

Anreize zur Verhaltenssteuerung im Gesundheitswesen

Effekte bei Versicherten und Leistungsanbietern

Chartbook



Impressum

Herausgeber:

Bertelsmann Stiftung, Themenfeld Gesundheit
Carl-Bertelsmann-Str. 256, 33311 Gütersloh

Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik
Parkallee 39, 28209 Bremen

Verantwortlich:

Jan Böcken, jan.boecken@bertelsmann.de
Bernard Braun, bbraun@zes.uni-bremen.de

Autoren:

Bernard Braun (Universität Bremen)
Hartmut Reiners (Gesundheitsministerium Brandenburg)
Melanie Rosenwirth (Universität Bremen)
Sophia Schlette (Bertelsmann Stiftung)

Redaktion:

Robert Amhof

Lektorat:

Arno Kappler

Gestaltung:

A.Dreiplus, Gütersloh

Druck:

Media Copy, Gütersloh
1. Auflage

© 2006, Bertelsmann Stiftung

Inhalt

1	Vorwort	5	5	Zur Methodik des Bertelsmann Gesundheitsmonitors	19
2	Das Phänomen des „moral hazard“: Setzt die gesetzliche Krankenversicherung die richtigen Anreize?	7	5.1	Versicherten- und Ärztebefragung	19
2.1	Das Gesundheitswesen: ein besonderer Wirtschaftszweig	7	5.2	Inhaltliche Schwerpunkte	19
2.2	Das Phänomen des „moral hazard“	7	5.3	Erhebungswellen im Überblick	20
2.2.1	Verführt die soziale Krankenversicherung zur Überinanspruchnahme?	7	6	Verhaltenssteuernde Anreize zur Senkung der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung	21
2.2.2	Das soziale Dilemma der Selbstbeteiligung	8	6.1	Beispiel Bonusprogramme	21
2.3	Der Arzt als Homo Oeconomicus	10	6.2	Beispiel Hausarztzentrierte Versorgung	23
2.3.1	Das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage	10	6.3	Beispiel Kostenerstattung	26
2.3.2	Moral hazard in der vertragsärztlichen Versorgung	11	7	Verhaltenssteuernde Anreize beim Zugang zur medizinischen Versorgung	29
2.4	Fazit	12	7.1	Beispiel Praxisgebühr	29
3	Verhaltenssteuernde Elemente im deutschen Krankenversicherungsrecht	13	7.2	Beispiel Beitragsrückerstattung	31
4	Anreizsysteme im internationalen Vergleich	14	8	Verhaltenssteuernde Anreize während der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung	34
4.1	Einleitung und Überblick	14	8.1	Beispiel Strukturierte Behandlungsprogramme	34
4.2	Anreize für bessere Koordination zwischen Leistungsanbietern und Leistungssektoren	17	8.2	Beispiel Zuzahlungen	35
			8.3	Beispiel Selbstbehalt	40

9	Senkung der Ausgaben der GKV durch privat zu bezahlende Leistungen (IGeL)	43	13	Politische Schlussfolgerungen	69
10	Verhaltenssteuerung über Informationsvermittlung zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse	48	14	Literaturverzeichnis	71
10.1	Verfügt der „Konsument“ Patient tatsächlich über ausreichende Informationen, um rational zu handeln?	48			
10.2	Beispiel Kosten- und Leistungsinformation (Patientenquittung)	54			
10.3	Beispiel Einsicht in die Patientenakte	55			
11	Anreize für Qualitätssicherung auf Leistungserbringerseite in Deutschland	58			
12	Anreize für Qualitätssicherung auf Leistungserbringerseite: Die junge Geschichte der PFP in den USA	61			
12.1	Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen	61			
12.1.1	Grundsätze des PFP	62			
12.1.2	Datengrundlage	63			
12.1.3	Evaluation der PFP	63			
12.1.4	RAND/UBC-Analysen über den Zeitraum 2003–2004	64			
12.1.5	Zwischenfazit nach drei Jahren	64			
12.2	Zwischenergebnisse – PacifiCare	65			
12.3	Was amerikanische Ärzte von PFP halten – Pro und Contra	66			

1 Vorwort

Die gesundheitspolitischen Debatten und Reformbemühungen der letzten 30–40 Jahre wurden in starkem Maße durch die Annahme geprägt, dass die gesetzlich Krankenversicherten zu viele Leistungen nachfragen. Ein wesentlicher Aspekt der „Kostendämpfungs-Gesundheitspolitik“ war daher auch der Versuch, das Nachfrageverhalten der Versicherten und Patienten mengenmäßig zu beeinflussen. Die zahlreichen gesundheitspolitischen Reformbemühungen zwischen dem ersten Kostendämpfungsgesetz im Jahre 1977 und dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2004 umfassten aber jeweils auch Elemente, mit denen das Anbieterverhalten in die Richtung von politisch erwünschten Zielen gelenkt werden sollte.

Erst allmählich berücksichtigte die Politik, dass ein Teil der Überinanspruchnahme auch Leistungen mit begrenztem bzw. gar keinem gesundheitlichen Nutzen betraf oder Leistungen mit überwiegend schädigenden Wirkungen umfasste. Dies wurde Anfang dieses Jahrzehnts unter den Schlagworten „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ breit thematisiert.

Über die Wirkungen der gesetzlichen Interventionen gibt es vielerlei durch aufmerksame Beobachtungen oder systematische Evaluation gewonnene nationale oder auch internationale empirische Erkenntnisse. Trotzdem werden manche aktuellen Debatten so geführt, als ob es zum ersten Mal zum Beispiel so etwas wie die Praxisgebühr gebe oder als ob es zu Zuzahlungen weder ältere nationale noch aktuelle empirische Evidenz aus dem Gesundheitswesen vergleichbarer Länder gebe.

Dieses Chartbook versteht sich als ein theoretischer, fundierter Beitrag, die Entscheidungsfindung zum praktischen Einsatz von Anreizen auf Nachfrage- wie Anbieterseite im Gesundheitswesen zu erleichtern. Dazu tragen folgende Elemente bei:

- Zunächst widmen wir uns der theoretischen wie empirischen Evidenz des „moral hazard“-Modells, da es als die theoretische Grundlage zum Einsatz der meisten Anreizinstrumente verstanden wird.

- Es folgt ein Überblick über die gesetzlichen Normen zur Verhaltenssteuerung von Nachfragern und Anbietern.
- Beispiele aus ausgesuchten Industrieländern veranschaulichen die dort präferierten und angewandten Anreizmethoden und die damit verfolgten Ziele. Dazu wurden die im Health Policy Monitor, einem Service der Bertelsmann Stiftung, gesammelten Informationen genutzt.
- Im Mittelpunkt des Chartbooks steht die Darstellung des nationalen wie internationalen Wissensstandes über Anreizmodelle. Dieser Teil befasst sich mit den Erwartungen der Versicherten, der praktischen Relevanz der Modelle und den empirisch nachweisbaren erwünschten und unerwünschten Wirkungen. Dabei gehen wir auch auf notwendige Rahmenbedingungen (z.B. Informiertheit der Patienten) ein. Fast durchweg konzentrieren wir uns dabei auf Beispiele, die im deutschen Gesundheitswesen konzipiert oder realisiert sind. Modelle, die nur im Ausland normiert oder realisiert sind, werden daher mit wenigen Ausnahmen (z.B. Pay for Performance (PFP) aus den USA) nicht dargestellt und bewertet. Daher beschäftigen wir uns in diesem Chartbook primär mit der Steuerung des Nachfrageverhaltens. Ausdrücklich sei deshalb betont, dass eine rationale Steuerung des Leistungsgeschehens erheblich von einer wirksamen Regulierung des Anbieterverhaltens bei Menge und Qualität der Leistungen abhängig ist.

Neben der Präsentation von alten und neuen Erkenntnissen zu den Wirkungen der diversen Verhaltenssteuerungsmodelle räumen wir der Darstellung des aktuellen Informationsstandes, des Interesses an und der Bereitschaft zur Beteiligung an derartigen Modellen bei den Versicherten und Ärzten großen Raum ein. Den Ergebnissen liegen dabei teilweise umfangreiche Längsschnittanalysen zugrunde. Die Daten stammen aus den seit 2001 durchgeführten Versicherten- und Ärztebefragungen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung.



Mit den skizzierten Inputs möchte das Chartbook einen kleinen Beitrag zu einer evidenzbasierten Gesundheitspolitik leisten, die nicht jeden schon beschrittenen Irrweg und jede Sackgasse der Vergangenheit immer wieder zu begehen versucht und sich stattdessen auf die Realisierung wirksamer Konzepte konzentriert.

2 Das Phänomen des „moral hazard“: Setzt die gesetzliche Krankenversicherung die richtigen Anreize?

2.1 Das Gesundheitswesen: ein besonderer Wirtschaftszweig

Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat ihren ökonomischen Charakter seit ihrer Gründung durch Bismarck im Jahr 1883 grundlegend geändert. Sie hatte lange Zeit ihren Schwerpunkt in Lohnersatzleistungen (Lohnfortzahlung, Wochenhilfe usw.), die Anfang des 20. Jahrhunderts die Hälfte der GKV-Ausgaben beanspruchten (Frerich/Frey 1996 Bd. 1: 102). Noch Mitte der 60er Jahre gaben die Krankenkassen deutlich mehr für Krankengeld als für die Krankenhausbehandlung aus (ebenda Bd. 3: 72). Dies änderte sich schlagartig mit dem Lohnfortzahlungsgesetz von 1969, das die Arbeiter mit den Angestellten gleichstellte und die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in den ersten sechs Wochen den Arbeitgebern übertrug. Heute werden über 90 Prozent der Leistungsausgaben der GKV für Sach- und Dienstleistungen verwendet.

In der Gesundheitspolitik geht es vornehmlich um die Strukturierung eines Wirtschaftszweiges. Die Struktur dieses Wirtschaftszweiges unterscheidet sich aber wesentlich von der anderer Branchen. In ihm kann das auf Märkten gängige Zusammenwirken von Angebot und zahlungsfähiger Nachfrage grundsätzlich nicht die Wirkung einer Selbststeuerung hin zu einer optimalen Güterverteilung haben (Rice 2004). Dieses Marktversagen hat dazu geführt, dass in fast allen entwickelten Industriestaaten zwischen 75 und 90 Prozent der Gesundheitsausgaben öffentlich finanziert werden (OECD 2005).¹ Öffentliche Finanzierung des Gesundheitswesens heißt aber nicht, dass hier die Regeln der Ökonomie außer Kraft gesetzt sind. Ökonomische Anreize entfalten allerdings im Gesundheitswesen besondere Wirkungen, sowohl bei den Patienten als auch bei den Gesundheitsberufen.

¹ Eine Ausnahme bilden die USA mit einem unter 50 Prozent liegenden Anteil der öffentlichen Finanzierung. Aber auch hier muss man genauer hinschauen. Rechnet man die für private Krankenversicherungen gewährten Steuervergünstigungen hinzu, kommt man auf über 60 Prozent. Insgesamt erhalten acht von zehn Amerikanern staatliche Zuwendungen für medizinische Leistungen (Wilensky 2006: 197).

2.2 Das Phänomen des „moral hazard“

2.2.1 Verführt die soziale Krankenversicherung zur Überinanspruchnahme?

Bei der Analyse der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird immer wieder diskutiert, ob eine umfassende Versicherung (egal ob staatlich oder privat) zwangsläufig mit Ressourcenverschwendung verbunden sei. Der amerikanische Gesundheitsökonom Pauly verfasste dazu 1968 einen grundlegenden Beitrag. Krankenversicherungen bzw. staatliche Versorgungssysteme verleiteten die Menschen dazu, mehr medizinische Leistungen als erforderlich nachzufragen. Da die einzelnen Versicherten die Gegenleistungen für ihre Steuer- oder Beitragszahlungen nicht abschätzen könnten und ihre Beiträge unabhängig von der individuellen Leistungsanspruchnahme seien, sei jeder Versicherte bestrebt, so viele Leistungen wie möglich in Anspruch zu nehmen. Ein solches Verhalten sei nicht unmoralisch, sondern ökonomisch rational, da dem Versicherten durch eine zusätzlich in Anspruch genommene Leistung keine Zusatzkosten entstünden. Er müsse überdies bei geringer Inanspruchnahme Nachteile befürchten, weil er mit seiner Zurückhaltung die Anspruchsmoralität der anderen Versicherten finanziere. Da sich unter der Annahme der individuellen Nutzenmaximierung die meisten Versicherten so verhielten, seien in der Krankenversicherung übermäßige Ausgabensteigerungen und in deren Folge beständige Beitragserhöhungen unvermeidlich, wenn nicht mit spezifischen Anreizen für die Versicherten gegengesteuert würde. Dazu gehören vor allem Selbstbeteiligungen bei der Inanspruchnahme von Leistungen und – ggf. damit kombinierte – Wahltarife der Versicherungen.

Pauly nennt dieses von ihm postulierte Phänomen des Versichertenverhaltens „moral hazard“, ein mittlerweile in der Gesundheitsökonomik gängiger Begriff. Er entstammt der amerikanischen Feuerversicherung und umschreibt das Risiko absichtlicher Brandstiftung oder fahrlässigen Verhaltens seitens der Versicherten. Herder-Dorneich nennt dieses Theorem auch „Rationalitätenfalle“. Dieses Handlungsmuster, in dem individuell rationales Handeln kollektive Irrationalität bewirkt, ist der Theorie des kollektiven Handelns von Olson entlehnt. Man findet es auch in verschiedenen Abhandlungen der Spieltheorie über das Gefangenendilemma (Sen 2002: 208 ff.). Olson geht davon aus, dass Organisationen, die Kollektivgüter anbieten, nur bei Zwangsmitgliedschaft überleben können, weil eine freiwillige Mitgliedschaft Trittbrettfahreneffekte bewirke, da auch Nicht-Mitglieder von den Leistungen profitierten. Eine Zwangsmitgliedschaft wiederum provoziere eine Überinanspruchnahme von Leistungen, da jedes Mitglied ohne Rücksicht auf seinen tatsächlichen Bedarf so viel wie möglich für seine Beiträge wieder herauszuholen versuche.

Es erscheint wenig plausibel, ein derartiges Verhaltensmuster ungefiltert auf deutsche Patienten bzw. Versicherte zu übertragen. Man würde damit unterstellen, dass die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ein Genuss ist, von dem man gar nicht genug bekommen kann. Diese Annahme lässt sich schon mit dem Hinweis auf die wenig angenehmen Begleiterscheinungen eines Krankenhausaufenthalts, das schmerzhaft „Vergnügen“ eines Zahnarztbesuches oder den reichlich herben Genuss einer Bypassoperation als unrealistisch verwerfen. Allerdings deuten drastische Einbrüche bei Kuren oder der Krankengymnastik, sobald diese stärker privat finanziert werden müssen, darauf hin, dass neben denjenigen, die diese Mittel privat nicht aufbringen können, auch ein Teil der betroffenen Patienten diese Leistungen nur dann schätzt, wenn sie für ihn nahezu kostenlos sind.

Empirisch belegbar ist die systematische Überinanspruchnahme von Leistungen indirekt über die Wirkungen von Selbstbeteiligungen auf das Versichertenverhalten,

d.h. durch die Prüfung der Hypothese, dass finanzielle Zusatzbelastungen zu einer rationalen Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen führen und so Ressourcenverschwendungen entgegenwirken.

2.2.2 Das soziale Dilemma der Selbstbeteiligung

Es kann nicht bestritten werden, dass Selbstbeteiligungen Auswirkungen auf die Leistungsanspruchnahme der Versicherten bzw. die Ausgaben der Krankenversicherungen haben. Das gilt für die private Krankenversicherung (PKV) ebenso wie für die GKV. Die entscheidende Frage ist jedoch nicht, ob sie eine Reduzierung der Leistungsmenge bewirkt, sondern ob diese rational im Sinne einer Senkung der von der Moral-hazard-These unterstellten Überinanspruchnahme ist. Es könnte sein, dass die Selbstbeteiligung Versicherte von einer rechtzeitigen medizinischen Behandlung abhält und damit die Risiken noch erhöht. Anders ausgedrückt: Selbstbeteiligungen sind nur dann gesundheitspolitisch rational, wenn sie zu einer Verbesserung der Allokation von Ressourcen im Gesundheitswesen beitragen. Die Wirkung von Selbstbeteiligungen wird in einigen Ländern zur Definition des Leistungskatalogs herangezogen. Die dahinter liegende Hypothese lautet, dass die Inanspruchnahme von Bagatelleleistungen bei höherer Selbstbeteiligung wesentlich stärker zurückgeht als die Inanspruchnahme notwendiger Leistungen.

Seit über 30 Jahren wird der Frage nach dem Zusammenhang vom Umfang des Krankenversicherungsschutzes und der Nachfrage nach medizinischen Leistungen in teilweise aufwendigen empirischen Untersuchungen nachgegangen (Breyer et al. 2004: 264 ff.) Die meisten dieser Studien beziehen sich auf die USA und die Schweiz, da die dortigen Versorgungssysteme keine Versicherungspflicht (USA) kennen oder den Versicherten erheblich größeren Spielraum bei der Wahl des Umfangs des Versicherungsschutzes einräumen (Schweiz), als dies in Ländern mit staatlichen oder über Sozialversicherungen finanzierten Versorgungssystemen der Fall ist.

Dabei zeigte sich insbesondere, dass Versicherte mit hoher Selbstbeteiligung länger als andere keinen Arzt aufsuchten. Wenn dieser Arztkontakt allerdings erfolgte, hing der Leistungsumfang kaum vom Umfang der Versicherung ab.²

Viele Wissenschaftler diskutieren diesen Zusammenhang nicht unter dem Stichwort der Selbstbeteiligung, sondern der flexiblen Gestaltung von Wahlтарifen. Dabei wird vor allem kontrovers diskutiert, ob eine frei wählbare Höhe von Selbstbeteiligungen vor allem den (erwünschten) Anreiz für eine geringere Inanspruchnahme setzt oder ob sich gesunde Versicherte durch die Wahl hoher Selbstbeteiligungen aus der solidarischen Finanzierung (unerwünscht) herausoptieren.

Einige GesundheitsökonomInnen konstatieren, dass die „optimale Höhe“ der Selbstbeteiligung entscheidend von den individuellen Erkrankungsrisiken und Präferenzen abhängt, die sich von Person zu Person unterscheiden. Daher könne eine für alle verbindlich vorgeschriebene Versicherungsdeckung nicht wohlfahrtsmaximierend sein. Vielmehr solle der Gesetzgeber lediglich den Mindestumfang der Versicherungsdeckung verbindlich festlegen, jeder Einzelne aber die Freiheit haben, seinen Versicherungsschutz durch Zusatzverträge nach seinen Bedürfnissen aufzustocken (Breyer et al. 2004: 267).

In Deutschland wird dieser Forderung insofern Rechnung getragen, als die GKV-Leistungen gemäß § 12 SGB V das „Maß des Notwendigen“ nicht überschreiten dürfen: „Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“ Was unter dem „Maß des Notwendigen“ zu verstehen ist, wird in der Regel vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt. Den Versicherten steht es frei, über diesen Rahmen hinausgehende Leistungen über private Versicherungsunternehmen abzuschließen, die seit 2004 sogar mit den gesetzlichen Krankenkassen auf diesem Markt kooperieren können. Es gibt also bereits ein System von

² Dieses Phänomen verweist auf die im folgenden Abschnitt diskutierte Frage der anbieterinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen.

Mindest- und Zusatzleistungen, das nur dann modifiziert werden müsste, wenn die Mindestleistungen das Maß des medizinisch Notwendigen unterschreiten sollten. Diese Entwicklung wird von einigen Befürwortern einer Aufteilung von GKV-Leistungen in Grund- und Zusatzleistungen häufig vernachlässigt (Kern et al. 2002: 57 ff.).

Die Forderung nach höherer Selbstbeteiligung und Wahlтарifen in der GKV weist zwei Mängel auf: Sie vernachlässigt a) die sozialen und epidemiologischen Zusammenhänge der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und verlagert b) in einem anbieterdominierten Wirtschaftszweig die Steuerungsprobleme auf die Nachfrageseite.

- Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hängt wesentlich von der sozialen Lage der Menschen und den damit verbundenen gesundheitlichen Risiken und finanziellen Möglichkeiten ab (Mielck 2000). Eine einkommensunabhängige Selbstbeteiligung hat nachweislich bei den sozial schwächeren Bevölkerungsgruppen eine stärkere Wirkung auf die Inanspruchnahme als bei besser Verdienenden, was zu gesundheitlich problematischen Konsequenzen führen kann (Hajen et al. 2000: 67 f., Klose/Schellschmidt 2001: 132 ff., Pfaff 1985). Aus diesem Grund gibt es in der deutschen GKV Härtefallregelungen.
- Die Bedeutung der individuellen Nachfragefunktionen für die Steuerung des Gesundheitswesens wird überschätzt. Ist die in den Lehrbüchern der Mikroökonomie unterstellte Konsumentensouveränität schon auf „normalen“ Märkten nur eingeschränkte Realität, so ist sie im Gesundheitswesen wenn überhaupt, dann nur in geringem Umfang vorzufinden (Rice 2004: 89 ff.).

Selbstbeteiligungsregelungen können nur dann einen positiven Steuerungseffekt haben, wenn sie den Versicherten bzw. Patienten eine aus gesundheitlicher Sicht rationale Wahl lassen. Dies ist z. B. der Fall, wenn – wie in Hausarztverträgen verschiedener Kassen vorgesehen – eine Praxisgebühr nur bei Inanspruchnahme eines

Facharzt ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt fällig wird. Positive Steuerungseffekte können auch qualitätsorientierte Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich haben. Erfüllen Selbstbeteiligungsregelungen dieses Kriterium nicht, sind sie ein reines Inkassoinstrument ohne Wirtschaftlichkeitseffekte in der medizinischen Versorgung. In den Niederlanden hat sich sogar Ende der 90er Jahre gezeigt, dass selbst die erwartete finanzielle Entlastung der Krankenversicherung durch eine neue Selbstbeteiligungsregelung nicht realisiert werden konnte, weshalb man sie wieder abschaffte (Delnoij et al. 2000). Geißler fasste vor 25 Jahren die diesbezüglichen Erfahrungen wie folgt zusammen: „1. Geringe Kostenbeteiligungen weisen – außer dem statistischen Entlastungseffekt für die GKV – keine nennenswerten Effekte auf. 2. Hohe Kostenbeteiligungen haben einen – zumindest kurzfristigen – Kostendämpfungseffekt, dafür aber problematische gesundheitliche und verteilungspolitische Wirkungen.“ (1980: 55)

2.3 Der Arzt als Homo Oeconomicus

Während bei Patienten bzw. Versicherten das Moral-hazard-Phänomen nur eine sehr begrenzte empirische Evidenz hat, kann man es in den medizinischen Versorgungseinrichtungen eher häufig antreffen. Ärzte und Krankenhäuser haben in einem System der Einzelleistungsvergütung ein wirtschaftliches Interesse an der Erbringung möglichst vieler Leistungen, auch über den tatsächlichen medizinischen Bedarf hinaus. Der Umgang mit diesem Problem ist zentraler Gegenstand der Gesundheitspolitik.

2.3.1 Das Problem der angebotsinduzierten Nachfrage

Die Mikroökonomie geht in ihren Modellen davon aus, dass Angebot und Nachfrage unabhängig voneinander bestimmt werden. Die Konsumenten und die Produzenten haben jeweils eigene Kosten-Nutzen-Vorstellungen, die sich auf dem Markt treffen. Wenn die Nachfrage das Angebot übersteigt, steigen die Preise, im umgekehrten Fall

sinken sie. Ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage ist nach Auffassung der meisten Gesundheitsökonomien im Gesundheitswesen grundsätzlich nicht möglich; sie konstatieren vielmehr einen von den Anbietern dominierten Wirtschaftszweig. Eine Befragung von 300 Gesundheitsökonomien in Kanada und den USA ergab, dass 81 Prozent von ihnen der Ansicht waren, dass Ärzte eine Nachfrage nach ihren eigenen Leistungen erzeugten (Rice: 157). In Deutschland und der Schweiz haben verschiedene Untersuchungen einen signifikanten Zusammenhang von Ärztedichte bzw. Zahl der Krankenhausbetten und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen ergeben (Breyer et al. 2004: 332 ff., Hajen et al. 2000: 61 f.). Allerdings gibt es keine schlüssige Quantifizierung des Ausmaßes der angebotsinduzierten Nachfrage im Gesundheitswesen, da es kein hinreichendes Instrumentarium zur Messung des Ungleichgewichtes in der Arzt-Patient-Beziehung gibt. Dennoch ist es gut belegt, dass die Steuerung von Menge und Qualität des medizinischen Leistungsangebots eine zentrale Aufgabe der Gesundheitspolitik ist.

Begründet wird die angebotsinduzierte Nachfrage im Gesundheitswesen vor allem mit dem großen Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient. Nun sind Konsumenten immer schlechter informiert als Verkäufer oder Produzenten; das gilt für den Gebrauchtwagenkauf ebenso wie für den täglichen Einkauf im Supermarkt. Die Informationsasymmetrien zwischen Laien und Experten haben jedoch im Gesundheitswesen angesichts der die menschliche Existenz schlechthin betreffenden Güter und Leistungen eine ganz andere Dimension.

Das Wissensgefälle zwischen dem Arzt als medizinischem Experten und dem Patienten sowie die Ohnmachtsgefühle kranker Menschen verhelfen den Ärzten zu einer dominanten Stellung (Hajen et al. 2000: 54 ff., Breyer et al. 2004: 334 ff.). Der Patient kann nicht wissen, ob sein Hustenreiz harmlos ist oder auf ein Bronchialkarzinom verweist. Ärzte haben das gesellschaftliche Mandat, Krankheiten zu diagnostizieren und zu therapieren. Welche Berufsgruppe sonst sollte diese unverzichtbare Aufgabe wahrnehmen als diejenige, die dafür ausgebildet wurde? Allerdings erwächst aus dieser Funktion die Möglichkeit, die Nachfrage nach den

eigenen Leistungen wesentlich zu beeinflussen. Es ist Aufgabe der Gesundheitspolitik, diese Möglichkeiten im Sinne einer rationalen Verwendung von Ressourcen bzw. einer evidenzbasierten Medizin zu begrenzen.

Die vorliegenden empirischen Untersuchungen weisen darauf hin, dass sich die Anbieterdominanz der Ärzte empirisch weniger in Preis- als in Mengeneffekten auswirkt. Dies hängt wesentlich mit den Vergütungsregelungen zusammen, die die Ärzte bzw. ihre Verbände mit den Krankenversicherungen vereinbaren, etwa wenn die Honorare für Ärzte eingefroren werden oder ihren Erwartungen nicht entsprechen. In den USA ist dieser Zusammenhang bei Patienten der Rentner-Krankenversicherung Medicare gut belegt (Rice 2004: 161f.). In Deutschland hat die PKV trotz eines seit Jahren konstanten Punktwerts der staatlichen Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) in der ambulanten Versorgung jährliche Ausgabensteigerungen pro Versichertem von acht Prozent. Dies ist u.a. die Konsequenz von Budgetbegrenzungen bei GKV-Patienten, die durch Mehreinnahmen bei Privatpatienten kompensiert werden.

