze und Richtlinien).

Anfang 2009 hat der Regierungsbezirk Stockholm die gebündelte Vergütung für den Knie- und Hüftgelenkersatz eingeführt, genannt OrthoChoice. Es handelt sich bei beiden Indikationen um relativ isolierte Eingriffe mit hohem Volumen. Der ausgewiesene Erfolg veranlasste Stockholm, das Modell auch für weitere Eingriffe (z.B. die Operation des grauen Stars) einzuführen. Im Jahr 2013 folgte der Bereich der Wirbelsäulenchirurgie. Aktuell werden im Rahmen des interregionalen Programms SVEUS<sup>30</sup> zudem nutzenbasierte Vergütungsmodelle in acht Medizinbereichen eingeführt – neben Knie- und Hüftgelenkersatz und Wirbelsäulenchirurgie in den Bereichen bariatrische Chirurgie, Geburtshilfe, Apoplexie, Diabetes, Osteoporose und Brustkrebs.

Die schwedische Gesundheitsversorgung ist weitgehend staatlich organisiert und über Steuern finanziert. Die Sicherstellung und Organisation der Gesundheitsversorgung obliegen den 21 Regierungsbezirken. Die Gemeinden sind für häusliche und Heimpflege zuständig. Ärzte und Pflegepersonal sind in der Regel bei den Gesundheitszentren angestellt und werden durch sie entlohnt, unabhängig davon, ob sie im öffentlichen (81 Prozent der Gesundheitsausgaben) oder privaten Sektor (19 Prozent) arbeiten. Die Gesundheitszentren werden vorwiegend via Kopfpauschalen (Capitation) plus ergänzend (ca. 20 Prozent des Budgets) dienstleistungsbezogen abgegolten. Die Konsequenz waren lange Wartezeiten für nicht-dringende Behandlungen – dies obwohl 2005 maximale Wartezeiten eingeführt wurden.<sup>31</sup>

Bis zu zwei Jahren mussten Patienten vor Einführung des Programms auf ihre Knie- oder Hüftprothese warten (Porter u. a., 2014a). Dieser Kapazitätsengpass war ein zentrales Motiv für die Lancierung von OrthoChoice. Neben der Anlockung neuer Marktteilnehmer zur Reduktion der Patientenwartezeiten waren aber auch die koordinierte Versorgung, die Optimierung des Preis-Leistungsverhältnisses, die Marktöffnung zur Förderung der Angebotsvielfalt und Innovation wichtige Ziele (Wohlin u. a., 2011).<sup>32</sup>

Das Leistungspaket für Knie- und Hüftgelenkersatz umfasst nicht nur den eigentlichen Eingriff, sondern die gesamte Behandlungsperiode.<sup>33</sup> Die Anbieter sind in der Gestaltung der Leistungserbringung weitgehend frei. Als minimale Leistung sind eine Voruntersuchung vor dem Eingriff, die Operation, eine Prothese (welche gemäss schwedischem Qualitätsregister in mehr als 92 Prozent der Fälle eine zehnjährige Lebensdauer erreicht), eine postoperative Röntgenkontrolle, die stationäre Rehabilitation und eine Nachuntersuchung nach drei Monaten vorgesehen. Komplikationen und Nach-Operationen innert zwei Jahren resp. fünf

<sup>30</sup> National collaboration for value-based reimbursement and monitoring of health care (Nationell samverkan för värdebaserad ersättning och uppföljning i hälso- och sjukvården).

<sup>31</sup> Zusammenfassung basierend auf Porter u. a., 2014a.

<sup>32</sup> Der Regierungsbezirk Stockholm hatte sich bereits vor OrthoChoice als nationaler Leader in Sachen Einführung von Wettbewerbselementen hervorgetan (Porter u. a., 2014a).

<sup>33</sup> Vgl. im Folgenden Wohlin u. a., 2011; Porter u. a., 2014a; Porter u. a., 2014b; Wohlin, 2012.



Jahren, falls es im Zusammenhang mit dem Eingriff zu einem bakteriellen Infekt mit Antibiotikabehandlung kommt, sind Bestandteil der 'Garantie-Leistungen'. Ausserdem sind die Anbieter verpflichtet, die Patientendaten sorgfältig in der regionalen Patienten-Datenbank sowie im nationalen Qualitätsregister zu erfassen, so dass Komplikationen und Ergebnisse überwacht werden können. Die Informationen sind grundsätzlich nicht öffentlich zugänglich. Einzig die Wartezeiten je Anbieter wurden auf der Webseite der zuständigen staatlichen Stelle (HSF – Hälso- och sjukvårdsförvaltningen) zugänglich gemacht.

Um eine Risikoselektion durch die Anbieter zu vermeiden, wurde die gebündelte Vergütung anfänglich auf gesunde Patienten (ASA 1) und Patienten mit leichter Allgemeinerkrankung (ASA 2) gemäss dem Klassifikationsschema der American Society of Anesthesiologists beschränkt. ASA 3 und 4 Patienten wurden weiterhin nach dem normalen Abgeltungssystem abgerechnet.

Vertreter der öffentlichen und privaten Leistungserbringer sowie der lokalen Orthopädie-Gemeinschaft wurden in die Ausgestaltung des neuen Abgeltungssystems eingebunden. Die gebündelte Vergütung stand nicht im Vordergrund des Projekts, sondern war vielmehr Mittel zum Zweck. Die finanziellen Aspekte wurden im Diskussionsprozess so weit als möglich nach hinten geschoben. Die Sicherstellung eines fairen Werts stellte eine Knacknuss dar. Neben den historischen Daten zur Höhe der effektiven Vergütung der staatlichen und privaten Anbieter wurden Expertengespräche geführt. HSF schlug schliesslich eine Pauschale von SEK 56'300 (USD 8'500) vor, ein Wert, der deutlich unter der früheren Abgeltung lag.<sup>34</sup> Der Wert wurde von den Anbietern heftig kritisiert und einige grosse Anbieter drohten, das Projekt zu boykottieren. Schliesslich unterzeichneten aber alle grösseren Spitäler (darunter auch ein privates) und drei spezialisierte private Orthopädie-Zentren den Vertrag.

Die Anbieter müssen einen Akkreditierungsprozess durchlaufen und gewisse Anforderungen erfüllen – etwa minimale Anzahl Operationen je Chirurg und Jahr, Datenreporting, Infrastrukturanforderungen (z.B. an die Raumluftqualität im OP). Nach der Akkreditierung ist das Volumen nicht beschränkt und es wird auf Gatekeeper verzichtet, welche die Notwendigkeit der Behandlung kontrollieren. Die Patienten sind frei in der Wahl der Leistungsanbieter. Die pauschale, nutzenorientierte Abgeltung motiviert Leistungserbringer, beste Qualität zu günstigen Preisen zu liefern und bestraft jene Leistungserbringer, denen es nicht gelingt, die Gesundheit des Patienten zu verbessern.

Im ersten Jahr nach Einführung von OrthoChoice kam es zu einem deutlichen Anstieg der Zahl der Operationen (20 Prozent) – im Wesentlichen ein Effekt der existierenden ungedeckten Nachfrage. Wartezeiten für Knie- und Hüftgelenkersatz wurden eliminiert. Dadurch reduzierte sich der durchschnittliche Erwerb-sausfall von Knie- und Hüftgelenkersatz-Patienten von 50 Tagen im Jahr 2008 auf 39 Tage im Jahr 2011. Darüber hinaus kam es zu wesentlichen Veränderungen im Markt und in der Leistungserbringung. Die grosse Zahl an Operationen (vorwiegend die unkomplizierten Fälle – ASA 1 und 2 Patienten) verschob sich von grossen Akutspitälern hin zu kleineren spezialisierten Leistungserbringern, während sich die grossen Komplettanbieter auf die komplexeren Fälle (ASA 3 und 4) fokussierten. Die Kosten pro Operation wurden durch das neue System um 17 Prozent gesenkt (2011 im Vergleich zu 2008), wobei die Reduktion auf die Definition der Pauschale unterhalb der Vergangenheitswerte zurückzuführen ist.

Die Leistungserbringer haben sich an das neue Modell angepasst, indem sie ihre Behandlungsprozesse stärker standardisierten (z.B. durch Filmen von OPs), Manuals und Checklisten sowie Informationsmaterial für die Patienten entwickelten, in die Mitarbeiterqualifikation und die OP-Raumluftqualität investierten. Ausserdem wurden Massnahmen wie zum Beispiel Extra-Wundkontrollen, früherer Beginn der Physiotherapiebehandlung, Übernahme von vor- und nachgelagerten Bereichen usw. beobachtet.

---

<sup>34</sup> Die Entschädigungen im bisherigen, DRG basierten Vergütungssystem schwankten für alle Patienten unabhängig ihres ASA-Status zwischen SEK 42'706 und SEK 62'554, Mittelwert SEK 58'776, Median SEK 60'335 (Porter u. a., 2014a).



Die Höhe der Abgeltung, welche im Übrigen nicht indexiert wurde, sorgte weiterhin für Kritik. Insbesondere wurde Besorgnis zur Qualität der Prothesen geäussert. In der Realität konnte aber kein negativer Effekt festgestellt werden. Die Anbieter halten die erforderlichen Qualitätsvorgaben ein. Die Resultate sind durchwegs positiv. Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung stieg signifikant bei jenen Anbietern an, die ihre Marktanteile erhöhten. Die Komplikationsraten gingen statistisch signifikant zurück (im ersten Jahr um 16.9 Prozent, im zweiten um 25.9 Prozent). Ein statistisch signifikanter Effekt auf Schmerz oder Lebensqualität konnte nicht festgestellt werden. Die einfache Ausgestaltung und die klar abgegrenzte Behandlung von OrthoChoice werden als wichtige Faktoren für den Erfolg genannt.

