



# Pauschalhonorierung. Ein Risiko?

## Möglichkeiten zur Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen für den niedergelassenen Bereich

### 1 Einleitung

Die Honorierung von Vertragsärztinnen und -ärzten ist regelmäßig ein emotional debattiertes Thema. Oft geht es dabei primär um die Höhe der Honorierung. Manchmal hat es beinahe den Anschein, als ob die Vertreter der Ärztekammern darin den wichtigsten Hebel sehen, Ärztinnen und Ärzte für das Sachleistungssystem gewinnen zu können. Immer wieder wird auch die derzeitige Form der Honorierung grundsätzlich zur Diskussion gestellt und eine Reform angestrebt. In den aktuellen Vereinbarungen gemäß Artikel 15a B-VG wird eine Weiterentwicklung der Vergütungsmodelle gefordert. Die Richtung, in die es dabei gehen soll, ist zumindest in einem Punkt klar: Leistungserbringer sollen stärker pauschal bezahlt werden („Des Weiteren sind ... Honorierungssysteme ... grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten“ bzw. „Des Weiteren ist eine stärkere pauschalierte Ab-

geltung von Leistungsbündel anzustreben“)<sup>1</sup>. In der Studie „Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System“ der London School of Economics geht man noch einen Schritt weiter und sieht die sektorenübergreifende Honorierung von Leistungsbündeln (*bundled payment*) als mittelfristige Handlungsoption (*“To improve care, and reduce overall costs, risk-adjusted bundled payments for high-cost multi-morbid patients is recommended. Specifically, to encourage continuity of care and avoid patients ‘wandering’ through the healthcare system, joint budgets between social health insurance and the Lands would be created to cover costs across the spectrum of care (i.e. primary care, ambulatory care, hospital care and social care)”*)<sup>2</sup>.

Die Forderung nach mehr Pauschalierung hat ihre Wurzeln in der Kritik an der Einzelleistungsvergütung. Außerdem ist ein gewisser internationaler Trend zu erkennen, dass in vielen Ländern mit tra-

<sup>1</sup> „Finanzierungs- und Honorierungssysteme sind stärker am Versorgungsbedarf auszurichten und so zu gestalten, dass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit (insbesondere Versorgung am ‚Best Point of Service‘) und die Anforderungen an die Versorgungsformen unterstützt werden“ (Art. 6 Abs. 2 Z 7 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). „Es wird vereinbart, die bestehenden Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme im österreichischen Gesundheitswesen in der Form weiterzuentwickeln, sodass die Ziele der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere eine stärkere Ausrichtung am Versorgungsbedarf, unterstützt und ein möglichst effektiver und effizienter Einsatz der zur Verfügung stehenden Finanzmittel sichergestellt wird. Des Weiteren sind die Finanzierungs- und Abgeltungs- bzw. Honorierungssysteme aller Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens aufeinander abzustimmen und grundsätzlich in pauschalierter, leistungsorientierter und transparenter Form zu gestalten“ (Art. 13 Abs. 1 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens). „Des Weiteren ist eine stärkere pauschalierte Abgeltung von Leistungsbündel anzustreben“ (Art. 13 Abs. 2 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

<sup>2</sup> LSE Consulting 2017.

ditionell hohem Anteil an Einzelleistungsvergütung die Honorierungsmodelle reformiert wurden bzw. werden und vermehrt auf eine Bündelung von Leistungen und mehr Pauschalierung gesetzt wird.<sup>3</sup> Die möglichen Probleme der Einzelleistungsvergütung sind hinlänglich bekannt. Von ihr gehen Anreize aus, die zu folgenden unerwünschten Effekten führen können:<sup>4</sup>

- Generelle Mengensteigerungen und damit verbundenen Kostensteigerungen bzw. intensiver Ressourceneinsatz (anbieterinduzierte Nachfrage, z. B. durch unnötige Wiederbestellungen oder Ping-Pong-Überweisungen).
- Überversorgung bei Leistungen mit besonders hohem Deckungsbeitrag sowie selektive Unterversorgung bei zu niedriger Leistungsvergütung.
- Mit der Erhöhung der internen Effizienz bzw. Produktivität einhergehende, negative Auswirkungen auf Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit (z. B. Frequenzmaximierung durch „Fließbandabfertigung“ der Patienten, Mangel an Gesprächsmedizin). Gerade der Servicegedanke und die zwischenmenschlichen Aspekte bei der Betreuung von Patienten können dadurch leiden – zwei Aspekte, die jedoch für viele Patienten bei der Arztwahl eine besondere Rolle spielen.<sup>5</sup>
- Wenig Integration, Fragmentierung der Versorgung.
- Vernachlässigung von Prävention und Versorgungscoordination.

Der Einsatz einer pauschalen Vergütung soll die mit der Einzelleistungsvergütung verbundenen Probleme beseitigen. Eine wichtige Frage, die dabei gestellt werden muss: Wird mit der stärkeren Fokussierung auf Pauschalen wirklich alles besser? Auch pauschale Honorierungsmodelle haben ihre Vor- und Nachteile bzw. es müssen einige

wichtige Aspekte bei ihrer Umsetzung beachtet werden.

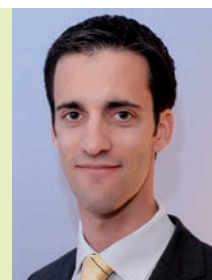
Dieser Artikel soll aus unserer Sicht die Fragen beantworten, welche Vorteile, aber auch Nachteile pauschale Honorierungsmodelle mit sich bringen (Abschnitt 2) und was dies für die geforderte Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen in Österreich bedeutet (Abschnitte 4 und 5). Um diese Thematik seriös diskutieren zu können, ist es unumgänglich, auch dem Thema Risikoadjustierung Aufmerksamkeit zu widmen (Abschnitt 3).

## 2 Pauschalmodelle als bessere Alternative zur Einzelleistungsvergütung?

### 2.1 Überblick, Vor- und Nachteile

Neben der Einzelleistungsvergütung existiert noch eine Reihe anderer Honorierungsformen mit unterschiedlichen Graden der Pauschalierung. Das Wesen einer Pauschale ist dadurch gekennzeichnet, dass mehrere Teilleistungen zusammengefasst und durch einen Geldbetrag abgegolten werden. Dies geschieht, ohne im Einzelfall zu berücksichtigen, ob oder wie häufig eine Teilleistung erbracht wurde.<sup>6</sup> Eine Pauschale soll somit die durchschnittliche Inanspruchnahme der Teilleistungen widerspiegeln. Unterschiede zwischen verschiedenen Arten von Pauschalen bestehen im Grad der Aggregation von Teilleistungen. Dafür ist auch ausschlaggebend, welche Bemessungseinheit der Pauschale zugrunde liegt (z. B. Öffnungszeiten einer Ordination, Behandlungsfälle, einzelne Kontakte).<sup>7</sup> Die gängigsten Möglichkeiten sind in Tabelle 1 vereinfacht dargestellt und werden im Folgenden kurz erläutert.

- Bei **Kontaktpauschalen** wird die Honorierung durch einen einzelnen Kontakt zwischen dem



Mag. Reinhard Jung ist Gesundheitsökonom in der Abteilung „Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung“ (EWG) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.



Tony Meinert studiert Volkswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität (WU) in Wien und ist derzeit in Teilzeit im Bereich „Gesundheitsökonomie“ im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beschäftigt.

**Tabelle 1: Typen unterschiedlicher Honorarformen nach Pauschalierungsgrad**

Nicht pauschaliert			pauschaliert		
Einzelleistungsvergütung	pro Kontakt bzw. pro Tag	pro Fall	pro Episode bzw. Patientenpfad	Kopfpauschale (capitation)	Budget bzw. Gehalt
Honorierung jeder einzelnen Leistung	Honorierung pro Kontakt und Patient bzw. Patientin („pro Ordination“); im Spitalskontext pro Belagstag	Honorierung pro Fall (im ambulanten Kontext: Fälle sind unterschiedliche Patienten in einem bestimmten Zeitraum; im Spitalskontext auch DRGs)	Pauschale für alle Leistungen entlang eines definierten Behandlungspfades (Leistungserbringer- bzw. sektorenübergreifende Pauschale)	Pauschale pro Periode und eingeschriebenen Patienten (unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme)	Regelmäßige Pauschale – unabhängig von der Anzahl der Patienten (Bemessungseinheit könnten Öffnungs- oder Arbeitszeiten sein)

Eigene Darstellung, angelehnt an Charlesworth et al. 2012, 9.