2.3.2 Moral hazard in der vertragsärztlichen Versorgung

Bei den Vertragsärzten der GKV gibt es ein spezifisches, durch das System der Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) provoziertes Moral-hazard-Phänomen, den sog. „Hamsterradeffekt“, der in einem Wechselspiel von Mengenausweitungen und sinkenden Einzelleistungsvergütungen besteht (Gerlinger 1997). Er hat folgende Dramaturgie:

- Die Krankenkassenverbände handeln jährlich auf Landesebene mit den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung aus. Diese ergibt sich aus der Multiplikation einer Kopfpauschale mit der Zahl der Krankenkassenmitglieder.

- Diese Gesamtvergütung wird über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM) auf die Vertragsärzte verteilt. Früher war der HVM alleinige Angelegenheit der KV; seit 2004 muss sie darüber Einvernehmen mit den Krankenkassen erzielen.
- Die Ärzte wiederum rechnen mit der KV nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ab, in dem jede einzelne Leistung mit einer Punktzahl versehen wird.
- Über den HVM werden die EBM-Punkte in reale Geldgrößen übertragen. Hat zum Beispiel eine bestimmte Leistung im EBM 100 Punkte und wird im HVM der Punkt mit 10 Cent vergütet, bekommt der Arzt 10 Euro.
- Der Punktwert kann jedoch wegen der durch die Gesamtvergütung gedeckelten Budgets der Krankenversicherungen nicht a priori festgelegt werden. Er ergibt sich erst ex post pro Quartal aus der insgesamt von den Ärzten einer KV erbrachten Leistungsmenge, die durch die Gesamtvergütung dividiert wird. Auf diese Weise weiß ein Kassenarzt am Anfang einer Abrechnungsperiode nicht, wie viel er tatsächlich am Ende bekommt.
- Dadurch entsteht für die Ärzte ein hoher Anreiz, die durch einen sinkenden Punktwert zu befürchtenden Verluste prophylaktisch durch Mengenausweitungen zu kompensieren. Verhalten sich viele Ärzte so, ist eine weitere Punktwertabsenkung die zwangsläufige Folge – ein klassisches Moral-hazard-Syndrom.

Zur Bekämpfung dieses Mengeneffektes wurden in den 90er Jahren Praxisbudgets mit so genannten Regelleistungsvolumina eingeführt, die sich aus einer pauschal vergüteten Ordinationsgebühr und einzeln vergüteten Leistungen zusammensetzen. Die Praxisbudgets unterliegen einer Abstufung der Fallpunktzahlen, die bei deutlichem Übersteigen des Fachgruppenschmitts gekürzt werden. Die Folge davon war, dass viele Ärzte entweder die Zahl ihrer Patienten und/oder die Dauer ihrer Sprechstunden reduzierten, um so das Verhältnis von Punktwert und Leistungs-



menge in Einklang mit dem Praxisbudget zu bringen. Das wiederum brachte den Ärzten Ärger mit ihrer Patientenklientel und die Krankenversicherungen in Konflikt mit ihrem gesetzlichen Sicherstellungsauftrag.

2.4 Fazit

- Das Moral-hazard-Phänomen, in dem individuell rationales Verhalten im Sinn des Homo Oeconomicus in kollektive Irrationalität mündet, lässt sich im Gesundheitswesen eher bei den Leistungserbringern als bei den Patienten bzw. Versicherten empirisch nachweisen.
- Selbstbeteiligungsregelungen haben nur dann einen positiven Steuerungseffekt bezüglich der rationalen Inanspruchnahme von Leistungen, wenn sie den Patienten eine sowohl medizinisch als auch finanziell akzeptable Alternative lassen.
- Das Gesundheitswesen ist ein angebotsinduzierter Wirtschaftszweig, in dem die Steuerung der Versorgungsstrukturen sowie der Preis- und Vergütungssysteme für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Versorgung gesundheitspolitische Priorität hat.

3 Verhaltenssteuernde Elemente im deutschen Krankenversicherungsrecht

Es gibt in Deutschland eine fast unüberschaubare Vielzahl von gesetzgeberischen Strategien und Instrumenten zur Regulierung des Angebots und der Inanspruchnahme von gesundheitsbezogener Versicherung und Versorgung. In welchen Paragraphen sie im Einzelnen ihren Niederschlag gefunden haben, findet sich in den jeweiligen thematischen Abschnitten dieses Chartbooks. Nicht immer wird deutlich, welche Annahmen und Zielsetzungen hinter der Einführung einzelner Instrumente stehen. Zur Einstimmung und Einordnung möchten wir deshalb einige generelle Anmerkungen zum Stand der gesetzlichen Normierung und Regulierung und der Art und Weise seines Zustandekommens geben.

- Die Einführung von Anreizsystemen und Instrumenten erfolgte in einem langen Prozess seit 1977 bis zur jüngsten Gegenwart. Trotz der permanenten Präsenz von Annahmen über ein „Moral hazard“-Verhalten von Versicherten und Patienten gibt es keine ernst zu nehmende politische „Blaupause“ einer systematischen Beeinflussung oder Gegensteuerung. Das Beispiel der Zuzahlungen zeigt aber, dass eine jahrzehntelange inkrementale Politik massiv den Versorgungsalltag bestimmen kann: Bereits für rund 75 Prozent der GKV-Leistungen gibt es aktuell Zuzahlungen.
- Die gesetzliche Einführung einer Reihe dieser Instrumente scheint bewusst experimentellen Charakter zu haben. Dies gilt beispielsweise für den Typus der Einführung als Modellversuch bei der Beitragsrückerstattung oder der Patientenquittung. Bei der Patientenquittung ist außerdem auffällig, dass sie zwar seit 1993 als Möglichkeit im SGB V stand, aber wegen fehlenden Verwaltungsvereinbarungen von Kassenärztlicher Vereinigung und GKV nicht umgesetzt wurde.
- Bei einigen der als Modellversuch mit Evaluationspflicht in die Rechtswirklichkeit gekommenen Instrumente ist unklar, welchen Zwecken dieser Implementationsweg dienen sollte. Unabhängig von den kritischen Ergebnissen der Evaluation der Patientenquittung vor 2004 wurde sie mit dem GMG eine

Pflichtleistung. Trotz der in den 1990er Jahren in Modellversuchen überwiegend unbestrittenen veröffentlichten oder unveröffentlichten Nachweisen ihrer Wirkungslosigkeit wurde auch die Beitragsrückerstattung 2004 zur Regelleistung. Angesichts der hier skizzierten Umgangsweisen mit Evaluationsergebnissen können Modellversuche auch als mehrfach genutzte Möglichkeit interpretiert werden, die allgemeine Einführung bestimmter Regelungen zu verzögern.

- Viele Anreize sind nur für sehr eingeschränkte Zielgruppen wirksam oder wählbar. Zu denken ist an die nicht seltene Beschränkung von Instrumenten auf die Gruppe der freiwillig Versicherten oder manchmal sogar nur noch Subgruppen dieser Gruppe (z. B. auf freiwillig Versicherte, die Kostenerstattung gewählt haben). Zu der dahinter liegenden Zielsetzung mag im Falle der Selbstbehalte gehören, Versicherte von der Abwanderung in die PKV abzuhalten. Die rationale Steuerung von Inanspruchnahme ist dann nicht Hauptziel der Anreize.
- In zahlreichen Regelungen werden explizit das Risiko unerwünschter sozialer oder gesundheitlicher Risiken anerkannt und gegengesteuert. Verbreitete Beispiele sind die ausdrückliche Herausnahme der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen aus der zum Beispiel für eine Beitragsrückerstattung zu berücksichtigenden Leistungsmenge oder die Herausnahme der Leistungen für mitversicherte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre. Angesichts der internationalen Erkenntnisse über unerwünschte Wirkungen von Zuzahlungen ist es aber umso verwunderlicher, dass der Gesetzgeber bei keiner der vielen alten und neuen Zuzahlungsregelungen eine Pflichtevaluation über das Erreichen erwünschter Steuerungswirkungen und das Auftreten unerwünschter Wirkungen ins Gesetz aufgenommen hat.

4 Anreizsysteme im internationalen Vergleich

4.1 Einleitung und Überblick

Anreize als Steuerungsinstrument in der medizinischen Versorgung und die systematische Untersuchung von Anreizsystemen im Gesundheitswesen sind ein verhältnismäßig junges Gebiet in Praxis, Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik – Neuland für Leistungserbringer, Patienten und gesundheitspolitische Entscheider auch außerhalb Deutschlands.

Betrachtet man die Entwicklungen in anderen Industrieländern mit hochentwickelten, komplexen Gesundheitssystemen, so findet man grundsätzlich zwei Arten von Anreizsystemen, solche zur Steuerung von Inanspruchnahme bzw. zur Beeinflussung von *Patientenverhalten* und solche zur Beeinflussung des *Verhaltens von Leistungserbringern*. Die Ausgestaltung monetärer oder nichtmonetärer Anreize hängt von gesundheitspolitischen Prioritäten bzw. von der jeweiligen Versorgungssituation ab. Dementsprechend werden mit Anreizen sehr unterschiedliche Ziele verfolgt. Sie sollen helfen, die Kosten zu senken, die Inanspruchnahme zu lenken, die Effizienz zu steigern und sie sollen die Versorgungsqualität verbessern, um die Koordination zwischen den Leistungserbringern voranzubringen und um die Leistungserbringer dazu zu bewegen, Behandlungsverläufe und Patientenakten nach neuesten Verfahren zu dokumentieren.

Das *Spektrum finanzieller Anreize* reicht von der stärkeren Betonung der Eigenverantwortung von Patienten über Wahlmöglichkeiten, Zuzahlungen und Selbstbehalte bis zu Vergütungsanteilen für das Erreichen klinischer Leistungsziele. Negative Anreize auf Leistungsanbieterseite sollen abgebaut, fehlende ergänzt werden. So sollen zum Beispiel koordinierende und dokumentierende Tätigkeiten besser vergütet werden, auch die Versorgung chronisch Kranker bzw. ihre Beteiligung an Disease-Management-Programmen soll durch eine entsprechende Ausgestaltung von Bonus- und Vergütungsregelungen in konsistenten Anreizsystemen belohnt werden.

Nichtmonetäre Anreize sind z. B. unterstützende Feedbacksysteme (Peer reviews, kollegiale Zweitmeinungen, Coaching). Hierzu gehört auch die fachliche Anerkennung von Leistung in der Gruppe und im Vergleich mit anderen Versorgergruppen, die Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse im Vergleich mit Wettbewerbern, die Ausstattung mit modernster Informations- und Kommunikationstechnologie und deren Anwendung für Management, verbesserte Behandlungsverläufe und Koordination sowie für beschleunigten Zugriff und Transfer von behandlungsrelevanten Daten und Dokumentation (elektronische Patientenakte). Die verschiedenen Anreize schließen sich nicht gegenseitig aus; je nach Schwerpunktsetzung werden sie auf unterschiedliche Weise miteinander kombiniert.

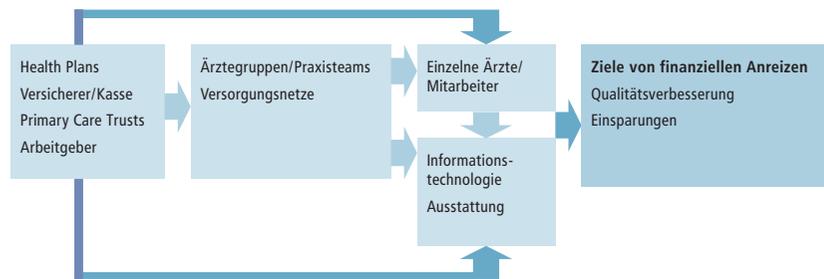
Ist wie in Deutschland *Kostendämpfung* ein vorrangiges (gesundheits)politisches Ziel, richten sich Anreizsysteme zur Steuerung der Inanspruchnahme vornehmlich an Patienten. Zur Verhinderung von Überversorgung, Doppeluntersuchungen oder Ärzte-Hopping werden mithilfe finanzieller Hürden Negativanreize gesetzt. Ein Nachteil von Negativanreizen ist, dass diese dem Gesundheitssystem Geld entziehen können, zum Beispiel durch vermiedene Krankenhauseinweisungen (Rosenthal 2005). Eine finanziell erwirkte Zugangsbeschränkung ist auch deswegen umstritten, weil sie durch verzögerte, verspätete Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen u. U. negative Folgen auf den Gesundheitszustand haben kann. Auch könnten durch finanzielle Barrieren zu einem späteren Zeitpunkt höhere Behandlungskosten anfallen, die ohne Zugangsbeschränkung vermieden worden wären.

Geht es hingegen vorrangig um die Verbesserung der *Versorgungsqualität*, findet man zum Beispiel in den USA Steuerungsansätze, deren monetäre und nichtmonetäre Anreizkomponenten sich primär an Leistungserbringer und Versorgungsnetze richten (www.medvantage.com).

Oft werden Vergütungsboni an die Leistungserbringung eines ganzen Versorgungsteams (Ärztegruppen, Praxisteams) geknüpft; Organisationen, die dieses Instrument

Gestaltungsmöglichkeiten für finanzielle Anreizsysteme

Wer zahlt an wen wofür?



Woher kommt das Geld?

Boni aus zusätzlichen, laufenden oder freigegebenen Mitteln

Voraussetzungen für Bonuszahlungen:

- Leistungen/Prozesse – klinisch, organisatorisch
- Ziele/Ergebnisse – absolut/relativ
- Patientenzufriedenheit
- Datendokumentation/IT-Infrastruktur
- Feedback-Systeme für Ärzte
- Kooperation und Koordination

Quelle: eigene Darstellung

BertelsmannStiftung

Abbildung 1: Gestaltungsmöglichkeiten für finanzielle Anreizsysteme

einsetzen, sind aber außer in Kalifornien, Minnesota und Massachusetts nicht sehr verbreitet. Daneben gibt es Bonuszahlungen für einzelne Ärzte; auch kombinierte Bonussysteme mit kollektiven und individuellen Empfängern sind möglich (Bodenheimer 2005).

Kriterien für die Gewährung von Bonuszahlungen sind Nachweise über erfolgreiche Präventionsmaßnahmen in der in einen Health Plan eingeschriebenen Population, das Erreichen klinischer Leistungsziele für die Behandlung ausgewählter Krankheiten oder bezogen auf populationsbezogene medizinische Outcomes, Patientenzufriedenheit sowie Investitionen in die Anwendung von Informationstechnologien für Datenübertragung und -dokumentation und schließlich auch der Nachweis von Koordination und (interdisziplinärer) Kooperation der Leistungserbringer. Dabei werden ergebnisorientierte Bonuszahlungen nicht für alle Leistungen gewährt, sondern, je nach Einkäufer, Health Plan oder Ärzteorganisation, für Primärversorgung, Präventionsangebote, den Besuch beim Facharzt, für Krankenhausbehandlung oder für die Verschreibung von Generika, um nur wenige Beispiele zu nennen.

Heute unterscheidet man bei Vergütungssystemen mit leistungsorientierten Zahlungskomponenten zwischen Anreizen für das Erreichen *absoluter Qualitätsziele (performance thresholds)* einerseits und Anreizen für den Nachweis verbesserter Leistungsqualität, d. h. das Erreichen *relativer Qualitätsziele (quality improvement)* andererseits. Während in den US-amerikanischen *Pay-for-Performance (PFP)-Programmen* aufgrund belegter starker Unterschiede in der Versorgungsqualität vermehrt über Anreize zu relativer Qualitätssteigerung nachgedacht wird, sind diese in Großbritannien tabu. Dort argumentiert man, relative Qualitätsziele gingen zulasten der Patienten, für die es keine relative, sondern nur absolute Qualität geben dürfe. In Estland, wo man seit Januar 2006 leistungsorientierte Anteile in die hausärztliche Vergütung einführt, diente das englische Beispiel als Vorbild. Freilich hat das estnische Gesundheitsministerium in der Pilotphase noch keine Qualitätsziele vorgegeben; stattdessen gibt es Bonuszahlungen für bestimmte Leistungen

ohne Bewertung der Behandlungsqualität. Durch finanzielle Anreize sollen Ärzte dazu angehalten werden, sich verstärkt um Impfungen, Krankheitsvorsorge durch Screening und um die Verbesserung der Chronikerversorgung zu kümmern. Sinken dadurch die Krankenhauseinweisungen, erhoffen sich der estnischen Krankenkassenfonds EHIF und die Regierung zudem Einspareffekte. Langfristig sollen in Estland gemeinsam mit den Ärzten jedoch vergütungsrelevante Behandlungsziele (Outcome-Orientierung) definiert werden.

Was patientenseitige Anreizsysteme angeht, so sind diese in ihrer Wirkung umstritten. In den USA hat sich in den letzten Jahren eine Bewegung ausgebreitet, die mehr Wahlmöglichkeiten für die Bevölkerung unter der Bezeichnung „consumer-directed health care“ (CDHC) propagiert. Anders als in Deutschland haben die Patienten damit aber nicht die Wahl zwischen verschiedenen Leistungsanbietern, sondern zwischen Versicherern bzw. health plans, die ihrerseits mit Leistungserbringern Verträge abschließen. Mehr Wahlmöglichkeiten haben die Versicherten dann, wenn sie bereit und in der Lage sind, zusätzlich zu den (dann relativ günstigen) Prämien sehr hohe Selbstbehalte (z.B. die ersten \$ 3.000 aus der eigenen Tasche) zu zahlen; in einigen dieser CDHC-Pläne – auch „high-deductible health plans“ genannt – können die Versicherten sich dann auch bestimmte Haus- und Fachärzte innerhalb eines Netzwerks herausuchen.

Pay-for-Performance-Zielsetzungen nach Ländern

	USA	UK	Estland	Israel	D
Qualitätsunterschiede nivellieren	■				
Qualitätsniveau erreichen bzw. halten (absolut)	■	■			
Versorgungsqualität verbessern (relativ)	■				
Leistung an sich belohnen			■		
Chronikerversorgung verbessern	■		■		■
Prävention verbessern	■	■	■		
Verschreibungsverhalten belohnen					■
Praxismanagement verbessern (Service, Wartezeit)		■			
Effizienz steigern	■	■		■	■
Kosten senken	■				■
Koordination zwischen Leistungserbringern fördern*	■	■		■	
Behandlungsverläufe per IT dokumentieren (elektronische Patientenakte)*	■	■			
Evaluations- und Feedbacksysteme*	■			■	
Patientenorientierung / Patientenzufriedenheit steigern	■	■			■

* Boni für bislang nicht vergütete Leistungen

| BertelsmannStiftung

Abbildung 2: Leistungs- und ergebnisorientierte Vergütung: was wird wo belohnt? (eigene Darstellung, ausgewählte Länder)

4.2 Anreize für bessere Koordination zwischen Leistungsanbietern und Leistungssektoren

Ein weiteres Feld für qualitätsorientierte Steuerung durch finanzielle Anreize ist die intersektorale und interdisziplinäre Kooperation und Koordination von Leistungserbringern.

So sollen in *Israel* Krankenkassen die Zuständigkeit für die Versorgung psychisch Kranker übernehmen – bislang ist dies Aufgabe des Gesundheitsministeriums. Der Anreiz soll den Planern zufolge darin bestehen, dass Krankenkassen aus Kostengründen eher wohnortnahe Versorgung im vertrauten Umfeld anstatt institutionalisierter Versorgung fördern würden. Im Ergebnis werden nicht nur kostendämpfende Effekte, sondern auch eine verbesserte Versorgungsqualität mittels durchgängiger und umfassender Koordination der Versorgung erwartet.

Auch der *Visiting Nurses Service New York* setzt Anreize für eine wohnortnahe koordinierte Versorgung seiner Klientel. Da die Krankenpflege-Teams mit Ausnahme der Akutversorgung vollständige Budgetverantwortung tragen, bewirken die Vergütungsregelungen, dass Krankenhauseinweisungen und damit hohe Kosten stationärer Versorgung so lange wie möglich hinausgezögert werden.

Weiterführende Literatur und Links:

Medlin, C.: „Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen.“ *Gesundheitspolitik in Industrieländern*, Hrsg. Busse, R. und S. Schlette, Ausgabe 1, 2003 (unveröffentlicht).

Roland, M.: „Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom“. *N. Engl. J. Med.* 351, 2004: 1448.

Rosenthal, M.B. et al.: „Paying For Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement“. *Health Aff.* 23, 2004: 127.

Rosenthal, M.B. et al.: From Concept to Practice: Early Experience with P4P. Presentation, Quality Colloquium, Boston 2005.

Rosenthal, M.B., R. G. Frank, L. Zhonghe, und A.M. Epstein: „Early Experience with Pay-for-Performance: From Concept to Practice“. *Journal of the American Medical Association* 294 (14), 2005: 1788–1793. Abstract available at: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/short/294/14/1788>

Rosenthal, M.B.: Pay-for-Performance: Groping Forward. Presentation, Quality Colloquium, Boston 2005.

Rosenthal, M.B.: Testimony. House Subcommittee on Employer-Employee Relations, Hearing on Examining Pay-for-Performance Measures and Other Trends in Employer-Sponsored Health Care, May 17, 2005.

Wallace, P.: „Kaiser Permanente und Medicare: Wege zur Standardisierung der Chronikerversorgung in den USA“. *Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland*. Hrsg. Schlette, S., Knieps, F. und V. Amelung. Bonn 2005: 30–59.



Centers for Medicare und Medicaid Services:

www.cms.hhs.gov/media/press/release.asp?Counter=1441

Consumer-Purchase Disclosure Project: www.healthcaredisclosure.org

Integrated Healthcare Association: www.iha.org

Medvantage: www.medvantage.com

National Pay for Performance Summit, 6–9 February 2006, Hyatt Regent Century Plaza, Los Angeles, CA: www.pfpsummit.com/agenda/

Pacific Business Group on Health: www.pbgh.org

The Quality Colloquium (August 2005):

www.qualitycolloquium.com/agenda/day2.html

5 Zur Methodik des Bertelsmann Gesundheitsmonitors

Der *Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung (GeMo)* „ist eine seit 2001 regelmäßig durchgeführte Befragung von Bevölkerung und Ärzten zur ambulanten Versorgung in Deutschland. Im Mittelpunkt stehen dabei

- die Erhebung des Status quo (welche Erfahrungen machen Patienten in der ambulanten Versorgung)
- die Bedürfnisse der Versicherten (welche Anforderungen stellen sie als Bezahler und Nutzer des Systems)
- die Implementierungschancen von Reformvorhaben bei den niedergelassenen Ärzten“ (Böcken/ Amhof 2005: 29).

Die Befragung der Versicherten erfolgt zweimal jährlich, die der niedergelassenen Haus- und Fachärzte einmal im Jahr. Mit bis heute knapp 14.000 befragten Versicherten zu über 150 gesundheitspolitisch relevanten Fragen ist der GeMo einer der größten Surveys dieser Art in Deutschland. Die Fortsetzung des GeMo ist momentan bis Ende 2007 geplant.

5.1 Versicherten- und Ärztebefragung

Versichertenbefragung: Die schriftliche Befragung erfolgt mit einem postalisch versandten Fragebogen, der jeweils rund 25 DIN-A4-Seiten mit 150 Fragen umfasst. Die Nettostichprobe beträgt für jede Erhebungswelle mindestens 1.500 Personen. Die Grundgesamtheit ist die deutschsprachige Wohnbevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren. Die Stichprobenziehung erfolgt aus einem Pool befragungsbereiter Haushalte (TNS-Access-Panel). Dieser umfasste im Januar 2005 rund 70.000 Haushalte mit 160.000 Personen. Etwa drei Viertel der Fragen werden in jeder Befragungswelle identisch erhoben, sodass es möglich ist, im Sinne eines Monitorings zeitnah Veränderungen zu erkennen. Der restliche Teil des Fragebogens steht für aktuelle und damit inhaltlich wechselnde Fragestellungen zur Verfügung (z. B. Alternativme-

dizin, Vertrauen in die Gesundheitsversorgung, Gesundheit im Alter, Prävention, gesundheitliche Informationen im Internet, Auswirkungen des GMG).

Ärztebefragung: Die Grundgesamtheit für diese telefonische Befragung sind die in Deutschland niedergelassenen Ärzte. Die Stichprobenziehung erfolgt aus einem TNS-Adresspool mit einer Netto-Stichprobengröße von 500. Davon sind 50 Prozent niedergelassene Primärärzte (Allgemeinärzte, hausärztliche Internisten, Kinder- und Frauenärzte) und 50 Prozent niedergelassene Fachärzte (alle Facharztgruppen mit mindestens 1.000 Mitgliedern, außer Anästhesisten).

5.2 Inhaltliche Schwerpunkte

Inhaltlich ist der Gesundheitsmonitor sehr vielfältig. Im Einzelnen werden folgende Themen abgefragt: Häufigkeit der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung, Merkmale der Arzt-Patient-Interaktion und ihre Bewertung aus Sicht der Versicherten und der Ärzte, Informationsbedürfnisse der Patienten, Umfang des Krankenversicherungsschutzes sowie das Ausmaß der persönlichen Gesundheitsausgaben. Weiterhin werden im Gesundheitsmonitor die Anforderungen und Erwartungen der Versicherten an die ambulante Gesundheitsversorgung sowie ihre Kenntnisse und Einschätzungen zu aktuellen und potentiellen Gesundheitsreformen erhoben.

Komplettiert werden die Erhebungen durch die Abfrage der selbst wahrgenommenen Gesundheit, von Aspekten des Gesundheitsverhaltens und einer Reihe von soziodemographischen Merkmalen. Auf der Basis der Angaben zum Haushaltsnetto-Äquivalenzeinkommen, zum beruflichen Status und zum höchsten Bildungsabschluss wird ein additiver Sozialschichtindex nach Helmert ermittelt, der die Kategorien Oberschicht, obere Mittelschicht, Mittelschicht, untere Mittelschicht und Unterschicht umfasst (nähere Beschreibung und Vergleich zu anderen Sozialschicht-Indices zum Beispiel in Mielck, 2000: 41 ff).

Die Methodik des Gesundheitsmonitors ist vergleichbar mit der Vorgehensweise des vom Picker-Institut konzipierten und bereits mehrmals durchgeführten Patienten-Surveys im britischen nationalen Gesundheitswesen.

5.3 Erhebungswellen im Überblick

Bisher hat die Bertelsmann Stiftung seit 2001 neun Bevölkerungsbefragungen im halbjährlichen Abstand durchgeführt, drei weitere folgen noch. Bei den Ärzten fanden bisher fünf Befragungen statt (siehe Abbildung 2 und 3).