Das im Jahr 2013 gestartete Programm zur Wirbelsäulenchirurgie baute auf den Erfahrungen von OrthoChoice auf, erweiterte die gebündelte Vergütung jedoch um ergebnisorientierte Elemente. Im Rahmen von OrthoChoice plante man ursprünglich ebenfalls, 3.2 Prozent der Vergütung als Qualitätsbonus zurückzubehalten. Infolge der Kritik an der niedrigen Pauschale wurde schliesslich davon abgesehen. Die Ergebniskomponente im Rahmen des Wirbelsäulen Programms (rund 10% der Basispauschale) wird anhand der tatsächlichen Schmerzreduktion ein Jahr nach der Operation im Vergleich zur erwarteten Schmerzreduktion berechnet, basierend auf Registerdaten vergleichbarer Patienten. Das Wirbelsäulenchirurgie-Programm beinhaltet zudem eine Risikoadjustierung der Abgeltung, welche im Fall des Knie- und Hüftgelenkersatzes via ASA aufgefangen wurde, sowie ein Monitoring- und ein IT-Support-System.<sup>35</sup>

SVEUS erweitert die nutzenbasierten Vergütungsmodelle auf insgesamt acht Bereiche (Wirbelsäule, Apoplexie, Diabetes, Osteoporose, Fettleibigkeit, Arthrose, Geburtshilfe, Brustkrebs) und wird von sieben Regierungsbezirken unterstützt (Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Uppsala, Dalarna, Jämtland), welche insgesamt rund 70 Prozent der Bevölkerung vertreten. Im Rahmen von SVEUS werden zunächst die verschiedenen Datenquellen kombiniert, eine Bestandsaufnahme als Referenzwert erstellt und Benchmarks abgeleitet. Darauf aufbauend wird ein ergebnisorientiertes Monitoring System erstellt und ein erfolgsorientiertes Abgeltungssystem angeknüpft. Das Programm wird unter Einbezug eines breiten Spektrums von Stakeholdern – nationale Facharztverbände, Qualitätsregister, Patientenorganisationen, Regierungsbezirke, Universitäten, Ministerium für Gesundheit etc. – entwickelt. Das Monitoringsystem bereitet die Ergebnisdaten aus einer Vielzahl von Quellen für die verschiedenen Patientengruppen in einem ähnlichen Format auf und legt dabei den Schwerpunkt auf die für die Patienten am meisten relevanten Bereiche. Die Informationen sind risiko-adjustiert unter Verwendung der Patientenmerkmale und liefern den Regierungsbezirken als Kostenträger und Überwacher sowie den Leistungserbringern ein kontinuierliches Feedback.<sup>36</sup>

### 3.6 FRANKREICH | FALLSTUDIE ZU DEN 'EXPÉRIMENTATION DES NOUVEAUX MODES DE RÉMUNÉRATION' (ENMR)

Land: Frankreich | Gesundheitssystem: Bismarck-Modell

Weshalb Frankreich? (1) Fokus auf multidisziplinäre Grundversorger in Form von Gruppenpraxen und Gesundheitszentren, welche auch für die Schweiz interessant sein könnten; (2) vorhandene Studien zur Entwicklung der Qualität, Produktivität und Effizienz in den teilnehmenden Zentren im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Obwohl in Frankreich das Modell der Gruppenpraxis durchaus verbreitet ist, fand eine Stärkung der multidisziplinären Arbeit in der Medizin lange Zeit nicht wie gewünscht statt. Verantwortlich für die fehlende Integration war, dass es primär zwei oder mehr Hausärzte waren, welche sich zu Gruppenstrukturen zusammenschlossen und nicht etwa unterschiedliche Spezialisten oder Berufsgruppen. Der dominierende

<sup>35</sup> Vgl. Wohlin, 2014; Porter, 2014.

<sup>36</sup> Wohlin, 2014; Wohlin, 2015.





Abgeltungsmechanismus im französischen Gesundheitssystem ist die Einzelleistungsvergütung. Einzig Hausärzte erhielten gewisse pauschale Zusatzentgelte – etwa für Bereitschaftsleistung oder Pauschalen für Langzeit-Krankheiten – welche ca. 10 Prozent ihrer Einnahmen ausmachten (FFMPS, 2015).

Mit dem Ziel, die Organisation und Koordination in der medizinischen Grundversorgung zu verbessern und die interprofessionelle Zusammenarbeit durch finanzielle Anreize zu stärken, sind ab 2007 eine Begleit- und Finanzierungspolitik in Richtung 'maisons de santé' (multidisziplinäre Gruppenpraxis), 'pôles de santé' (multidisziplinäres Gesundheitsnetzwerk) und 'centres de santé' (Gesundheitszentrum) entstanden.<sup>37</sup> Der Fonds d'Intervention régional etwa hat zwischen 2007 und 2011 rund 9.1 Millionen EUR ausgeschüttet – u.a. für Machbarkeitsstudien, Projekte und Starthilfen für 'maisons de santé' (Afrite u. a., 2013). In diesem Umfeld hat die französische Regierung im Jahr 2009 Experimente mit neuen Vergütungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit gestartet (expérimentation des nouveaux modes de rémunération, ENMR). Die Vergütungen sind als ex-ante Zusatzzahlungen zugunsten der Einheit als Ganzes und nicht der einzelnen Leistungserbringer (z.B. des Arztes) ausgestaltet. Die Einrichtung entscheidet über deren konkrete Verwendung (FFMPS, 2015). Die Zahlungen sollen in erster Linie Koordinationsaufgaben entschädigen, Optimierungen in der Versorgung ermöglichen und den Präventions-, Informations- und Erziehungsauftrag abgelenken. Deren Höhe orientiert sich grundsätzlich an der Anzahl der durch die Einrichtung betreuten Patienten. Die ENMR startete 2010 mit 17 'maisons de santé' und 25 'centres de santé' in sechs Regionen (Bretagne, Bourgogne, Franche-Comté, Ile-de-France, Lorraine und Rhône-Alpes) und wurde später auf freiwilliger Basis für alle Regionen geöffnet (FFMPS, 2015). Das Programm war ursprünglich für drei Jahre geplant (2010-2012), wurde aber um ein Jahr verlängert und dann sowohl 2014 und 2015 deutlich ausgeweitet. Per Ende 2012 nahmen rund 150 Organisationen am Programm teil. Mit der Verlängerung des Programms kamen 2014 rund 150 zusätzliche Organisationen hinzu.

Jedes 'Experiment' besteht aus einem oder mehreren der folgenden Module (vgl. OECD, 2016; FFMPS, 2015), wobei 'Koordination' und 'neue Dienste' die beiden ursprünglichen Bausteine sind. 'Interprofessionelle Kooperation' kam 2014 dazu.

- Modul Koordination. Pauschaler Zuschlag (Add-On) für das Management der multidisziplinären und interprofessionellen Struktur abhängig von der Anzahl Patienten und Anzahl Gesundheitsfachpersonen in Vollzeitäquivalenten;
- Modul Neue Dienste. Entgelt zur Förderung neuer Leistungen, zum Beispiel die gezielte Vorbereitung des Krankenhausaustritts;
- Modul interprofessionelle Kooperation. Abgeltung eines Integrationsdispositivs zum Informations-, Erfahrungs- und Datenaustausch zwischen den einzelnen Fachpersonen.

Die ENMR Zusatzentgelte machen ca. 5 Prozent der Einnahmen der Einrichtungen aus und werden von der nationalen Krankenversicherung (CNAMTS) getragen (OECD, 2016). Zuständig für die Selektion der Einrichtungen und die Überwachung sind die regionalen Gesundheitsagenturen (ARS). Bedingungen für die Teilnahme an der ENMR sind etwa regelmässige formelle Meetings aller Ärzte der Organisation, die klare Definition einer Koordinationsperson für den Patienten und die Digitalisierung der Patientenakten.<sup>38</sup> Der in die ENMR investierte Betrag belief sich 2013 auf rund 8.5 Millionen EUR. Davon wurden mehr als 90 Prozent für die Förderung der Koordination eingesetzt (OECD, 2016; Mousquès, 2014).

2014 wurde das Programm von IRDES sowohl qualitativ als auch quantitativ evaluiert (Mousquès und Bourgueil, 2014). Die Resultate sind sowohl im Hinblick auf die Qualität als auch auf die Produktivität positiv.

---

<sup>37</sup> Es existiert eine Vielzahl von Unterschieden und Überschneidungen. 'Centres de santé' entstammen oft dem Umfeld unterprivilegierter Stadtregionen, 'maison de santé' und 'pôles de santé' sind vor allem in ländlichen Gegenden verbreitet. Ein wichtiger Unterschied ist aber, dass in Gesundheitszentren Ärzte in der Regel Angestellte des Zentrums sind, während sie in den multidisziplinären Gruppenpraxen und Gesundheitsnetzwerken oft selbständig bleiben.

<sup>38</sup> Die Teilnahmekriterien und die verschiedenen Vertragselemente werden nicht in allen Regionen gleich umgesetzt. Es existiert deshalb eine grosse Vielfalt an Modellen (Mousquès und Bourgueil, 2014).



Die multidisziplinären Strukturen erreichen bei fast allen Qualitätsindikatoren bessere Ergebnisse (Mousquès und Bourgueil, 2014; Mousquès und Daniel, 2015a). Die Kosten sind – kontrolliert um Patientencharakteristika – in den multidisziplinären Einrichtungen bei gleicher oder höherer Produktivität um zwischen 0.4 und 2.3 Prozent niedriger als im traditionellen System (Mousquès und Bourgueil, 2014; Mousquès und Daniel, 2015b). Offen ist jedoch die Wirkung von ENMR. Gemäss Mousquès und Bourgueil (2014) ist der Effekt primär der Kooperation zuzuschreiben und nicht der Teilnahme am ENMR, sprich der zusätzlichen Vergütung. Ausserdem fanden im selben Zeitraum weitere Reformen statt.<sup>39</sup>

2015 wurde das NMR-Programm – zwischenzeitlich kein Experiment mehr – deutlich ausgeweitet und um die Förderung von IT-Investitionen ergänzt. Auch der Abgeltungsmechanismus wurde geändert. Neu werden fixe und Bonus-Entgelte für Pflicht- bzw. optionale Leistungen entrichtet. Die Einrichtungen erhalten 60 Prozent des Incentive *ex-ante* im Frühling und die restlichen 40 Prozent *ex-post* (OECD, 2016). Das Programm soll weiter wachsen und bis Ende 2017 rund 1'000 Strukturen mit 10'000 Gesundheitsfachpersonen und 4 Millionen Patienten umfassen (OECD, 2016).

---

<sup>39</sup> Der 'Contrat de l'amélioration des pratiques individuelles' (CAPI) für Hausärzte wurde 2012 durch die 'Rémunération sur objectifs de santé publique' (ROSP) abgelöst und auch für Spezialisten geöffnet. Beide Systeme zielen in Richtung einer ergebnisorientierten Abgeltung. CAPI/ROSP adressieren jedoch die Ebene des einzelnen Dienstleisters, während ENMR die Ebene der multiprofessionellen Einheit anvisiert.



