

Präventive Anreize zur Patientenbehandlung durch innovative Honorarsysteme

Preventive incentives for the treatment of patients through innovative fee systems

Ein Beitrag von Prof. Dr. Jens Bothe, Lehrstuhl für Krankenhausmanagement und E-Health, University of Applied Sciences, Fachhochschule Flensburg und Helmut Hildebrandt, Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

Wäre ein ideales Gesundheitssystem nicht ein System, » in dem die Behandler 100-prozentiges Interesse an gesunden Patienten haben, » in dem die Patienten rechtzeitig Gesundheitsvorsorge betreiben, » in dem die Behandler an der Gesundheitsvorsorge der Patienten interessiert sind und » in dem innovative Techniken und Methoden bei einem positiven Gesundheitsertrag über die Jahre so schnell wie möglich eingesetzt werden? Sollte man sich nicht von ausländischen Modellen inspirieren lassen? Oder gibt es bereits im Inland erste Ansatzpunkte?

Für gesunde Patienten erhalten Ärzte in Deutschland keine Prämie, sondern nur für erbrachte Leistungen. Darüber hinaus führen Anreize im ambulanten Vergütungssystem – trotz Budgetdeckung – bisher eher zu einer Leistungsausweitung. Der Arzt rechnet seine erbrachte Leistung hauptsächlich über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) innerhalb des gesetzlichen Leistungskatalogs und über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ab. Hier wird der Behandler für zusätzliche Leistungen am Patienten belohnt und nicht – seiner ursprünglichen Aufgabe entsprechend – dafür, ihn gesünder zu machen oder zur Gesundheitsvorsorge anzuhalten.

Präventivmaßnahmen werden im deutschen Gesundheitswesen nur unzureichend oder gar nicht entlohnt: Weder generelle Ernährungsumstellungen noch Bewegungsprogramme sind Bestandteil einer Vergütung.

In Deutschland werden im EBM lediglich folgende Vorsorgeuntersuchungen anerkannt (oft eingegrenzt auf bestimmte Altersgruppen):

- » Genitaluntersuchung
- » Herz-Kreislauf-Check
- » Brust- und Hautuntersuchung
- » Zahnvorsorgeuntersuchungen
- » Mammographie-Screening
- » Schutzimpfungen

- » Prostata-, Genital-, Hautuntersuchung
- » Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchung
- » Dickdarm- und Rektumuntersuchung
- » Kinder- und Jugenduntersuchungen
- » Darmspiegelung

Selbst das oben genannte eingeschränkte EBM-Spektrum wird von den Patienten nur unzureichend genutzt, da sowohl für den Patienten als auch für den Arzt Anreize fehlen. Der Anteil der Frauen an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen lag 2004 bei 46,8 Prozent, bei Männern bei 18,3 Prozent. Der Herz-Kreislauf-Check wurde 2004 nur von 16,8 Prozent der Bevölkerung in Anspruch genommen.

Inzwischen bieten viele Krankenkassen so genannte Bonusprogramme an. Die wenden sich jedoch nur an den Patienten und nicht an den Arzt. So kann der Patient z.B. bei der AOK Punkte sammeln und diese, ähnlich wie bei Payback, gegen Prämien eintauschen. Eine andere Möglichkeit bietet die DAK an. Hier kann man sich einen Teil des Beitrags rückwirkend erstatten lassen, wenn man das gesamte Jahr über keine Leistungen der Krankenkasse in Anspruch genommen hat. Ausgenommen sind hierbei Präventions-, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen.

Wie erklärt sich diese mangelhafte Orientierung am Gesundheitserfolg? Die Ursache liegt im Zeitverzug von Investition und Ertrag sowie im Dilemma der gleichzeitig kameralistischen wie wettbewerblichen Organisation der Krankenkassen. Für eine Krankenkasse, die heute stärker in Prävention investieren würde als andere Kassen, bestände z.B. bei einem um fünf Jahre verzögerten Return on Investment (ROI) die Gefahr, im Folgejahr ihren Beitragssatz anheben zu müssen. Diese Erhöhung wiederum könnte zu einer Austrittswelle junger mobiler Versicherter führen – mit der Folge, dass der Versichertenstock der Krankenkasse sowohl älter als auch kränker würde und die Krankenkasse in eine akute Notlage geraten könnte.

Fest steht in Summe, dass in Deutschland deutlich zu wenige Anreize geboten werden, um den Patienten gesund zu halten. Denn gesunde Patienten führen hier immer noch nicht zur Honorierung des Arztes. Außerdem gibt es vielfach Pauschalen, in denen sich die Intensität der Behandlung nicht widerspiegelt.

Doch das muss nicht so sein. Im Ausland gibt es

zahlreiche Beispiele für die richtige Incentivierung präventiver Behandlungen, vor allem im Rahmen von Capitation-Modellen. Im Folgenden sollen zwei ausländische Modelle kurz vorgestellt werden.