Versichertenbefragungen

Ärztebefragungen

Welle	Erhebungszeitraum	Stichprobengröße	Erhebungszeitraum	Stichprobengröße
1	November/Dezember 2001	1.483	Januar/Februar 2002	500
2	Mai/Juni 2002	1.514	November/Dezember 2002	502
3	Oktober/November 2002	1.512	November/Dezember 2003	511
4	März/April 2003	1.546	November/Dezember 2004	513
5	Oktober/November 2003	1.543	November/Dezember 2005	516
6	März/April 2004	1.548		
7	Oktober/November 2004	1.436		
8	März/April 2005	1.539		
9	Oktober/November 2005	1.537		

| BertelsmannStiftung

Abbildung 3: Bisherige Erhebungswellen des Gesundheitsmonitors im Überblick

6 Verhaltenssteuernde Anreize zur Senkung der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung

6.1 Beispiel Bonusprogramme

Warum ist es wichtig? Eine Möglichkeit, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen zu reduzieren, ist es, die Bürger zu mehr präventivem Verhalten zu veranlassen. Als Anreiz, sich eigenverantwortlicher in Bezug auf die eigene Gesundheit zu verhalten, gab es schon vor dem GMG 2004 (z.B. Ermäßigungen und spezielle Bonusregelungen beim Zahnersatz). Doch mit dem GMG sind auch für gesetzlich Versicherte die für Privatpatienten typischen Bonussysteme möglich. So gewährt § 65a des Sozialgesetzbuches V (SGB V) unter anderem einen Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten (Sozialversicherungs-Gesetze 2006).

Was wissen wir? Bonuszahlungen bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen haben in der gesetzlichen Krankenversicherung nur einen begrenzten Wirkungsgrad im Hinblick auf rationale Inanspruchnahme von Leistungen und Effizienzsteigerungen im Gesundheitswesen. Sie stehen zudem tendenziell in einem Zielkonflikt sowohl mit dem Solidaritätsprinzip als auch mit dem Kassenwettbewerb:

- Von Bonusprogrammen profitieren im Allgemeinen eher junge und relativ gesunde Versicherte, was die in einer AOK-Umfrage gezeigten Präferenzen der Versicherten erklärt. Damit aber entfällt der angestrebte Effekt, durch Bonuszahlungen Leistungsausgaben zu verhindern. Generell zeigen Studien bei finanziellen Anreizen zur Senkung der Inanspruchnahme von Leistungen, dass sich damit zwar die Zahl der Arztkontakte reduzieren lässt, nicht aber die ärztlichen Leistungen (Breyer et al. 2004). Zugleich erleiden Krankenkassen Einnahmeverluste. Der im Solidaritätsprinzip gegebene Belastungsausgleich zwischen Gesunden und Kranken wird dadurch abgeschwächt.

- Bonusprogramme sind nur dann sinnvoll, wenn sie gesundheitsgerechtes Verhalten fördern. Monetäre Anreize allein bewirken erfahrungsgemäß wenig. Sie müssen in „Setting“-Ansätze in der Prävention und Gesundheitsförderung eingebettet sein, wenn sie effektiv sein sollen (Rosenbrock/Gerlinger 2004). Dabei stellt sich ein Problem: Derartige Programme können sich nur langfristig auszahlen. Da aber die Versicherten die Kasse jederzeit wechseln können, besteht wenig Anreiz für die einzelnen Kassen, solche Programme zu starten, da sie nicht wissen, ob sich das für sie auch eines Tages lohnt. Deshalb führen Prävention und Gesundheitsförderung in einem System mit Kassenwettbewerb vermutlich nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung von gesundheitlichen Outcome-Parametern.

Zu diesen prinzipiellen Erkenntnissen kommt hinzu, dass die Nutzung dieser Programme nur zäh anläuft. Eine schriftliche Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) von 3.000 Personen über 18 Jahre zeigt die Unsicherheit der Bevölkerung gegenüber den neuen Bonussystemen auf (Clade 2005). Rund die Hälfte der Befragten sieht Bonusprogramme als vorteilhaft an, während sich die andere Hälfte ihnen gegenüber eher unentschlossen, gleichgültig oder negativ äußert. Rund 20 Prozent lehnten die Programme sogar ab. Dabei sind jüngere Versicherte aufgeschlossener als Ältere (64 Prozent der unter 30-Jährigen) und gesunde Personen interessierter als Kranke, insbesondere chronisch Kranke (die Letzteren mit 50 Prozent). Eine Ablehnung des Bonusprogramms könnte laut Studie mit einer geringen Attraktivität sowie geringen finanziellen Vorteilen zusammenhängen; dies berichtete zumindest rund die Hälfte der bisher noch nicht in ein Programm eingeschriebenen befragten Versicherten (Clade 2005).

Unter den insgesamt 3.652 im Gesundheitsmonitor 2004/2005 befragten GKV-Mitgliedern haben sich erst 16 Prozent in ein Bonusprogramm eingeschrieben, weitere 41 Prozent könnten sich vorstellen, in nächster Zeit ein solches Programm zu nutzen (sehr wahrscheinlich/wahrscheinlich). Im Zeitverlauf ist nur ein geringer

Anstieg festzustellen. Im Herbst 2005 gaben zwar bei stetig steigender Tendenz 73 Prozent der Befragten an, schon etwas von der Existenz der Bonusprogramme gehört zu haben, aber nur 17 Prozent nahmen ein Angebot wahr; und 44 Prozent wollen dies wahrscheinlich in nächster Zukunft tun. Über den gesamten Befragungszeitraum betrachtet, gibt es allerdings starke Unterschiede zwischen einzelnen Nutzergruppen: So beteiligt sich die Oberschicht mit 19 Prozent deutlich häufiger an Bonusprogrammen als die Unterschicht mit 11 Prozent. Mit geringerer Ausprägung finden sich diese sozialen Nutzungsunterschiede auch dann, wenn man sich die Einkommen oder den höchsten Schulabschluss der Nutzer ansieht. Ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede gibt es schließlich noch zwischen den Altersgruppen: Unter den bis zu 29 Jahre alten Befragten nutzten 2004/2005 14 Prozent Bonusprogramme. Bei den 60 Jahre alten und älteren Befragten waren es bereits 21 Prozent. Der Gesundheitszustand spielt allerdings keine nennenswerte Rolle bei der Nutzung oder Nichtnutzung von Bonusprogrammen (guter Gesundheitszustand: 16 Prozent Nutzer; schlechter Gesundheitszustand: 17,5 Prozent).

Was folgt daraus? Angesichts der bisher geringen Akzeptanz und der erkennbaren unerwünschten Wirkungen auf die Funktionsfähigkeit wesentlicher Bedingungen des GKV-Systems ist deutlich, dass es sich bei Bonusprogrammen überwiegend um Marketingaktivitäten, und nicht um ernstzunehmende Maßnahmen zur Steuerung erwünschter Leistungsqualität handelt. Um erwünschte präventive Aktivitäten wirklich zu fördern, sollte alternativ an zwei Punkten gearbeitet werden: Erstens an der Qualitätssicherung der existierenden Präventionsangebote im Hinblick auf ihre Wirksamkeit. Zweitens daran, ob und wie diese Angebote zu einer Gemeinschaftsaufgabe aller Kassen, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst, gemacht werden können.

Teilnahme an Bonusprogrammen nach Sozialschicht

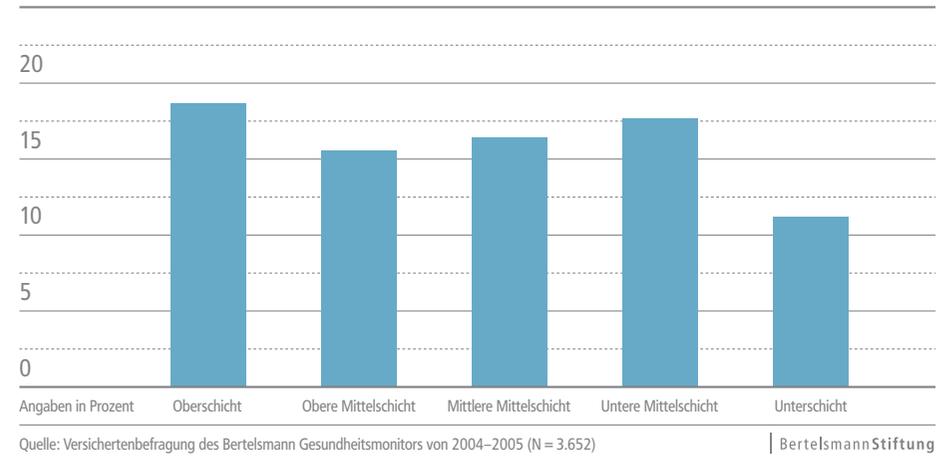


Abbildung 4: GKV-Versicherte aus der Oberschicht beteiligten sich 2004/2005 häufiger an Bonusprogrammen als Angehörige der Unterschicht.

6.2 Beispiel Hausarztzentrierte Versorgung

Warum ist es wichtig? Krankenkassen können auch dann, wenn sich der Patient verpflichtet, einen Hausarzt als ständigen Partner zu wählen und Fachärzte nur nach Überweisung aufzusuchen, einen Bonus gewähren. Durch Hausarztverträge kann z.B. die vierteljährliche Praxisgebühr von 10 Euro entfallen. Diese Verpflichtung zur hausarztzentrierten Versorgung ist freiwillig, für ein Jahr bindend (§ 73b SGB V) und soll eine bessere Koordinierung, höhere Effizienz und verbesserte Qualität gewährleisten. Unter der Bezeichnung seiner als besonders wichtig angesehenen Funktion, nämlich des „gatekeepings“, ist dieses System auch im Ausland weit verbreitet.

Was wissen wir? Die 2004 in Frankreich erfolgte Einführung eines Gatekeeping-Systems ist wegen der Ähnlichkeiten der beiden Gesundheits- und Versicherungssysteme von besonderem Interesse für die Debatte in Deutschland. Die Franzosen eröffnen aber im Unterschied zu anderen Ländern ihren Versicherten die Möglichkeit, einen Arzt ihres Vertrauens zu wählen, der nicht zwangsläufig der Hausarzt sein muss. Dies können auch Fachärzte sein, sogar solche, die im Krankenhaus tätig sind. Die Erstkonsultation beim „médecin traitant“ ist nicht verpflichtend, aber die Fachärzte können den Versicherten bis zu 17,5 Prozent höhere Gebühren pro Besuch oder Prozedur in Rechnung stellen (in Frankreich müssen die Patienten nach dem Kostenerstattungsprinzip zunächst alle ambulanten Leistungen selbst bezahlen), wenn sie ohne Überweisung kommen.

Die Tatsache, dass nun alle Haus- und Fachärzte Gebühren in Rechnung stellen dürfen, ist auch ein strukturelles Novum im französischen System, da bisher nur bestimmte Haus- und Fachärzte zusätzlich privat abrechnen durften. Das neue System ist ein Kompromiss innerhalb eines seit 1996 geführten Streits, mit dem die Hausärzte zwar gestärkt wurden, die Fachärzte sich aber trotzdem einverstanden erklären konnten. Die Hausärzte erhalten für ihre Lotsenfunktion eine jährliche

Pauschale von 40 Euro pro Patient. Dies ähnelt der in Deutschland beispielsweise in den Disease-Management-Programmen für den koordinierenden Arzt vorgesehenen Honorierung. Die Fachärzte erhalten für einen Patienten mit Überweisung beim ersten Besuch die doppelte Vergütung. Sucht ein Patient allerdings mehrfach innerhalb eines halben Jahres einen Facharzt auf, erhält dieser nur ein geringes zusätzliches Honorar. Der Anreiz für die Fachärzte, das Gatekeeping durch den „médecin traitant“ mitzutragen, ist damit gesetzt. Gleichzeitig soll damit eine Leistungsausweitung beim Facharzt verhindert werden. Damit liegt Frankreich zwischen den strengen Gatekeeping-Ansätzen beispielsweise der Niederlande und dem deutschen, rein freiwilligen Modell. Gleichzeitig liefert es ein gutes Beispiel, wie das – ja auch in Deutschland bestehende – Spannungsverhältnis zwischen Haus- und Fachärzten aufgelöst werden kann.

In Deutschland sind nach ihrer eigenen Wahrnehmung bislang nur relativ wenige Versicherte in einer Krankenkasse mit einem Hausarztvertrag oder wissen nichts von der Sachlage in ihrer Kasse. Von den im Frühjahr und Herbst 2005 Befragten gaben zusammen 22 Prozent an, ihre Kasse habe eine solche Möglichkeit, 18 Prozent verneinten dies, und 60 Prozent wussten dazu nichts zu sagen. Nur zehn Prozent aller 2004 und 2005 Befragten des Gesundheitsmonitors gaben an, sich bei einem Hausarzt eingeschrieben zu haben (allerdings konnten sich 2005 weitere 76 Prozent eine zukünftige Teilnahme unter bestimmten Voraussetzungen vorstellen). Vor allem ältere Versicherte sind signifikant überdurchschnittlich an der hausarztzentrierten Versorgung beteiligt. Dies gilt auch für Versicherte mit einem geringeren Einkommen (unter 800 Euro: 13,7 Prozent; über 3.000 Euro: 5,8 Prozent) sowie hochsignifikant für Personen mit schlechtem Gesundheitszustand (18,8 Prozent).

Die zentrale Voraussetzung für eine eventuelle Teilnahme an einem Hausarztmodell oder einen Modellwechsel ist, dass sich weder an der Person des bisherigen Hausarztes noch an den organisatorischen Umständen der Inanspruchnahme eines Haus-

arztes viel ändert. Fast 80 Prozent der Befragten würden in ein Hausarztmodell gehen, wenn sie beim jetzigen Arzt bleiben können. Selbst wenn ein neuer Hausarzt auch in der unmittelbaren Umgebung wäre, würden weniger als 10 Prozent der Befragten sich für einen Wechsel entscheiden. Sehr wichtig scheint für viele Versicherte die Möglichkeit zu sein, auch in der hausarztzentrierten Versorgung die freie Wahl eines Facharztes treffen zu können. Wenn dies gesichert ist, würden über 60 Prozent in ein Hausarztmodell gehen, in dem der Hausarzt die Entscheidung für oder gegen eine Facharztüberweisung trifft, also eindeutig „gatekeeping“ übernehme. Nur noch rund 20 Prozent der Versicherten würden an einem Hausarztmodell teilnehmen, in dem sowohl die Entscheidung über „Facharztüberweisung ja oder nein?“ und die konkrete Auswahl des Facharztes der Hausarzt übernehme. Starke Anreize für die Teilnahme an einem Hausarztmodell gehen für eine Mehrheit der Befragten von evtl. vermehrten Präventionsangeboten aus. Finanzielle Aspekte spielen aber für über die Hälfte der Personen ebenfalls eine Rolle beim Nachdenken über eine Teilnahme. Nur noch rund ein Drittel der Versicherten fühlt sich durch die Möglichkeit, dadurch in den Genuss von Elementen der Qualitätssicherung (Leitlinien, Arzneimittelliste) zu kommen, zum Beitritt in ein Hausarztmodell animiert.

Teilnahme an Hausarztmodellen nach Alter

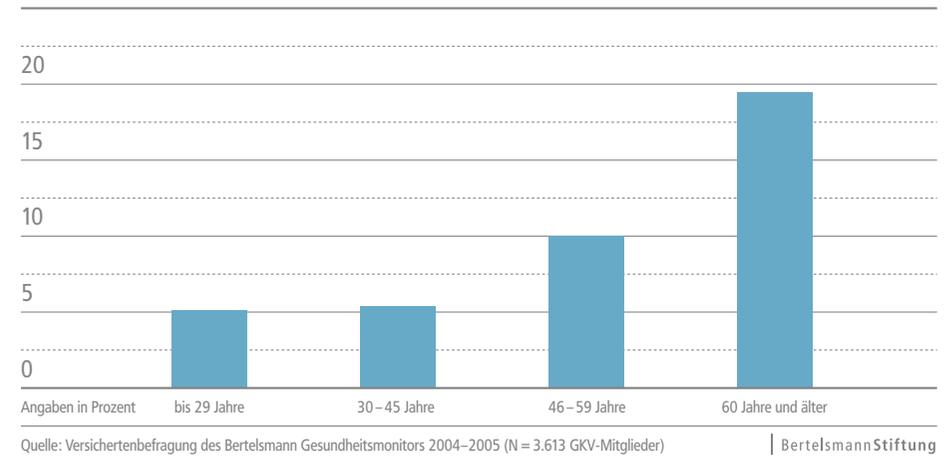
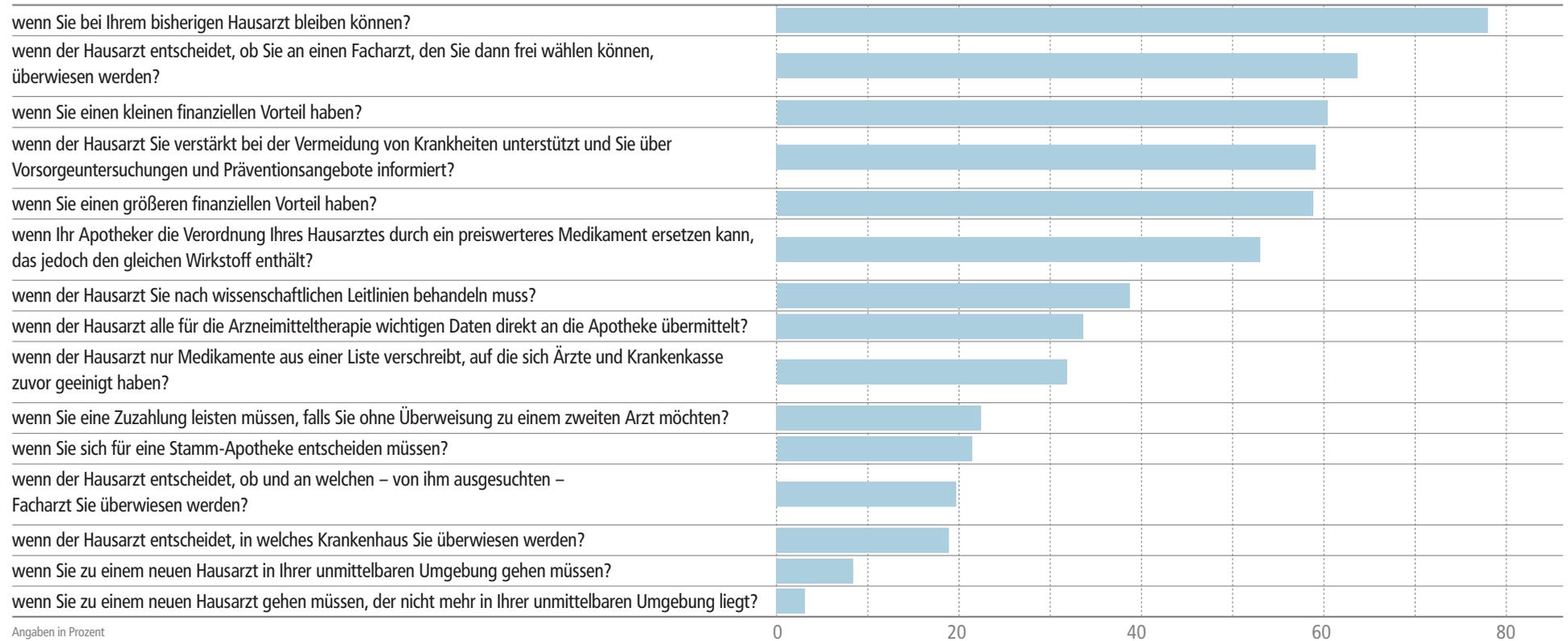


Abbildung 5: Besonders ältere Menschen (ab 60 Jahre) beteiligen sich an Hausarztmodellen.

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie an einem Hausarztmodell teilnehmen bzw. in ein anderes wechseln, ...



Angaben in Prozent

Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors vom Herbst 2005 (N = 1.232 GKV-Mitglieder)

BertelsmannStiftung

Abbildung 6: Je weniger sich an der bisherigen Hausarztkonstellation ändert, desto wahrscheinlicher gehen Versicherte in ein Hausarztmodell. Die Freiheit der Auswahl eines bestimmten Facharztes ist äußerst wichtig für die Nutzung von Hausarztmodellen.

Was folgt daraus? Der in der internationalen Literatur gut belegte Zusammenhang von Einkommenshöhe und Anreizen zeigt sich auch bei dem deutschen Hausarztmodell. Es ist bisher vor allem für Versicherte mit geringerem bis mittlerem Einkommen attraktiv. Was zusätzlich auffällt, ist die hemmende oder fördernde Bedeutung einer bisherigen Hausarztbindung für die Bereitschaft, sich in ein förmliches Hausarztmodell einzuschreiben. Ohne eine Berücksichtigung dieser besonderen Bindung wird es zu ernststen Akzeptanz- und Nutzungsproblemen von Hausarztmodellen kommen. Man kann die Argumentation auch umdrehen: Wenn ein Großteil der Teilnehmer an Hausarztmodellen ex ante bereits eine langjährige Bindung an genau denselben Hausarzt hatte, stellt sich die Frage, ob Versicherte nicht auch Mitnahmeeffekte realisieren. Inwieweit der Wegfall der seit 2004 erhobenen Praxisgebühr in so genannten Hausarztmodellen (BEK, AOK) zu einer sinnvollen Verringerung der Inanspruchnahme von Fachärzten geführt hat, lässt sich zurzeit noch nicht abschätzen. Hierzu bedarf es einer Bestandsaufnahme, die erst nach einer gewissen Laufzeit der Hausarztmodelle aussagefähige Ergebnisse liefern kann. Diese ist aber auch nur möglich, wenn die derzeit bei der Mehrheit der Versicherten vorhandenen Informationsmängel beseitigt werden und genügend Personen an einem solchen Programm teilnehmen.

Die internationalen Erfahrungen lassen den Schluss zu, dass Hausarztmodelle nur dann wirkungsvolle Steuerungsinstrumente zur Senkung der Inanspruchnahme sein können, wenn sie mit harten Gatekeeping-Bedingungen kombiniert werden.

6.3 Beispiel Kostenerstattung

Warum ist es wichtig? Die Kostenerstattung, d. h. die direkte Abrechnung ärztlicher Leistungen zwischen Patient und Arzt und die nachträgliche Kostenerstattung durch die Krankenkasse des Patienten, gilt oftmals als ein mehrfach taugliches Instrument: Zum einen soll sie die Wirtschaftlichkeit und den Wettbewerb im Gesundheitswesen erhöhen können, zum anderen bringe sie den Patienten mehr Transparenz, Eigenverantwortung und Kostenbewusstsein (MEDIDeutschland 2005). Daher wird bisweilen gefordert, dass §13 SGB V dahingehend geändert wird, dass nicht nur einer bestimmten Klientel die Erstattung von Kosten möglich ist, sondern allen Patienten in der ambulanten Versorgung.

Was wissen wir? Während in Deutschland die Kostenerstattung eine Wahlleistung für die Versicherten darstellt, müssen zum Beispiel Patienten in Australien erst einmal die Kosten für die *nicht stationäre Behandlung* (z. B. Allgemeinarzt, Facharzt, Bluttests, Psychiatrie, Röntgenuntersuchungen usw.) selbst tragen. Erst im März 2004 wurde das so genannte „Medicare Safety Net“ eingeführt, da die Ausgaben der Australier für medizinische Leistungen in den letzten Jahren stark angestiegen sind (van Gool 2004). Dieses Netz stellt sicher, dass den gering verdienenden Haushalten und älteren Menschen ab jährlichen Ausgaben von \$ 300 und allen anderen ab \$ 700 80 Prozent der Kosten zurückerstattet werden. Damit soll einerseits dafür gesorgt werden, dass Patienten nicht zu sehr belastet werden, andererseits soll mit den verbliebenen 20 Prozent „Selbstbehalt“ ein Anreiz geschaffen werden, dass keine unnötige medizinische Versorgung in Anspruch genommen und somit das „moral hazard“ der Patienten eingeschränkt wird. Dadurch soll auch der Wettbewerb zwischen den einzelnen medizinischen Anbietern, die in Australien Gebühren erheben dürfen, angeregt werden. Da aber der australische Staat durch das Sicherheitsnetz in diesen Wettbewerb eingreift, wird das „Medicare Safety Net“ auch als

möglicherweise kontraproduktiv angesehen, da es durchaus zu Verzerrungen in der medizinischen Versorgung kommen könnte.

Im Juni 2004 waren über die Hälfte der australischen Haushalte in das Sicherheitsnetz eingeschrieben und erhielten damit automatisch bei Überschreiten der Obergrenze 80 Prozent der Kosten zurück (van Gool 2004). Außerdem bewahrheiteten sich die Befürchtungen um die Kontraproduktivität des Netzes. Einerseits profitierten gerade die reichen Gegenden mit den höchsten Durchschnittseinkommen von der Unterstützung durch das Safety Net, andererseits stiegen die Kosten für medizinische Ausgaben insgesamt, da viele Anbieter im Gesundheitssektor ihre Gebühren erhöhten. Letzteres war zwar im Sinne des ökonomischen Wettbewerbs, bedeutete aber auch höhere Ausgaben für den Staat. Dies könnte einer der Gründe sein, warum ab Januar 2006 die Obergrenzen für die australischen Haushalte angehoben wurden (Commonwealth of Australia 2005).

Die gängige Annahme, Kostenerstattung würde die Patienten per se kostenbewusster machen und so die Leistungsanspruchnahme senken, hat keine empirische Grundlage. Privatpatienten haben in Deutschland keine geringere Inanspruchnahme als Kassenpatienten. Im Gegenteil: Die Ausgaben der PKV für ärztliche Leistungen sind trotz eines in etwa konstanten Preisniveaus seit Anfang der 90er Jahre um mehr als 50 Prozent stärker gestiegen als die der GKV. Hier handelt es sich allerdings überwiegend nicht um Wirkungen der Kostenerstattung, sondern in hohem Maße um die Auswirkung der bereits an anderer Stelle angesprochenen besonderen Möglichkeiten einer anbieterinduzierten Nachfrage und Leistungsmenge gerade bei Privatpatienten.

Die materiellen und immateriellen Belastungen der durch das Kostenerstattungsprinzip beförderten Verwandlung der Arzt-Patient-Beziehung in eine monetäre Beziehung sind wahrscheinlich, können aber ebenfalls nicht belegt oder gar quantifiziert werden.