## 4 INNOVATIVE ABGELTUNGSSYSTEME IM SCHWEIZER SYSTEM

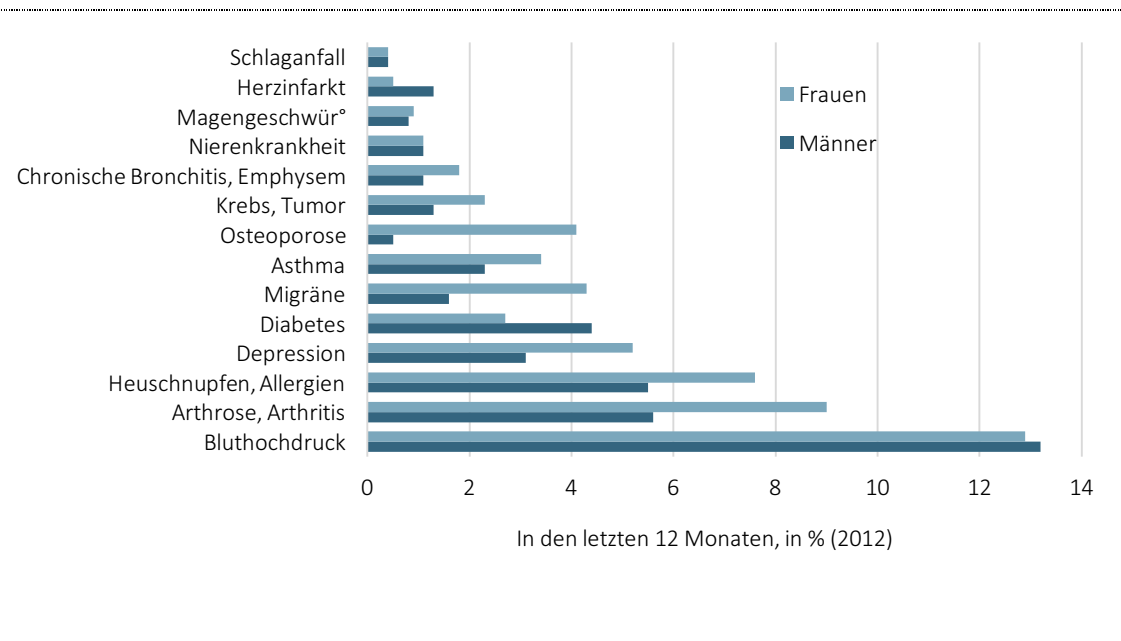
### 4.1 SYNTHESE AUS DER LITERATURANALYSE UND DEN FALLSTUDIEN

Alle drei Typen von innovativen Abgeltungsmodellen können zu Verbesserungen bei der Koordination zwischen den Leistungserbringern beitragen. Die Literaturanalyse und die ausgesuchten Fallstudien weisen darauf hin, dass bei korrekter Anwendung der integrierte Ansatz der Versorgung an Bedeutung gewinnt und sich die Behandlungsqualität verbessern kann.

Möchte man den Fokus aber vermehrt auf **chronische Erkrankungen**, auf die **Langzeitpflege** und auf **Präventionsmassnahmen** legen, eignet sich ein System ganz besonders. **Komplexpauschalen** legen das Augenmerk auf eine nahtlose Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Patienten über sämtliche Versorgungsbereiche (Ärztetnetze, Apotheken, Gesundheitszentren, Spitäler, Rehabilitation, etc.) hinweg. Die Literaturanalyse, wie auch die Fallstudien aus Deutschland und den Niederlanden haben gezeigt, dass die gebündelte Vergütung eine gute Alternative zu traditionellen Systemen ist. Bei den Leistungserbringern entsteht aufgrund der Komplexpauschalen ein Anreiz, die Behandlungspfade stärker zu koordinieren, Performance-Indikatoren zu definieren, gemeinsame IT-Systeme zu entwickeln und sämtliche Anbieter in eine Gesamtverantwortung miteinzubeziehen (vgl. Berchtold u. a., 2017). Damit rücken auch die Interprofessionalität und die Interdisziplinarität stärker in den Vordergrund.

Das **Potenzial** eines **indikationsbasierten Modells** wird bei einem Blick auf die Resultate der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) ersichtlich (vgl. Abb. 2). Abgebildet sind Arztbesuche aufgrund eines chronischen Leidens. So haben sich im Jahr 2012 rund 13 Prozent der Männer über 15 Jahre wegen hohen Blutdrucks ärztlich behandeln lassen. Über beide Geschlechter hinweg ist unter den chronischen Leiden Bluthochdruck der häufigste Grund für einen Arztbesuch. Arthrose/Arthritis, Heuschnupfen und Allergien, Depression, Diabetes und Migräne folgen auf den weiteren Plätzen. Bei den Frauen wird zudem Osteoporose als häufiger Grund für einen Arztbesuch angegeben (4.1 Prozent).

ABB. 2 ÄRZTLICHE BEHANDLUNG WEGEN CHRONISCHER KRANKHEITEN IN DER SCHWEIZ



Anmerkung: <sup>o</sup>Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür. Quelle: Schweizerische Gesundheitsbefragung (2012). Darstellung: Universität Basel/IWSB



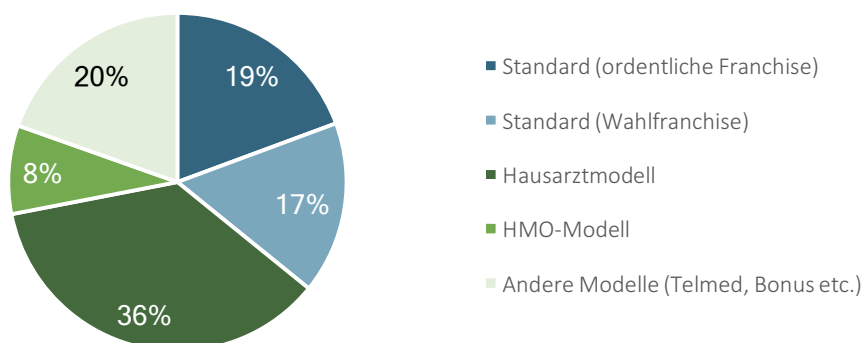
Dass es für die Implementierung solcher Komplexpauschalen einen **Initialaufwand** braucht, versteht sich von selbst. Bei einem auf Freiwilligkeit basierendem System wird es in der Anfangsphase zu einem Nebeneinander von konventioneller Versorgung und integrierter Versorgung kommen. Auch die verstärkte Koordination und Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern, die Erarbeitung von Behandlungsleitlinien und die Definition von Performance-Messgrößen sind mit einem substanziellen Aufwand verbunden. Damit sind diese Systeme als Investition anzusehen, welche kurzfristig mit einem Mehraufwand verbunden sind. Erst in der mittleren und längeren Frist zeigen sich die qualitativen Vorteile in Form einer evidenzbasierten, nahtlosen und umfassenden Versorgung der eingeschriebenen Patienten. Ist dieser Punkt einmal erreicht und die Vorteile des Systems überwiegen, werden sich wiederum mehr Patienten und Leistungserbringer diesem System anschliessen.

## 4.2 KURZANALYSE DES SCHWEIZER SYSTEMS

Seit rund 10 Jahren müssen sich Versicherte in der Schweiz, falls sie sich gegen die obligatorische Franchise entscheiden, nicht mehr zwischen Wahlfranchisen und Managed Care-Modellen entscheiden, sondern können diese frei kombinieren. Die Verordnungsänderung hat dazu geführt, dass sich die Schweiz regelrecht zu einer Managed Care-Nation entwickelt hat. Ein Blick in die Statistik der obligatorischen Krankenversicherung verrät, dass sich im Jahr 2015 64.1 Prozent der Bevölkerung über 19 Jahre für ein Modell mit eingeschränkter Arztwahl entschieden hat. Gemäss Angaben des BAG sind dies rund 5.4 Mio. Menschen in der Schweiz.

Betrachtet man nur die Managed Care-Verträge, so befindet sich das Hausarztmodell klar an erster Stelle. Mehr als jeder Dritte in der Schweiz macht inzwischen von diesem Modell Gebrauch. Telemedizinische Verträge machen heute ebenfalls rund ein Fünftel aller Verträge aus. Das einzig existierende Modell allerdings, welches neben dem Gatekeeper-Gedanken den IntV-Ansatz verfolgt, ist das HMO-Modell. Hausärzte und verschiedene Spezialisten, welche gemeinsam als HMO auftreten, erhalten für die Behandlung ihrer Versicherten Pauschalbeiträge von den Krankenkassen und koordinieren den Behandlungsablauf intern und in Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern (z.B. Spitäler, Rehabilitation). In moderneren Verträgen werden oft keine Kopfpauschalen mehr angewendet. Die Leistungserbringer rechnen konventionell ab, erhalten für das Erreichen gewisser Effizienz- und Qualitätsziele aber Bonuszahlungen (vgl. Beck, 2013).

Abb. 3 VERTEILUNG DER VERSICHERUNGSFORMEN IN %, VERSICHERTE AB 19 JAHREN



Quelle: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung (2015), BAG. Darstellung: Universität Basel/IWSB



Aus Versorgungssicht suboptimal ist aber die Tatsache, dass ein Grossteil jener 8 Prozent der Versicherten, welche ein HMO-Modell wählen, keine chronischen Erkrankungen aufweist. Daten der Versicherer zeigen, dass es primär die jungen, gesunden Personen sind, welche sich in diese Versorgungsmodelle selektieren (vgl. z.B. Kauer, 2016; Reich u. a., 2012). Diese geniessen zwar die günstigeren Prämien dieser Modelle, profitieren aufgrund ihres (guten) Gesundheitszustands nur sehr begrenzt vom IntV-Ansatz. Handkehrum wählen wenige Personen mit chronischen Leiden diese Versorgungsform. Grossmehrheitlich lassen sich Langzeitpatienten noch immer konventionell oder in einem Hausarztmodell behandeln.

Interviews mit Fachexperten haben gezeigt, dass die Wichtigkeit des (meist langjährigen) Vertrauensverhältnisses zwischen dem Patienten und dem persönlichen Hausarzt nicht unterschätzt werden darf. HMO-Modelle werden diesem Bedürfnis nur eingeschränkt gerecht. Aber auch das fehlende Wissen der Versicherten über die Struktur und Funktionsweise von HMOs sowie die technische Unkenntnis und eine mangelnde Erfahrung beim Wechseln der Versicherungsmodelle könnten mitverantwortlich dafür sein, dass die HMOs bei chronisch Kranken noch immer ein Schattendasein fristen.

#### FEHLENDE ANREIZE BEI DEN KRANKENVERSICHERERN

Ob klassische HMO-Modelle für die Behandlung von chronischen Patienten gut geeignet sind, lässt sich nicht abschliessend beurteilen. Im Hinblick auf das Schweizer System wird jedoch klar, dass der integrierte Versorgungsansatz über HMOs sein Potenzial bei Weitem nicht entfaltet. Weder bei den Krankenkassen, noch bei den Leistungserbringern und Patienten bestehen offensichtlich genügend Anreize, solche Modelle anzubieten resp. in Anspruch zu nehmen.