3 Czypionka et al. 2011.  
 4 Siehe z. B. Reinhardt et al. 1986, Czypionka et al. 2011, Charlesworth et al. 2012.  
 5 Zu den Patientenerwartungen siehe Kolland et al. 2017.  
 6 Der Duden definiert die Pauschale als „Geldbetrag, durch den eine Leistung, die sich aus verschiedenen einzelnen Posten zusammensetzt, ohne Spezifizierung abgegolten wird“ (<http://www.duden.de/rechtschreibung/Pauschale>, zuletzt abgerufen am 27.9.2017).  
 7 Das Ausmaß der Zusammenfassung von Leistungen hängt natürlich auch vom Leistungsspektrum ab und ob bzw. in welchem Ausmaß Leistungen von der Pauschalierung ausgenommen sind.

Arzt bzw. der Ärztin und dem Patienten ausgelöst. Alle bei dem Kontakt erbrachten Leistungen werden mit einem bestimmten Betrag abgegolten (d. h., jeder Folgekontakt eines Patienten löst neuerlich eine Honorierung aus).

- Bei **Fallpauschalen** wird die Bezahlung des Leistungserbringers durch einen Behandlungsfall (Erstkontakt in einem definierten Zeitraum) ausgelöst. Folgekontakte werden nicht extra vergütet.
- **Episodenbasierte Vergütung** legt den Fokus auf einzelne Krankheiten oder Krankheitsgruppen. Alle notwendigen Leistungen für einen klinischen Behandlungspfad werden zu einem Leistungsbündel zusammengefasst. Die Pauschale umfasst somit die sektorenübergreifende Versorgung durch mehrere Leistungserbringer.
- Bei **Kopfpauschalen** wird ex ante ein fixer Betrag festgelegt, den der Leistungserbringer für jeden zugeordneten Patienten (pro Kopf) erhält. Die Honorierung ist dabei unabhängig davon, ob tatsächlich Leistungen in Anspruch genommen wurden. Kopfpauschalen sind somit kontaktunabhängig.<sup>8</sup> Für die Honorierung nach Kopfpauschalen ist es erforderlich, Versichertenpopulationen für die einzelnen Leistungserbringer zu definieren. Das heißt, es müssen Patienten einer bestimmten Praxis „zugeordnet“ sein (z. B. Listensystem). Kopfpauschalen kommen vor allem in der Primärversorgung oder im Rahmen von mehrstufigen Honorierungssystemen (z. B. für *health maintenance organizations – HMOs*) zur Anwendung.
- **Budgets** sind Pauschalen, die unabhängig von Kontakten und „Köpfen“ sind. Globale Budgets sollen zur Deckung sämtlicher Ausgaben dienen. Es besteht allerdings auch die Möglichkeit, Budgets in verschiedene Etats aufzuteilen oder Bud-

gets nur für bestimmte Ausgabenbereiche vorzusehen (z. B. Infrastrukturpauschale).

Alle diese Formen von Pauschalen sind als Vollpauschale denkbar, d. h., es werden sämtliche Leistungen (in Zusammenhang mit einem Fall, einem Kontakt oder einem „Kopf“) abgegolten. Sie können auch Teil eines gemischten Honorierungssystems sein, bei dem mehrere unterschiedliche Honorarformen zur Anwendung kommen. In der Regel wird unter einem *payment-mix* eine Vergütung verstanden, die sowohl aus pauschalen Elementen als auch aus einem Teil mit Einzelleistungsvergütung besteht.

Die Anreize, die von einer pauschalen Vergütung ausgehen, sind die entgegengesetzten Anreize, die der Einzelleistungsvergütung zugeschrieben werden. Gemäß der ökonomischen Theorie wird ein Arzt oder eine Ärztin innerhalb der Pauschalen versuchen zu optimieren. Das heißt, es wird versucht, innerhalb einer Pauschale möglichst sparsam Leistungen zu erbringen (und dafür möglichst viele Pauschalen zu verrechnen).<sup>9</sup>

Der größte Vorteil pauschaler Vergütungsformen ist somit, dass sie Anreize für wirtschaftliches Verhalten und eine effiziente Behandlung und Ressourcennutzung setzen und dass die Erbringung von unnötigen Leistungen weniger reizvoll ist. Wird eine Pauschale kontaktunabhängig ausbezahlt, wie dies bei Kopfpauschalen im Zusammenhang mit Listensystemen der Fall ist, besteht theoretisch auch ein Anreiz für den Arzt bzw. für die Ärztin, verstärkt auf Prävention und Anleitung zur Selbsthilfe zu setzen. Grundsätzlich ist für die Leistungserbringer der administrative Aufwand geringer.<sup>10</sup>

Die offensichtlichsten Nachteile einer pauschalen Vergütung sind, dass durch den Anreiz zu wirtschaftlichem Verhalten auch Unterversorgung und Qualitätsprobleme auftreten können. Außerdem erzeugen sie den Anreiz, Patienten nicht abschließend zu behandeln, sondern an die nächste Versorgungsstufe zu überweisen (*cost shifting*). Im Vergleich zur Einzelleistungsvergütung entfällt bei Pauschalvergütung die Möglichkeit der direkten Steuerung des Leistungsangebots (Incentivierung bestimmter Leistungen) und die Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens kann verloren gehen (Stichwort Routinedaten). Ist die Pauschale kontaktabhängig, besteht außerdem ein Anreiz, Patienten möglichst oft („Ordinationspauschalen“) oder über das Quartalsende hinweg (Fallpauschalen) zu bestellen.

<sup>8</sup> Der Begriff Kopfpauschale bzw. *capitation* wird in der Literatur und in der Praxis leider nicht immer einheitlich verwendet. Gelegentlich werden damit Fallpauschalen oder Kontaktpauschalen (*contact capitation*) gemeint.

<sup>9</sup> Zu Anreizen bzw. Vor- und Nachteilen siehe z. B. Reinhardt et al. 1986, Czyplionka et al. 2011, Charlesworth et al. 2012.

<sup>10</sup> Dieser Vorteil schwindet allerdings zu großen Teilen wieder, wenn eine verpflichtende Dokumentation der erbrachten Leistungen anhand eines Katalogs gefordert wird.

Es gibt viele Varianten der pauschalen Honorierung. Sie setzen allesamt unterschiedliche Anreize.



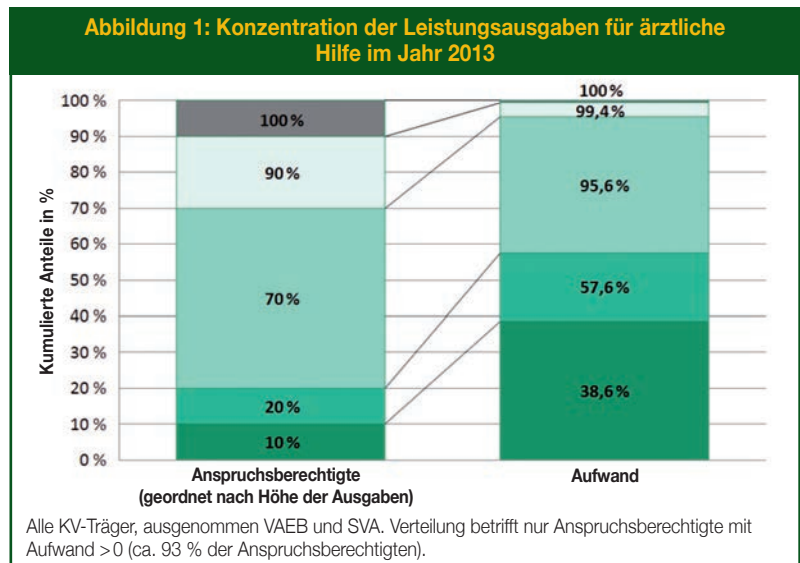
## 2.2 Probleme durch die Übertragung des Risikos auf Leistungserbringer

Patienten sind in Bezug auf ihre Leistungsanspruchnahme sehr heterogen. Die behandlungsintensivsten zehn Prozent der Versicherten verursachen etwa 40 Prozent der gesamten Ausgaben für ärztliche Hilfe, wohingegen die zehn Prozent mit der geringsten Inanspruchnahme nur für etwa ein halbes Prozent der Ausgaben verantwortlich zeichnen (siehe Abbildung 1). Das Ausmaß des Bedarfs, der Inanspruchnahme und somit der Behandlungskosten einer Person sind sowohl für die Person selbst als auch für die Leistungserbringer als auch für die Krankenversicherung mit Unsicherheiten verbunden, da diese Größen erst im Nachhinein bekannt sind. Die Variation der Gesundheitsausgaben über die Individuen wird als Risiko bezeichnet.