Teilnahme an Kostenerstattung nach Alter

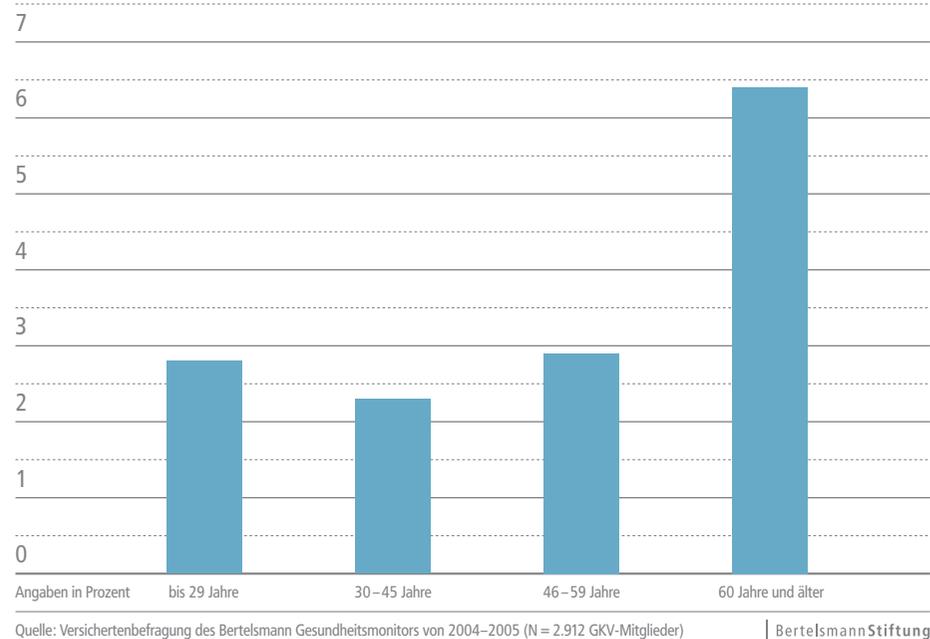


Abbildung 7: Versicherte im Alter von 60 und mehr Jahren nutzen auf dem insgesamt niedrigen Niveau etwas häufiger die Möglichkeit der Kostenerstattung als jüngere Patienten.

Schließlich hat Kostenerstattung auch noch einen erhöhten Verwaltungsaufwand zur Folge, da mit ihr die einzelnen Arztpraxen das Abrechnungs- und Inkassorisiko tragen.

Genauere Untersuchungen, inwieweit die Kostenerstattung im deutschen Gesundheitssystem tatsächlich zu einer Senkung der Gesundheitsausgaben führt, gibt es nur wenige. Dies liegt auch an der geringen Inanspruchnahme dieses Angebots, die aussagefähige Studien verhindert.

Bei den 2004/2005 im Gesundheitsmonitor befragten Versicherten ist die Kostenerstattung noch kaum angekommen: gerade mal 3,4 Prozent nutzten diese Option. Weitere 22 Prozent halten es für (sehr) wahrscheinlich, in nächster Zeit Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Auch hier hat aber nur eine Minderheit von 29 Prozent bis zum Herbst 2005 schon etwas über die Existenz der Kostenerstattung gehört. Trotz der geringen Anzahl von Nutzern lässt sich feststellen, dass die Nutzung bei den 60 Jahre alten und älteren Personen mit statistisch signifikanten 6,4 Prozent etwas über dem Durchschnittswert liegt. Der Anteil von Jüngeren liegt unter drei Prozent. Auch beim Vergleich von Gesunden und Kranken zeigt sich in den GeMo-Daten ein klarer Trend. Versicherte, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bewerten, nehmen mit einem Anteil von 6,4 Prozent Kostenerstattung in Anspruch. Etwas unerwartet ist der bis jetzt erkennbare Zusammenhang von Einkommen und Kostenerstattung: Je niedriger das Einkommen ist, desto höher ist der Anteil der Versicherten, die Kostenerstattung nutzen. Innerhalb der Gruppen der Wenig- wie Vielverdiener gibt es aber deutliche Abweichungen von diesem Trend.

Was folgt daraus? Kostenerstattung ist kein geeignetes Instrument zur Steuerung der Inanspruchnahme. Die Behauptung, sie erhöhe das Kostenbewusstsein der Versicherten bzw. Patienten und Sorge so für eine rationale Inanspruchnahme von Leistungen, hat keine empirische Evidenz. Sie dient im Wesentlichen bestimmten Ärztegruppen, die sich dem Verhandlungsdruck der Krankenkassen und der Kontrolle der KV entziehen wollen.

7 Verhaltenssteuernde Anreize beim Zugang zur medizinischen Versorgung

7.1 Beispiel Praxisgebühr

Warum ist es wichtig? Seit 2004 wird in Deutschland ein finanzieller Beitrag der gesetzlich Versicherten beim Zugang zu ambulanten ärztlichen Leistungen eingefordert. Diese Regelung zielt darauf ab, die im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl ambulanter Arztbesuche zu reduzieren und die Selbstbehandlung von Bagatellerkrankungen zu fördern (SVR 2002/03). Die Steuerungswirkung der Praxisgebühr ist allerdings umstritten.

Was wissen wir? Noch im April 2004 konstatierte die Ärzte-Zeitung, der Steuerungseffekt sei nicht zu leugnen (Erdmann 2004). Die Fallzahlen sanken schon im ersten Quartal nach der Einführung der Praxisgebühr um rund zehn Prozent. Doch schon damals wies man auf die Gefahr der ungleichen Verteilung bei sozial schwächeren Patienten hin. Rund ein Jahr später zeigte sich bei den kassenärztlichen Abrechnungen, dass auch bei Vorsorgeuntersuchungen und bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen die Zahlen rückläufig waren (Koch 2005). Dies überrascht umso mehr, da beide Leistungen ohne Praxisgebühr in Anspruch genommen werden können. Eine telefonische Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK deutet darauf hin, dass besonders Versicherte der untersten Einkommensgruppe dazu neigen, Arztbesuche auf Grund der Praxisgebühr zu vermeiden (Zok 2004b).

Neuesten Hochrechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zufolge soll die Zahl der Arztbesuche im zweiten Quartal 2005 wieder gestiegen sein. So verzeichneten Hausärzte ein Plus von rund zwei Prozent und Fachärzte von rund fünf Prozent. Dies sei auf die Gewöhnung an die Praxisgebühr, die steigende Zahl der Zuzahlungsbefreiungen für Geringverdiener und ein Mehr an Grippekranken zurückzuführen („Der Spiegel“ 2005).

Die aktuellsten Daten des Gesundheitsmonitors, die die Verhältnisse rückblickend vom Herbst 2005 erfragen, ergeben ein ähnliches Bild: Die Praxiskontakte sind nach der Einführung der Praxisgebühr deutlich gesunken, von 2003 bis 2005 um insgesamt acht Prozent (Gebhardt 2005). Allerdings zeigt die Anzahl aller Praxiskontakte (ohne Arbeitsmediziner, Zahnarzt, Amtsarzt) seit Herbst 2004 wieder eine durchgängig steigende Tendenz. Der im Herbst 2005 erreichte Mittelwert von 14 Praxiskontakten liegt höher als jemals in der Erhebungszeit des Gesundheitsmonitors (auch der Medianwert steigt von Frühjahr bis Herbst 2005 von 6 auf 6,6 Kontakte). Diese zuletzt konstant ansteigende Anzahl von Praxiskontakten findet sich auch, wenn man ausschließlich die Entwicklung der Hausarzt-Praxiskontakte analysiert.

Kritisch ist phasenweise die Entwicklung bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, die ihre Praxiskontakte seit 2003 nachhaltig um 31 Prozent reduzierten, während „gesündere“ Befragte ihr Verhalten nur kurzfristig änderten (Abbildung 8). Seit Frühjahr 2005 nahmen allerdings gerade bei Personen mit schlechtem oder weniger gutem Gesundheitszustand die Praxiskontakte wieder erheblich zu. Außerdem hat trotz Härtefallregelung die unterste Einkommensgruppe ihre Arztkontakte kurzfristig am stärksten reduziert (von 2003 bis 2004 um 30 Prozent) – ein Trend, den auch die Reaktionen von Angehörigen der Unterschicht bzw. der unteren Mittelschicht bestätigen. Im längerfristigen Trend (2003 zu 2005) sinken die Kontaktzahlen allerdings in den zwei unteren und in den Einkommensgruppen von 3.000 – 5.000 Euro im gleichen Ausmaß. Alleinerziehende und Arbeitslose haben hingegen ihre Arztbesuche nur kurzfristig (von 2003 zu 2004) reduziert; langfristig ist aber keine erhöhte Betroffenheit festzustellen.

Was folgt daraus? Prinzipiell scheint die Praxisgebühr nach ihrer Einführung zunächst als Steuerungsinstrument zu greifen. Ob diese Wirkung unter sich sonst nicht weiter verändernden Rahmenbedingungen anhält, muss bezweifelt werden. Die bereits kurz nach ihrer Einführung einsetzende Wirkungsabnahme deutet auf einen Gewöhnungseffekt hin. Der nach dem Frühjahr 2005 erfolgende, extrem steile Anstieg aller Praxiskontakte bei Versicherten mit schlechtem Gesundheitszustand

könnte ein Anzeichen für die unerwünschte Wirkung von Zugangsgebühren zur gesundheitlichen Versorgung in Gestalt aufgestauter Morbidität sein. Unabhängig davon zeigen sich aber von Beginn ihrer Einführung an auch unerwünschte Nebeneffekte. Dass auch die oberen Einkommensgruppen ihre Arztkontakte eingeschränkt haben, entspricht nicht vollständig der nach der Theorie von medizinischen Leistungen als superioren Gütern zu erwartenden Reaktion, wonach Personen mit höherem Einkommen deutlich weniger auf zusätzliche Gebühren reagieren. Dies weist darauf hin, dass die Vermeidung der Arztbesuche nicht allein von einer Praxisgebühr abhängt.

Anzahl aller Praxiskontakte nach Gesundheitszustand

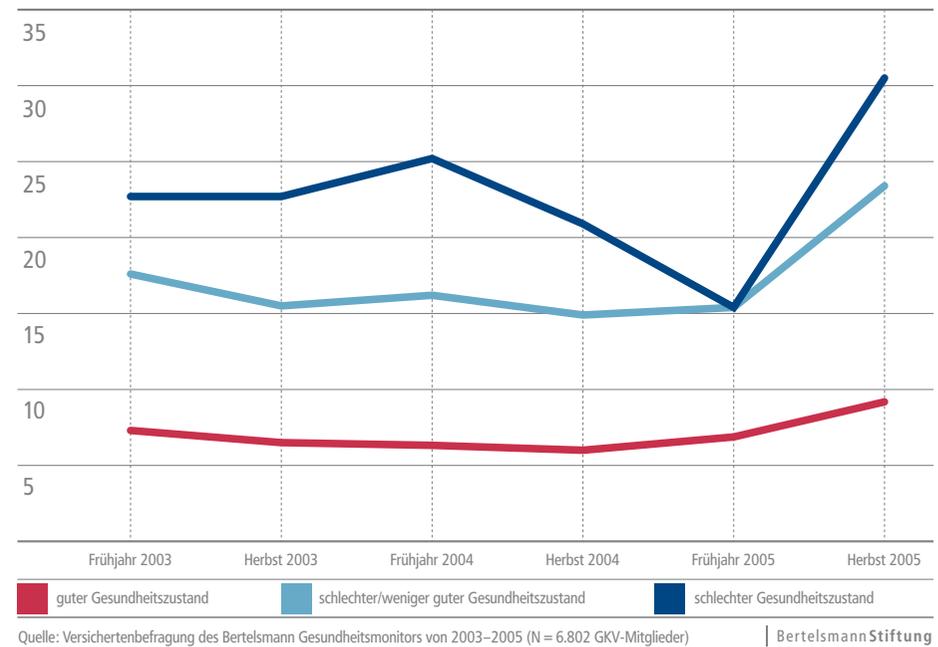


Abbildung 8: Insbesondere Versicherte mit schlechtem Gesundheitszustand reduzierten ihre Arztbesuche nach Einführung der Praxisgebühr zunächst deutlich. Seit dem Frühjahr 2005 geht die Anzahl aller Praxiskontakte allerdings gerade bei Versicherten mit schlechtem oder weniger gutem Gesundheitszustand wieder steil nach oben.

Anzahl aller Praxiskontakte insgesamt und bei Hausärzten

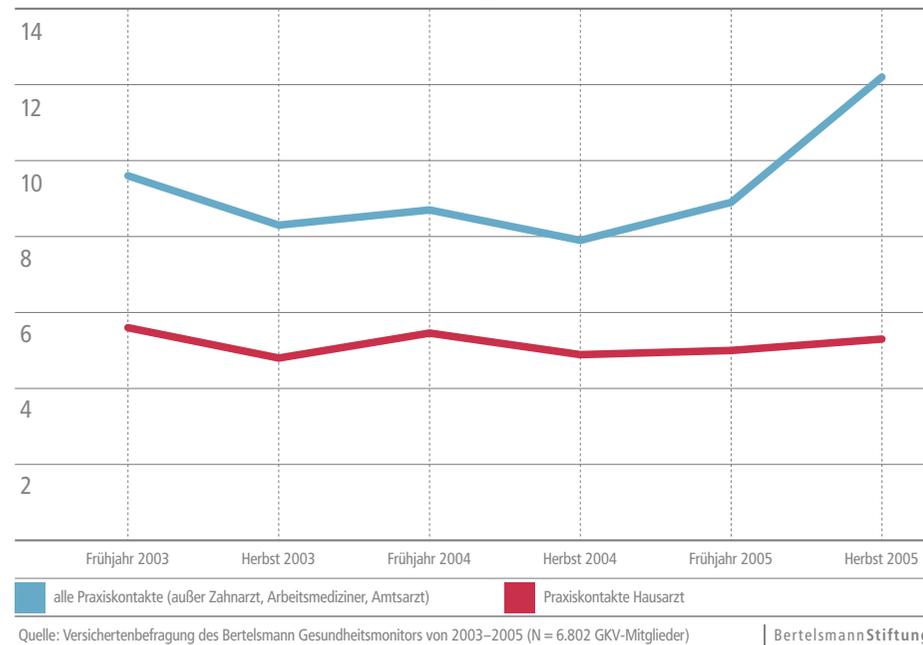


Abbildung 9: Die Anzahl der Praxiskontakte brach nach Einführung der Praxisgebühr im Jahre 2004 zunächst ein, erreichte aber schon im Herbst 2005 einen deutlich höheren Wert als vor der Einführung.

7.2 Beispiel Beitragsrückerstattung

Warum ist es wichtig? Im Jahr 1989 als Erprobungsregelung in die GKV eingeführt, stellt die aktuell im § 54 SGB V geregelte Rückerstattung von Versicherungsbeiträgen mittlerweile eine fest etablierte Möglichkeit der Leistungsregulierung dar. Diese Möglichkeit gilt nur für freiwillig Versicherte und ihre mitversicherten Angehörigen, die länger als drei Monate im Jahr versichert sind. Durch eine einjährige Nichtinanspruchnahme bestimmter Leistungen (ausgenommen sind Vorsorgeuntersuchungen und Leistungen für Versicherte unter 18 Jahre) kann eine maximale Beitragsersparnis von einem Zwölftel der Jahresbeiträge erreicht werden. Die Rückerstattung erfolgt mit einer zeitlichen Verzögerung. Alle Einzelheiten werden in der Kassensatzung geregelt. Erwartet wird von der Beitragsrückerstattung ein Anreiz, die Inanspruchnahme nicht notwendiger Leistungen zu reduzieren. Unerwünschte Effekte wie die Vernachlässigung präventiver Leistungen (insbesondere Mutterschafts- und Vorsorgeleistungen), die Vernachlässigung des Gesundheitsschutzes von Personen unter 18 Jahre und die Nichtinanspruchnahme wegen der Möglichkeit schneller finanzieller Vorteile sollen vermieden werden.

Was wissen wir? In einem vierjährigen Modellversuch erprobten fünf Betriebskrankenkassen (BKK) in den Jahren 1989 bis 1994 und die Landwirtschaftliche Krankenkasse Ober- und Mittelfranken von 1990 bis 1994 die damals neue Möglichkeit der Beitragsrückerstattung. In zwei projektbegleitenden Versichertenbefragungen in den BKK-Erprobungskassen und einer BKK-Kontrollkasse (Kasse ohne Beitragsrückerstattung) wurden das Interesse an derartigen Angeboten und die Bereitschaft zur Nutzung untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse sind (vgl. dazu Schmidt/Malin 1996b):

- Die Beitragsrückerstattung wurde von knapp 50 Prozent der Befragten als taugliches Instrument zur Steuerung der Inanspruchnahme und zur Förderung kostenbewußten Verhaltens angesehen. In der Kontrollkasse war die Zustimmung sogar noch etwas größer. Die positivste Bewertung findet sich bei Versicherten mit gutem Gesundheitszustand, die also eine Beitragsrückerstattung zu erwarten haben.
- Nur zwei Prozent der Interventions- und fünf Prozent der Befragten in der Kontrollkasse würden aber wegen einer potenziellen Beitragsrückzahlung selbst auf Leistungen oder einen Arztbesuch verzichten.
- Negative externe Effekte (z. B. Verschleppungen von Krankheiten oder eine Belastung des Solidarprinzips) wurden nicht gesehen.

Die vorgeschriebene wissenschaftliche Evaluation der Wirkungen zeigte zahlreiche erwartete, aber auch nicht erwartete Effekte:

- Über den Gesamtzeitraum hinweg bekamen 30–35 Prozent der Mitglieder mindestens einmal eine Beitragsrückzahlung. Dieser Sachverhalt war ungleich verteilt: Jüngere mit höherem Einkommen und weniger mitversicherten Angehörigen unter 18 Jahre kamen statistisch signifikant mehr in den Genuss der Beitragsvorteile.
- Die rückerstatteten Beiträge beliefen sich auf 0,7 bis 1,4 Prozent des Beitragsaufkommens.
- Durch die dafür notwendige Erfassung von Leistungsausgaben entstanden zusätzliche Verwaltungskosten von 0,4 bis zu einem Prozent des Beitragsaufkommens.
- Um eine Beitragsrückerstattung kostenneutral durchzuführen, müssten 1,5 Prozent der Leistungsausgaben eingespart werden. Dies kann nicht beim kleineren Teil der Mitglieder mit insgesamt hohen Leistungsaufwendungen

erfolgen, sondern nur beim größeren Anteil mit relativ geringen Leistungsausgaben. Um dies erreichen zu können, hätten im Modellversuch 60 Prozent der Mitglieder ihre Ausgaben um rund 20 Prozent reduzieren müssen (Schmidt/Malin 1996a: 58). Derartige Effekte der Verhaltenssteuerung gelten als in hohem Maße unrealistisch.

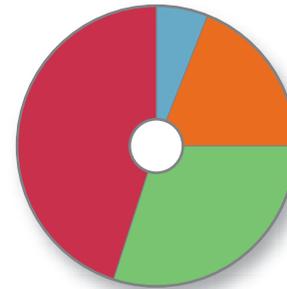
- Empirische Analysen zeigten bei den Mitgliedern der Erprobungs-BKken weder einen spezifischen Rückgang der Leistungsausgaben noch eine merkliche Reduzierung der Inanspruchnahme von Bagatelleleistungen aufgrund der Anreize von Beitragsrückzahlungen.
- Die Beitragsrückerstattung und die dafür notwendigen Verwaltungskosten hätten daher nur durch eine Beitragssatzanhebung von bis zu 0,2 Prozentpunkten finanziert werden können.

Die gegen diese Evaluationsstudie vorgetragene Kritik (vgl. dazu aktuell: Felder/Werblow 2006: 143 f.) an einer unzulänglich oder gar nicht existierenden Kontrollgruppe ist teilweise richtig, und die eigene Studie der Kritiker ist von besserer methodischer Qualität. Diese Kritik ändert aber nichts daran, dass keine oder keine ausreichenden Veränderungen der Inanspruchnahme festgestellt wurden, was dann auch zum Ende des Modellversuchs führte.

Selbst wenn man die Daten aus allen Befragungswellen seit 2004 zusammenfasst, beteiligen sich von den befragten GKV-Mitgliedern des Gesundheitsmonitors nur 1,4 Prozent an einer Beitragsrückerstattung. Anders als bei anderen hier untersuchten Angeboten stagniert dieser Anteil sogar. Wegen der kleinen Anzahl von 42 Personen werden hier keine differenzierenden Analysen vorgestellt. Mit rund 36 Prozent ist der Anteil von Befragten, die bereits einmal von diesem Angebot gehört haben, allerdings vergleichsweise hoch. An Informationsmängeln dürfte also die geringe Nutzung nicht liegen. 25 Prozent können es sich immerhin vorstellen, zukünftig eine Beitragsrückerstattung zu versuchen. Wegen dieser absolut wenigen

Antworten können keine weiteren differenzierenden Analysen vorgenommen werden.

Was folgt daraus? Angesichts der bisherigen Evaluationsergebnisse und der extrem geringen aktuellen Nutzung der Möglichkeit von Beitragsrückerstattungen in der GKV erscheint ihr Beitrag zur rationalen Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen unwahrscheinlich oder quantitativ vernachlässigenswert zu sein. Sofern sie weiter angeboten wird, sollte man das Ziel, Abwanderung in die PKV zu verhindern, offen und offensiver vertreten.



Zukünftige Nutzung von Beitragsrückerstattung 2004–2005

6 sehr wahrscheinlich

19 wahrscheinlich

30 eher nicht wahrscheinlich

45 unwahrscheinlich

Angaben in Prozent

Quelle: Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors 2004–2005 (N = 2.920 GKV-Mitglieder)

BertelsmannStiftung

Abbildung 10: Ein Viertel der Befragten hält es für sehr wahrscheinlich oder wahrscheinlich, zukünftig die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung zu nutzen. 75 Prozent halten dies dagegen für unwahrscheinlich.

8 Verhaltenssteuernde Anreize während der Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung

8.1 Beispiel Strukturierte Behandlungsprogramme

Warum ist es wichtig? 2003 wurden in Deutschland strukturierte Behandlungsprogramme (so genannte Disease-Management-Programme, kurz DMP) eingeführt (§§ 137 f, g SGB V). Ihr erklärter Zweck ist, die Versorgung chronisch Kranker, beginnend mit Typ-1- und Typ-2-Diabetik, koronare Herzkrankheiten, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen und Brustkrebs, zu verbessern. Schon im Januar 2005 waren über 1.3 Millionen gesetzlich Versicherte in DMP eingeschrieben, in der Mehrzahl Typ-2-Diabetiker (Häussler/Storz 2005). Kritik an DMP richtet sich auf die Möglichkeit der Einschränkung von Behandlungen durch die Leitlinien, den bürokratischen Aufwand und darauf, dass nicht eingeschriebene Chroniker evtl. benachteiligt werden.

Was wissen wir? Im australischen Bundesstaat New South Wales (NSW) organisierten sich im Jahr 2004 22 Teams, vertreten durch eine Vielzahl von Akteuren des Gesundheitswesens, inklusive Allgemeinmedizinern und Patienten, zur „NSW Chronic Care Collaborative“ (Haas 2005). Ihr Ziel ist es, innerhalb von zwölf Monaten durch die so genannte „collaborative methodology“ die Identifikation, Verbreitung und Einführung von „best practice“ für Patienten mit chronischen Herz- und Lungenerkrankungen zu erleichtern (NPDT 2005). Dadurch soll die Einlieferung ins Krankenhaus von Patienten mit diesem Krankheitsbild reduziert werden. Des Weiteren soll das Programm später auch auf andere chronische Krankheiten übertragen werden. Die verwendete Methode wurde im Institute for Healthcare Improvement in den Vereinigten Staaten entwickelt und ist auch in Großbritannien sowie in einigen skandinavischen Ländern im Einsatz. Derzeit handelt es sich in Australien allerdings noch um eine lokale, auf NSW beschränkte Initiative, sodass man nicht von einem Einfluss auf das gesamte australische Gesundheitssystem ausgehen kann. In einem Bericht der Collaborative spricht man von der Einschreibung von rund 42.000 Patienten zwischen Juli 2000 und Juni 2003 (Haas 2005). Weiterhin wurden ca. 56.000 Krankenhaustage („inpatient bed days“) und 6.500 Aufenthalte in Notfallstationen („emergency department presentations“) vermieden sowie die Anzahl

der Krankenhausbesuche und die durchschnittliche Krankenhausaufenthaltsdauer reduziert (NSW Health).

Insgesamt beteiligten sich laut Gesundheitsmonitor-Daten von 2004 – 2005 nur 3,3 Prozent an einem DMP. Nur weitere zehn Prozent könnten sich vorstellen, dies in nächster Zeit noch zu tun. Die Veränderungen zwischen den Befragungswellen weisen auf eine lediglich geringfügige Zunahme der Teilnehmer- und Interessentenzahlen hin. Von den im Herbst 2005 Befragten hatten immer noch nur 28 Prozent etwas von der Existenz von DMP-Angeboten gehört.

Von den seit Herbst 2004 im Gesundheitsmonitor über ihre Teilnahme an DMP-Programmen befragten 238 Diabetikern (mit und ohne Insulin-Behandlung) machten 14 Prozent keine Angaben. Den weiteren Ergebnissen liegen also die Angaben von 204 Personen zugrunde. Von diesen waren 39 Prozent in ein DMP eingeschrieben. Der Anteil der Eingeschriebenen an allen Diabetikern steigt kontinuierlich von 31 Prozent im Herbst 2004 (Häussler/Storz 2005) auf zuletzt 50 Prozent im Herbst 2005. Von den unter 60-jährigen Diabetikern ist mit 36 Prozent nur ein etwas kleinerer Anteil in einem DMP als von den Älteren (41 Prozent).

Unter den 2004 und 2005 Nicht-Eingeschriebenen gaben 23 Prozent an, sich (sehr) wahrscheinlich in nächster Zeit in ein solches Programm einzuschreiben. Informationsmängel über die Existenz von DMP reichen nicht mehr aus, um die geringen Teilnahmequoten zu erklären: Von den regelmäßig seit Herbst 2004 befragten Diabetikern besaßen 70 Prozent Kenntnisse über die Existenz der DMP. Im Herbst belief sich dieser Anteil bereits auf 83 Prozent.

Der selbst eingeschätzte Gesundheitszustand, meist ein guter Hinweis auf den tatsächlichen, wird von 46 Prozent aller seit Herbst 2004 in DMP eingeschriebenen Diabetikern, aber auch von 51 Prozent der Nicht-Eingeschriebenen als „ausgezeichnet“, „sehr gut“ oder „gut“ bezeichnet. Es gibt mehrere Anhaltspunkte, dass sich dieses wichtige Merkmal noch in Bewegung befindet. So hatten Häussler/Storz (2005) im Herbst 2004 noch ein Verhältnis des guten Gesundheitszustandes bei

DMP-Teilnehmern und Nichtteilnehmern von 54 zu 43 Prozent ermittelt. Im Herbst 2005 sagten aber nur noch 42 Prozent der Eingeschriebenen gegenüber 61 Prozent bei den Nicht-Eingeschriebenen, ihr Gesundheitszustand sei gut. Zu keinem Zeitpunkt kann man allerdings mit dem Instrument des Gesundheitsmonitors klären, wie Gesundheitszustand und DMP zusammenhängen und welche Selektionsprozesse es möglicherweise gibt.