Bei den Krankenversicherern spielen sicherlich der **Risikoausgleich**, das sogenannte **Trittbrettfahrerproblem**, die Möglichkeit des **jährlichen Modellwechsels** der Versicherten und die **dual-fixe Spitalfinanzierung** eine Rolle bei der Entscheidung über die Einführung neuer Versorgungsansätze.

Wenn der **Risikoausgleich** chronische Erkrankungen zu wenig adäquat abbildet, sind Krankenversicherer mit vielen Langzeitpatienten im Nachteil. Die Möglichkeiten, neue Versorgungsnetzwerke aufzubauen, sind damit naturgemäss eingeschränkt. Die jüngst beschlossene Verfeinerung des Risikoausgleichs anhand von weiteren Morbiditätskriterien dürfte aber bereits zu einer Verbesserung dieser Situation führen (vgl. INFRAS, 2014).

Der finanzielle Anreiz, neue Versorgungsformen zu entwickeln und Geld in die Versorgungsforschung zu investieren, wird zudem durch einfache ökonomische Gesetze beeinträchtigt. Auch andere Krankenversicherer können von innovativen Modellen profitieren, ohne dabei selbst finanzielle Mittel investieren zu müssen. Diese treten als sogenannte **Trittbrettfahrer** auf. Bei Hausarztnetzen beispielsweise profitieren ebenfalls die Versicherer von Versicherten, die keinen Managed-Care-Vertrag abgeschlossen haben. Neue Modelle haben damit die Charakteristik eines **öffentlichen Guts**. Die ökonomische Theorie besagt, dass in einer solchen Situation weniger investiert wird, als dies gesellschaftlich gesehen optimal wäre.

Drittens wird auch die **Wechselmöglichkeit** der Versicherten als Grund für den fehlenden Anreiz für die Krankenversicherer angesehen. Mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit wechselt der Versicherte die Krankenkasse nach einem oder mehreren Jahren (z.B. aufgrund eines Wohnortswechsels, der Prämiensituation, einer Änderung des Gesundheitszustands etc.). Programme, welche Anfangsinvestitionen benötigen und erst langfristig Einsparungen generieren, sind für die Versicherer folglich unattraktiv. Denn auch wenn viel Geld in die Gesundheit eines Patienten investiert wird, ist es womöglich ein anderer Krankenversicherer, der zu einem späteren Zeitpunkt vom besseren Gesundheitszustand der Person profitiert und einen Gewinn erzielen kann.

Auch beim letzten Punkt steht die Frage im Zentrum, wer von den Kosteneinsparungen am Ende profitiert und wer nicht. Führen integrierte Versorgungsansätze dazu, dass der ambulante Sektor relativ zum stationären Bereich an Bedeutung gewinnt, kann dies für das Gesamtsystem effektive Einsparungen bedeuten.



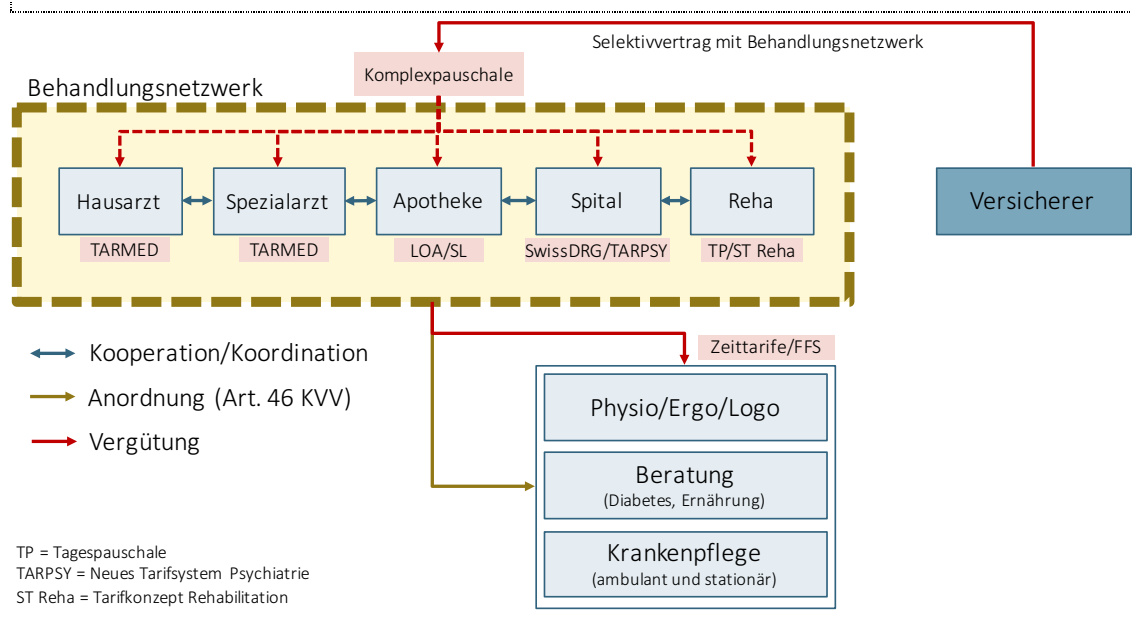
Finanziell entlastet werden aber in erster Linie die **Kantone**, welche mindestens 55 Prozent der Vergütung **stationärer Spitalaufenthalte** finanzieren und sich gleichzeitig nicht an der Finanzierung des ambulanten Sektors beteiligen. Im Extremfall könnte sich aufgrund dieses Mechanismus die finanzielle Situation des Versicherers gar verschlechtern. Die bestehende dualistische Finanzierung der Spitäler stellt ein wichtiges Hindernis zur Entwicklung eines integrierten Vergütungssystems dar.

### 4.3 IMPLEMENTIERUNG IM BESTEHENDEN SYSTEM UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

#### FUNKTIONSWEISE DER KOMPLEXPAUSCHALEN ÜBER SELEKTIVVERTRÄGE

Eine Umsetzung von Komplexpauschalen im bestehenden System für klar definierte Langzeiterkrankungen stellt an sich keine grosse Herausforderung dar. Realisierbar sind solche Abmachungen im Rahmen der Selektivverträge zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Ausserhalb dieser Verträge und bei akuten Erkrankungen könnte die Gesundheitsversorgung und -abgeltung weiterhin konventionell und sektoriell getrennt erfolgen. Die nachfolgende Abb. 4 stellt das alternative Versorgungsmodell vereinfacht dar.

ABB. 4 SCHAUBILD EINES SYSTEMS MIT KOMPLEXPAUSCHALEN



**Anmerkung:** Notfallversorgung wird ausgeblendet; ohne Berücksichtigung der weiteren Finanzierungsquellen.

**Darstellung:** Universität Basel/IWSB

Die individuellen Leistungserbringer organisieren sich in Form eines **Behandlungsnetzwerks (BNW)** und schliessen für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder Selektivverträge mit den Versicherern ab. Das BNW ist für die Behandlung der eingeschriebenen Patienten verantwortlich und koordiniert den Behandlungspfad intern. Bei Bedarf ordnet das BNW weitere Leistungen an, welche es ausserhalb des Netzwerks bezieht und selbst vergütet (z.B. Physiotherapie, Beratung etc.).

Die Krankenversicherer legen für die eingeschriebenen Patienten ein **virtuelles Budget** fest (Komplexpauschale). Darin eingerechnet sind sämtliche OKP-pflichtigen Leistungen. Die individuellen Leistungserbringer des Netzwerks rechnen weiterhin mit dem konventionellen Tarif ab (d.h. TARMED, SwissDRG etc.). Zu einem vertraglich festgelegten Zeitpunkt oder Ende Jahr werden die aufgelaufenen Kosten mit der Summe

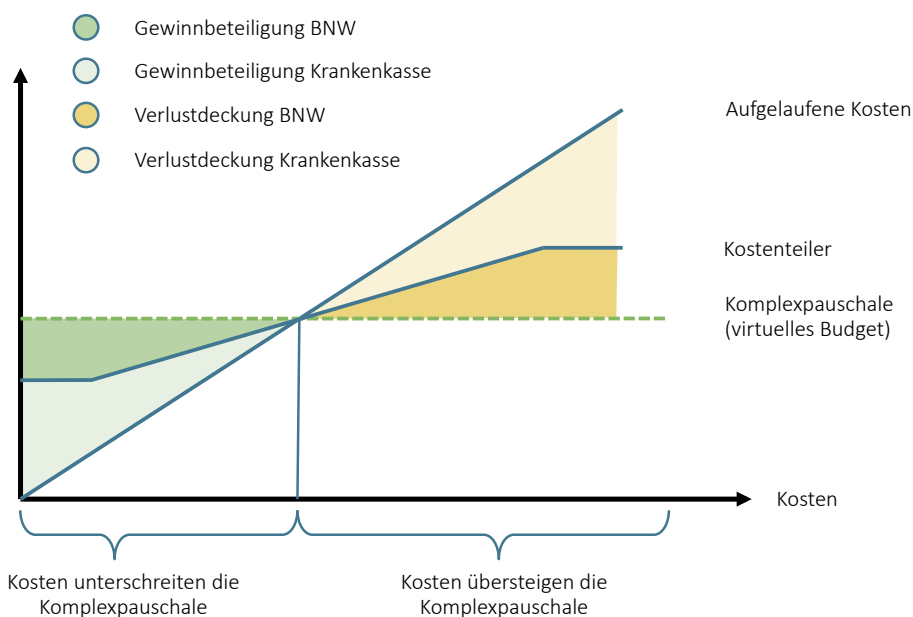


der Komplexpauschalen verglichen. Je nachdem, ob die Komplexpauschalen ausgereizt wurden oder nicht, folgt eine **Ausgleichszahlung** zwischen dem Versicherer und dem Behandlungsnetzwerk.

Aufgrund der Beschränkung des Vertrags auf ausgesuchte Krankheitsbilder oder Indikationen bietet es sich für die Vertragspartner an, objektive und ausreichend vergleichbare **Performance-Indikatoren** zu vereinbaren (vgl. Pay-for-performance). Diese können beispielsweise die Einhaltung der Behandlungsleitlinien betreffen, klinische Befunde beinhalten oder auf Basis einer Patientenbefragung generiert werden. Erreicht das Behandlungsnetzwerk einen bestimmten **Benchmark**, so erhöht (reduziert) sich die **Ausgleichszahlung** im Fall eines Überschusses (eines Verlusts) Ende Jahr. Als eine Art Rückversicherung für das Gesundheitsnetzwerk kann die Verlustbeteiligung zudem nach oben beschränkt werden.