Das Risiko hat eine zufällige Komponente. Das heißt, selbst in dem hypothetischen Fall, dass die Aufteilung von Versicherten auf einzelne Leistungserbringer per Zufallsgenerator entschieden würde, hätten manche Ärzte oder Ärztinnen weniger und andere mehr behandlungsintensive Patienten zu betreuen. Das Risiko hat jedoch auch eine systematische Komponente. Der Bedarf und somit auch die Behandlungskosten sind nicht nur zufällig über verschiedene Bevölkerungsgruppen verteilt, sondern hängen auch systematisch von verschiedenen Faktoren ab, wie z. B. dem Alter. Daraus resultieren noch größere Unterschiede zwischen den Leistungserbringern (bezogen auf die Anteile an Versicherten mit hohem bzw. mit niedrigem Behandlungsbedarf, gemessen an allen Versicherten einer Praxis). In der Realität gibt es sowohl Praxen, die tendenziell von gesünderen Versicherten aufgesucht werden (eventuell in Stadtentwicklungsgebieten mit vorwiegend jungen und einkommenskräftigeren und damit zusammenhängend auch besser gebildeten Einwohnern), als auch Praxen, die vorwiegend von sehr behandlungsintensiven Personen in Anspruch genommen werden.

Die Heterogenität der Patientinnen und Patienten sowie die ungleiche Verteilung von „Risiken“ auf die Leistungserbringer können in Zusammenhang mit einer pauschalen Honorierung zu folgenden Problemen führen:

1. Werden Ärzte und Ärztinnen über eine einheitliche Pauschale honoriert, führt dies unweigerlich zu einer sehr ungerechten Verteilung der finanziellen Mittel. Vertragspartner, deren Patientenstamm überdurchschnittlich behandlungsintensiv ist, werden nicht ausreichend mit finanziellen Mitteln für die Behandlung ihrer Patienten ausgestattet. Das erscheint ungerecht, einerseits gegenüber den Leistungserbringern und andererseits



Quelle: Hauptverband.

gegenüber den Patienten. Letztlich kann dies die Akzeptanz eines pauschalen Honorierungsmodells reduzieren.

2. Die Diskrepanz zwischen der Höhe der Pauschale und dem Behandlungsbedarf einzelner Patienten kann unerwünschte Reaktionen der Leistungserbringer nach sich ziehen, die den Kern des Problems einer pauschalen Honorierung bilden: Unterversorgung und Risikoselektion. Vor allem bei Patienten mit hohem Behandlungsbedarf erzeugt die Pauschalierung den Anreiz, diese nicht ausreichend mit Leistungen zu versorgen (*skimping*). Eine weitere Möglichkeit zur Optimierung des Ertrags einer Ordination besteht in der Selektion von Patienten. Risikoselektion beinhaltet einerseits Maßnahmen, um möglichst wenig „teure bzw. behandlungsintensive Patienten“ betreuen zu müssen. In der extremsten Form kann dies die Ablehnung von behandlungsintensiven Patienten bedeuten (*dumping*). Es können aber auch indirekte Methoden zur Anwendung kommen, z. B. über längere Wartezeiten für diese Gruppe. Auf der anderen Seite zählt auch der Wettbewerb um kostengünstige Patienten (*cream skimming*) zur Risikoselektion. Oftmals geschieht dies durch die Bereitstellung von Zusatzangeboten für diese Gruppe.

3. Mit dem Grad der Pauschalierung steigt das Risiko für den Leistungserbringer, dass er Leistungen für behandlungsintensive Patienten erbringen muss, auch wenn dies nicht vollkommen durch die Pauschalen abgedeckt ist. Unter der Annahme, dass Leistungserbringer risikoscheu sind, kann aus der ökonomischen Theorie Folgendes abgeleitet werden: Ein Vertrag mit Pauschalhonorierung wird im Vergleich zu einem Vertrag mit Einzelleistungsvergütung oder Kostenerstattung von den Leistungserbringern nur dann als gleich-

**Patienten sind in Bezug auf ihre Leistungsanspruchnahme sehr heterogen. Das kann bei Pauschalhonorierung zu Problemen führen.**



© Kzenon - Fotolia.com

wertig erachtet oder bevorzugt, wenn sie für die Übernahme des Risikos zusätzlich monetär entschädigt werden.<sup>11</sup>

### 2.3 Mögliche Lösungsansätze

Um oben genannte Probleme bei der Pauschalhonorierung von ärztlichen Leistungen zu beseitigen oder zu reduzieren, wurden verschiedene Strategien entwickelt.

Um Unterversorgung und Qualitätsmängel zu vermeiden, sollen Leistungen dokumentiert und Qualitätskontrollen durchgeführt werden. Qualitätsproblemen soll auch dadurch entgegengewirkt werden, dass die Vergütung an das Erreichen einer bestimmten Performance bzw. Qualität gekoppelt wird, die über verschiedene Kennzahlen abgebildet wird (*pay-for-quality, value-based health care, performance-based payments*).

Je kleiner die Fallzahlen bei einem Leistungserbringer bzw. einer Leistungserbringerin sind, desto eher kann es passieren, dass er bzw. sie durch „Zufall“ ein paar besonders behandlungsintensive Patienten nicht kostendeckend behandeln muss. Durch die Erhöhung der Fallzahlen kann dieses sogenannte „Risiko der kleinen Zahlen“ reduziert werden. In der Literatur wird gelegentlich als Grenze eine Zahl von 10.000 Versicherten bzw. Patienten genannt, ab der das „zufällige Risiko“ an Bedeutung verliert.<sup>12</sup> Dies gelingt am ehesten durch einen Zusammenschluss mehrerer Leistungserbringer zu größeren Einheiten. Pauschalen – insbesondere Budgets – setzen somit Anreize für Zusammenschlüsse von Ärztinnen und Ärzten. Die Art der Honorierungsform hat demnach das Potential, die Struktur der Leistungserbringung zu verändern!

Eine weitere Möglichkeit, das Risiko für Leistungserbringer teilweise zu reduzieren, ist die Einführung von bestimmten Sicherungsklauseln in den Verträgen, die für bestimmte Fälle eine Kostenübernahme durch den Financier vorsehen. Im Grunde funktionieren diese ähnlich wie eine Rückversicherung. Eine Möglichkeit ist die Definition einer Kostenschranke pro Fall. Liegen die Kosten eines Falles über dieser Schranke, würde der Financier die Aufwände zumindest teilweise übernehmen. Eine Alternative ist, retrospektiv extreme Fälle („statistische Ausreißer“) von der Pauschalhonorierung zu exkludieren und für diese traditionell nach einem Einzelleistungskatalog Honorare zu zahlen (*risk sharing for high costs*). Bei einer anderen Variante wird der durchschnittliche Verlust pro Fall limitiert (*Stop-Loss-Regelungen*).<sup>13</sup> Grundsätzlich könnte man auch Pauschalen für jede Praxis individuell auf Basis der historischen Werte der Praxis kalkulieren. Damit würde man teilweise das Problem lösen, dass bei Verwendung von Pauschalen einige Leistungserbringer nicht ausreichend mit finanziellen Mitteln für die Versorgung ihrer Versicherten ausgestattet werden und andere hingegen im Verhältnis zu ihrem Aufwand „zu viel“ erhalten. Bei dieser Methode besteht jedoch wiederum die Gefahr, dass andere Ungerechtigkeiten entstehen: nämlich, dass Leistungserbringer, die vor Umstellung der Honorierung auf Pauschalen sehr wirtschaftlich agiert haben, nachher benachteiligt werden und früher unwirtschaftlich behandelnde Ärzte und Ärztinnen im neuen System „belohnt“ werden.

Die bisher genannten Strategien sind meist nicht geeignet, um Ungerechtigkeiten in der Honorierung und Risikoselektion komplett zu beseitigen. Ein vielversprechender Ansatz, der weltweit in vielen Gesundheitssystemen zur Anwendung kommt, ist die Verwendung von risikoadjustierten Honorierungsmodellen. Das grundlegende Konzept, die verschiedenen statistischen bzw. ökonomischen Methoden sowie etwaige auftretende Probleme, vor allem in Bezug auf die Datenanforderungen, sollen im folgenden Abschnitt genauer betrachtet und erklärt werden. Aufgrund der genannten Probleme einer rein pauschalen Vergütung wird sehr häufig auch für eine Mischung von Pauschalhonorierung und Einzelleistungsvergütung plädiert, worauf in Abschnitt 5 eingegangen wird.

Bei pauschalen Honorierungsmodellen können verschiedene Ansätze zur Anwendung kommen, um die Honorierung möglichst gerecht zu gestalten und Anreize zur Unterversorgung und Qualitätsmängel zu reduzieren.