Was folgt daraus? Die internationalen Erfahrungen lassen keinen Zweifel daran zu, dass strukturierte Behandlungsprogramme die Versorgungsqualität verbessern können. Ob dies konkret bei den DMP-Programmen in der GKV auch so ist, lässt sich gegenwärtig noch nicht sicher beurteilen. Die Akzeptanz dieser Programme ist regional sehr unterschiedlich, wie interne Bestandsaufnahmen zeigen: Während etwa die AOK Bayern eine hohe Beteiligungsquote und damit erhebliche Zuflüsse aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) hat, geht die Einschreibung in DMP in anderen Kassen eher schleppend voran. Diese Diskrepanz ist aus ökonomischen Überlegungen heraus erstaunlich: Die Kassen mit einer relativ schlechten Einschreibequote haben erhebliche Einnahmeverluste, die sich teilweise seit dem Start der DMP-Programme auf über 100 Millionen Euro belaufen sollen. Niedergelassene Ärzte mit einer DMP-relevanten Klientel haben einen hohen wirtschaftlichen Anreiz, ihre Patienten zu einer Teilnahme an einem DMP zu bewegen. Wenn dennoch bei einer Reihe von Ärzten eine Blockadehaltung gegenüber den DMP zu beobachten ist, hängt dies mit einer Ablehnung der aufwendigen Dokumentationsarbeit zusammen. Durch die Einbindung in den RSA und die damit verbundene Akkreditierung der DMP-Programme beim Bundesversicherungsamt ist dieser Aufwand jedoch nicht zu vermeiden, da ansonsten eine epidemiologisch nicht zu begründende Zunahme der Zahl chronisch Kranker mit entsprechenden Kostensteigerungen zu erwarten wäre. RSA-Fachleute haben darin von vornherein einen Schwachpunkt der DMP-Programme gesehen. Andererseits ist auch unstrittig, dass es ohne die DMP-Programme keine Verbesserung in der Versorgungsqualität für chronisch Kranke geben wird und

die Kassen, die solche Programme auflegen, ohne eine Kompensation aus dem RSA Nachteile hätten. Dieses Dilemma lässt sich nur durch die gesetzlich bereits beschlossene Einführung eines RSA mit direktem Morbiditätsbezug lösen, die allerdings aus datentechnischen Gründen frühestens 2008 realisiert werden kann. Bis dahin gibt es keine zielführende Alternative zum gegebenen Finanzierungssystem der DMP.

8.2 Beispiel Zuzahlungen

Warum ist es wichtig? Eines der im deutschen Gesundheitswesen ältesten und weitest verbreiteten Instrumente, welches offiziell das Ziel verfolgt, das Nachfrageverhalten und die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen von Versicherten und Patienten zu beeinflussen, sind Zuzahlungen. Sie sollen sowohl den Zugang zur Versorgung als auch die Menge von Leistungen steuern. Wegen der Bedeutung als einer Art gezielten „zweiten Beitrags für Kranke“ kollidieren Zuzahlungen mit dem System der solidarischen Beitragsfinanzierung in der GKV. Hinzu kommen durch ausländische Studien begründete Befürchtungen über unerwünschte soziale und gesundheitliche Wirkungen. Diese sind allerdings in Deutschland weder durch einschlägige Studien belegt noch widerlegt. Das Fehlen von eklatanten unerwünschten Effekten wird zum Teil auf die quantitativen Begrenzungen der Zuzahlungen für chronisch Kranke zurückgeführt.

Was wissen wir? Eine der umfangreichsten Interventionsstudien, mit der die Wirkungen unmittelbarer Kostenbeteiligungen auf die Nutzung medizinischer Versorgungseinrichtungen gemessen wurde, ist immer noch die in den 1970er Jahren in Kalifornien durchgeführte und als RAND-Studie bekannt gewordene, kontrollierte und randomisierte Studie „Health Insurance Experiment“ (vgl. Lohr et al. 1986; Manning et al. 1987; Newhouse et al. 1993).

In dieser Studie wurden 5.809 unter 65 Jahre alte Krankenversicherte und ihre Familienangehörigen nach dem Zufallsprinzip 14 Krankenversicherungsverträgen zugeordnet, die sich in der Hauptsache durch unterschiedlich hohe prozentuale Zuzahlungen und absolute Obergrenzen unterschieden. Die Palette der Zuzahlungen reichte von der zuzahlungsfreien Behandlung über eine 25- oder 50-prozentige bis zu einer 95-prozentigen Zuzahlung. Aufgrund der absoluten Obergrenzen für die tatsächlich zu leistenden Zuzahlungen waren die realen Eigenanteile allerdings deutlich geringer als die nominellen: 16 Prozent bei der 25-prozentigen, 24 Prozent bei der 50-prozentigen und 31 Prozent bei der 95-prozentigen Selbstbeteiligung.

Die drei- bis fünfjährige Beobachtung der Wirkungen dieses Selbstbeteiligungsexperiments förderte folgende Ergebnisse zutage:

- Die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben lagen bei den Personen mit Eigenbeteiligungen um bis zu einem Drittel niedriger als bei jenen mit vollständiger Kostenübernahme. Zuzahlungen können also spürbar die Inanspruchnahme und die Ausgaben für gesundheitliche Leistungen senken.
- Diese Wirkung entstand fast ausschließlich durch eine Verringerung der Erstkontakte und nur in geringem Maße durch eine Verringerung der nachfolgenden Nutzung von Gesundheitsleistungen für den betreffenden Erkrankungsfall (Richardson 1991: 21).
- Maßgeblich dafür verantwortlich sind Versuche der Leistungsanbieter, ihre tendenziellen Einnahmeverluste durch Aktivitäten der anbieterinduzierten Nachfrage zu mindern.

- Die Autoren der RAND-Studie selbst sahen keine nennenswerten Auswirkungen der Selbstbeteiligungen auf den Gesundheitszustand der Teilnehmer. Spezielle Auswertungen durch andere Experten kommen zu einem differenzierteren Urteil: Da nicht nur unsinnige Arztbesuche verringert wurden, sondern auch notwendige präventive Konsultationen, finden sich z.B. negative Auswirkungen auf die Sehfähigkeiten (Lurie et al. 1989) und die Blutdruckeinstellung (Keeler et al. 1985: 1930).

Wegen einiger konzeptioneller Schwächen der Studie unterschätzen ihre Ergebnisse aber das Auftreten von sozialen und gesundheitlichen Risiken. Zu diesen Schwächen zählen vor allem:

- der Ausschluss der über 65-Jährigen aus dem Experiment
- die zu kurze Beobachtungszeit, um längerfristige Effekte akuter Behandlungsdefizite aufzuzeigen
- die Unkalkulierbarkeit der Reaktion von Leistungsanbietern im „Normalbetrieb“, wenn sie nicht nur wenige Studienteilnehmer unter ihren Patienten haben.

Trotz dieser Erkenntnisse tauchen insbesondere in den USA regelmäßig Krankenversicherungsmodelle auf, die massiv auf die Steuerungswirkung hoher Zuzahlungen setzen. Unter der Sammelbezeichnung „consumer-driven health plans“ zählen im Moment die „health reimbursement arrangements“ (HRA) und die „health savings accounts“ (HSA) zu den bekanntesten und am meisten geförderten Modellen. Beide Varianten kombinieren eine Versicherung mit hoher Selbstbeteiligung und die Existenz individueller Konten mit Steuervorteilen. Die jüngsten Angaben für 2005 zählen 1,6 Millionen Personen in HRAs und etwas mehr als eine Million Personen in HSAs (vgl. dazu Wilensky 2006: 176). 70 Prozent der Unternehmen überlegen außerdem nach Angaben von Krankenhausverbänden, ihren Beschäftigten 2006 einen Typ von „consumer-driven plan“ anzubieten (Wilensky 2006: 177).

Zu den Charakteristika dieser Versicherungsformen gehören:

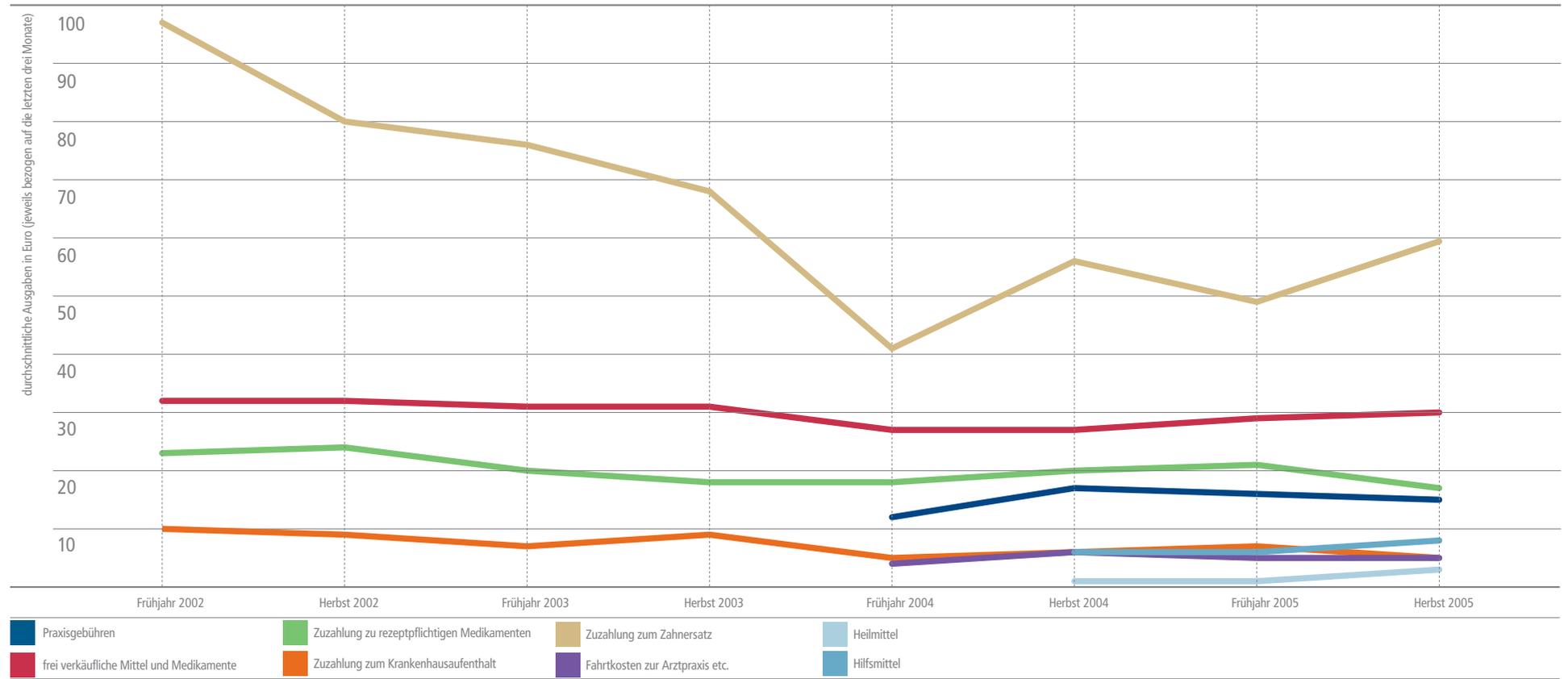
- Beide Formen treten mit dem Ziel an, die Nutzung von Versorgungsangeboten und die Gesundheitsausgaben zu senken.
- Die HRA werden durch die Unternehmen finanziert und „gehören“ ihnen auch. Bei einem Arbeitgeberwechsel verbleibt also der gesamte eingezahlte Betrag beim alten Unternehmen, was Kritiker als einen gewichtigen Ballast für die Stärkung des „consumer involvements“ bei der Gesundheitsversorgung betrachten.
- Die HSAs „gehören“ den Beschäftigten und können bei einem Unternehmenswechsel auch übertragen werden. Es wird erwartet, dass diese Konstellation den Patienten anreizt, sich besser zu informieren, kostenbewusster zu sein und unnötige Leistungen nicht in Anspruch zu nehmen.

Auch in Frankreich müssen sich Patienten an den Gesundheitskosten in unterschiedlicher Höhe beteiligen, beispielsweise bis zur 30 Prozent bei Hausarztbesuchen, bis zu 20 Prozent in Krankenhäusern und zwischen 25 bis 100 Prozent bei Medikamenten (Busse/Schlette 2005). Die Zuzahlungshöhe wurde in den vergangenen Jahren erheblich erhöht, andererseits aber durch spezielle Zuzahlungsversicherungen, die so genannten „mutuelles“, übernommen. Da sich aber nicht alle Franzosen diese Zusatzversicherungen leisten konnten, führte die Regierung zuerst im Jahre 2000 ein ergänzendes Krankenversicherungssystem mit universeller Deckung (Couverture Maladie Universelle Complémentaire, kurz CMUC) ein. Diese kostenlose Zusatzversicherung sollte bedürftigen Franzosen zugute kommen, wenn sie bestimmte Kriterien erfüllten. Doch die Einkommensgrenzen lagen zu niedrig, sodass noch immer Teile der Bevölkerung (rund drei Millionen) von der Gratis-Versicherung ausgeschlossen blieben, da sie die Kriterien der CMUC nicht erfüllten, sich trotzdem als Geringverdiener die Zuzahlungsversicherung aber nicht leisten konnten (Franc 2004). Um diesen Umstand auszugleichen, gibt es nun seit Anfang

2005 für Personen ohne Anspruch auf Leistungserstattung aus der CMUC die Möglichkeit, so genannte Krankenversicherungsgutscheine zu beanspruchen. Für den Versicherten bleibt nur noch die Differenz zwischen Gutscheinwert und Zuzahlungshöhe zu begleichen. Die Höhe dieser staatlichen Unterstützung hängt neben der Haushaltsgröße und dem Einkommen auch vom Alter des Patienten ab und liegt zwischen 75 und 250 Euro pro Kopf und Jahr (Busse/Schlette 2005).

Seit 1998 müssen auch in Israel Patienten Zuzahlungen leisten, etwa bei Facharztbesuchen und bei der Notfallversorgung sowie den Rettungsdiensten, für Letztere bestand schon seit längerem eine Selbstbeteiligung (Busse/Schlette 2005). Zudem wurden die Zuzahlungen für Medikamente erhöht, gleichzeitig aber auch Ausnahmeregelungen für Geringverdiener eingeführt (z. B. Befreiung von Selbstbeteiligung, Zahlungsobergrenzen pro Quartal für Personen mit geringem Einkommen und für chronisch sowie schwer Kranke). Die Zuzahlungen waren eingeführt worden, um einen Teil der Gesundheitskosten aus dem staatlichen Budget in die individuelle Verantwortung zu übergeben, damit sie weniger unnötige Leistungen in Anspruch nehmen, außerdem sollten die Krankenversicherungen über die Höhe der Zuzahlungen zueinander in Wettbewerb treten. Die Gefahr einer Absprache zwischen den Versicherern besteht, zudem wird die Chancenungleichheit kontrovers in der Öffentlichkeit diskutiert. Eine Evaluierung des Myers-JDC-Brookdale-Instituts ergab, dass die Zuzahlungen nur 1,5 Prozent der Krankenkasseneinnahmen ausmachten. Die Beträge stiegen im Untersuchungszeitraum von 1995–2003 an, allerdings ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Kassen, sodass von einem Wettbewerb nicht die Rede sein kann. Es wurden keine Anhaltspunkte für eine Reduzierung von Arztbesuchen aufgrund erhöhter Zuzahlungen gefunden. Damit steht die israelische Brookdale-Studie im Widerspruch zu Evaluationen aus anderen Ländern, wie etwa der RAND-Studie aus den USA (siehe auch 7.1: Beispiel Praxisgebühr). Dort wurde Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre eine deutliche Verringerung der Inanspruchnahme beobachtet. Zu bemerken ist allerdings, dass die Zuzahlungen in den USA deutlich höher waren und sind als in Israel (Busse/Schlette 2005).

Entwicklung der persönlichen Gesundheitsausgaben von 2002 – 2005



Versichertenbefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2002–2005 (N = 9.893 GKV-Mitglieder)

BertelsmannStiftung

Abbildung 11: Bei den seit 2002 abgefragten Zuzahlungen zeigt sich eine insgesamt leicht sinkende Tendenz. Neu hinzugekommene oder erstmals abgefragte Zuzahlungen steigen meistens an.

Persönliche Gesundheitsausgaben nach sozialer Schicht

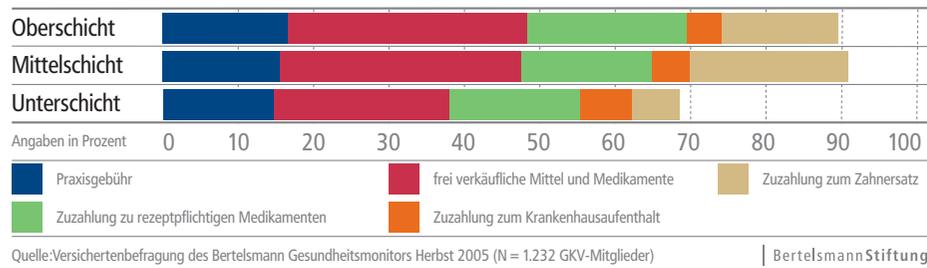


Abbildung 12: Mit Ausnahme des Zahnersatzes und der frei verkäuflichen Mittel und Medikamente sind 2005 die Zuzahlungen von Unterschichtangehörigen nicht beträchtlich niedriger als die der Oberschichtangehörigen.

Eine interessante Entwicklung hat sich Ende der 90er Jahre in den Niederlanden vollzogen (vgl. Delnoij et al. 2000). Dort wurde zum 1. Januar 1997 die so genannte AEB (Algemene Eigen Bijdrageregeling) eingeführt, eine allgemeine Beitragsregelung. Sie sah u. a. eine generelle Selbstbeteiligung von 20 Prozent vor (Ausnahme: haus- und zahnärztliche Versorgung, Geburtshilfe), und pro Krankenhaustag wurde eine Gebühr von acht NLG erhoben. Die Summe der Selbstbeteiligungen wurde auf jährlich 200 bzw. 100 NLG (für Rentner und Bedürftige) begrenzt. Zugleich wurde der von den Versicherten zu zahlende Beitrag um 110 NLG abgesenkt. Die damit beabsichtigte Verschiebung in der Finanzierung wurde jedoch nicht realisiert. Sie brachte den Kassen ein Defizit, was die damals sozialdemokratisch geführte Regierung der Niederlande 1998 veranlasste, die AEB wieder abzuschaffen. Die jetzige konservative Regierung hat diese Erfahrungen ausgeblendet und ein neues Selbstbeteiligungsmodell durchgesetzt.

Wie bereits eingangs erwähnt, nehmen die Leistungsbereiche im deutschen GKV-System mit Zuzahlungen oder Selbstbeteiligungen zwar seit fast 30 Jahren kontinuierlich auf einen derzeitigen Anteil von 75 Prozent zu. Wie die Erhebungen des Gesundheitsmonitors für ausgewählte Zuzahlungen zeigen, häufen sich die Zuzahlungen auch trotz der gesetzlichen Belastungsgrenzen auf einen spürbaren Betrag (siehe Abbildung 11). Trotzdem sind bisher weder die erwünschten noch die möglichen unerwünschten Wirkungen umfassend analysiert worden. Ausnahmen wie eine kleine Untersuchung der Effekte der Erhöhung von Zuzahlungen bei Arzneimitteln um 200 Prozent durch das 1. und 2. Neuordnungsgesetz 1997 (Winkelmann 2004) kam zu dem Schluss, dass die Arztkontakte aufgrund der erhöhten Zuzahlung um ca. 10 Prozent zurückgegangen sind. Ob es noch andere Wirkungen gab, wird nicht untersucht.

Die Auskünfte der im Gesundheitsmonitor befragten Versicherten zu den Zuzahlungen und Zahlungen für ausgewählte Gesundheitsleistungen weisen auf die Existenz unsozialer Wirkungen des Zuzahlungssystems hin (siehe Abbildung 12). Trotz

der einkommensbezogenen Obergrenzen geben Unterschichtangehörige offensichtlich einen absolut nicht wesentlich niedrigeren Betrag als die Angehörigen der Oberschicht für Zuzahlungen aus.

Was folgt daraus? Selbstbeteiligungsregelungen können nur dann einen insgesamt positiven Steuerungseffekt haben, wenn sie den Versicherten bzw. Patienten eine aus gesundheitlicher Sicht rationale Wahl lassen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn – wie in Hausarztverträgen verschiedener Kassen vorgesehen – eine Praxisgebühr nur bei Inanspruchnahme eines Facharztes ohne vorherige Überweisung durch den Hausarzt fällig wird. Positive Steuerungseffekte können auch qualitätsorientierte Zuzahlungsregelungen im Arzneimittelbereich haben. Erfüllen Selbstbeteiligungsregelungen dieses Kriterium nicht, sind sie ein reines Finanzierungsinstrument ohne Steuerungs- und Wirtschaftlichkeitseffekte.

8.3 Beispiel Selbstbehalt

Warum ist es wichtig? Nur für freiwillig versicherte Mitglieder, die auch noch die gesetzliche Möglichkeit (§ 13 SGB V) der Kostenerstattung in Anspruch nehmen, können gesetzliche Krankenkassen nach § 53 SGB V für ein Kalenderjahr einen beitragsmindernden Selbstbehalt an den von der Kasse zu tragenden Kosten vereinbaren. Der Selbstbehalt ist allein vom Versicherten zu tragen, sodass für den Arbeitgeber keine Beitragsermäßigungen entstehen. Konditionen wie die Höhe des Selbstbezahls und die daraus resultierende Betragsermäßigung regeln die Krankenkassen in ihrer Satzung (BMGS 2005).

Was wissen wir? Schon 2003 führte die Techniker Krankenkasse (TK) das Modellvorhaben Selbstbehalt ein. Ein volljähriges, freiwillig versichertes Mitglied erhält für jeweils ein Kalenderjahr einen Bonus von 240 Euro und muss dafür maximal 300 Euro pro Jahr an medizinischen Kosten selbst tragen (pro Arztbesuch maximal 20 Euro, Zahnarzt 40 Euro). Der Eigenanteil des Patienten beträgt damit 60 Euro pro Jahr. Anfangs wurde der Versuch noch sehr kritisch beurteilt (PKV Publik 2003). So sei der Selbstbehalt nicht risikogerecht auf den Versicherten abgestimmt, sondern in seiner Höhe zufällig festgelegt. Außerdem führe eine Selbstbeteiligung von 20 Euro pro Arztbesuch nicht zu mehr Kostenbewusstsein beim Patienten, da er an der eigentlichen Arztrechnung nicht wirklich beteiligt wird. Damit werden auch keine Verwaltungskosten gespart, da die TK weiterhin die Arztrechnungen erhält und nur den Selbstbehalt des Versicherten abziehen muss. Die TK dagegen sieht das Modellvorhaben nach zwei Jahren als großen Erfolg an. Rund 20.000 Versicherte würden dieses Angebot schon nutzen (TK 2005).

Welche Anreizwirkungen dieses Programm für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen hatte, findet sich in der Evaluationsstudie über das Programm bei rund 15.700 Programmteilnehmern und einer repräsentativen Kontrollgruppe (Felder/Werblow 2006):

- Zunächst zeigt sich ein qualitativ wie quantitativ erheblicher Selbstselektionseffekt. Die Programmteilnehmer sind deutlich gesünder (gemessen durch die Inanspruchnahme von Leistungen), jünger und eher männlichen Geschlechts als die Mitglieder der Kontrollgruppe. Das Programm nutzt also eher Gesunden als Kranken. Von den beobachteten Einspareffekten bei den Ausgaben für Krankenhaus, Medikamente und Kuren in der Selbstbehaltgruppe beruhen mindestens 69 Prozent auf diesem Selbstselektionseffekt. Bei Arzneimitteln beläuft sich dieser Anteil sogar auf 84 Prozent.
- Die Anzahl der Hausarztbesuche geht 2003 von durchschnittlich 6,6 auf 5,05 zurück (minus 23,5 Prozent), die der Facharztbesuche von 4,63 auf 2,68 (minus 42 Prozent).
- Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, die nicht unter den Selbstbehalt fällt, bleibt konstant. Es kommt aber auch nicht zu einer Ausweitung präventiver Leistungen in der Selbstbehaltgruppe.
- Es gibt keine Hinweise auf eine Nicht-Inanspruchnahme von Kranken (die Wahrscheinlichkeit, in einem Jahr mindestens einmal einen Hausarzt aufzusuchen, geht nicht zurück) oder eine Leistungsverdichtung bei den noch stattfindenden Arztbesuchen.
- Alles in allem finden sich also spürbare Kosteneinspareffekte.

Warum man die Ergebnisse trotzdem nicht als gesichert und verallgemeinerbar bewerten kann, ergibt sich aus mehreren – zum Teil auch von Felder und Werblow genannten – Faktoren:

- Die Untersuchung einer einjährigen (2003) Intervention und der Vergleich mit zwei Vorjahren ist nicht langfristig genug angelegt. Unerwünschte Effekte (wie z.B. in der RAND-Studie) konnten nicht identifiziert werden.

- Hinweise darauf, dass ein Teil der Teilnehmer am TK-Programm aktiv von Seiten der TK für die Teilnahme gewonnen worden ist und es sich hier teilweise um Mitglieder „auf dem Sprung in die PKV“ handelte, deuten auf weitere nicht quantifizierbare Selektionseffekte hin.

In den Niederlanden wurde nach dem Regierungswechsel zur Mitte-Rechts-Regierung im Jahre 2003 ein obligatorischer Selbstbehalt (deductible) in der sozialen Gesundheitsversicherung eingeführt. Man war auch hier der Meinung, Patienten würden, da sie die wahren Preise für das Gesundheitswesen aufgrund der solidarischen Komponenten des Systems nicht erkennen, dazu neigen, medizinische Versorgung überzukonsumieren (Helderman/Peelen 2004b). Die Abzüge sollen die Kosten im Gesundheitswesen eindämmen und ein Anreiz für Patienten sein, mit den Gesundheitsausgaben bewusster umzugehen. Eine an den medizinischen Notwendigkeiten orientierte Steuerung des Gesundheitswesens spielt dabei keine oder eine nur nachrangige Rolle. Konkret müssen ab 2005 alle Versicherten 250 Euro pro Jahr selbst zahlen. Den Patienten steht es frei, auch einen höheren Betrag zu wählen, dafür erhalten sie einen Rabatt bei ihrer Versicherung. Der Selbstbehalt betrifft vor allen Dingen die 65 Prozent der niederländischen Bevölkerung, die in der sozialen Gesundheitsversicherung sind. Es wird vermutet, dass es Versicherte mit niedrigem Einkommen und hohem Krankheitsrisiko sowie chronischen Erkrankungen besonders hart treffen wird. Für 2006 sind weitere Maßnahmen geplant. Eine Evaluation ist bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht durchgeführt.