Wie ein solcher Vertrag aussehen könnte, illustriert Abb. 5 am Beispiel eines einzelnen Patienten. Die fixe (und womöglich morbiditätsbereinigte) Komplexpauschale fungiert als virtuelles Budget für das BNW. Übersteigen die Behandlungskosten das Budget am Ende des Jahres, kommt der Kostenteiler zur Anwendung. Der kann zum Beispiel vorsehen, dass das BNW 40 Prozent des Kostenüberschusses finanzieren muss, während die Krankenkasse 60 Prozent abdeckt. Wie die Abbildung zeigt, steigt die Kostenbeteiligung bei stark überhöhten Kosten nicht mehr weiter an (Rückversicherung). Handkehrum kommt es im Fall einer Unterschreitung der Pauschale zu einer Ausgleichszahlung für das BNW. Je nachdem, ob ein Qualitätsbenchmark erreicht wurde, erhöht oder senkt sich die Gewinnbeteiligung für das BNW (d.h. der Kostenteiler ändert sich).

ABB. 5 SCHAUBILD DER GEWINN-/VERLUSTAUFTEILUNG ZWISCHEN DEN VERTRAGSPARTNERN



Darstellung: Universität Basel/IWSB

Für den Erfolg eines solchen Systems ist es für die Leistungserbringer zentral, sich verbindlich zu einigen und eine gemeinsame Strategie zu entwickeln. Auf den ersten Blick unklar ist, wie ein allfälliger Überschuss, welcher von der Kasse an die Gruppe gezahlt wird, auf die einzelnen Leistungserbringer aufgeteilt wird. Wie es das Beispiel 'Gesundes Kinzigtal' zeigte, kann dies über die Aktienbeteiligung der Leistungserbringer am Netzwerk geschehen. Möglich ist allerdings auch, dass sich die Partner zusätzlich auf gemeinsame Leitlinien einigen und die Beteiligung im Gewinnfall von internen Performance-Indikatoren abhängig machen.



Ökonomisch ist es jedoch sinnvoll, vor allem jene Leistungserbringer zu belohnen und in die Pflicht zu nehmen, welche einen grossen Einfluss auf die Kosten haben und daher zur Effizienz des Systems beitragen können.

## HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Das vorgestellte System ist zwar mit dem Schweizer System kompatibel und wird in eingeschränkter Form auch bereits von Krankenversicherern verwendet. Um jedoch Fehlanreize zu beseitigen und den Komplexpauschalen zu einem durchschlagenden Erfolg zu verhelfen, haben wir nachfolgend Handlungsempfehlungen formuliert, welche sich in der kurzen resp. mittleren Frist umsetzen lassen:

### Kurzfristiger Zeithorizont

- **Prüfung der Vereinbarkeit mit dem KVG:** Berchtold u. a. (2017) kommen in ihrem Gutachten zum Schluss, dass Komplexpauschalen bedingt mit dem KVG vereinbar sind, sofern die allgemeinen Grundsätze gewahrt werden (sachgerechte Tarifstruktur, Beachtung betriebswirtschaftlicher Grundsätze, zweckmässige und kostengünstige Versorgung). Nichtsdestotrotz ist die Vereinbarkeit eingehend zu überprüfen, um für die Vertragsparteien Rechtssicherheit und Planbarkeit zu schaffen.
- **Initiierung eines gemeinsamen Piloten:** Durch die indikationsbasierte Vergütung bietet sich ein Pilotprogramm an, welches sich die Ausarbeitung der Behandlungspfade und der Komplexpauschalen für eine chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz zum Ziel setzt. Die gemeinsame Initiative soll die Leistungserbringer, die Krankenversicherer, die Bundesverwaltung und ggf. externe Partner (z.B. SwissDRG AG) berücksichtigen und wertvolle Erkenntnisse für die Weiterentwicklung der Komplexpauschalen liefern.
- **Anstossfinanzierung für die Entwicklung neuer Modelle:** Die Implementierungskosten der neuen Modelle sind substanziell, während die positiven Effekte erst später entstehen. Eine Anstossfinanzierung und gezielte Förderung innovativer Selektivverträge in diesem Bereich kann helfen, dass die Vertragspartner gemeinsam neuartige IntV-Verträge gestalten und den damit einhergehenden Zusatzaufwand in Kauf nehmen.
- **Sicherstellung eines einheitlichen Datenaustauschs:** Die Vernetzung der Leistungserbringer ist stark an einen funktionierenden Austausch von Patientendaten gebunden (Stichwort: elektronisches Patientendossier). Im Zuge der eHealth-Strategie muss die öffentliche Hand sicherstellen, dass der elektronische Datenaustausch auf einheitlichen Standards beruht und die Interoperabilität gewährleistet ist.

### Mittelfristiger Zeithorizont

- **Umstellung auf eine monistische Finanzierung:** Die dual-fixe Spitalfinanzierung ist nur beschränkt mit den Komplexpauschalen vereinbar. Problematisch wird die Situation, wenn die Komplexpauschalen den Fokus auf den ambulanten Bereich verschieben. Sinkt aufgrund der Präventionsmassnahmen und der personalisierten Betreuung das Risiko für einen späteren Spitalaufenthalt, wird der resultierende Spareffekt in den Prämien nicht oder nur zum Teil sichtbar (vgl. Leu, 2004). Dieses Defizit würde behoben, wenn die Krankenkassen die Gesamtkosten (unabhängig vom Versorgungsbereich) deckten. Die Kantone könnten ihre Beiträge auf dem heutigen Stand einfrieren und über den Risikoausgleich ins OKP-System einspeisen. So wären die Fehlanreize der unterschiedlichen Finanzierung beseitigt, ohne die Höhe der regionalen Prämien dadurch zu beeinflussen.
- **Reformierung der bestehenden Vergütungssysteme:** Auch mit den Komplexpauschalen bleiben die heutigen Abgeltungssysteme weitgehend bestehen (z.B. TARMED, SwissDRG). Vor allem der TARMED-Katalog muss in Zukunft mit der technologischen Entwicklung besser schritthalten können. Auch wenn eine Leistung heute weniger Kosten verursacht als vor 10 Jahren, sinkt die Vergütung dafür nicht. Gewisse technologische Leistungen werden mit der Zeit hochprofitabel (vgl. Trottmann u. a., 2016). Eine





langfristige Angleichung der Abgeltungssysteme im ambulanten und stationären Sektor stellt einen Weg dar, wie Fehlanreize an den Schnittstellen des Gesundheitssystems entschärft werden können. Auch der Einbezug von P4P/P4C-Komponenten in die Vergütung kann zumindest als Initialzündung für eine intensivere Zusammenarbeit und verstärkte Interprofessionalität im gesamten Gesundheitswesen fungieren.

- **Etablierung von Mehrjahresverträgen in der OKP:** Mehrjährige Versicherungsverträge bringen den Vorteil mit sich, dass sich für die Versicherer (und auch die Leistungserbringer) die Planbarkeit spürbar erhöht. Damit verbessern sich auch die Anreize hinsichtlich der Ausarbeitung und Etablierung neuer Versorgungsformen – im Wissen, dass die Qualitätsverbesserungen und ggf. Kosteneinsparungen erst nach einer gewissen Zeit eintreten. Für die Versicherten äussern sich die bessere Planbarkeit und die effektiven Einsparungen in Form einer Prämienreduktion auf die Mehrjahresverträge. Denkbar wäre es, gesetzlich eine Mindestbindung an Verträge von drei Jahren vorzusehen.
- **Evaluation des Risikoausgleichs (und ggf. weitere Verfeinerung):** Der Miteinbezug der pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) in den Risikoausgleich ab 2020 ist zu begrüßen. Damit werden die finanziellen Risiken bei Versicherten mit chronischen Krankheiten akkurater kompensiert. Dieser Schritt wirkt nicht nur der Risikoselektion entgegen, die Verfeinerung erhöht gleichzeitig die finanziellen Möglichkeiten der Versicherer mit (relativ) vielen chronisch kranken und multimorbiden Menschen. Nichtsdestotrotz ist der Risikoausgleich stetig zu evaluieren, vor allem im Hinblick auf dessen Eignung zur Identifikation von Hochkostenfällen. Gleichzeitig ist sicherzustellen, dass Indikatoren berücksichtigt werden, die von den Versicherern nicht beeinflusst werden können.



## 5 ZUSAMMENZUG DER ERKENNTNISSE ANHAND VON FÜNF THESEN

### I. BESTEHENDE ABGELTUNGSSYSTEME BREMSEN EINE ENGERE VERNETZUNG DER LEISTUNGSERBRINGER IM GESUNDHEITSWESEN – UND DAMIT AUCH DIE QUALITÄT UND EFFIZIENZ

Die **Tarifgestaltung** im Rahmen der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) ist heute stark auf die **einzelnen Gesundheitssektoren** zugeschnitten. Während im ambulanten Bereich ein Grossteil der ärztlichen Leistungen einzeln vergütet wird (vgl. TARMED), kommen in den Spitälern Fallpauschalen und Tagespauschalen zum Einsatz. Bei angeordneten Leistungen wie Physiotherapie, Krankenpflege oder Beratungsgesprächen werden die Leistungserbringer mit Zeittarifen oder Sitzungspauschalen entlohnt.

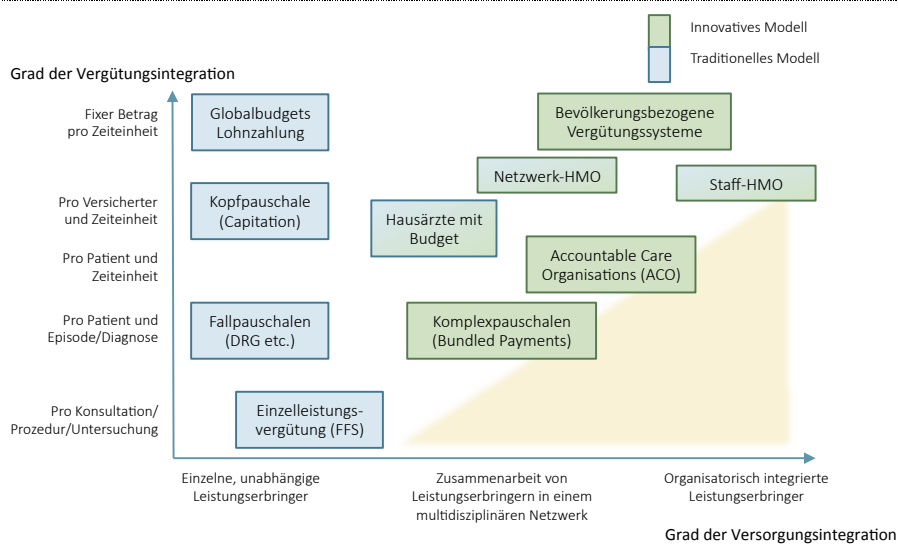
Was die theoretische und empirische Literatur immer wieder zeigt, ist, dass die Abgeltungsmodelle im Gesundheitswesen den Leistungserbringern unterschiedliche **Anreize** im Hinblick auf die **Qualität, Quantität und Kosten** setzen. Die zeitgleiche Anwendung verschiedener Abgeltungsmodelle steht dabei im Verdacht, der **Koordination und Kooperation** über die Versorgungsbereiche hinweg **im Weg zu stehen**.