<sup>11</sup> Bei der Verhandlung über die Höhe einer pauschalen Honorierung muss jedoch auch berücksichtigt werden, dass Patienten und Patientinnen wirtschaftlicher versorgt werden als bei Einzelleistungsvergütung.

<sup>12</sup> Cid et al. 2016, vgl. auch Beck 2013. Diese Grenze ist aber nicht unumstritten. In Asthana und Gibson 2011 wird als kleinster Risikopool eine Größe von 100.000 bis 150.000 Personen genannt.

<sup>13</sup> Eine weitere Alternative ist die prospektive Auswahl der Versicherten, für die dann die gesamten Kosten erstattet werden. Ein Beispiel für eine Art der Rückversicherung findet sich in Beck 2013. Breyer et al. 2013 beschreiben verschiedene Mechanismen des Ausgabenausgleichs im Kontext eines Krankenversicherungsmarktes, die sich vom Prinzip auch auf die Honorierung von Leistungserbringern übertragen lassen.

### 3 Risikoadjustierung – der Schlüssel zu einer gerechten Pauschalhonorierung?

#### 3.1 Zielsetzung und Methoden

Der Grundgedanke von risikoadjustierten Pauschalen ist jener, dass die Höhe der Pauschale nicht einheitlich sein, sondern sich nach dem medizinischen Bedarf der einzelnen Patienten richten sollte. Dadurch würde ein Anreiz zu mehr Effizienz gesetzt und gleichzeitig jener zur Risikoselektion beseitigt werden. Außerdem soll dadurch eine bedarfsgerechte Verteilung von Ressourcen sowie eine möglichst faire Honorierung erreicht werden. Zur Kalkulation von risikoadjustierten Pauschalen können verschiedene Methoden der Risikoadjustierung zum Einsatz kommen, von denen einige weiter unten erläutert werden. Risikoadjustierung kann definiert werden als die Verwendung von Daten auf Patientenebene, um die Varianz von Gesundheitsausgaben, die Inanspruchnahme oder die gesundheitlichen Outcomes in einem bestimmten zeitlichen Intervall, z. B. einem Jahr, zu erklären.<sup>14</sup> Zum Teil werden die Begriffe *Case-Mix-Adjustierung* oder *Schweregradadjustierung* synonym für Risikoadjustierung verwendet. Risikoadjustierung ist nicht nur bei der pauschalen Honorierung von Leistungserbringern von Bedeutung. In vielen Gesundheitssystemen nimmt sie (auch) eine zentrale Rolle ein bei der Allokation von finanziellen Mitteln auf verschiedene Regionen (z. B. UK) oder Versicherungen (vgl. Risikostrukturausgleich, z. B. in Deutschland). Bei der Messung von Qualität oder Performance kann Risikoadjustierung ebenfalls zum Einsatz kommen, was für eine qualitäts- bzw. performanceabhängige Honorierung auch wiederum von Relevanz ist.<sup>15</sup>

Grundsätzlich kann auf Basis von Ist-Kosten oder Soll-Kosten risikoadjustiert werden. Die Ist-Kosten basieren auf tatsächlichen Leistungsausgaben. Dabei besteht die Gefahr, dass bereits bestehende Über- bzw. Unterversorgung fortgeschrieben wird.<sup>16</sup> Beim Soll-Kosten-Ansatz werden hingegen Ausgaben ermittelt, die man für die betreffende Patientengruppe als angemessen erachtet. In der Theorie wird grundsätzlich eine Risikoadjustierung auf Basis von Soll-Kosten angestrebt. Diese ist jedoch sehr aufwendig und meist aufgrund einer mangelhaften Datengrundlage nicht durchführbar. Wegen dieses unverhältnismäßig hohen Aufwands werden in der Praxis ausschließlich Ist-Kosten verwendet.

Eine weitere Unterscheidung ist jene zwischen prospektiver und retrospektiver Risikoadjustierung. Bei

der prospektiven Methode werden zur Vorhersage von Kosten bzw. zur Berechnung der Pauschalen nur Informationen über die Patienten verwendet, die vor Beginn der Abrechnungsperiode bereits zur Verfügung stehen (z. B. Alter und Geschlecht, bereits bekannte chronische Krankheiten). Bei der retrospektiven Vorgehensweise werden auch Informationen berücksichtigt, die erst innerhalb der Abrechnungsperiode bekannt werden (z. B. in diesem Zeitraum neu aufgetretene Erkrankungen). Es ist auch festzuhalten, dass unter realen Bedingungen retrospektive Modelle grundsätzlich einen deutlich höheren Erklärungswert aufweisen als ihre prospektiven Pendanten. Die erreichte Erklärungskraft (siehe unten) ist hier in der Regel mehr als doppelt so hoch. Eine der für die Risikoadjustierung verwendeten statistischen Methoden ist der Zellansatz. Er klassifiziert die Patienten entsprechend verschiedenen Merkmalen in verschiedene Gruppen, die möglichst heterogen in Bezug auf die Inanspruchnahme bzw. die Kosten sind. So kann man z. B. zehn Altersgruppen, zwei Geschlechtsgruppen und fünf Einkommensgruppen unterteilen und erhält dadurch 100 Zellen. Die Gesamtanzahl der Zellen berechnet sich aus dem Produkt der Anzahl der Gruppen in den einzelnen Kategorien (bzw. dem Produkt der Anzahl der Ausprägungen der einzelnen Merkmale). Jeder Patient bzw. jede Patientin kann immer nur jeweils einer Alters-, Geschlechts- bzw. Einkommensgruppe angehören. Anhand dieser Klassifizierung ist es nun möglich, für jede Gruppe die durchschnittlichen Pro-Kopf-Behandlungskosten zu errechnen. Diese Methode ist jedoch relativ ungenau, weil sie in ihrem möglichen Umfang, d. h. bei der Auswahl an Variablen zur Erklärung, stark limitiert ist. Bei der Verwendung von vieler Gruppen und bzw. oder zu feiner Untergliederungen erhält man sehr viele Zellen. Dies kann schnell zu folgendem Problem führen: Unter diesen Zellen können sich auch solche befinden, in denen sehr wenige (oder gar keine) Personen enthalten sind und deren statistische Aussagekraft dementsprechend gering ist. Es ist offensichtlich, dass eine Zelle, die im Extremfall nur von einer einzigen Person besetzt ist, nicht zur Vorhersage der durchschnittlichen Kosten geeignet ist. Dies ist jedenfalls zu vermeiden. Positiv hervorzuheben ist, dass sich der Zellansatz durch seine Einfachheit auszeichnet.<sup>17</sup>

Eine weitere statistische Methode zur Risikoadjustierung ist der Regressionsansatz, bei dessen Verwendung man bei der Auswahl an Variablen zur Erklärung deutlich freier ist. Dieser Ansatz verfolgt

**Risikoadjustierung bedeutet die Verwendung von Daten auf Patientenebene, um die Varianz von Gesundheitsausgaben, Inanspruchnahme oder gesundheitlichen Outcomes zu erklären bzw. vorherzusagen.**

<sup>14</sup> Cid et al. 2016. Aufgrund der Tatsache, dass der individuelle Bedarf an Gesundheitsleistungen schwer zu erheben ist, wird in der Praxis versucht, die Inanspruchnahme oder die Kosten statistisch vorherzusagen.

<sup>15</sup> Ebenda.

<sup>16</sup> Siehe auch Asthana und Gibson 2011 bzw. Ash und Ellis 2012.

<sup>17</sup> Breyer et al. 2013.