In der Schweiz wurde 1998 die Medix-Gruppenpraxis gegründet. Hier werden die Ärzte über einen festgelegten Betrag pro Versicherten (Capitation) bezahlt, der sich an Risikofaktoren wie Alter und Geschlecht sowie Wohnregion bemisst. Die Ärzte profitieren bei diesem Modell von einer Verbesserung des Gesundheitsstatus des Versicherungspools.

Ein weiteres Beispiel: In den USA bestimmt der staatliche Arbeitgeber Washington Health Care Authority die Höhe der an 19 Managed Care Organisations gezahlten Capitation-Budgets für ihre über 250.000 Angestellten anhand der durchschnittlichen Kosten für bestimmte Diagnosen. Diese wurden mittels statistischer Verfahren anhand von Arztrechnungen ermittelt. Die einzelnen Leistungserbringer haben kein Interesse an der unnötigen Leistungsmengen-Ausweitung. Leistungsmengen-Einschränkungen stehen wegen des Risikos hoher Folgekosten bei unzureichender Behandlung ebenfalls nicht im Vordergrund, sondern eine effiziente Behandlung.

Doch auch in Deutschland gibt es ein positives Beispiel für eine Modellversorgung mit Präventivanreizen. Im Kinzigtal im Schwarzwald haben sich örtliche Mediziner mit dem auf Gesundheitsoptimierung ausgerichteten Hamburger Unternehmen OptiMedis AG zur „Gesundes Kinzigtal GmbH“ zusammengeschlossen, um die Gesundheitsversorgung in der Region effektiver und wirtschaftlicher zu gestalten. Das Unternehmen und die AOK Baden-Württemberg haben einen umfassenden Vertrag zur Integrierten Vollversorgung abgeschlossen. Wesentliche Elemente dieses Abkommens sind ein intensiviertes Angebot an Prävention sowie die gemeinsame Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient. Neu im Kinzigtal ist auch der Patientenbeirat, durch den der Patient aktiv in den Vorsorgeprozess eingebunden wird und seine Erfahrungen, Wünsche und Sorgen mitteilen kann.

Eine weitere Besonderheit der GmbH im Kinzigtal besteht darin, dass hier eine Formel entwickelt wurde, die Erfolge messbar macht. So können die Gesundheitsausgaben aller Versicherten der AOK Baden-Württemberg im Kinzigtal verglichen werden mit den Durchschnittskosten in der gesamten Bundesrepublik für alle

Altersgruppen. Stellt sich heraus, dass die Ausgaben im Kinzigtal durchschnittlich geringer sind, war das Projekt ein voller Erfolg. Die eingesparten Gelder werden dann zwischen der AOK und der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ aufgeteilt.

Eine Beispielrechnung: Können mit diesem Modell z.B. von den zu erwartenden 75 Schlaganfällen pro Jahr 20 Schlaganfälle mit durchschnittlichen Folgekosten von 47.000 Euro eingespart werden, entsteht damit im Ergebnis ein Einsparbetrag von 940.000 Euro gegenüber dem Referenzwert. Dem gegenüber stehen geschätzte Aufwände in Höhe von 200.000 Euro.

Insgesamt rechnet man mit einem jährlichen Netto-Einsparpotenzial von vier bis acht Prozent bei Gesamtkosten von ca. 50 Millionen Euro für die rund 30.000 AOK-Versicherten in der Region. Ein substanzieller Bestandteil wird durch langfristige Kostensenkung mittels rechtzeitig einsetzender präventiver Behandlung erwirtschaftet werden. Das eingesparte Geld wird dann für eine bessere Versorgung und für die langfristige Sicherung ländlicher Versorgung in der Region verwendet.

Die Partner im Kinzigtal entwickelten mit der Zwischenschaltung einer Managementgesellschaft als einem Generalunternehmer zwischen Krankenkasse und Ärzten eine interessante Balance zwischen Präventions- und Qualitätsanreizen sowie der Vermeidung von Unter-, Fehl- und Mangelversorgung. Die angeschlossenen Ärzte – zurzeit 42 Niedergelassene – erhalten zusätzlich zu ihrer Entschädigung über die Kassenärztliche Vergütung einen Zusatzbonus für die gewünschten Präventions- und Steuerungsleistungen. Die Managementgesellschaft trägt das Risiko, dass sich dieses zusätzliche Investment auch über die achtjährige Laufzeit des Vertrags wieder rechnet. Durch die Zwischenschaltung des Risikoträgers Managementgesellschaft wird damit auf elegante Weise dem oben dargestellten Dilemma der Krankenkassen mit dem Zeitverzug zwischen Investition und Ertrag begegnet.

Eine weitere interessante Konsequenz entsteht aus dieser Zwischenschaltung: Die achtjährige Laufzeit und die Teilung des eingesparten Geldes führen dazu, dass sich die Managementgesellschaft vermehrt und früher für innovative neue Therapiemethoden einsetzt: nämlich immer dann, wenn ein attraktiver ROI über die Laufzeit erwartet oder auch in Risk-Sharing-Modellen gemeinsam mit der Industrie formuliert und berechnet