Eine **Herausforderung** liegt darin, dass vor allem bei chronischen Erkrankungen und multimorbiden Patienten eine **Vielzahl von Leistungserbringern** in den Behandlungsprozess involviert ist. Das heutige System ist jedoch nur sehr beschränkt in der Lage, das gesamte Netzwerk an Haus- und Spezialärzten, Spitälern, Apotheken, Rehabilitationseinrichtungen, Spitex, Pflegeheimen und Therapeuten für die **gemeinsam erbrachte Behandlungsqualität** zu belohnen und ein ganzheitliches **Verantwortungsbewusstsein** hinsichtlich der Patienten zu fördern.

### II. INNOVATIVE ABGELTUNGSSYSTEME KÖNNEN DIE KOOPERATION, KOORDINATION UND INTERPROFESSIONALITÄT FÖRDERN – DIES ZEIGEN ERFAHRUNGEN AUS DEM AUSLAND

In einigen Ländern kommen bereits innovative Abgeltungsmodelle zum Einsatz, welche die Zusammenarbeit und damit auch die Behandlungsqualität unterstützen sollen. Bekannt sind neben den **leistungsabhängigen Zusatzentgelten** wie *Pay-for-performance* und *Pay-for-coordination* **bevölkerungsbezogene Abgeltungsmodelle** (Stichwort: Managed Care) und sogenannte **Komplexpauschalen**. Letztere bündeln die Vergütung einer ganzen Behandlungsepisode über alle Versorgungsstufen.

'INTEGRIERTE VERSORGUNG BEDINGT AUCH STETS EINE INTEGRIERTE VERGÜTUNG'  
ABGELTUNGSSYSTEME, GEORDET NACH DEREN GRAD DER VERGÜTUNGS- UND VERSORGUNGSINTEGRATION



Quelle: In Anlehnung an Tsiachristas (2016). Darstellung: Universität Basel/IWSB



Die Erfahrungen mit solchen Modellen sind durchwegs positiv. Dies zeigen Fallstudien aus den USA, Deutschland, Grossbritannien, Frankreich, Schweden und den Niederlanden. Möchte man aber konkret den Fokus auf **chronische Erkrankungen**, die **Langzeitpflege** und **Präventionsmassnahmen** legen, eignet sich ein System ganz besonders: **Komplexpauschalen** legen das Augenmerk auf eine nahtlose Behandlung und Betreuung von chronisch kranken Patienten über sämtliche Versorgungsbereiche (Ärztennetze, Apotheken, Gesundheitszentren, Spitäler, Rehabilitation, etc.) hinweg.

Die Literaturanalyse wie auch die Fallstudien aus Deutschland und den Niederlanden haben gezeigt, dass die gebündelte Vergütung eine gute Alternative zu traditionellen Systemen ist. Bei den Leistungserbringern entsteht aufgrund der Komplexpauschalen ein Anreiz, die **Behandlungspfade stärker zu koordinieren**, Performance-Indikatoren zu definieren, gemeinsame IT-Systeme zu entwickeln und sämtliche Anbieter in eine **Gesamtverantwortung** miteinzubeziehen. Damit rücken auch die **Interprofessionalität** und die **Interdisziplinarität** stärker in den Vordergrund.

### III. HMO-MODELLE VERFOLGEN ZWAR EINE INTEGRIERTE VERSORGUNG – CHRONISCH KRANKE WOLLEN ABER NICHTS DAVON WISSEN

Heute existiert lediglich ein Managed Care-Ansatz, welcher nebst dem Gedanken des *Gatekeepers* den **Ansatz der integrierten Versorgung** verfolgt, nämlich das *HMO*-Modell. Hausärzte, verschiedene Spezialisten und Therapeuten, welche gemeinsam als HMO auftreten, erhalten für die Behandlung ihrer Versicherten Pauschalbeiträge von den Kassen und koordinieren den Behandlungsablauf intern und in Zusammenarbeit mit externen Leistungserbringern (z.B. Spitäler, Rehabilitation). Früher erhielten die HMOs pro Versichertem eine Kopfpauschale (sog. *Capitation*). Heute rechnen die Leistungserbringer meist konventionell ab, erhalten für das Erreichen gewisser Kosteneinsparungs- und Qualitätsziele aber Bonuszahlungen.

HMOs würden sich aufgrund des integralen Ansatzes sehr gut für die Behandlung und Betreuung chronisch kranker Personen eignen. Aus Versorgungssicht suboptimal ist aber die Tatsache, dass ein Grossteil jener 8 Prozent der Versicherten in der Schweiz, welche ein HMO-Modell wählen, keine chronischen Erkrankungen aufweist. Daten der Versicherer zeigen, dass es primär die **jungen, gesunden Personen** sind, welche sich für diese Versorgungsmodelle **entscheiden**. Diese profitieren zwar von den **günstigeren Prämien** dieser Modelle, aufgrund ihres (guten) Gesundheitszustands jedoch nur sehr **begrenzt** von einer **integrierten Gesundheitsversorgung**. Handkehrum wählen vergleichsweise wenige Personen mit chronischen Leiden diese Versorgungsform. Grossmehrheitlich lassen sich **Langzeitpatienten** noch immer **konventionell** oder **in einem Hausarztmodell** behandeln. Gespräche mit Experten haben gezeigt, dass die Wichtigkeit des (meist langjährigen) Vertrauensverhältnisses zwischen dem Patienten und dem persönlichen Hausarzt nicht unterschätzt werden sollte. HMO-Modelle werden diesem Bedürfnis nur eingeschränkt gerecht. Zudem wissen viele (ältere) Patienten eher wenig über die Funktionsweise und den potentiellen Nutzen der HMO-Modelle und entscheiden sich im Zweifelsfall eher nicht für einen Modellwechsel.

### IV. KOMPLEXPAUSCHALEN LASSEN SICH INS BESTEHENDE SYSTEM INTEGRIEREN – DEN KRANKENVERSICHERERN FEHLEN ABER ENTSCHEIDENDE ANREIZE

Eine Umsetzung von Komplexpauschalen im bestehenden System für klar definierte Langzeiterkrankungen stellt an sich keine grosse Herausforderung dar. Realisierbar sind solche Abmachungen im Rahmen der **Selektivverträge** zwischen Krankenversicherern und Leistungserbringern. Ausserhalb dieser Verträge und bei akuten Erkrankungen könnte die Gesundheitsversorgung und -abgeltung weiterhin konventionell und sektoriell getrennt erfolgen.

Die individuellen Leistungserbringer organisieren sich in Form eines **Behandlungsnetzwerks** und schliessen für die Behandlung bestimmter Krankheitsbilder (z.B. Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz) Selektivverträge



mit den Versicherern ab. Das Netzwerk ist für die Behandlung der eingeschriebenen Patienten verantwortlich und **koordiniert** den **Behandlungspfad** intern. Bei Bedarf ordnet das Netzwerk weitere Leistungen an, welche es extern bezieht und selbst vergütet (z.B. Physiotherapie, Beratung etc.).

Die Krankenversicherer legen für die eingeschriebenen Patienten zunächst ein **Budget** fest (Komplexpauschalen). Darin eingerechnet sind sämtliche OKP-pflichtigen Leistungen. Die individuellen Leistungserbringer des Netzwerks rechnen weiterhin mit dem konventionellen Tarif ab (d.h. TARMED, SwissDRG etc.). Ende Jahr werden die aufgelaufenen Kosten mit der Summe der Komplexpauschalen verglichen. Je nachdem, ob die Komplexpauschalen ausgereizt worden sind oder nicht, folgt eine **Ausgleichszahlung** zwischen dem Versicherer und dem Behandlungsnetzwerk. Eine Verknüpfung der Gewinn- bzw. Verlustbeteiligung an spezifische Qualitätskriterien ist möglich und wünschenswert.

Zum heutigen Zeitpunkt bestehen für die **Krankenversicherer** aber offensichtlich nicht ausreichende **Anreize**, in solche Versorgungsmodelle zu investieren. Nebst dem **Risikoausgleich** wurden das sogenannte **Trittbrettfahrerproblem**, die jährliche **Wechselmöglichkeit** der Versicherten und die **dual-fixe Spitalfinanzierung** als Hemmnisse für neue Versorgungsansätze identifiziert. Alle diese Umstände führen dazu, dass sich der finanzielle Aufwand, in diese Systeme zu investieren, für die Grundversicherer nicht notwendigerweise rentiert.

#### V. GEZIELTE ANPASSUNGEN AM SYSTEM KÖNNEN DEN KOMPLEXPAUSCHALEN ZUM ERFOLG VERHELLEN – GLEICHZEITIG WERDEN BESTEHENDE FEHLANREIZE VERMIEDEN

Das vorgestellte System ist zwar mit dem Schweizer System kompatibel und wird in kleinem Ausmass auch bereits heute von Krankenversicherern verwendet. Um jedoch **Fehlanreize** zu **beseitigen** und den Komplexpauschalen zu einem durchschlagenden Erfolg zu verhelfen, drängen sich die nachfolgenden **Handlungsempfehlungen** auf, welche sich in der **kurzen** resp. **mittleren** Frist umsetzen lassen:

##### Kurzfristiger Zeithorizont

- **Prüfung der Vereinbarkeit mit dem KVG:** Die Vereinbarkeit der Komplexpauschalen ist eingehend zu überprüfen, um für die Vertragsparteien Rechtssicherheit und Planbarkeit zu schaffen.
- **Initiierung eines gemeinsamen Piloten:** Durch die indikationsbasierte Vergütung bietet sich ein Pilotprogramm an, welches sich die Ausarbeitung der Behandlungspfade und der Komplexpauschalen für eine chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz zum Ziel setzt.
- **Anstossfinanzierung für die Entwicklung neuer Modelle:** Eine Anstossfinanzierung und gezielte Förderung innovativer Selektivverträge in diesem Bereich kann helfen, dass die Vertragspartner gemeinsam neuartige Verträge gestalten und den damit einhergehenden Zusatzaufwand in Kauf nehmen.
- **Sicherstellung eines einheitlichen Datenaustauschs:** Die Vernetzung der Leistungserbringer hängt stark von einem funktionierenden Austausch der Patientendaten ab (Stichwort: elektronisches Patientendossier). Im Zuge der eHealth-Strategie muss die öffentliche Hand sicherstellen, dass der elektronische Datenaustausch auf einheitlichen Standards beruht und die Interoperabilität gewährleistet ist.