**Entscheidend für den Erfolg der Risikoadjustierung ist die Verfügbarkeit von Daten und deren Qualität.**

das Ziel, die erwarteten Kosten für jeden Patienten mithilfe einer Regression abzuschätzen. Im Vergleich zum Zellansatz ist es deutlich einfacher, sehr viele und sehr verschiedene Variablen in die Schätzung mitaufzunehmen und dadurch ein detaillierteres Ergebnis zu erhalten. Außerdem können die gewählten Variablen deutlich feiner kategorisiert werden, da die Gefahr der zu kleinen Zellen, wie oben beschrieben, hier nicht besteht. Möchte man also eine möglichst umfangreiche Schätzung unter Einbeziehung vieler detaillierter Variablen durchführen, empfiehlt es sich, den Regressionsansatz zu nutzen.<sup>18</sup>

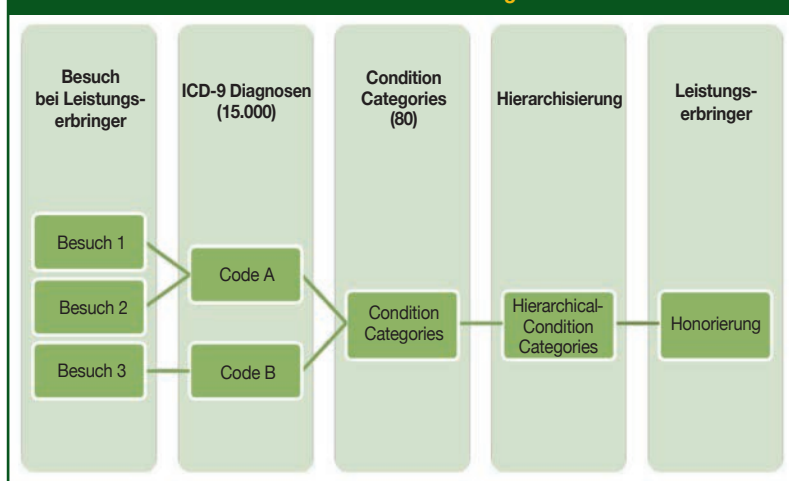
### 3.2 Anforderungen und Voraussetzungen

Um Risikoadjustierung durchführen zu können, müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein. Dazu zählen zumindest das Vorhandensein von geeigneten Daten, die Wahl bzw. Spezifikation des statistischen Modells, Know-how, technische Ausstattung und Zeit.

Die für Risikoadjustierung benötigten Daten können in mehrere Kategorien unterteilt werden:

- Demografische Charakteristika: Alter, Geschlecht, Herkunft, ethnische Zugehörigkeit
- Klinische Faktoren: Diagnosen, Komorbiditäten
- Mortalität
- Inanspruchnahme von Leistungen, insbesondere Heilmittelinanspruchnahme
- Sozioökonomische Faktoren: Bildungsgrad, Einkommen, Familienstand
- Subjektiv empfundener Gesundheitszustand
- Patientenverhalten: Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsgewohnheiten

**Abbildung 2: Patientenklassifikation am Beispiel der hierarchical condition categories**



- Präferenzen bezüglich Lebensqualität und Erwartungen an das Gesundheitssystem

Die Verwendung von Diagnosedaten für die Risikoadjustierung ist nicht trivial, da es eine unüberschaubare Anzahl unterschiedlicher einzelner Diagnosen und von deren Kombinationsmöglichkeiten gibt. In der Vergangenheit wurden daher verschiedene Modelle zur Patientenklassifikation entwickelt. An dieser Stelle soll ein solches Verfahren exemplarisch am Konzept der *hierarchical condition categories* (HCC) vorgestellt werden, um die Komplexität dieser Verfahren zu verdeutlichen (siehe auch Abbildung 2). Das HCC-Modell wurde vom *US Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)* entwickelt, um knapp 15.000 verschiedene Diagnosecodes nach ICD-9 in etwa 80 sogenannte *condition categories* (CCs) einzuteilen. In diesen CCs werden – relativ breit gefasst – ähnliche Erkrankungen zusammengeführt. Sie zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie klinisch und die Kosten betreffend ähnlich sind.

Ein Patient kann eine Kombination von mehreren dieser CCs aufweisen. In diesem Fall werden dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin nur Zahlungen für die schwerwiegendste dieser CCs geleistet. So richtet sich z. B. bei einer Person mit Lungenkrebs und Husten die Honorierung nach der CC für Lungenkrebs und die CC „geringfügige klinische Anzeichen oder Symptome“ wirkt sich nicht weiter auf die Höhe des Honorars aus. Um eine solche Bewertung durchführen zu können, müssen die CCs aber zuvor hierarchisch, d. h. nach medizinischen Standards, eingeteilt werden. Ab diesem Zeitpunkt werden sie *hierarchical condition categories* (HCC) genannt.

Unter Berücksichtigung der oben genannten Daten ist es nun möglich, sehr verschiedene ökonometrische Modelle zu erstellen. Die genaue Spezifikation der Modelle kann sich je nach Einbeziehung und Gewichtung sowie der Verfügbarkeit von Variablen stark unterscheiden. Von Juhnke et al. (2016) werden z. B. über 20 verschiedene Modelle zur Risikoadjustierung genannt und untersucht. Es stellt sich also die Frage nach der Beurteilbarkeit der Qualität des verwendeten Modells. Zur Beantwortung dieser Frage gibt es verschiedene Kriterien, die eine Aussage darüber ermöglichen, welche Modelle die akkurateste Schätzung der tatsächlichen Kosten liefern und wie nah sie diesen kommen. Die häufigsten verwendeten Maße sind das  $R^2$ , der MAPE (*mean absolute prediction error*) oder das *predictive ratio*.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Vgl. hierzu Cid et al. 2016, Juhnke et al. 2016 sowie Schone und Brown 2013.

<sup>19</sup> Der MAPE gibt einen relativen Prognosefehler an. Er ist also Maß dafür, wie genau das Modell schätzt. Je niedriger der Wert, desto genauer ist das Modell. Das *predictive ratio* stellt das Verhältnis zwischen den vom Modell geschätzten Kosten für die betrachtete Gruppe und den tatsächlich anfallenden Kosten dar. Je nachdem, ob der Wert über, unter oder genau bei 1 liegt, kann man dann eine Aussage treffen, ob das Modell die tatsächlichen Kosten über-, unter- oder exakt schätzt.

All diesen Maßnahmen ist gemein, dass sie durch unterschiedliche Berechnungsmethoden versuchen, die Erklärungskraft der verwendeten Modelle auszudrücken, bzw. die Abweichung der Schätzung von den tatsächlich beobachtbaren Werten angeben (beides in der Regel in Prozent). Die Erklärungskraft variiert je nach verwendetem Modell und eingesetzten Variablen sehr stark. So können einerseits z. B. durch Alter und Geschlecht nur zwei bis sieben Prozent der tatsächlich anfallenden Kosten erklärt werden. Andererseits ermöglicht z. B. ein in Deutschland angewendetes retrospektives Modell unter der Verwendung von stationären Diagnosen und Arzneimittelinformationen eine Erklärung von beinahe 50 Prozent der anfallenden Kosten.

Zusätzlich zu den Anforderungen an die Daten und Modelle müssen zur Implementierung noch diverse andere Voraussetzungen gegeben sein, um eine verlässliche Risikoadjustierung durchführen zu können. Man kann hier drei Gruppen von „Must-haves“ unterscheiden: Personal, technische Ausstattung und Zeit. Das Personal bzw. die mit der Aufgabe der Risikoadjustierung betrauten Personen müssen klarerweise über die nötigen Fähigkeiten bei der Anwendung von statistischer Software verfügen. Außerdem müssen diese Personen neben einem starken statistischen Hintergrund auch solide Kenntnisse des Gesundheitssystems und der Daten aufweisen, um in der Lage zu sein, die Datenbearbeitung, die Modellierung und schließlich die Analyse durchführen zu können. Den Punkt „technische Ausstattung“ betreffend ist es aber auch selbstverständlich, dass das angesprochene Personal für ein solches Vorhaben mit der geeigneten Hard- und Software ausgestattet werden muss. Den zeitlichen Horizont betreffend ist auch zu bedenken, dass je nach Größe und Umfang des Projekts mit mehreren Monaten Vorarbeit zu rechnen ist, bis erste verlässliche Ergebnisse erwartet werden können. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass eine regelmäßige Wartung bzw. Aktualisierung der Parameter notwendig ist.

Die größten Probleme bei der Umsetzung einer risikoadjustierten Pauschalhonorierung ergeben sich bei den Punkten Datengenerierung, -verfügbarkeit und -qualität. Während demografische und sozioökonomische Daten über die Bevölkerung noch leicht zu beschaffen sind bzw. zum größten Teil auch vorhanden sind, wird es bei spezifischeren Daten bereits problematisch. So sind z. B. das Patientenverhalten, der subjektiv empfundene Gesundheitszustand oder persönliche Präferenzen nur durch aufwendige Studien zu erfassen. Hier stellt sich dann ebenfalls die Frage, wie man mit nicht vorhandenen, aber dringend benötigten Daten umgehen kann. Sieht man sich gewisse Punkte



© Fotolia.com

schließlich auch detailliert an, werden schnell weitere Problemfelder offensichtlich. So besteht bei den eben angesprochenen Diagnosedaten unter anderem die Gefahr des *upcodings*, also dass Patienten kränker dargestellt werden, als sie tatsächlich sind, um für die behandelnde Einheit den „Wert“ der Patientin oder des Patienten zu erhöhen. Weiterhin können qualitative Interviews durch die befragte Person leicht mit vorsätzlich unwahren Angaben verfälscht werden.