Eine Untersuchung der niederländischen Selbstbehaltswirklichkeit nach Ausgabenkategorie (van Vliet 2004) zeigt zwar Auswirkungen auf die Nachfrage nach ambulanten Arztbesuchen, kann aber nur geringe Effekte beim Umfang der Aufwendungen für Medikamente und Krankenhausaufgaben nachweisen.

Die Ergebnisse einer Reihe von Untersuchungen der in der Schweiz viel verbindlicher und breiter angebotenen Selbstbehaltmodelle „sind nicht eindeutig“ (Felder/Werblow 2006: 144). In der Mehrheit der untersuchten Beispiele zeigen sich aber



positive, d.h. die Inanspruchnahme und Kosten senkende und nachhaltige Wirkungen. Beck (2006) kommt zu dem Urteil, dass sich bei jeder separaten Analyse der Franchisestufen eine Reduktion im „moral hazard“ nachweisen lässt.

Laut den Daten des Gesundheitsmonitors wurde 2004/2005 in Deutschland die Möglichkeit des Selbstbehalts nur von weniger als einem Prozent der Versicherten genutzt, weitere 11 Prozent könnten sich vorstellen, dies (wahrscheinlich) in nächster Zeit zu tun.

Was folgt daraus? Überlegungen oder Absichten einer flächendeckenden Einführung von Selbstbehaltmodellen als Instrument zur Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens und der nachfrageseitigen Ausgabenentwicklung stehen vor dem Problem, dass ein Teil der Kostensparvorteile durch Selektionseffekte zustande kommen. Aus diesem Grund ist ein differenzierter Risikoausgleich erforderlich. Trotzdem bleibt die Frage, ob „die an die Selbstbehaltwähler ausgeschütteten Beitragsrabatte die Einsparungen aus dem Selbstbehaltmodell nicht übersteigen“ (Felder/Werblow 2006: 140). Ohne empirische Evidenz über die erwarteten Wirkungen und ohne eine systematische Untersuchung unerwünschter künftiger Wirkungen auf die Gesundheit der Teilnehmer und die Beitragssätze von Nichtteilnehmern sollten Selbstbehaltmodelle nicht als Regelangebot eingeführt werden.

9 Senkung der Ausgaben der GKV durch privat zu bezahlende Leistungen (IGeL)

Warum ist es wichtig? Teils wegen der seit mehreren Jahren erfolgenden Herausnahme bestimmter Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV, teils aber auch als davon unabhängige Leistungsausweitung gibt es seit 1998 eine stetig wachsende Anzahl von so genannten individuellen Gesundheitsleistungen – kurz IGeL. Diese Leistungen waren zum geringeren Teil Pflichtleistungen der GKV und zum größeren Teil Leistungen, bei denen gar nicht mehr versucht wird, sie nach den Prüf- und Zulassungskriterien als GKV-Pflichtleistungen anerkennen zu lassen.³ Als so genannte Wahlleistungen müssen sie daher vom Patienten selbst getragen werden. Dazu gehören unter anderem spezielle Vorsorgeuntersuchungen (z. B. „Baby-Fernsehen“), Schutzimpfungen vor Urlaubsreisen, medizinisch-kosmetische Leistungen (z. B. Glatzenbehandlung, Entfernung von Tätowierungen), alternative Heilverfahren (z. B. Photobiologische Eigenblut-Therapie), Leistungen zur Steigerung des Wohlbefindens (z. B. Diätberatung ohne Vorliegen einer Erkrankung) oder Umweltmedizin. Auch wenn Leistungen bei Zahnersatz eigentlich nicht zu den traditionellen IGeL-Leistungen gehören, kommen die hier seit geraumer Zeit offerierten Zusatzangebote bei den Patienten als eine Art IGeL-Leistung an. Zumindest der Eindruck, ein stetig wachsender Anteil wichtiger Leistungen werde nicht mehr „von der Kasse“ bezahlt, wird auch durch Erfahrungen beim Zahnersatz gestärkt. 2004 gab es rund 320 solcher IGeL-Angebote (Zok 2004a). Befürchtet wird, dass das asymmetrische Arzt-Patient-Verhältnis zum „Vertrieb“ von Leistungen genutzt wird, deren gesundheitliche Notwendigkeit und Wirksamkeit häufig nicht nachgewiesen ist.

Was wissen wir? Noch 1998 ergab eine Umfrage des Marplan-Instituts, dass 46 Prozent der 2.491 befragten Bürger IGeL-Angebote ablehnen und nur 22 Prozent die

privaten Leistungen befürworten. Laut dieser Studie befürchteten die Gegner der IGeL-Liste eine Zwei-Klassen-Gesellschaft und beschuldigten die Ärzte, sich mit den privaten Angeboten eine neue Einnahmequelle erschließen zu wollen (Deutsches Ärzteblatt 1998).

Bereits 2001 wurden neun Prozent der 3.000 vom WIdO befragten Versicherten im Laufe eines Jahres eine privat zu zahlende Leistung angeboten oder von ihnen in Anspruch genommen, 2004 waren es schon 23 Prozent (Zok 2004a). Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede beim Einkommen und der Bildung: Ein Drittel der Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen über 4.000 Euro erhielten bereits ein IGeL-Angebot, bei einem Einkommen von unter 2.000 Euro waren es nur 21 Prozent. Auch die Bildung scheint sich positiv auf den Erhalt und die Inanspruchnahme von privaten Leistungen auszuwirken: Hier nahmen solche Leistungen wiederum ein Drittel derjenigen mit hohem Bildungsniveau in Anspruch, bei denen mit einfacher Bildung waren es nur 16 Prozent. Der Gesundheitszustand erwies sich nicht als ausschlaggebender Faktor (Zok 2004a).

Auch im Gesundheitsmonitor konnte ein leichter Anstieg der von Ärzten angebotenen und in Anspruch genommenen privat zu zahlenden Leistungen von neun Prozent in 2001 auf 14 Prozent in 2003 beobachtet werden (zwischenzeitlich stieg der Wert auch auf 16 Prozent). Seit 2004 werden in der Befragung die IGeL-Angebote noch weiter unterteilt (allgemeine Leistungen/Beratungen, Untersuchungen, Therapien, Vorsorge und andere Leistungen), sodass sich für 2004 und 2005 ein differenzierteres Bild ergibt.

Wie Abbildung 13 zeigt, werden den Befragten des Gesundheitsmonitors zunehmend mehr Untersuchungen sowie andere Leistungen aus dem IGeL-Katalog angeboten. Seltener werden Therapien oder Vorsorgeuntersuchungen offeriert. Die höchsten Annahmeraten (Prozentzahlen in Klammern) gibt es bei Untersuchungen und Therapien.

³ Z. B. inhaltlich nach § 70 SGB V: „Die Krankenkassen und Leistungserbringer haben eine bedarfsge- rechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspre- chende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausrei- chend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fach- lich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden“, und prozedural nach den §§ 91, 92 SGB V (Gemeinsamer Bundesausschuss).

Innerhalb dieser zwei Jahre hat sich die Anzahl von Versicherten, die ein IGeL-Angebot aus dem genannten Leistungsspektrum erhielten, jeweils mindestens verdoppelt. Das Angebot von Untersuchungen vervierfachte sich sogar. Die Prozentangaben in Klammern zeigen für beide Jahre den Anteil der Versicherten, die das Angebot angenommen haben. Grob betrachtet, lehnt rund die Hälfte der Adressaten von IGeL-Leistungen dieses Angebot ab. Was diese Ablehnung eines ärztlichen Angebots für das Vertrauen in die sonstigen Aktivitäten und Ratschläge desselben Arztes bedeutet, ist noch ungeklärt.

Die Gesundheitsmonitor-Zahlen zeigen, dass Personen mit schlechtem Gesundheitszustand häufiger privat zu zahlende Leistungen angeboten bekommen (Abbildung 14). Bemerkenswert ist bei der Betrachtung des Geschehens nach Gesundheitszustand auch der relativ hohe Anteil von sich als gesund einschätzenden Personen, die z. B. Untersuchungen angeboten bekommen. Es fällt auf, dass diese Angebote bei schlechtem Gesundheitszustand sogar seltener angenommen werden als bei guter gesundheitlicher Verfassung (Abbildung 15).

Beim Vergleich nach der Sozialschicht zeigt sich, dass Personen aus der Oberschicht in den meisten Leistungsbereichen häufiger Nicht-Kassenleistungen angeboten bekommen (Abbildung 16). 60 Jahre und ältere Versicherte bekommen häufiger IGeL-Leistungen angeboten als jüngere. Dabei bekamen 2004/2005 beispielsweise 21,4 Prozent aller 60 Jahre alten und älteren Versicherten Untersuchungen angeboten, die sie im Falle der Inanspruchnahme privat zahlen mussten (vgl. Abbildung 17). Bei der Inanspruchnahme fällt auf, dass Unterschichtzugehörige fast alle IGeL-Angebote seltener in Anspruch nehmen als andere Schichtzugehörige (ausgenommen „Therapieangebote“; siehe Abbildung 18).

Der Markt der IGeL-Angebote ist vielfältig und befindet sich eher noch am Beginn einer dynamischen Entwicklung. Die Anzahl der schriftlichen oder elektronischen Informationsquellen über weitere Möglichkeiten von Angeboten nimmt explosionsartig zu. Ärzte und Arzthelferinnen werden im Angebot und Verkauf der zusätzli-

chen Leistungen geschult, um die „Produkte“ an den Patienten zu bringen (Flintrop/Gerst 2005). Präzise Daten zur Mengenentwicklung der IGeL-Angebote auf der Basis der ärztlichen Abrechnungsdaten liegen nicht vor. In der Ende 2005 erfolgten Ärztebefragung des Gesundheitsmonitors gaben allerdings 68,2 Prozent aller Ärzte an, „oft“ oder „gelegentlich“ IGeL-Leistungen angeboten zu haben.

Was folgt daraus? Da eher eine Zu- als eine Abnahme von IGeL-Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erwarten ist, sollten insbesondere die GKV, die Einrichtungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung und eigentlich auch Einrichtungen der Ärzteschaft, die wie die Bundesärztekammer in die gesetzliche Qualitätssicherung eingebunden sind, aktiver als bisher werden. Zu den notwendigen Aktivitäten gehört eine wesentlich größere öffentliche Transparenz über den Umfang, die Art und vor allem die nachgewiesene Qualität der IGeL-Angebote. Dazu sollten die Qualitätsmaßstäbe, die im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mittlerweile im Konsens mit Ärztevertretern an neue und alte GKV-Leistungen angelegt werden, angewandt werden. Auch die GKV sollte ihre Versicherten über die formalen Regeln des Angebots von IGeL-Leistungen (z. B. schriftliches Angebot und Rechnung) informieren. Da es immer wieder den Verdacht gibt, es würden mittlerweile auch GKV-Leistungen verweigert, um sie dann als IGeL-Leistungen anzubieten, sollten entsprechende Stichprobenprüfungen durchgeführt werden.

Angebot und Inanspruchnahme von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL)

	2004		2005	
	angeboten	angenommen	angeboten	angenommen
allg. Leistungen und Beratungen	5,6	2,1 (38 %)	12,5	4,9 (40 %)
Untersuchung (z.B. Fitnesscheck)	8,4	6,8 (81 %)	35,7	17,5 (49 %)
Therapien	2,4	1,3 (53 %)	5,7	3,5 (61 %)
Vorsorge (z.B. Risikoprofil-Erstellung)	4,1	1,7 (40 %)	8,2	3,1 (39 %)
andere Leistungen	10,9	10 (92 %)	22	11,4 (51 %)

Quelle: Gesundheitsmonitor 2004 (Welle 6, 7, N = 2.418) und 2005 (Welle 9, N = 1.232) | BertelsmannStiftung

Abbildung 13

Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nach selbst wahrgenommenem Gesundheitszustand 2004–2005

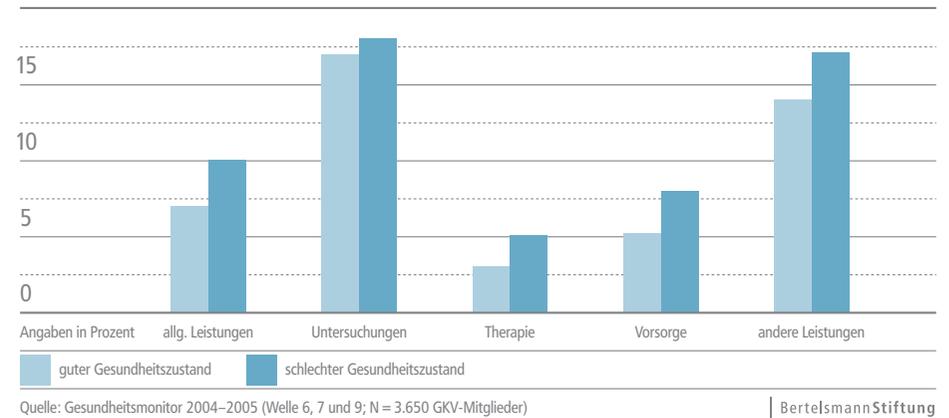


Abbildung 14: Personen mit schlechtem Gesundheitszustand werden IGeL-Leistungen häufiger angeboten.

Annahme von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nach Gesundheitszustand 2004–2005

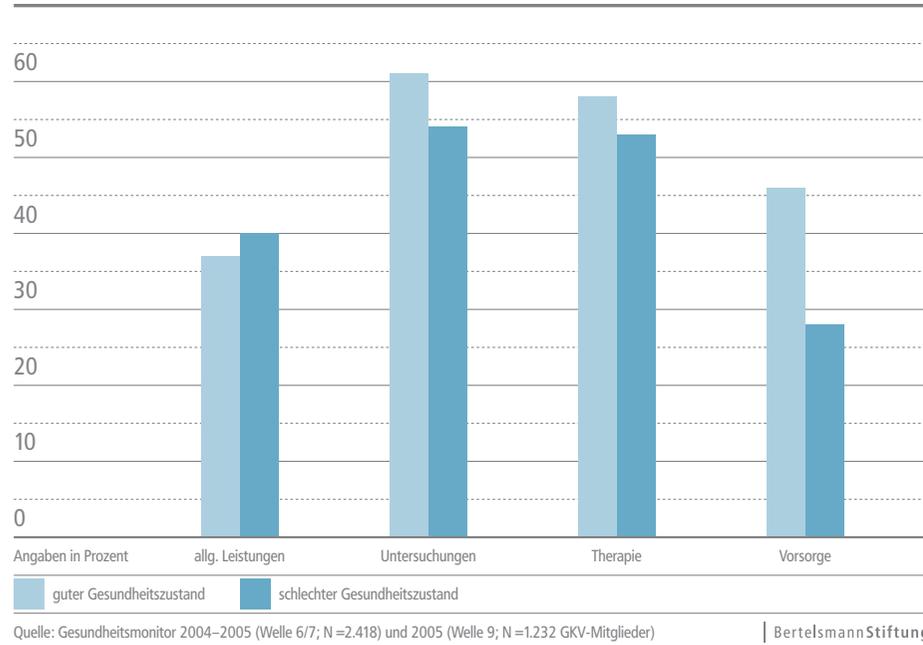


Abbildung 15: Personen mit ausgezeichnetem Gesundheitszustand leisten sich häufiger eine Leistung aus dem IGeL-Katalog.

Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nach sozialer Schicht 2004–2005

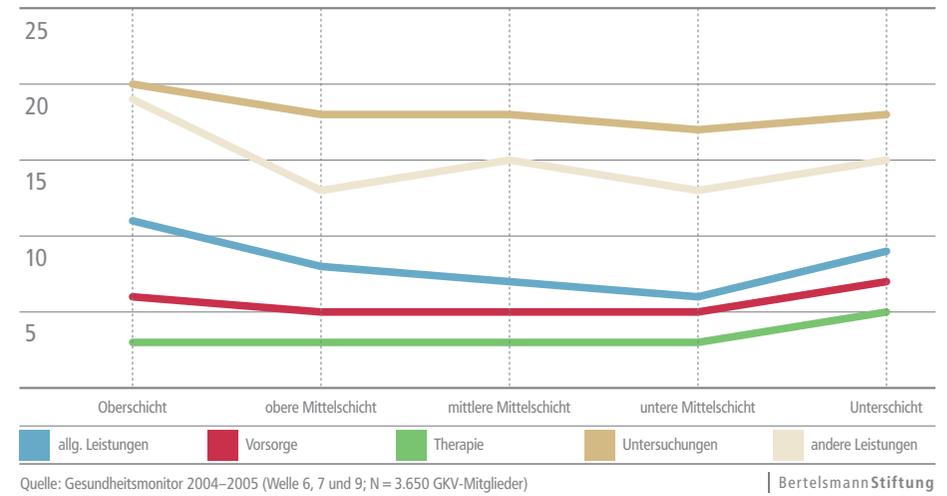


Abbildung 16: Personen aus einer höheren Sozialschicht bekommen mit Ausnahme von Vorsorge- und Therapieleistungen häufiger IGeL-Leistungen angeboten.

Angebot von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nach Alter 2004–2005

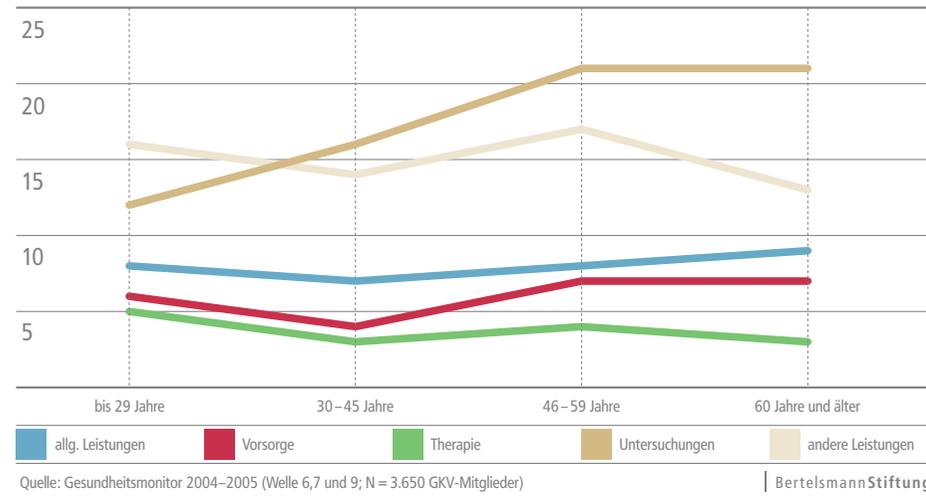


Abbildung 17: Ältere Versicherte bekommen die meisten IGeL-Leistungen häufiger angeboten.

Annahme von Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) nach sozialer Schicht 2004–2005

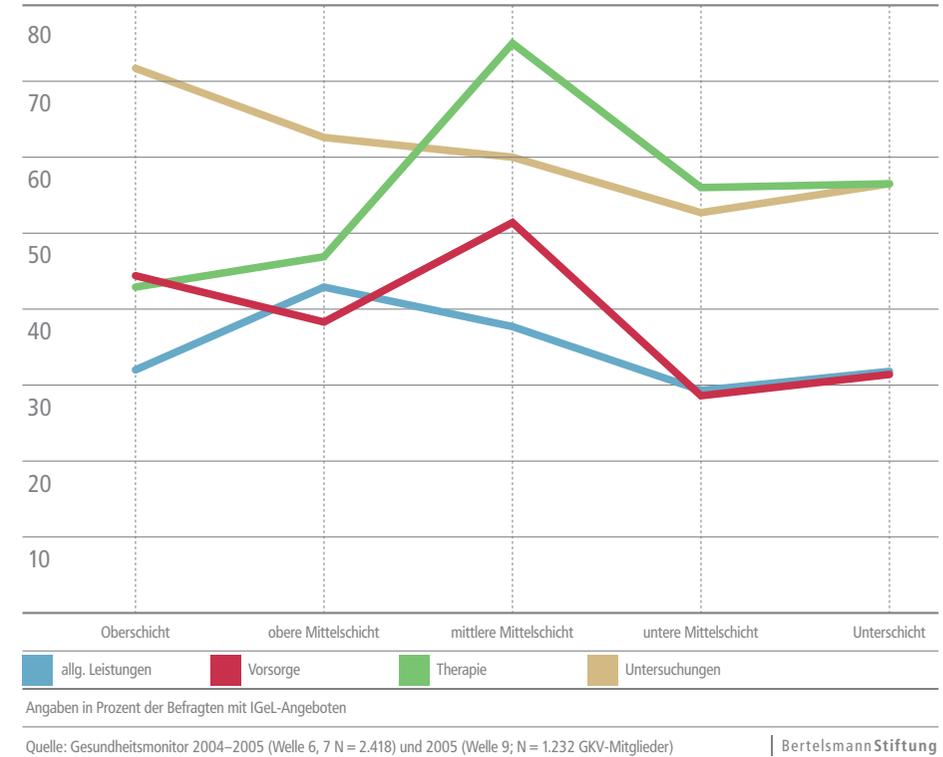


Abbildung 18: Die Angehörigen der Unterschicht nehmen IGeL-Angebote mit Ausnahme der Therapieangebote weniger häufiger in Anspruch als Versicherte aus anderen Sozialschichten.

10 Verhaltenssteuerung über Informationsvermittlung zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse

10.1 Verfügt der „Konsument“ Patient tatsächlich über ausreichende Informationen, um rational zu handeln?

Warum ist es wichtig? Zu den Kernannahmen und -bedingungen für einen funktionierenden Gesundheitsmarkt gehört es, dass der Patient als Konsument von Gesundheitsversorgung über genügend Informationen verfügt, um seinen gesundheitlichen Nutzen maximieren zu können (Rice 2004). Tatsächlich existiert aber zwischen Arzt und Patient ein großes Informationsgefälle, das dazu beiträgt, dass die große Mehrheit der „Konsumenten“ nicht ausreichend in der Lage ist, zwischen den verfügbaren Alternativen im Gesundheitsmarkt zu wählen.

Was wissen wir? Verfolgt man Presseberichte in den einschlägigen medizinischen und gesundheitspolitischen Medien der letzten ein bis zwei Jahre, findet man eine Reihe von Hinweisen, dass Patienteninteressen an gesundheitlicher Information und Beratung zunehmend Beachtung finden. Krankenkassen, Verbände, aber auch kommerzielle Einrichtungen haben erkannt, dass die bislang weitgehend „blinde“ Suche von Patienten nach einem „guten“ Arzt oder Krankenhaus oder nach alternativen Therapieformen der Korrektur bedarf. Die bisherigen Ansätze hierzu sind zwar noch bescheiden, stellen aber im Vergleich zu vorher eine markante Verbesserung der Informationsgrundlagen für Patienten dar. Einige exemplarische Beispiele seien genannt:

— *Datenbank zu Beratungseinrichtungen:* Die Zahl der Beratungsstellen und Einrichtungen für eine persönliche Beratung in Gesundheitsfragen hat in solchem Maß zugenommen, dass der Sachverständigenrat für Gesundheit in dieser geringen Überschaubarkeit der Zuständigkeiten bereits wieder eine tendenzielle Zugangsbarriere erkannt hat. Ein positiver Entwicklungsschritt in Anbetracht dieser Situation ist die Einrichtung und Veröffentlichung einer Datenbank in Nordrhein-Westfalen, die Angaben zu rund 1.200 Beratungseinrichtungen nur in diesem Bundesland enthält.⁴

- *Modellvorhaben der Kassen zur Patientenberatung:* Dass Patientenberatung ein wichtiges, aber bislang deutlich unterbelichtetes Thema der gesundheitlichen Versorgung ist, zeigen die Modellvorhaben der Kassen zur Patientenberatung. Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung fördern seit 2001 im Rahmen des § 65b SGB V insgesamt 30 Einrichtungen im Rahmen von Modellvorhaben, die sich die gesundheitliche Information, Beratung und Aufklärung von Verbrauchern und Patienten zum Ziel gesetzt haben.⁵
- *Checkliste für Arztpraxen:* Um zu vermeiden, dass unnötig Unzufriedenheit und Dissens zwischen Patienten und Ärzten entstehen und daraus dann evtl. sogar unerwünschte gesundheitliche Folgen erwachsen, haben das von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung getragene „Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin“ sowie das von den großen Selbsthilfe-Dachverbänden eingerichtete „Patientenforum“ die Checkliste „Woran erkenne ich eine gute Arztpraxis?“ erarbeitet und veröffentlicht.⁶
- *Entscheidungshilfe für Kliniksuche:* Nach der gesetzlich vorgeschriebenen Veröffentlichung der „Strukturierten Qualitätsberichte“ für Krankenhäuser haben nahezu alle größeren Krankenkassen im Internet Entscheidungshilfen für solche Patienten veröffentlicht, die aufgrund eines bevorstehenden und zeitlich planbaren stationären Eingriffs eine Klinik suchen. Die meisten

4 Neue Datenbank über Angebote zur Patientenberatung, Ärzte Zeitung Online, 26.4.2005 <http://www.aerztezeitung.de/docs/2005/04/26/075a0902.asp?cat=/computer/internet>

5 Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung – Evaluation der Modellprojekte zur Patienten- und Verbraucherberatung nach § 65 SGB V (pdf): <http://www.g-k-v.com/media/Projekte/VerbraucherPatienten/Evaluationsbericht.pdf>

6 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Gemeinsames Institut von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung: „Woran erkenne ich eine gute Arztpraxis?“ Checkliste für Patienten; im Internet: http://www.patienten-informaton.de/content/informationsqualitaet/informationsqualitaet/images/arztpraxis_050711.PDF

Informationsportale bieten allerdings für medizinische Laien wenig transparente Informationen, da in der Regel die 40–60-seitigen Qualitätsberichte aller in Frage kommenden Kliniken durchforstet werden müssen. Im AOK-Krankenhaus-Navigator wird dem Informationssuchenden zumindest insoweit Recherche-Arbeit abgenommen, als die Zahl der jeweiligen Eingriffe (Operationen) auf einer Ergebnisseite zusammengefasst wird. Dass es auch anders geht, zeigt indes der „Klinik-Führer Rhein-Ruhr“, der für 13 medizinische Fachbereiche und 71 Krankenhäuser der Region Rhein-Ruhr auch Ergebnisse einer Patienten- und einer Ärztebefragung als Bewertungsmerkmale auflistet.