##### Mittelfristiger Zeithorizont

- **Umstellung auf eine monistische Finanzierung:** Die dual-fixe Spitalfinanzierung ist nur beschränkt mit den Komplexpauschalen vereinbar. Die Kantone könnten ihre Beiträge an die stationäre Versorgung über den Risikoausgleich ins OKP-System einspeisen. So wären die Fehlanreize der unterschiedlichen Finanzierung beseitigt, ohne die Höhe der regionalen Prämien dadurch zu beeinflussen.
- **Reformierung der bestehenden Vergütungssysteme:** Auch mit den Komplexpauschalen bleiben die heutigen Abgeltungssysteme weitgehend bestehen. Eine langfristige Angleichung der Abgeltungssysteme im ambulanten und stationären Sektor beschreibt einen Weg, wie Fehlanreize an den Schnittstellen des Gesundheitssystems entschärft werden können.



- **Etablierung von Mehrjahresverträgen in der OKP:** Mehrjährige Versicherungsverträge bringen den Vorteil mit sich, dass sich für die Versicherer (und auch die Leistungserbringer) die Planbarkeit erhöht. Damit verbessern sich auch die Anreize hinsichtlich der Etablierung neuer Versorgungsformen – im Wissen, dass Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen erst nach einer gewissen Zeit eintreten. Denkbar wäre es, gesetzlich eine Mindestbindung an Verträge von drei Jahren vorzusehen.
- **Evaluation des verfeinerten Risikoausgleichs (und ggf. weitere Verfeinerung):** Der ab 2020 vorgesehene Einbezug von pharmazeutischen Kostengruppen bedeutet im Zusammenhang mit der Versorgung chronisch Kranker einen deutlichen Fortschritt. Dennoch ist der Risikoausgleich weiterhin zu evaluieren, vor allem im Hinblick auf dessen Eignung zur Identifikation von Hochkostenfällen. Gleichzeitig ist es wichtig sicherzustellen, dass nur Indikatoren in die Berechnung mit einfließen, welche von den Krankenversicherern nicht beeinflusst werden können.



## 6 LITERATURVERZEICHNIS

- Afrite, A., Bourgueil, Y., Daniel, F., Mousquès, J., Couralet, P.-E., und Chevillard, G. (2013). The Impact of Multi-professional Group Practices on Healthcare Supply: Evaluation Aims and Methods for „Maisons“, „Pôles de Santé“ and „Centres de Santé“ within the Framework of Experiments with New Mechanisms of Remuneration. *Quest. Déconomie Santé* 189.
- Australian National Audit Office (2010). Practice incentives program audit report no. 5 2010–2011 (Canberra: Australian National Audit Office).
- Beck, K. (2013). Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz - Praktische Erfahrungen. *GGW* 13, 25–34.
- Benavent, J., Juan, C., Clos, J., Sequeira, E., Gimferrer, N., und Vilaseca, J. (2009). Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results. *Qual. Prim. Care* 17, 123–131.
- Berchtold, P., Reich, O., Schimmann, F., und Zanoni, U. (2017). «fmc-Denkstoff» Nr. 3 - Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025 (Neuägeri: fmc - Schweizer Forum für Integrierte Versorgung).
- Berenson, R.A., und Burton, R.A. (2011). *Accountable Care Organizations in Medicare and the Private Sector: A Status Update* (Robert Wood Johnson Foundation / Urban Institute).
- Berry, S.A., Doll, M.C., McKinley, K.E., Casale, A.S., und Bothe, A. (2009). ProvenCare: quality improvement model for designing highly reliable care in cardiac surgery. *BMJ Qual. Saf.* 18, 360–368.
- Berwick, D.M., Nolan, T.W., und Whittington, J. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Aff. (Millwood)* 27, 759–769.
- Busse, R., und Stahl, J. (2014). Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. *Health Aff. Proj. Hope* 33, 1549–1558.
- Cashin, C., Chi, Y.-L., Smith, P., Borowitz, M., und Thomson, S. (2014). *Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability (2014)* (Berkshire, UK: Open University Press).
- CMS (2011). Medicare program; Medicare Shared Savings Program: Accountable Care Organizations.
- CMS (2016). Medicare Shared Savings Program: Quality Measure Benchmarks for the 2016 and 2017 Reporting Years (Centers for Medicare & Medicaid Services).
- CMS (2017). Shared Savings Program Fast Facts (Centers for Medicare & Medicaid Services).
- Cramm, J.M., und Nieboer, A.P. (2014). A longitudinal study to identify the influence of quality of chronic care delivery on productive interactions between patients and (teams of) healthcare professionals within disease management programmes. *BMJ Open* 4, e005914.
- Eijkenaar, F. (2013). Key issues in the design of pay for performance programs. *Eur. J. Health Econ.* 14, 117–131.
- Eijkenaar, F., Emmert, M., Scheppach, M., und Schöffski, O. (2013). Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews. *Health Policy* 110, 115–130.
- EIU (2016). An integrated approach to value-based healthcare: Germany's *Gesundes Kinzigtal* (The Economist Intelligence Unit).
- FFMPS (2015). *Les nouveaux modes de rémunération*.
- Gershlick, B. (2016). England Case Example – NHS Long Term Care 'Year of Care' funding model (submitted for the OECD Project on Payment).
- Geruso, M., und McGuire, T.G. (2016). Tradeoffs in the design of health plan payment systems: Fit, power and balance. *J. Health Econ.* 47, 1–19.



- HHS (2015). Better, Smarter, Healthier: In historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value (Department of Health and Human Services).
- Hildebrandt, H. (2017). Vergütung 3.0: Kinzigal-Vergütung > fair + einfach + transparent < (Berlin: Gesundes Kinzigal GmbH / OptiMedis AG).
- Hildebrandt, H., Schulte, T., und Stunder, B. (2012). Triple Aim in Kinzigal, Germany: Improving population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK? *J. Integr. Care* 20, 205–222.
- INFRAS (2014). Mehr Effizienz im Gesundheitswesen – ausgewählte Lösungsansätze (Zürich: Gutachten im Auftrag der Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips)).
- Jegers, M., Kesteloot, K., De Graeve, D., und Gilles, W. (2002). A typology for provider payment systems in health care. *Health Policy Amst. Neth.* 60, 255–273.
- Kauer, L. (2016). Long-term Effects of Managed Care. *Health Econ.* n/a-n/a.
- Kay, A. (2001). Beyond Policy Community — the Case of the GP Fundholding Scheme. *Public Adm.* 79, 561–577.
- Kocot, S.L. (2014). A More Complete Picture of Pioneer ACO Result (Washington D.C.: Brookings Institution).
- Kouides, R.W., Bennett, N.M., Lewis, B., Cappuccio, J.D., Barker, W.H., und LaForce, F.M. (1998). Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *The Primary-Care Physicians of Monroe County. Am. J. Prev. Med.* 14, 89–95.
- Leu, R.E. (2004). Monistische Spitalfinanzierung - Grundlagen zur 3. KVG-Revision, Teilprojekt (Bern: Bundesamt für Gesundheit (BAG)).
- Lourenço, A. (2016). Portugal Case Example – Bundled Payment Per Patient Treated (submitted for the OECD Project on Payment Systems).
- Ma, C.A. (1994). Health Care Payment Systems: Cost and Quality Incentives. *J. Econ. Manag. Strategy* 3, 93–112.
- McWilliams, J.M., Landon, B.E., Chernew, M.E., und Zaslavsky, A.M. (2014). Changes in patients' experiences in Medicare Accountable Care Organizations. *N. Engl. J. Med.* 371, 1715–1724.
- McWilliams, J.M., Hatfield, L.A., Chernew, M.E., Landon, B.E., und Schwartz, A.L. (2016). Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. *N. Engl. J. Med.* 374, 2357–2366.
- Merck, P., Hynek, S., und Hildebrandt, H. (2016). Jahresbericht 2015 Gesundes Kinzigal GmbH - Innovationen für eine gesunde Zukunft (Hausach).
- Milstein, R., und Blankart, C.R. (2016). The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. *Health Policy* 120, 445–451.
- Mnich, E., Hofreuter-Gätgens, K., Salomon, T., Swart, E., und von dem Knesebeck, O. (2013). Outcome evaluation of a health promotion among the elderly. *Gesundheitswesen* 75, e5-10.
- Mousquès, J. (2014). L'évaluation des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) en France (Paris: IRDES).
- Mousquès, J., und Bourgueil, Y. (2014). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 (IRDES - Institut de Recherche et Documentations en Economie de la Santé).
- Mousquès, J., und Daniel, F. (2015a). L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). *Quest. Déconomie Santé* 211.