#### 4 Pauschalierung im österreichischen Kontext

Die Weiterführung der derzeitigen Honorierung wird zunehmend infrage gestellt. Insbesondere für neue ambulante Versorgungsformen scheint sich eine Abkehr vom derzeitigen System der Vergütung aufzutun und eine stärkere Pauschalierung als die vom Gesetzgeber gewünschte Alternative anzubahnen. Der Schritt in diese Richtung ist jedoch vielleicht gar nicht so groß wie er auf den ersten Blick erscheint, denn die **pauschale Honorierung von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten ist dem österreichischen Sozialversicherungssystem nicht unbekannt:**

1. Die heutigen Tarifkataloge der Sozialversicherungsträger beinhalten zwar überwiegend verschiedenste Positionen für die Einzelleistungsvergütung, aber es sind auch Pauschalen darin enthalten. In Österreich kommt ein gemischtes Modell zur Anwendung, in dem es auch eine Vielzahl unterschiedlicher Pauschalen gibt: z. B. Fallpauschalen (Grundvergütung, Grundbetrag, Grundleistungsvergütung, Erstleistungspunkte), Kontaktpauschalen (Ordinationen und Visiten), aber auch Bereitschaftsdienstpauschalen und pauschalierte Wegegebühren. In einigen Fachgebieten haben Pauschalen – gemessen am Umsatz der Vertragsärztinnen und -ärzte –

**Die Implementierung von Systemen zur Risikoadjustierung ist nicht trivial. Sie sind sehr aufwendig und müssen regelmäßig gewartet bzw. aktualisiert werden.**





© Robert Kneschke - Fotolia.com

Die Honorierungsmodelle in Österreich beinhalten bereits pauschale Elemente.<sup>20</sup>

- in etwa denselben Stellenwert wie Einzelleistungen. In der Allgemeinmedizin werden sogar rund drei Viertel der Honorare über Pauschalen generiert.<sup>20</sup>
- Um den Effekt der Mengenausweitung, der durch Einzelleistungsvergütung erzeugt wird, zu kompensieren, verwenden die gesetzlichen Krankenversicherungsträger eine Reihe an diversen korrigierenden Steuerungsmechanismen, hauptsächlich in der Form von „Limitierungen“ oder „Degressionen“ (Staffelungen). Einige davon können ähnliche Wirkungen wie Pauschalen entfalten. Dazu zählen insbesondere Degressionen und Limitierungen, die als Betrag oder Punktezahl pro Arzt oder pro (durchschnittlichen) Fall bzw. Patient definiert sind.<sup>21</sup> Anzumerken ist, dass die Limits pro Fall bzw. Patient nicht risikoadjustiert sind, wodurch sich die in Abschnitt 2 genannten Probleme ergeben können.
  - In der Geschichte der Krankenversicherung kamen Kopf- und Fallpauschalen schon einmal zum Einsatz. Nach dem „Anschluss“ im Jahr 1938 kam in Österreich die Reichsversicherungsordnung zur Anwendung. Darin war geregelt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen eine nach Kopfpauschalen errechnete Gesamtvergütung erhalten. Diese wurde auf die einzelnen Kassenärztinnen und -ärzte nach Fallpauschalen (und einer vereinfachten Einzelleistungsabrechnung) aufgeteilt. Mit Einführung des ASVG entschied sich der Gesetzgeber allerdings dafür, dass die Vergütung grundsätzlich nach Einzelleistungen erfol-

gen soll, weil die Honorierung nach Fallpauschalen (ohne Berücksichtigung der Anzahl der Ordinationen und Visiten) als ungerecht empfunden wurde und zu unerwünschtem Verhalten der Kassenärztinnen und -ärzte führte.<sup>22</sup> Aus damaliger Sicht sind die beiden Argumente gegen eine pauschale Honorierung verständlich. Seit dem Inkrafttreten des ASVG am 1.1.1956 sind jedoch viele Jahrzehnte vergangen und mittlerweile stehen uns ausgereifte Möglichkeiten und Daten zur Risikoadjustierung zur Verfügung, um die Behandlungsintensität von Patienten bei der Honorierung zu berücksichtigen und eine Pauschalhonorierung gerecht(er) zu gestalten sowie unerwünschte Anreize zu beseitigen.

- Seit der Einführung des ASVG hat sich auch die Rechtslage betreffend den Vorrang der Einzelleistungsvergütung geändert. Seit dem Jahr 2010 steht durch § 342 Abs. 2 ASVG die Pauschalhonorierung gleichberechtigt neben der Einzelleistungsvergütung. Fächerübergreifende Gruppenpraxen sind gemäß § 342a Abs. 2 „jedenfalls nach Pauschalmodellen (z. B. Fallpauschalen) zu honorieren“.

## 5 Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen<sup>23</sup>

### 5.1 Vollpauschalierung ist derzeit keine Option

Grundsätzlich wäre eine Möglichkeit zur Weiterentwicklung der Honorierungsmodelle der völlige Verzicht auf Einzelleistungsvergütung und somit eine **Vollpauschalierung**. Aufgrund der in Abschnitt 2 erörterten Gründe ist dies jedoch nur dann eine sinnvolle Handlungsalternative, wenn dabei neben verstärkten Maßnahmen zur Sicherstellung der Qualität auch eine Form der Risikoadjustierung zur Anwendung kommt, die State of the Art ist. Aufgrund von Fortschritten, besonders im Bereich der ökonomischen Methoden, ist eine gute bis sehr gute Risikoadjustierung (im Sinne von möglichst exakt die Realität abbildend) möglich und dementsprechend auch zielführend. Diverse Studien bestätigen dies durch die signifikante Zunahme der Erklärungskraft der Modelle aufgrund neuer Methoden und vor allem der besseren Verfügbarkeit von Daten.<sup>24</sup> Vollpau-

<sup>20</sup> Jung 2016.

<sup>21</sup> Man stelle sich eine Honorarordnung vor, in der es eine übergreifende Limitierung gibt, dass pro Fall oder Patient höchstens X Euro (oder X Punkte) verrechenbar sind. Darüber hinaus werden keine Leistungen honoriert. Wenn diese Limits so (niedrig) gewählt sind, dass sie faktisch fast immer erreicht werden, gibt es kaum noch einen Unterschied zu einem Honorierungssystem, das keine Sonderleistungen kennt und nur eine Pauschale in Höhe von X Euro pro Fall oder Patient honoriert.

<sup>22</sup> Kletter 2011.

<sup>23</sup> Die folgenden Schlussfolgerungen für Österreich sind sehr allgemein, da – wie bereits in den vorangegangenen Abschnitten – nicht zwischen Honorierungsmodellen für verschiedene Versorgungsstufen und Organisationsformen unterschieden wird. Eine differenziertere Analyse würde über den Rahmen dieses Artikels hinausgehen.

<sup>24</sup> Schone und Brown 2013, Cid et al. 2016.

schalierung stellt auf kurze Sicht für Österreich derzeit allerdings eher eine theoretische Option dar, da Risikoadjustierung in der dazu notwendigen Form und Qualität derzeit nicht umsetzbar ist.

Wichtig ist, dass bei einer Einführung von Vollpauschalierung bei der Risikoadjustierung nicht zu viele Kompromisse eingegangen werden. Die ausschließliche Verwendung von Alter und Geschlecht zur Patientenklassifikation reduziert das Risiko nicht ausreichend und die negativen Auswirkungen der Pauschalierung, wie Patientenselektion und eine ungerechte Verteilung der Ressourcen, bestehen weiterhin. Für Österreich kann die Entwicklung dieser Form der Honorierung nur ein längerfristiges Vorhaben darstellen. Zunächst müssten die Voraussetzungen dafür gegeben sein. An oberster Stelle steht die Schaffung der erforderlichen Datengrundlagen. Insbesondere benötigt es eine durchgängige Diagnosencodierung im ambulanten Bereich von guter Qualität.

Hochentwickelte Modelle benötigen Daten im Umfang von mehr als einer Million Personenzahlen<sup>25</sup>, da es sonst zu Problemen bei der Schätzung der Parameter kommt. Die Anforderung, einen großen Datensatz zu verwenden, spricht außerdem für die Verwendung von Daten aus ganz Österreich.<sup>26</sup>

Risikoadjustierte Pauschalen sollten möglichst exakt die Kosten reflektieren, die für eine bedarfsgerechte Behandlung der einzelnen Patienten bei den Leistungserbringern anfallen. Risikoadjustierung auf Basis der angefallenen Kosten pro Patient, denen die aktuellen Honorartarife zugrunde gelegt werden, weicht von diesem Ideal insofern ab, als das derzeitige Tarifgerüst in eher geringem Maße die tatsächlichen Aufwandsrelationen verschiedener Leistungen widerspiegelt.