- *Callcenter als medizinische Beratungsstellen:* Immer mehr Krankenkassen bieten ihren Versicherten einen speziellen Informationsservice zu medizinischen Fragen. In der Regel sind diese Hotlines bei kommerziellen Callcenter-Unternehmen angesiedelt, in denen approbierte Ärzte unter Berücksichtigung der gesetzlichen Einschränkungen auf medizinische Fachfragen Auskunft geben. Die Nutzung ist derzeit noch vergleichsweise gering; für die Zukunft wird jedoch mit erheblichen Steigerungsraten gerechnet.
- *Neue Möglichkeiten der Information über Medikamente:* Die Stiftung Warentest bietet auf ihrer Internetseite eine Datenbank „Mit“ (Medikamente im Test) an, in der über 9.000 Medikamente für 175 Anwendungsgebiete bewertet werden. Die AOK hat für ihre Versicherten jetzt als erste Kasse eine kostenlose Benutzung mit der Stiftung Warentest vereinbart. Dass Verbraucher sich zuverlässige und vor allem unabhängige Medikamenten-Informationen auch etwas kosten lassen, ist das Credo der neuen Zeitschrift „Gute Pillen – schlechte Pillen“. Auf Pharma-Werbung wird in dem 12-seitigen Heft völlig verzichtet, man will unabhängig sein, den Stand der Forschung zu Krankheiten erläutern, Medikamente in ihrer Wirksamkeit bewerten und auch Preisvergleiche anstellen.⁷

- *Informationen zu Gesundheitsthemen:* Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) gibt seit 2006 im Internet evidenzbasierte Informationen zu Gesundheitsthemen wieder, von A (wie Atemwege) über Geburt und Operation bis Z (wie Zähne). Die Aufbereitung orientiert sich an der Nutzerstruktur, ist für alle Bürger frei zugänglich und soll ständig erweitert werden.⁸

Dass Patienteninformation sogar ein überaus lohnendes Geschäft sein kann, demonstriert der Erfolg der „Merkblätter zur Dokumentierten Patientenaufklärung“. Der „proCompliance“-Verlag veröffentlicht unter diesem Titel insgesamt etwa 1.050 Broschüren, in denen Patienten detailliert über unterschiedliche Krankheiten, deren Ursachen und Behandlungsalternativen aufgeklärt werden. Die Information enthält darüber hinaus Eingriffs- und Risikoaufläuterungen und die therapeutische Sicherungs-Aufklärung⁹, u.a. auch bei der Pharmakotherapie. Nach eigenen Angaben hat der Verlag seit 1981 mehr als 500 Millionen Broschüren vertrieben.¹⁰

Patienteninformation wird auch in anderen Ländern großgeschrieben. Das klassische Beispiel für den Versuch, Informationen zu Gesundheitsthemen transparent zu machen, ist das National Institut for Health and Clinical Excellence (NICE) in Großbritannien.¹¹ Hier werden Informationen zu den Bereichen Public Health, Health Technologies und medizinische Leitlinien für verschiedene Indikationsbereiche

7 Vgl. den Internetauftritt der Zeitschrift: <http://www.gutepillen-schlechtepillen.de/>

8 Vgl. www.gesundheitsinformation.de

9 Die therapeutische Sicherungsaufklärung bezeichnet die Pflicht des Arztes, den Patienten auf bestimmte Maßnahmen zur Sicherung des Heilungserfolges hinzuweisen, zum Beispiel durch Informationen über eine schonende Lebensweise, eine Diät oder Enthaltensamkeit. Zumeist wird die therapeutische Sicherungsaufklärung erst nach einem bestimmten Eingriff durchgeführt und dient dem Zweck, den Patienten zu einem therapiegerechten Verhalten im Interesse des Heilungserfolgs zu veranlassen.

10 Vgl.: <http://focus.msn.de/gesundheit/patienteninformation>, oder: <http://www.procompliance.de>

bereitgestellt, die auch von der breiten Öffentlichkeit genutzt werden können. Es gibt aber durchaus auch neuere, beachtenswerte Initiativen. So startete im August 2004 in Singapur im Bezirk Jurong Town ein Pilotprojekt, das zuerst über eine Webseite und dann zusätzlich über einen 24-stündigen Telefonservice einen patientenfreundlichen Zugang zu einem Netzwerk von Leistungserbringern im Gesundheitswesen bietet (Busse/Schlette 2005). Damit sollen die gemeindenahere Versorgung und die Verknüpfung des staatlichen und privaten Sektors mit ambulanten und stationären Einrichtungen gefördert werden. Ziel soll es sein, die Autonomie von Patienten und deren Angehörigen zu steigern, indem Hilfe zur Selbsthilfe geboten wird. Das Netzwerk soll den Patienten und den pflegenden Angehörigen bei ihren Entscheidungen unterstützen. Insbesondere für ältere Menschen, die anfälliger für Erkrankungen sind und somit häufiger auf viele unterschiedliche Anbieter zugreifen müssen, sind bessere Kenntnisse über gesundheitliche und soziale Dienste vor Ort von besonderer Bedeutung. In Ergänzung zu den Informationen über alle Anbieter und Dienstleistungen sollen in Zukunft die Gesundheitsdaten der Patienten über das Internet zugänglich sein. Durch das Mehr an Informationen wird eine bessere Versorgung erwartet. Das Projekt soll drei Jahre laufen, und bei einem erfolgreichen Verlauf könnten bewährte Komponenten später in ganz Singapur Anwendung finden. Eine Zwischenevaluation fand bisher noch nicht statt (Lim 2004a).

Singapur hat aber noch weitere Maßnahmen zur Patienteninformation und Transparenz im Gesundheitswesen eingeführt: Seit Oktober 2003 werden auf der Webseite des Gesundheitsministers monatlich die Strukturdaten, Kosten und Ausgabeströme der privaten und öffentlichen Krankenhäuser veröffentlicht. Dies sollte den Druck auf die Krankenhäuser erhöhen, die teilweise überhöhten Kosten zu reduzieren. Das Projekt führte schon innerhalb kurzer Zeit zu den ersten Erfolgen: Vor allem private Krankenhäuser reduzierten ihre Gebühren in erheblichem Maße. Auch von der Öffentlichkeit wurde das Projekt positiv aufgenommen: Patienten würden

nun insofern bewusster mit den Gesundheitsausgaben umgehen, indem sie zum Beispiel Preise vergleichen (Lim 2005, 2004b).

Auch in den Niederlanden setzt man auf mehr Transparenz im Gesundheitswesen, um die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu verbessern (Helderman/Peelen 2004a). Mit dem Programm „Sneller Beter“ („schneller, besser“), das im November 2003 startete, soll die medizinische Versorgung durch systematische Qualitätssicherung sicherer, wirksamer und patientenfreundlicher werden. Dabei sollen die Anbieter im niederländischen Gesundheitswesen offen legen, wie sie Geld und Personal einsetzen, um einen Leistungsvergleich zu ermöglichen. Im Rahmen des Programms finden zuerst Bewertungen der Krankenhäuser und Ärzte der Primärversorgung hinsichtlich der Qualität, Effizienz und der Zugangschancen statt (Benchmarking). Musterbeispiele werden auf der Webseite www.snellerbeter.nl veröffentlicht. Außerdem werden Indikatoren für die Behandlungssicherheit und -qualität ermittelt. Im letzten Schritt soll das Programm „Qualität, Innovation und Effizienz“ auf den Weg gebracht werden, das die Patientensicherung und -mitbestimmung sowie die Behandlungsabläufe verbessern soll. Eine Evaluation findet kontinuierlich statt. Auf der Webseite können Beispiele für „best practice“ eingesehen werden. Die Betreiber sprechen von einem erfolgreichen Programm. Eines der Beispiele ist die Schmerzbewertungsskala COMFORT für die Kinderintensivstation. Die Anwendung dieser Skala führt zu einer schnelleren und zielgenaueren Schmerztherapie für die betroffenen Kinder, sodass Stress vermieden wird und sie schneller genesen können (Helderman/Peelen 2004a).

Seit 2003 veröffentlicht das australische Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC) neben der seit 1999 üblichen Liste an neu aufgenommenen Medikamenten auch seine Begründungen für die (Nicht-)Aufnahme von Medikamenten sowie weitere Daten, beispielsweise über Wirkungsweise der Arzneimittel. Dabei geht es dem PBAC nicht nur um die Offenlegung der Entscheidungen zwecks höherer Transparenz. Hauptsächlich sollen dadurch Entscheidungen besser nachvollziehbar und Kritik an ihrer Organisation reduziert werden. Auch wenn australische Ver-

11 Vgl. www.nice.org.uk

brauchergruppen Kritik an der ungenügenden Tiefe des Programms üben, bewerten sie die Maßnahme positiv. Die australische Pharmaindustrie reagiert dagegen eher nervös auf die Veröffentlichung von sensiblen Daten über ihre Produkte. Ein Einfluss auf die Preise wird allerdings nicht erwartet (Haas 2004).

Wie sieht die Situation in *Deutschland* aus? 45 Prozent der 13.658 von 2001 bis 2005 im Gesundheitsmonitor befragten Personen versuchten, viele Informationen über Gesundheitsthemen, die sie selbst betreffen, zu erhalten. Dabei spielt der Gesundheitszustand eine entscheidende Rolle: etwa zwei Drittel der Informationssuchenden bezeichnen sich als akut schwer krank (69 Prozent) und/oder als chronisch krank (62 Prozent). Weitere 42 Prozent achten zwar nicht speziell auf Gesundheitsinformationen, geben aber an, sich dafür zu interessieren. Lediglich 13 Prozent sind nicht sehr an Informationen zum Thema Gesundheit interessiert. Selbst von den Personen, die angaben, sie seien gesund, oder ihren Gesundheitszustand als ausgezeichnet, sehr gut oder gut bezeichneten, versuchten immer noch 35 Prozent bzw. 40 Prozent, an Gesundheitsinformationen heranzukommen.

Dabei hat das Interesse an der Suche nach Gesundheitsinformationen seit 2001 leicht abgenommen und ist erst wieder im Herbst 2005 angestiegen (Abbildung 19). Die am häufigsten nachgefragten Gesundheitsthemen waren zwischen 2001 und 2003 Behandlungsmaßnahmen (41 Prozent), Erkrankungen (37 Prozent), alternative Heilverfahren (22 Prozent) und Gesundheitsvorsorge (18 Prozent). Erst danach kamen Themen wie Krankenkassen (16 Prozent), Ärzte (zehn Prozent) und Krankenhäuser (sechs Prozent). An der Spitze der Bereiche, zu denen die Bevölkerung Informationen suchte, stand im Herbst 2005 die gesunde Lebensweise (62 Prozent), Tipps zur Vermeidung gesundheitsschädlichen Verhaltens (36 Prozent) sowie Fitness und Wellness (34 Prozent). Informationen zu Behandlungsmaßnahmen wurden dagegen nur noch von 23 Prozent gesucht (Abbildung 20). Offensichtlich verändern sich die Informationsschwerpunkte der Versicherten im Zeitverlauf erheblich.

Wenn es um die Auswirkungen der Gesundheitsreform geht, fühlen sich in den letzten Jahren zwischen 50 und 80 Prozent der Befragten nicht ausreichend informiert. Geht man genauer auf die einzelnen Maßnahmen des GMG 2004 ein, so stellt man fest, dass gut ein Viertel der 2004 und 2005 dazu befragten 3.652 GKV-Mitglieder schon einmal von Disease-Management-Programmen gehört haben. Bei den Bonusprogrammen sind es sogar 68 Prozent, über die Möglichkeit der Beitragsrückerstattung und der Kostenerstattung wissen jeweils 36 und 29 Prozent Bescheid, und die Regelung zum Selbstbehalt kennen 21 Prozent (Abbildung 21).

Auch das AOK-Institut WIdO vermutet nach einer schriftlichen Befragung von 3.000 Erwachsenen im Jahr 2004, dass die geringe Beteiligung an den Maßnahmen des GMG auf unzureichende Informationen zurückzuführen ist. Jeder zweite gesetzlich Versicherte gab in dieser Studie an, dass er schlecht oder sehr schlecht informiert sei, 28 Prozent sprachen von guter oder sehr guter Informationslage (Clade 2005).

Es zeigt sich deutlich, dass der „Konsument“ Patient tatsächlich in allen Gesundheitssystemen nicht über ausreichende Informationen verfügt, um über die Folgen seines Handelns selbstständig entscheiden zu können. Dies resultiert aus einem Bündel von unterschiedlich komplexen und beeinflussbaren Gründen. Dazu gehören Defizite auf der Angebotsseite wie etwa der Mangel an Informationen, die Schwierigkeiten ihrer Erreichbarkeit, deren Verständlichkeit und Zuverlässigkeit. Hinzu kommen aber auch Defizite auf der Nachfragerseite wie das Desinteresse der Patienten an Informationen oder ihre Unfähigkeit, mit Informationen umzugehen. Wie die aktuelle „health literacy“-Debatte (vgl. dazu Nielsen-Bohman et al. 2004) in den USA zeigt, haben häufig dieselben Bevölkerungsgruppen, die ein hohes Erkrankungsrisiko und daher potenziell einen hohen Informationsbedarf haben, auch die meisten Probleme mit der Informationsbeschaffung und -verarbeitung.

Was folgt daraus? Ob man aus Kosten- oder Gesundheitsgründen an einer Stärkung der Handlungsfähigkeit und rationalen Verhaltenssteuerung von Versicherten oder Patienten interessiert ist: Die Verbesserung des Umfangs und der Qualität von Infor-

mationen ist für beides eine entscheidende Voraussetzung. Trotz mancher Fortschritte gibt es im Bereich der Erreichbarkeit und vor allem der Qualität von Informationen noch erhebliche Defizite. Da insbesondere bei den unzähligen Informationsangeboten im Internet nicht von einer Qualitätssicherung durch die Anbieter ausgegangen werden kann, müssen Krankenkassen, Ärzteschaft und Patientenorganisationen systematisch die Präsenz und Autorität von wissenschaftlich gesicherten und unabhängigen Informationsangeboten fördern. Dazu gehört zum Beispiel das Angebot des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber könnte außerdem noch konsequenter die Einrichtung und Finanzierung anbieterunabhängiger Beratungs- und Informationsmöglichkeiten fördern. Wegen der so genannten „health illiteracy“ von großen Teilen der Patienten muss die Qualitätssicherung für Informationen sich nicht nur um die Angebote kümmern, sondern auch darum, ob, wie und welche Informationen Verhalten modifizieren. Die gewonnenen Erkenntnisse müssen dann in einer zeitgemäßen Konzeption von Gesundheitsbildung berücksichtigt werden.

Interesse an Gesundheitsinformationen im Zeitverlauf

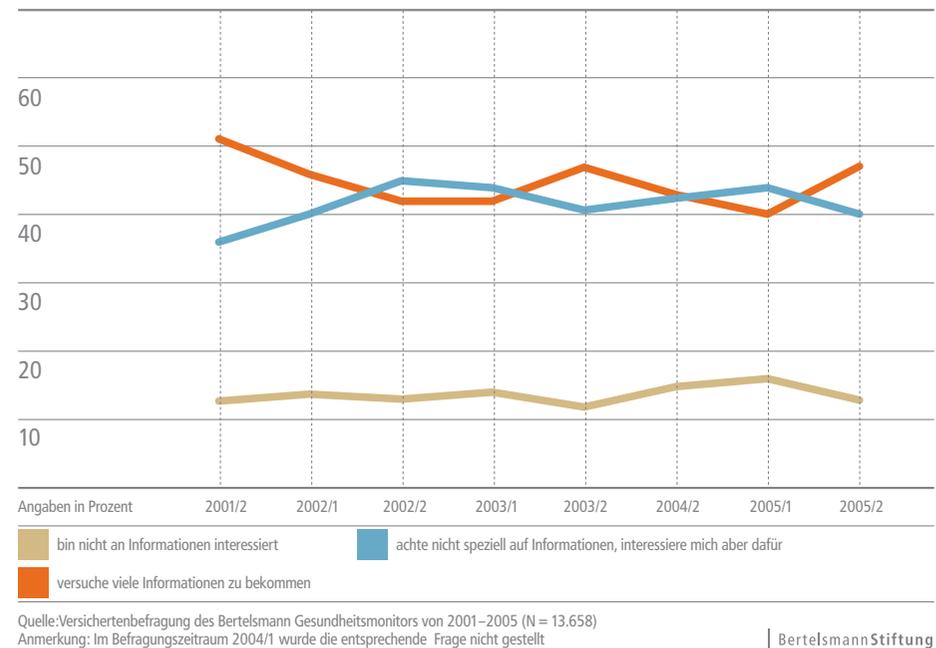


Abbildung 19: Das Interesse an Gesundheitsinformationen hat bei den Befragten des Gesundheitsmonitors in den vergangenen vier Jahren abgenommen und steigt erst seit Anfang 2005 wieder an.

Informationsinteressen

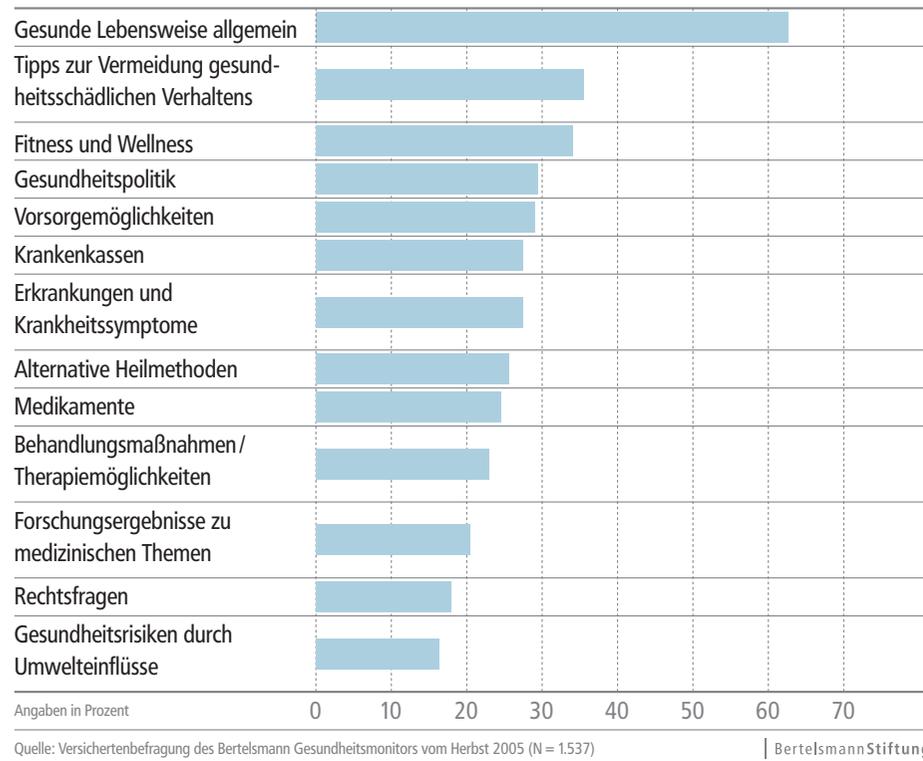


Abbildung 20: Wenn aktuell nach Gesundheitsinformationen gesucht wird, dann meist nach Tipps zur gesunden Lebensweise, zur Vermeidung gesundheitsschädlichen Verhaltens und zum Fitness- und Wellnessbereich.

Bekanntheit von neuen Formen der Versorgung und Kostenbeteiligung

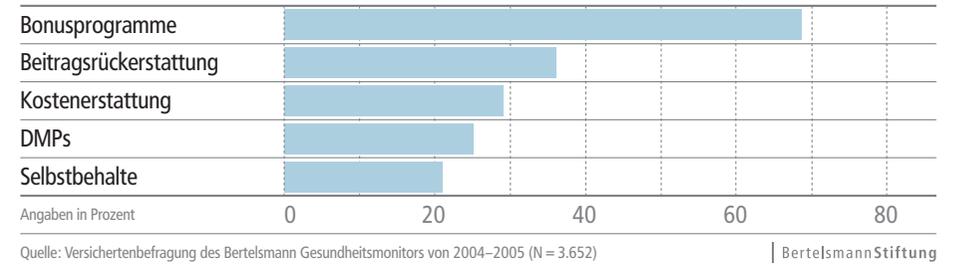


Abbildung 21: Von den jüngsten gesetzlichen Neuerungen sind Bonusprogramme unter den Befragten des Gesundheitsmonitors noch am bekanntesten, von DMP haben dagegen die wenigsten gehört.

10.2 Beispiel Kosten- und Leistungsinformation (Patientenquittung)

Warum ist es wichtig? Die Ausstellung einer Übersicht über die erbrachten ärztlichen Leistungen und ihren voraussichtlichen Preis durch die niedergelassenen Ärzte gehört zu den Dauerforderungen der jahrzehntelangen Diskussion über die Stärkung der Informationsbasis von Patienten. Man erhoffte, damit gleichzeitig Kosten und Qualität der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung über Patienteninformationen zu steuern. Auch wenn die schon lange bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten für eine „Patientenquittung“ Versicherten häufig nicht bekannt sind, fordern gerade viele Versicherte ihre Einführung. Die empirische Wirksamkeit der Patientenquittung wurde nahezu selbstverständlich angenommen.

Was wissen wir? Über anderthalb Jahre, nachdem der Paragraph 305, Absatz 2 des SGB V Anfang 2004 einen auch schon zuvor bestehenden Rechtsanspruch auf eine Patientenquittung an Versicherte erneuert und die Beteiligten zur zügigen Umsetzung verpflichtet hatte, resümierte Schnack in der „Ärzte-Zeitung“ am 5.10.2005: „Zwar wollen nur wenige Patienten eine Patientenquittung. Aber richtig informiert über das wahre Honorar werden selbst sie – systembedingt – oft nicht.“ Nach einer „vorsichtigen Schätzung“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden im Moment (Oktober 2005) rund 25.000 Quittungen pro Jahr ausgestellt, ob mit korrektem Inhalt „weiß niemand“.

Die wahrscheinlich dauerhaft geringe Nutzung dieses Angebots hätte man allerdings bereits einem im Mai 2003 vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland veröffentlichten Bericht entnehmen können.¹²

Dieser Bericht dokumentiert zunächst die Ergebnisse früherer Modellversuche (Seitenangaben in Klammern beziehen sich auf den Bericht):

- Beim von 1962 bis 1967 gelaufenen Modellversuch bei der BKK Carl Zeiss „ergab sich keine statistisch signifikante Veränderung in der Inanspruchnahme der Ärzte durch die Versicherten (...). Die Ärzte konnten auch keine Änderung im Arzt-Patienten-Verhältnis feststellen. Die Mehrzahl hielt die Aktion für wirkungslos, sowohl in finanzieller Hinsicht als auch in Bezug auf erwünschte pädagogische Effekte, z.B. Aktivierung des Gesundheitswillens und der Mitverantwortung“ (S. 6).
- Die Beteiligung an dem von 1986 bis Anfang der 1990er Jahre gelaufenen Modellversuch bei der Bundesknappschaft war „verschwindend gering“ (S. 6).
- Die Nutzung des Angebots der KV Hessen lag 1988 im „Promille-Bereich“ (S. 7).

Auch das im Bereich der KV Rheinhessen durchgeführte Modellprojekt erbrachte trotz erheblicher Werbung und überdurchschnittlicher Ausstattung keine qualitativ neuen Erkenntnisse:

- In den 67 Arztpraxen, die sich am Modellversuch beteiligten, sank der Anteil der Patienten, die an einer Quittung interessiert waren, von 21,9 Prozent (im 2. Quartal 2002: 16.954 Personen) über 15,2 Prozent im 3. Quartal auf 14 Prozent (10.956 Personen) im 4. Quartal 2002.
- „Auch in der (personenbezogenen) Längsschnittbetrachtung wurde deutlich, dass das Interesse der Patienten an einer Quittung auf Dauer zurückgeht: Gerade ein Viertel der Patienten, die im ersten Modell-Quartal eine Quittung mitgenommen haben, taten dies auch im zweiten. Wiederum die Hälfte davon war im dritten Quartal noch interessiert“ (S. 17).
- Ersatzkassenversicherte und 30–50-jährige Patienten waren überrepräsentiert, AOK-Versicherte und Ältere unterrepräsentiert.

- Insgesamt 19 Patienten mit Quittung ließen diese von der KV überprüfen, acht Teilnehmer nutzten die kostenlose Beratungs-Hotline der KV.
- Direkte und vor allem relevante Steuerungswirkungen der Patientenquittung ließen sich nicht identifizieren.
- Das geringe Engagement der hier noch besonders informierten und motivierten Patienten an der Patientenquittung setzt sich auch bei der Evaluation fort: Von 6.500 zur Verteilung eingeplanten Fragebögen an Nutzer der Quittung, also immerhin bereits einmal aktive Patienten, wurden im 3. Quartal 2002 tatsächlich 3.784 ausgegeben. Davon kamen 522 oder 13,8 Prozent ausgefüllt zurück. Von dieser kleinen Gruppe hielten dann 80 Prozent die Quittung „für wichtig und hilfreich“. Der Evaluationsbericht stellt dazu fest, dass „man davon ausgehen (muss), dass die ... Aussagen überwiegend für solche Patienten stehen, welche die Quittung als Angebot nützlich finden und dass der überwiegende Teil der Nichtbeantworter unter den Quittungsempfängern das Quittungsangebot als unnötig ansieht“ (S. 94).

Die Gründe für das tatsächliche Verhalten der Patienten sind vielfältig. Sie liegen einerseits in der Komplexität der Patient-Arzt-Beziehung als Vertrauensbeziehung begründet: Selbst wenn man überzeugt wäre, dass Ärzte „betrügen“, bezieht man dies selten auf den eigenen Arzt. Dazu kommt, dass Patienten befürchten, durch die Anforderung einer Patientenquittung von sich aus die Vertrauensbeziehung zu erschüttern und Zuwendungsverluste auszulösen. Andererseits bringt die Nutzung der Inhalte der Quittung eine Reihe schwieriger Situationen mit sich: Mit Sicherheit sind selbst sprachlich verständlich formulierte Quittungen für bestimmte Personengruppen schwer zu verstehen. Außerdem senkt jeder Tag, der aus meist technischen Gründen zwischen den Arztkontakt und das Vorliegen einer Quittung tritt, das Interesse und die Fähigkeit, sich verlässlich mit ihrem Inhalt auseinander zu setzen.

Was folgt daraus? Patientenquittungen haben selbst mit dem weit über den Alltagsmöglichkeiten liegenden Aufwand mehrerer Modellversuche nur geringe oder gar keine der erwarteten Wirkungen erzielt. Die hochgesteckten Erwartungen in eine direkte und spürbare Steuerung von Patienten- und Arztverhalten durch dieses Instrument sind daher kaum realistisch.

Wenn es um ein Symbol für die Akzeptanz des Patientenrechts auf umfassende Leistungstransparenz geht, kann das Angebot einer Patientenquittung trotzdem seinen Wert haben.