- Mousquès, J., und Daniel, F. (2015b). Multiprofessional Group Practices Generate Gains in Terms of Productivity and Expenditures. Results of the Evaluation of Multidisciplinary Group Practices (MGP), Health Care Networks (HCN) and Health Care Centers (HCC) Participating in Experiments with New Modes of Remuneration (ENMR). *Quest. Déconomie Santé* 210.
- Muhlestein, D. (2015). Growth And Dispersion Of Accountable Care Organizations In 2015.
- Muhlestein, D., und Hall, C. (2014). ACO Quality Results: Good But Not Great.
- NHS England (2015). Different payment approaches to support new care models.
- NHS England (2017a). Next Steps on the NHS Five Year Forward View (National Health Services).
- NHS England (2017b). Performance Report - Annual Report 2016/17 (National Health Services).
- NHS England (2017c). The Incentives framework for ACOs (National Health Services).
- NHS European Office (2011). The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia (Brüssel: NHS Confederation).
- OECD (2016). Better Ways to Pay for Health Care (Paris: OECD Publishing).
- Pimperl, A., Hildebrandt, H., Groene, O., Schulte, T., Meyer, I., Wetzel, M., Udayakumar, K., Gonzales-Smith, J., und Thoumi, A. (2017a). Case Study: Gesundes Kinzigtal, Germany - Accountable Care in Practice: Global Perspectives (Duke Margolis Center for Health Policy & The Commonwealth Fund).
- Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmöller, M., Busse, R., Groene, O., Rodriguez, H.P., und Hildebrandt, H. (2017b). Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. *Popul. Health Manag.* 20, 239–248.
- Porter, M.E. (2014). Value Based Health Care Delivery: Implications for Sweden (Harvard Business School).
- Porter, M.E., Marks, C.M., und Landman, Z.C. (2014a). OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (A). *Harv. Bus. Sch. Suppl.* 9-714–514.
- Porter, M.E., Marks, C.M., und Landman, Z.C. (2014b). OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (B). *Harv. Bus. Sch. Suppl.* 9-714–515.
- Reich, O., Rapold, R., und Flatscher-Thöni, M. (2012). An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *Int. J. Integr. Care* 12.
- Rosenthal, M.B. (2008). Beyond Pay for Performance — Emerging Models of Provider-Payment Reform. *N. Engl. J. Med.* 359, 1197–1200.
- Rosenthal, M.B., und Dudley, R.A. (2007). Pay-for-Performance: Will the Latest Payment Trend Improve Care? *JAMA* 297, 740–744.
- Rosenthal, M.B., und Frank, R.G. (2006). What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med. Care Res. Rev. MCRR* 63, 135–157.
- Rutten-van Mölken, M. (2014). Bundled payment for integrated chronic care: the Dutch experience (Rotterdam: Erasmus University Rotterdam).
- Schäfer, I., Küver, C., Gedrose, B., Hoffmann, F., Ruß-Thiel, B., Brose, H.-P., van den Bussche, H., und Kaduszkiewicz, H. (2010). The disease management program for type 2 diabetes in Germany enhances process quality of diabetes care - a follow-up survey of patient's experiences. *BMC Health Serv. Res.* 10, 55.
- Schoul, A.-K., und Gniostko, C. (2009). AOK Bundesverband: Evaluation AOK Curaplan COPD (AOK Bundesverband).
- Schubert, I., Siegel, A., Köster, I., und Ihle, P. (2016). Evaluation der populationsbezogenen ‚Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal‘ (IVGK). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf der Basis von Routinedaten. *Z. Für Evidenz Fortbild. Qual. Im Gesundheitswesen* 117, 27–37.





- Schulte, T., Pimperl, A., Hildebrandt, H., und Bohnet-Joschko, S. (2017). USA: Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, A. Brandhorst, H. Hildebrandt, und E.-W. Luthe, Hrsg. (Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden), S. 535–552.
- Seddon, M.E., Marshall, M.N., Campbell, S.M., und Roland, M.O. (2001). Systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *BMJ Qual. Saf.* 10, 152–158.
- Shortell, S.M., Wu, F.M., Lewis, V.A., Colla, C.H., und Fisher, E.S. (2014). A Taxonomy of Accountable Care Organizations for Policy and Practice. *Health Serv. Res.* 49, 1883–1899.
- Siegel, A., Kotterer, A., Andreas, M., und Niebling, W. (2016). GeKiM – Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung. Bericht zur zweiten Mitgliederbefragung 2015 (Freiburg i. Br.: Universitäts Klinikum Freiburg).
- Solutions Médicales (2015). Les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR).
- Song, Z., Rose, S., Safran, D.G., Landon, B.E., Day, M.P., und Chernew, M.E. (2014). Changes in Health Care Spending and Quality 4 Years into Global Payment. *N. Engl. J. Med.* 371, 1704–1714.
- Stadler, J., und Waller, T. (2011). Accountable Care Organizations als Neuerung im US-Gesundheitssystem. 2011, 36–39.
- Struckmann, V., Quentin, W., Busse, R., und van Ginneken, E. (2017). How to strengthen financing mechanisms to promote care for people with multimorbidity in Europe? (Utrecht: ICARE4EU consortium).
- Struijs, J.N., Van Til, J.T., und Baan, C.A. (2010). Experimenting with a bundled payment system for diabetes care in the Netherlands: the first tangible effects (Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment).
- Struijs, J.N., De Jong-Van Til, J.T., Lemmens, L.C., Drewes, H.W., De Bruin, S.R., und Baan, C.A. (2012). Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands: impact on health care delivery process and the quality of care (Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment).
- Trottmann, M., Telser, H., und Widmer, P. (2016). Fehlanreize im schweizerischen Gesundheitssystem und Lösungsvorschläge. Studie im Auftrag von santésuisse (Olten: Polynomics AG).
- Tsiachristas, A. (2016). Financial Incentives to Stimulate Integration of Care. *Int. J. Integr. Care* 16.
- Van Herck, P., De Smedt, D., Annemans, L., Remmen, R., Rosenthal, M.B., und Sermeus, W. (2010). Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv. Res.* 10, 247.
- Västra, K. (2010). Assessing the impact of implementing primary care quality bonus system on follow up of patients with hypertension and type 2 diabetes based on Estonian Health Insurance Fund claims registry data in 2005–2008 (University of Tartu).
- Werblow, A., und Karmann, A. (2012). Evaluation des integrierten Versorgungsvertrages über die Versorgung kardiovaskulär erkrankter Versicherter (CARDIO-Integral) der AOK Plus (Dresden: Technische Universität Dresden).
- Wohlin, J. (2012). Bundled Payment Initiative in Stockholm Produces Promising Results | (Health Care Incentives Improvement Institute, Inc. (HCI3)).
- Wohlin, J. (2015). Value Based steering and support systems for Danish health care (Copenhagen: IVCAR).
- Wohlin, J., Hohman, J., und Stalberg, H. (2011). Initial Results Promising for Bundled Payment Model in Stockholm (Karolinska Institutet, Harvard Business School, Stockholm County Council).



## A ANHANG

### A.1 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ACO	Accountable Care Organisation (Gesundheitsorganisation mit Qualitäts- und Budgetverantwortung)
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BNW	Behandlungsnetzwerk
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (deu. chronisch obstruktive Lungenkrankheit)
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis-related Group (deu. diagnosebezogene Fallgruppe)
ENMR	Expérimentations de nouveaux modes de rémunération
FFS	Fee-for-service (deu. Einzelleistungsvergütung)
HMO	Health Maintenance Organisation (Gesundheitsorganisation mit Budgetverantwortung)
ICARE4EU	Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe
IntV	Integrierte Versorgung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MQNK	Medizinisches QualitätsNetz Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.
NHS	National Health System (nationales Gesundheitssystem Englands)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
P4C	Pay-for-coordination (deu. Zusatzentgelte für Koordinationsbemühungen)
P4P	Pay-for-performance (deu. Zusatzentgelte für Qualitäts- und Effizienzbemühungen)
PBP	Population-based Payment (deu. bevölkerungsbezogenes Vergütungssystem)
PCG	Pharmaceutical Cost Group (deu. pharmazeutische Kostengruppen)
QALY	Quality-adjusted Life Year (deu. qualitätsbereinigtes Lebensjahr)
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SVLFG	Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
SwissDRG	Swiss Diagnosis-related Groups (Schweizer Tarifstruktur für akutstationäre Leistungen)
TARMED	Tarif médical (Schweizer Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen)
5YFV	Five Year Forward View (Fünfjahresplan) des englischen Gesundheitssystems NHS



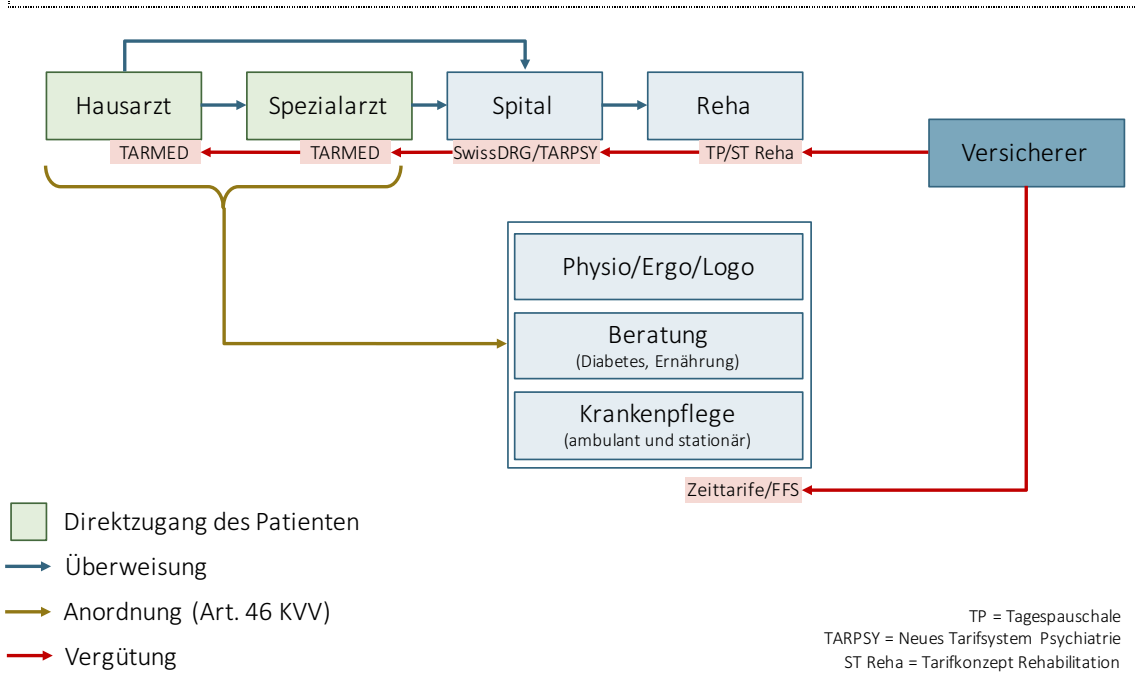
## A.2 ABBILDUNGEN UND TABELLEN

Abb. 1	Abgeltungssysteme, geordnet nach deren Grad der Vergütungs- und Versorgungsintegration ...	12
Abb. 2	Ärztliche Behandlung wegen chronischer Krankheiten in der Schweiz .....	33
Abb. 3	Verteilung der Versicherungsformen in %, Versicherte ab 19 Jahren .....	34
Abb. 4	Schaubild eines Systems mit Komplexpauschalen .....	36
Abb. 5	Schaubild der Gewinn-/Verlustaufteilung zwischen den Vertragspartnern .....	37
Abb. 6	Schaubild der konventionellen Versorgung in der Schweiz.....	50
Tab. 1	Abgeltungssysteme und deren Wirkung auf verschiedene Dimensionen des Gesundheitssystems .....	9



### A.3 ZUSÄTZLICHE ABBILDUNGEN

ABB. 6 SCHAUBILD DER KONVENTIONELLEN VERSORGUNG IN DER SCHWEIZ



**Anmerkung:** Notfallversorgung wird ausgeblendet; ohne Berücksichtigung der Apotheken und der weiteren Finanzierungsquellen.

**Darstellung:** Universität Basel/IWSB