Wichtig zu erwähnen ist, dass ein in anderen Ländern zum Einsatz kommendes System der Risikoadjustierung bzw. der Patientenklassifikation nicht einfach „kopiert“ werden kann. Die Anpassung eines derartigen Systems an die Gegebenheiten, Bedürfnisse und Daten des österreichischen Gesundheitssystems oder die Neuentwicklung kann sehr aufwendig sein. Zu beachten ist auch, dass das System permanent gewartet und angepasst werden muss. In Anbetracht der damit verbundenen Aufwände macht die Umstellung auf ein Honorierungsmodell mit Vollpauschalierung und hochentwickelter Risikoadjustierung nur dann Sinn, wenn auch mög-

lichst viele Leistungserbringer nach diesem Modell honoriert werden. Für „nur“ 75 Primärversorgungseinheiten, die man sich im Bundes-Zielsteuerungsvertrag zum Ziel gesetzt hat, erscheint es kaum lohnend. Das Betreiben mehrerer nebeneinander existierender Systeme der Risikoadjustierung ist aus Gründen der Effizienz auch abzulehnen. Neben der Erweiterung der Datengrundlage und dem Aufbau von Know-how ist eine weitere Voraussetzung für Vollpauschalierung mit Risikoadjustierung, dass die gesundheitspolitischen Akteure diesen Weg beschreiten wollen. Denn selbst wenn in der Zukunft einmal die organisatorischen und technischen Voraussetzungen dafür vorhanden sind, gibt es immer noch Argumente, die gegen Vollpauschalierung sprechen (z. B. Anreiz zur Kostenverlagerung in die nächsthöhere Versorgungsstufe, siehe auch Abschnitt 2.1 und nächster Abschnitt).

## 5.2 Die Lösung: Gemischte Honorierung in Richtung stärkerer Pauschalierung vorantreiben

**Solange in Österreich die notwendigen Voraussetzungen für Vollpauschalierung inklusive einer Risikoadjustierung mit hoher Erklärungskraft nicht vorhanden sind, kann die Anpassung und Modernisierung des derzeitigen Systems nur als Weiterentwicklung der gemischten Honorierung in Richtung stärkerer Pauschalierung erfolgen.** Die Weiterentwicklung einer gemischten Honorierung sollte aber keinesfalls als *second-best solution* betrachtet werden. Es gibt genügend Argumente, die für einen *payment mix* sprechen. Auch in anderen Ländern ging es bei Reformen von Bezahlungssystemen oft hauptsächlich darum, ein besseres Mischungsverhältnis verschiedener Honorarformen zu erzielen.<sup>27</sup>

Stärkere Pauschalierung bedeutet im Endeffekt eine Erhöhung der über Pauschalen generierten Umsätze und eine Reduktion der durch Abrechnung von Einzelleistungen erzielten Umsätze. Dazu notwendig sind die Reduktion des Einzelleistungskatalogs im Sinne einer Verschiebung von Einzelleistungen in Pauschalen und damit verbunden eine monetäre und inhaltliche Aufwertung von Pauschalen, z. B. durch eine Definition, dass mit einer (bereits jetzt bestehenden) Pauschale die Basisleistungen aus der ambulanten Leistungsmatrix abgegolten werden.<sup>28</sup> Außerdem könnte eine Zusammenfassung

**Die notwendigen Voraussetzungen für Vollpauschalierung inklusive einer Risikoadjustierung mit hoher Erklärungskraft sind aktuell in Österreich nicht vorhanden.**

25 Das Konzept der Personenzahl berücksichtigt, dass Personen unterschiedlich lange potentiell Leistungen beziehen können. Personen werden mit der Zeitspanne gewichtet, in der sie auch tatsächlich versichert bzw. anspruchsberechtigt sind. Wird z. B. ein Kind am 1.7. eines Jahres geboren, zählt es in diesem Jahr nur als ein halbes Personenzahl. Analog dazu wird eine Person, die am Ende des 1. Quartals verstirbt, nur als ein viertel Personenzahl gewertet.

26 In den Modellen der Risikoadjustierung können dann jedoch auch Regionalfaktoren berücksichtigt werden.

27 Charlesworth et al. 2012.

28 Eine alleinige Änderung der Tarife (Senkung der Einzelleistungstarife, Anhebung der Pauschalen) würde unserer Ansicht nach zu kurz greifen.

Die Weiterentwicklung der gemischten Honorierung in Richtung stärkerer Pauschalierung kann durch eine Aufwertung von Pauschalen und einer Reduktion des Einzelleistungskatalogs erfolgen. Ein höherer Pauschalierungsgrad erfordert jedoch einfache Maßnahmen zur Risikoreduktion, um Risikoselektion und Ungerechtigkeiten zu vermeiden.

verschiedener Pauschalen geprüft werden, genauso wie eine Reduktion der Granularität des Einzelleistungskatalogs.

Durch Überweisungen können Ärztinnen und Ärzte vermeiden, die behandlungsintensivsten Patienten selbst abschließend zu behandeln und sehr aufwendige Leistungen in ihrer Praxis zu erbringen. Leistungen, bei denen die Gefahr besteht, dass diese an die nächsthöhere Versorgungsstufe delegiert werden, obwohl sie von einem Leistungserbringer selbst erbracht werden könnten, sollten eher als Einzelleistung honoriert werden.<sup>29</sup> Dadurch kann der Anreiz zur Überweisung an die nächsthöhere Versorgungsstufe und die damit verbundene Verschiebung von Kosten reduziert werden. Üblich ist es auch, präventive Leistungen als Einzelleistung zu honorieren und sehr teure Leistungen nicht in die Pauschalen zu inkludieren. Letzteres stellt eine retrospektive Form der Risikoadjustierung dar.<sup>30</sup>

Tarife sollten zukünftig weniger stark auf historischen Werten basieren, die relativen Gewichte sollten stärker der Realität entsprechen.<sup>31</sup> Eine Verbesserung könnte durch stärker formalisierte Systeme zur Kalkulation von Honorartarifen erzielt werden, wie sie in anderen Ländern teilweise zum Einsatz kommen. Dadurch könnte erreicht werden, dass beim Tarifgerüst sachliche Gründe (Kostenrechnung bzw. die aufgewendete Arbeitszeit) stärker in den Vordergrund treten. Eine wirkliche Modernisierung erfordert auch eine Neukalkulation der Tarife von bestehenden Leistungen

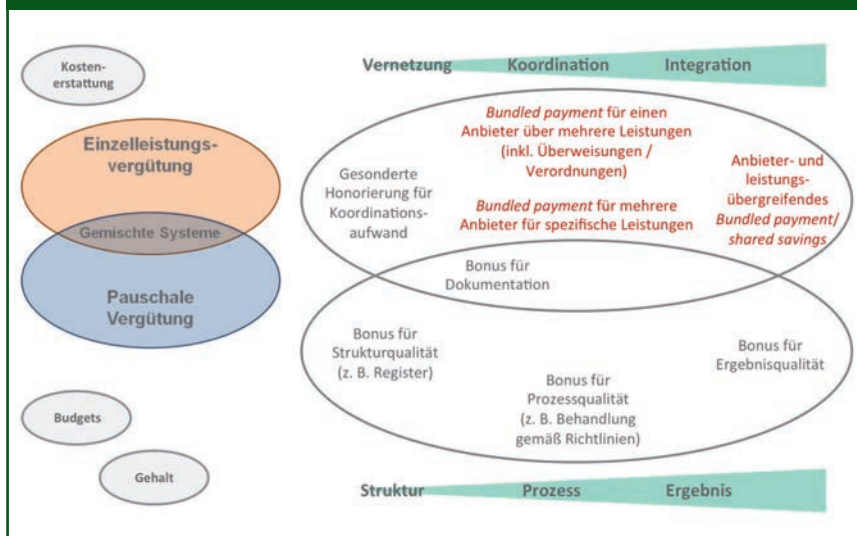
und nicht nur eine Kalkulation bei der Aufnahme von neuen Leistungen in den Leistungskatalog. Dies würde auch dazu beitragen, Ungerechtigkeiten in der Honorierung bzw. bei den Einkommen von Ärztinnen und Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen zu reduzieren.

Durch die Kombination von Pauschalen und Einzelleistungen werden die negativen Anreize beider Honorarformen abgeschwächt. Die Notwendigkeit einer aufwendigen Risikoadjustierung kann dadurch umgangen werden, weil Einzelleistungsvergütung das Risiko für die Leistungserbringer reduziert. Dennoch erfordert ein höherer Grad an Pauschalierung weitere, einfache Maßnahmen zur Risikoreduktion, um Risikoselektion und Ungerechtigkeiten zu vermeiden. Eine einfache Risikoadjustierung auf Basis einer Patientenklassifikation mit nur wenigen Gruppen könnte hier unter Umständen bereits Abhilfe schaffen. Außerdem könnte dadurch versucht werden, die Beteiligten für das Thema zu sensibilisieren und längerfristig eine Akzeptanz für komplexere Formen der Risikoadjustierung zu schaffen. Alternativ oder ergänzend kommen die in Abschnitt 2.3 erwähnten Sicherheitsklauseln als Lösung in Frage.

Eine besondere Form der Kombination von Einzelleistungsvergütung und Pauschalvergütung stellt der als *shared savings* bzw. *shared losses* bezeichnete Ansatz dar. Die Kombination erfolgt so, dass das Ergebnis einer Einzelleistungsabrechnung mit einer fiktiven pauschalen Vergütung verglichen wird. Die Differenz zwischen der Abrechnung von Einzelleistungen und einem Pauschalwert (einem risikoadjustierten Benchmark) ergibt eine Einsparung oder einen Verlust (Mehrkosten). Die Leistungserbringer sind an diesen Einsparungen (und eventuell auch an Verlusten) beteiligt (*one-sided* versus *two-sided risk*). Die Grundüberlegung bei diesem System ist, dass Kosten eingespart werden können, aber im Gegensatz zur Vollpauschalierung weniger Risiko an Leistungserbringer übertragen wird und somit auch der Anreiz zur Unterversorgung im Vergleich zur Vollpauschalierung reduziert ist. Bei der Berechnung der Einsparungen bzw. Verluste können grundsätzlich entweder nur die Eigenkosten einer einzelnen Leistungserbringereinheit oder die Kosten über mehrere Versorgungsstufen hinweg berücksichtigt werden.

Bei der Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen für den niedergelassenen Bereich sollte der Fokus nicht ausschließlich auf die Erhöhung des

Abbildung 3: Beispiele für Möglichkeiten der Honorierung für mehr Qualität und Integration in der Versorgung



Adaptierte Darstellung aus Busse 2015.

29 Bei der Anwendung dieses Prinzips sollte man jedoch auch Vorsicht walten lassen. Es darf nicht dazu kommen, dass komplexe Fälle zu spät in den fachärztlichen Bereich überwiesen werden und damit die Patientensicherheit gefährdet wird.

30 Robinson 2001.

31 Vgl. auch Charlesworth et al. 2012.

Pauschalanteils gelegt werden. Man sollte die Frage nicht aus den Augen verlieren, wie man noch bessere Qualität und ein höheres Maß an Integration in der Versorgung erreichen kann (siehe auch Abbildung 2). Zusatzhonorare für Koordination, *pay-for-performance*, die (teilweise) Übertragung von Verantwortung für (Folge-)Kosten an Vertragsärztinnen und -ärzte oder anbieterübergreifende Pauschalen könnten weitere „innovative“ Elemente sein. In der Diskussion um die Neugestaltung von Honorierungsmodellen sollte außerdem nicht vergessen werden, dass das Honorierungsmodell nur einer von mehreren Ansatzpunkten ist, um das Ziel einer hochwertigen und effizienten Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte zu erreichen, wie unter anderem die Forschung zu Motivatoren von Ärztinnen und Ärzten gezeigt hat.<sup>32</sup>

### 5.3 Weiterentwicklung der Honorierung als Lernprozess verstehen

Die Weiterentwicklung von Honorierungsmodellen sollte man nicht als einmalige Reform verstehen, sondern als permanenten (Lern-)Prozess, bei dem regelmäßige Anpassungen und Verbesserungen durchgeführt werden und erwünscht sind. Viele Änderungen – wie z. B. eine komplexe Risikoadjustierung oder eine Neukalkulation von Tarifen auf Basis von eingesetzter Zeit und tatsächlichen Aufwänden – sind nicht kurzfristig umsetzbar, sondern erfordern eine langfristige Vorbereitung. Außerdem gibt es Pfadabhängigkeiten, die schwierig zu überwinden sind. Das dürfen jedoch keine Gründe sein, in der Komfortzone zu bleiben und am Status quo festzuhalten. Im Sinne eines lernenden Systems wäre es wichtig, bei Honorierungsmodellen auch etwas ausprobieren zu können.

**Das Honorierungsmodell ist nur einer von mehreren Ansatzpunkten, um das Ziel einer hochwertigen und effizienten Versorgung durch Vertragsärztinnen und -ärzte zu erreichen.**

## QUELLENVERZEICHNIS

- Ash, A. S., Ellis, R. P. (2012): Risk-Adjusted Payment and Performance Assessment for Primary Care, in: *Medical Care* 50 (8): 643–653.
- Asthana, S., Gibson, A. (2011): Setting health care capitations through diagnosis-based risk adjustment: A suitable model for the English NHS?, in: *Health Policy* (111): 133–139.
- Beck, K. (2013): Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz – Praktische Erfahrungen, in: *G+G Wissenschaft* 13 (2), 25–34.
- Breyer, F., Kifmann, M., Zweifel, P. (2013): *Gesundheitsökonomik*. Berlin: Springer.
- Busse, R. (2015): Getting the incentives right – Paying for integrated care. Presentation at the Observatory Venice Summer School 2015.
- Charlesworth, A., Davies, A., Dixon, J. (2012): *Reforming payment for health care in Europe to achieve better value*. Research Report. London: Nutfield Trust.
- Cid, C., Ellis, R. P., Vargas, V., Wasem, J., Prieto, L. (2016): Global Risk-Adjusted Payment Models, in: Scheffler, R. M. (ed.): *World Scientific Handbook of Global Health Economics*. Singapore: World Scientific Publishing, 311–362.
- Czypionka, T., Riedel, M., Obradovits, M., Sigl, C. (2011): Vergütung im ambulanten Bereich unter besonderer Berücksichtigung intermediärer Versorgungsformen. Projektbericht. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS).
- Janus, K. (2014): Gutachten zur Gestaltung nicht monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte. Hamburg: HCM Institute for Healthcare Management GmbH; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.740248&action=2&viewmode=content> (zuletzt aufgerufen am: 1.12.2017).
- Juhnke, C., Bethge, S., Mühlbacher, A. C. (2016): A Review on Methods of Risk Adjustment and their Use in Integrated Healthcare Systems, in: *International Journal of Integrated Care* 16 (4), 1–18.
- Jung, R. (2016): Anteil pauschaler Vergütungen in der Allgemeinmedizin. Ist es korrekt, von einem Einzelleistungssystem zu sprechen? 19. Oktober 2016. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.634832&version=1478161890> (zuletzt aufgerufen am: 2.10.2017).
- Kaiser, A., Dieplinger, A. M., Serghuber, A. (2015): Fördernde und hemmende Motivatoren von niedergelassenen MedizinerInnen in der beruflichen Praxis. Linz: Johannes Kepler Universität; <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10008.626960&action=b&cacheability=PAGE&version=1452587563> (zuletzt aufgerufen am: 2.10.2017).
- Kletter, M. (2011): Die Honorierung im Vertragsarztrecht, in: *DRdA* 1/2011, 18–25.
- Kolland, F., Fassl, A., Wohner, K., Zgud, J., Zuccato-Doutlik, M. (2017): *PatientInnenerwartungen an die fachärztliche Versorgung*. Wien: Institut für Soziologie, Universität Wien; <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.642287&version=1498563615> (zuletzt aufgerufen am: 2.10.2017).
- LSE Consulting (2017): *Efficiency Review of Austria's Social Insurance and Healthcare System, Volume 1 – International Comparisons and Policy Options*. London: LSE Consulting – London School of Economics and Political Science.
- Reinhardt, U., Sandier, S., Schneider, M. (1986): *Die Wirkungen von Vergütungssystemen auf die Einkommen der Ärzte, die Preise und auf die Struktur ärztlicher Leistungen im internationalen Vergleich*. Augsburg/Paris: Basys GmbH/Credes.
- Robinson, J. C. (2001): Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives, in: *The Milbank Quarterly* 79 (2).
- Schone, E., Brown, R. S. (2013): Risk Adjustment: What is the current state of the art, and how can it be improved? Research Synthesis Report No. 25. The Synthesis Project. Princeton: The Robert Wood Johnson Foundation.

32 Janus 2014, Kaiser et al. 2015.