10.3 Beispiel Einsicht in die Patientenakte

Warum ist es wichtig? Das Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen ist schon seit Jahren gesetzlich verankert. Es ergibt sich als Nebenrecht zum Behandlungsvertrag und dem Recht auf Selbstbestimmung und personelle Würde nach dem Grundgesetz (Art. 1 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 2 Abs. 1 GG). Außerdem sieht auch das Ständerecht der ärztlichen Berufsordnung (BOÄK) vor, dass dem Patienten auf Verlangen die Einsicht zu ermöglichen ist. Im § 34 des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) ist darüber hinaus der Anspruch auf Auskunft über zur Person gespeicherte Daten gesetzlich festgehalten (Landesbeauftragter für Datenschutz Niedersachsen 2004). Ausgenommen sind hiervon psychiatrische Behandlungsunterlagen. Die Einsichtnahme ist kostenlos, allerdings kann der Arzt für Kopien der Unterlagen ein Entgelt verlangen. Zur Herausgabe der Patientenakte, zum Beispiel bei einem Arztwechsel, ist der Arzt allerdings nicht verpflichtet, da er die Originalunterlagen zehn Jahre lang aufbewahren muss. Allerdings ist auf Wunsch des Patienten ein Austausch gewisser Informationen zwischen den Ärzten möglich (Unabhängiges Datenschutzzentrum Schleswig-Holstein 2005).

Die Krankenakte in Papierform könnte in Zukunft durch eine elektronische Patientenakte abgelöst werden. Die Grundlage dafür schafft die neue elektronische Gesundheitskarte, die ab Januar 2006 schrittweise in Deutschland eingeführt werden soll und die bisherige Krankenversicherungskarte ablöst. Aus Datenschutzgründen ist es umstritten, welche Informationen auf dieser Karte (beispielsweise mit ihrer Hilfe auf Servern) abgespeichert werden sollen und wer Zugriff darauf bekommt (zur aktuellen Regelung siehe § 291a, Sozialgesetzbuch V).

Was wissen wir? Auch wenn das Einsichtsrecht schon seit längerem rechtsgültig ist, scheint es nur wenigen Patienten bekannt zu sein. Von den im Gesundheitsmonitor von 2001 – 2003 befragten 7.598 Personen haben nur 13 Prozent jemals um die Einsicht in ihre Krankenakte gebeten. Dieses Verhalten hat sich im Zeitverlauf nicht verändert. Allerdings gilt: Je schlechter der Gesundheitszustand, desto öfter wird von dem Einsichtsrecht Gebrauch gemacht (Abbildung 22). Der Unterschied zwischen Befragten aus der Oberschicht und der Unterschicht ist mit 16 zu 12 Prozent weniger aussagekräftig.

Ob dem Patienten Einsicht gewährt wird, scheint trotz der rechtlichen Vorgaben nicht immer gegeben zu sein. So berichteten 75 Prozent der Befragten, dass ihnen die Akte sofort gezeigt wurde, 20 Prozent bekamen nur zögerlich Einblick und fünf Prozent wurde die Einsicht gänzlich verweigert.

Im Herbst 2005 wurde die Bevölkerung im Gesundheitsmonitor befragt, wer ihrer Ansicht nach Zugriff auf die unterschiedlichen Daten haben soll. Das Ergebnis: Über drei Viertel der Befragten finden, dass vor allem Ärzte und deren Personal Einblick in medizinische Notfalldaten, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichte, verordnete Arzneimittel sowie sonstige vom Patienten zur Verfügung gestellte Daten haben sollen. Anderen Erbringern von ärztlich verordneten Leistungen wollen hingegen nur zwischen zehn und 20 Prozent der Versicherten Einblick in diese Informationen gewähren. Von den Patienten selbst wünschen sich zwischen 50 und 60 Prozent Zugriff auf die Daten.

Einsicht in die Patientenakte nach Gesundheitszustand 2001–2003

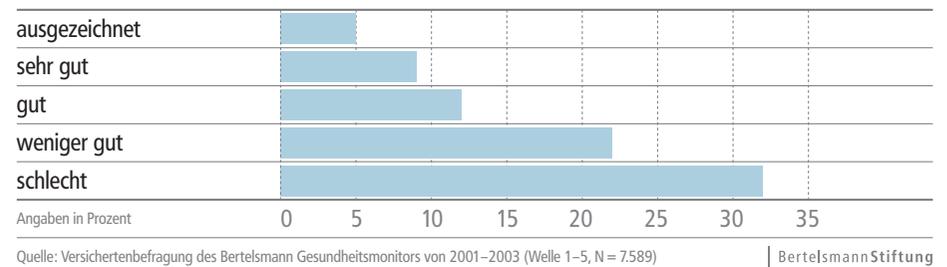


Abbildung 22: Je schlechter der Gesundheitszustand der Patienten ist, desto öfter wird von dem Recht auf Einsicht in die Patientenakte Gebrauch gemacht.



Was folgt daraus? Generell zeigt sich, dass – trotz zahlreicher Möglichkeiten der Einsichtnahme in die Patientenunterlagen – nur etwas mehr als jeder Zehnte davon Gebrauch macht. Die meisten Patienten wissen nicht, dass es diese Möglichkeit gibt und sie das Recht zur Einsichtnahme haben. Deshalb ist eine stärkere Transparenz geltender Patientenrechte notwendig. Bedenklich ist, dass nicht alle Ärzte ihren Patienten problemlos Einblick in die Krankenakten gewähren. Hier ist es Aufgabe der ärztlichen Standesvertretungen, ihre Mitglieder an die gesetzlichen Grundlagen zu erinnern und für mehr Offenheit und Kooperation zu werben. Bei der elektronischen Gesundheitskarte bleibt abzuwarten, ob sie einen besseren – und zugleich sicheren – Informationsaustausch zwischen den Leistungserbringern ermöglicht und zu mehr Qualität und Transparenz der medizinischen Versorgung beiträgt.

11 Anreize für Qualitätssicherung auf Leistungserbringerseite in Deutschland

Warum ist es wichtig? Die Studien zur Erklärung der Wachstumsprozesse in der Produktion gesundheitsbezogener Leistungen konzentrierte sich im deutschen Sprachraum bis in die Gegenwart auf Aspekte des Nachfrageverhaltens und der Anreizstrukturen für Versicherte oder Patienten. Wie aber internationale Studien zeigen, trägt auch das Verhalten der Leistungsanbieter erheblich zum Wachstum der Nachfrage und der Leistungsproduktion bei. Dabei spielt weniger die Ausdehnung der Preise als vor allem die Ausweitung der Menge von Leistungen eine große Rolle. Oftmals handelt es sich dabei um die Ausdehnung von Leistungen, die keinen oder einen nur sehr begrenzten medizinischen oder gesundheitlichen Nutzen haben. Um die unerwünschten ökonomischen und gesundheitlichen Wirkungen dieses Geschehens zu vermeiden, bedarf es der Beeinflussung der Anbieter. Die folgende Darstellung konzentriert sich daher auch auf das dafür geeignete Instrumentarium der Qualitätssicherung und die ärztliche Fortbildung.

Was wissen wir? Da das Ziel der Verbesserung der medizinischen Qualität ein fester Bestandteil des GMG ist, wurde im Gesundheitsmonitor 2001 und danach im November 2004 die Einstellung der Ärzte zum Qualitätsmanagement erfragt. Unter gewissen Bedingungen hielten 2004 zwischen 41 (wenn Peer Review angeboten wird) und 88 Prozent (wenn sie frei über die Umsetzung von Maßnahmen entscheiden können) der befragten Ärzte die regelmäßige Evaluierung der medizinischen Versorgung in ihrer Praxis für sinnvoll (Abbildung 23). 2001 waren es noch zwischen 51 (Peer Review) und 79 Prozent (freie Entscheidung über Maßnahmen). Die Werte für die einzelnen Einführungsbedingungen haben sich nur leicht erhöht (an erster Stelle steht für die Ärzte immer noch ihre Handlungsfreiheit mit 88 Prozent), teilweise sind sie sogar geringer als drei Jahre zuvor (beispielsweise bei der Möglichkeit eines Praxisvergleichs oder dem Angebot eines Peer Review durch Kollegen). Als die unterstützende Institution werden 2001 noch die ärztlichen Berufsverbände angesehen (42 Prozent). 2004 teilen sie sich diesen Platz mit der Kassenärztlichen Vereinigung (jeweils 49 Prozent). Dabei sehen 2004 nur 21 Prozent der Ärzte die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswe-

sen als sinnvoll an, während 66 Prozent eher abgeneigt sind und 13 Prozent eine abwartende Haltung einnehmen. Innerhalb ihrer eigenen Praxis führten im letzten Jahr 84 Prozent der Ärzte Teamsitzungen durch, um das Know-how ihrer Mitarbeiter für die Optimierung der Organisation der Praxis zu nutzen. 42 Prozent hatten schon an einer Zertifizierung ihrer Praxistätigkeit teilgenommen, aber nur 15 Prozent führten bis jetzt eine Patientenbefragung durch, um Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Praxis herauszufinden.

Seit Januar 2004 ist die ärztliche Fortbildung verpflichtend, auch dieses Thema wurde im Gesundheitsmonitor vor und nach der Einführung des GMG behandelt (jeweils im November 2003 und 2004). Die Verpflichtung zur Fortbildung mit dem Erwerb von Fortbildungspunkten wird von der Mehrheit der Ärzte eher kritisch betrachtet. Zwar sehen 63 Prozent der 2003 befragten Ärzte es als eine Selbstverständlichkeit an, sich fortzubilden, doch wird es von fast genauso vielen als eine Kontrolle ihres freien Berufes betrachtet. Ganze 84 Prozent sind sogar der Meinung, dass eine verpflichtende Fortbildung nur funktioniert, wenn die Inhalte hohen Qualitätsansprüchen genügen, und nicht einmal die Hälfte ist überzeugt, dass sie tatsächlich die Qualität der medizinischen Versorgung erhöht (Abbildung 24). Dabei sind ältere Ärzte eher vom positiven Nutzen überzeugt, und Ärzte aus Einzelpraxen fühlen sich häufiger kontrolliert als ihre Kollegen aus Gruppenpraxen oder Praxisgemeinschaften (Kunstmann/Butzlaff 2004). Die Ärzte sind uneinig, wer die verpflichtenden Fortbildungen bezahlen soll. Über die Hälfte (55 Prozent) sieht die Krankenkassen als zuständige Institution, während weitere 49 Prozent die Verantwortung bei den Ärzten selbst ansetzt, dicht gefolgt vom Staat mit 44 und den Kassenärztlichen Vereinigungen mit 43 Prozent. An den jährlichen Ausgaben für die Fortbildung, die die Ärzte selbst bezahlen, hat sich seit 2003 nicht viel geändert: Noch immer zahlen etwa jeweils ein Drittel der Befragten durchschnittlich 100 bis 500 Euro, 500 bis 1.000 Euro und mehr als 1.000 Euro pro Jahr. Ärzte unter 45 Jahre und westdeutsche Mediziner liegen mit ihren Ausgaben höher als ihre Kollegen (Kunstmann/Butzlaff 2004). 2004 haben 90 Prozent der befragten Ärzte an einer

zertifizierten Fortbildung teilgenommen, 85 Prozent haben sogar schon Fortbildungspunkte erworben (durchschnittlich 282 Punkte), doch von einer Änderung der Inhalte durch die Zertifizierung und den Erwerb von Fortbildungspunkten bemerkten nur 26 Prozent etwas.

Schließlich noch ein Blick auf die IGeL-Leistungen: Während man in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von nur rund zehn Prozent der Ärzte ausgeht (Flintrop/Gerst 2005), die IGeL anbieten, sind es beim Gesundheitsmonitor 2005 knapp 70 Prozent. Dies entspricht einem Anstieg von 10 Prozentpunkten seit 2002 (Abbildung 25).

Was folgt daraus? Um überhaupt und dann noch rasch wirksam werden zu können, müssen Qualitätssicherungs-Konzepte und -Instrumente von den skizzierten Bedingungen ausgehen. Wie internationale Erfahrungen zeigen, können bei der ärztlichen Qualitätssicherung keine kurzfristigen und den Großteil der Ärzte betreffenden Verbesserungen der Ergebnisqualität erwartet werden. Vielmehr ist der notwendige Einstellungswandel ein kontinuierlicher, aber langsamer Prozess. Die Bedeutung der Niederlassung von ambulant tätigen Ärzten in selbstständigen Einzel- oder auch überschaubaren Gemeinschaftspraxen für deren Selbstbewusstsein, Selbstverständnis und Handeln kann gerade für die Qualitätssicherung nicht hoch genug bewertet werden.

Einführungsbedingungen für ein regelmäßiges Qualitätsmanagement aus Ärztesicht

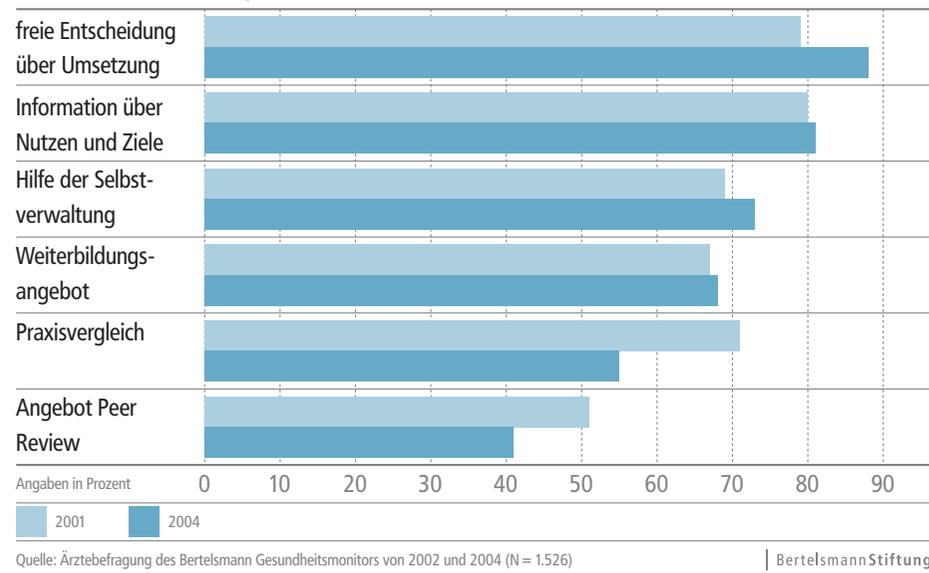
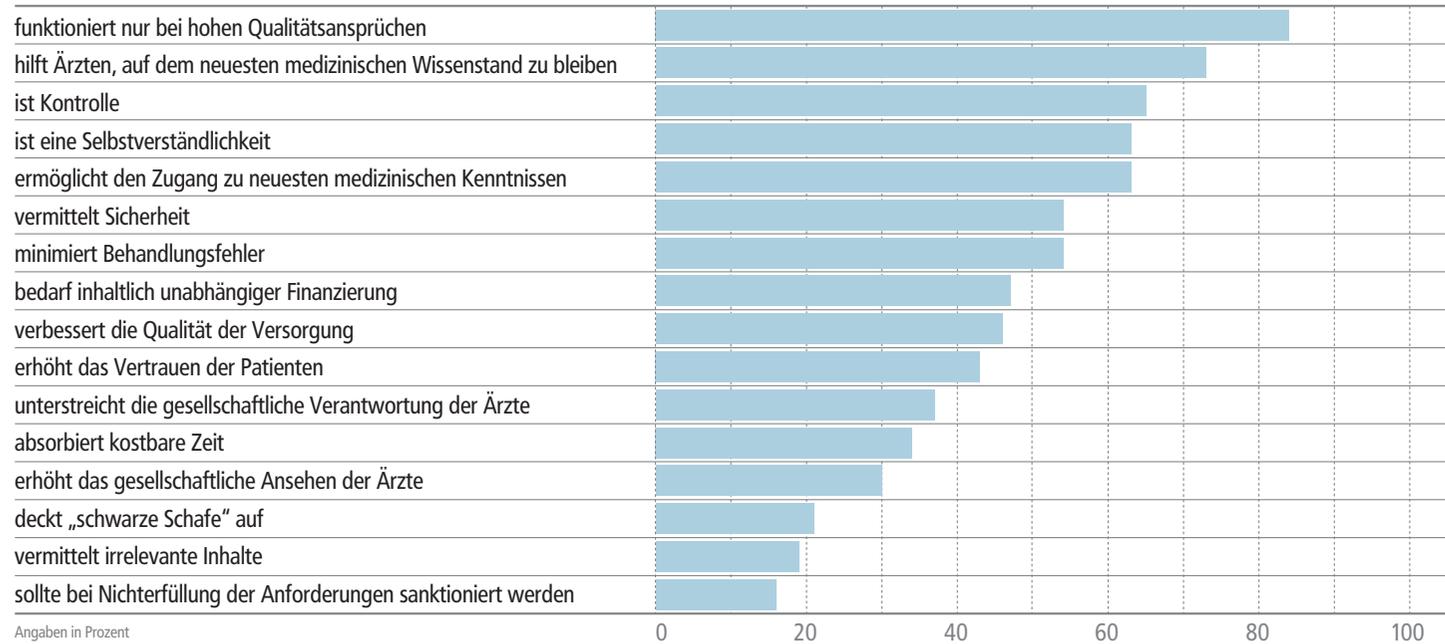


Abbildung 23: Den Ärzten ist es besonders wichtig, dass ihnen die freie Entscheidung über die Umsetzung des Qualitätsmanagements überlassen wird.

Ärztliche Bewertung von verpflichtender Fortbildung: Sie ...

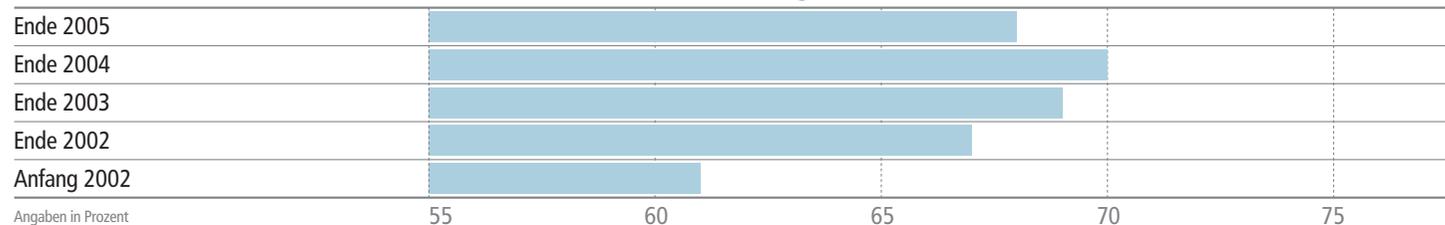


Angaben in Prozent

Quelle: Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2003 (N = 511)

BertelsmannStiftung

Anteil der Ärzte, die Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) anbieten



Angaben in Prozent

Quelle: Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitors von 2002–2005 (N = 2.026)

BertelsmannStiftung

Abbildung 24: Die meisten befragten Ärzte sind der Meinung, dass verpflichtende Fortbildungen nur bei hohen Qualitätsansprüchen funktionieren. Sanktionen bei Nichterfüllung befürworten die wenigsten.

12 Anreize für Qualitätssicherung auf Leistungserbringerseite: Die junge Geschichte der PFP in den USA

Bonuszahlungen für Leistungserbringer gab es in US-amerikanischen kommerziellen Health Plans schon vor der Ära der Pay-for-Performance (PFP)-Programme. Die zusätzliche Vergütung bestimmter Leistungen bei Erreichen bestimmter Qualitätsziele oder Zielgruppen oder für die Anwendung standardisierter Behandlungs- und/oder Dokumentationsverfahren ist somit nicht per se neu.

1989 wurde in den USA die Behörde für Gesundheitspolitik und -forschung (Agency for Health Care Policy and Research) mit der Aufgabe gegründet, qualitätsbezogene Leitlinien sowie Empfehlungen für deren Umsetzung und Beurteilung zu entwickeln.

Ein Anstoß für die Entwicklung von PFP-Programmen kam durch die IOM-Veröffentlichung „Crossing the Quality Chasm“ im Jahre 2001 sowie durch die von der IHA¹³ (Integrated Healthcare Association) geförderte konzertierte Aktion von Health Plans, Arbeitgebern und Ärzteorganisationen. Gefördert von zwei Stiftungen¹⁴ wurden sieben Programme unter der Bezeichnung „Rewarding Results“ in den USA installiert; darunter das von der IHA in Kalifornien initiierte PFP-Programm.

Auslöser der kalifornischen PFP-Initiative war nicht zuletzt der Anfang des Jahrzehnts prognostizierte, anhaltende rasante Anstieg der Versicherungsprämien. Dieses Szenario bot ganz aktuell die Chance, ein leistungsorientiertes Vergütungssystem zu entwickeln, das zum Teil aus den durch Effizienzgewinne erwarteten Mehreinnahmen, zum Teil durch Umverteilung der verfügbaren Mittel finanziert werden sollte.

12.1 Kalifornien: Geld folgt Leistung. Eine Initiative mehrerer Managed-Care-Unternehmen

Dieses hier näher beschriebene größte der kalifornischen PFP-Projekte wurde im Januar 2002 ins Leben gerufen, um finanzielle und nicht-finanzielle Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität auf der Ebene von Ärztgruppen in konser-

tiert Form einzusetzen. Zu den erst sechs, später sieben beteiligten Managed-Care-Unternehmen (im Folgenden kurz als Health Plans bezeichnet) gehören Aetna, Blue Cross, Blue Shield, CIGNA, Health Net, PacifiCare und Western Health Advantage (seit 2004), die insgesamt mehr als 6,2 Millionen Mitglieder (ca. 25 Prozent der kalifornischen Bevölkerung) haben.¹⁵

Für die Schilderung des PFP-Programms von IHA sprechen mehrere Gründe:

- es handelt sich um eine in diesem Umfang und in dieser Komplexität einzigartige Unternehmung,
- es vereint konkurrierende Health Plans in einer großen bundesstaatsweiten kalifornischen Initiative,
- Art und Umfang machen dieses PFP zum Testfall für Koordination einer Vielzahl von Akteuren und damit zum Laboratorium für eine potenzielle spätere Ausdehnung – es hat die erforderliche Größe, um systemische Wirkung zu erzielen (Damberg et al. 2005).
- „Business Case for Quality“: Eine weitere Besonderheit der IHA-PFP-Initiative besteht darin, dass sie vom Privatsektor, von Arbeitgebern und Managed-Care-Unternehmen in die Wege geleitet wurde. Man hatte erkannt, dass die vielfältigen, unkoordinierten Anstrengungen einzelner Health Plans mit ver-

13 IHA, eine führende Stakeholder-Gruppe im US-amerikanischen Gesundheitswesen, setzt sich vor allem aus Vertretern der genannten Health Plans, Wissenschaftlern, Ärztgruppen und Gesundheitspolitikern und Vertretern der Industrie zusammen. Ziel der IHA ist es, die Entwicklung der integrierten Versorgung durch finanzielle Maßnahmen zu fördern, die die Anreize für Health Plans, Versicherer, Leistungserbringer und Patienten bündeln. Dies gilt als bester Weg, um Verbesserungen für die Patienten und für die Öffentlichkeit im Allgemeinen zu erzielen.

14 Robert Wood Johnson Foundation, California HealthCare Foundation.

15 Zum Vergleich: Kaiser Permanente ist mit 6,9 Millionen Mitgliedern in Kalifornien das größte einzelne Managed-Care-Unternehmen.

schiedenen Leistungsparametern und Qualitätskriterien zu einer nicht mehr zu rechtfertigenden administrativen und finanziellen Mehrbelastung im Management von Ärzteorganisationen führten und den Zielen Qualitätsverbesserung und Kostendämpfung entgegenstanden.

Das IHA-PFP nutzt evidenzbasierte Verfahren, um die klinische Leistung von ca. 35.000 Ärzten in 225 Ärzteguppen bzw. Versorgungsteams, die für die Versorgung von 6,5 Millionen Mitgliedern kommerzieller Health Plans zuständig sind, zu bewerten. Die Daten des IHA-PFP-Programms werden von einer unabhängigen dritten Instanz erhoben und ausgewertet – dem National Committee for Quality Assurance (NCQA), einer in Washington angesiedelten Non-profit-Institution, die sich der Verbesserung der Qualität medizinischer Versorgung verschrieben hat.¹⁶

12.1.1 Grundsätze des PFP

PFP soll Ärzteguppen für Leistungsqualität in der klinischen Versorgung sowie für Patientenbewertungen (patient experience) belohnen. PFP orientiert sich an folgenden zwei Grundsätzen:

- *Einheitliche Bewertungsparameter* für Ärzteguppen. Die Indikatoren wurden gemeinsam von Health Plans, Ärzteguppen, Forschern und anderen Experten aus der Industrie entwickelt,

¹⁶ Neben dem PFP-Programm der IHA sind ähnliche Vorhaben in vielen US-Bundesstaaten bestrebt, Qualitätsverbesserung durch Anreize zu erzielen: Das „Leapfrog Hospital Rewards Program“ hat ein auf Krankenhäuser und Einrichtungen in deren Umfeld gerichtetes Programm entwickelt. „Bridges to Excellence“ hat ein Konzept für Ärzteorganisationen, Zahler und Zahlergruppen im Großraum Boston sowie an drei weiteren Standorten entwickelt. Die US-Behörde für die staatlichen Versicherungsprogramme, Center for Medicare and Medicaid Services (CMS), initiierte verschiedene Modellprojekte, so genannte demonstrations. Sie kündigte vor kurzem an, PFP in das Medicare-Versicherungsprogramm für amerikanische Senioren zu integrieren. Verschiedene Vorschläge hierzu werden gegenwärtig auf Anhörungen im Kongress und im Senat diskutiert.

- *Finanzielle Zuwendungen* der Health Plans auf Basis der so definierten und gemessenen Leistungen, wobei jeder Plan eigenständig die Quelle, den Betrag und die Zahlungsmethode für ihr Anreiz-Programm festlegt.

Nach einer Testphase veröffentlichte die IHA im Oktober 2002 PFP-Bewertungsparameter aus drei Schlüsselbereichen, wobei deren Gewichtung jedes Jahr angepasst wurde:

- *Klinische Parameter* machten anfangs 50 Prozent der Bewertung einer Ärzteguppe aus. Der Anteil wurde 2004 auf 40 Prozent reduziert – zugunsten von Investitionen in die Informationstechnologie, um 2005 erneut auf 50 Prozent angehoben zu werden. Die klinische Leistung wird für das Management von drei chronischen Erkrankungen gemessen: Asthma, Diabetes und koronare Herzerkrankung. Auch drei Präventionsmaßnahmen werden berücksichtigt: Kinderimpfungen, Brustkrebs-Screening und Gebärmutterhalskrebsvorsorge.
- *Patientenzufriedenheit*: Hier machte die Bewertung zunächst 40 Prozent des Gesamt-Scores aus, sie wurde aber 2005 auf 30 Prozent zurückgestuft. Die Leistungsbewertung basiert auf der Zufriedenheit des einzelnen Patienten in vier gleich gewichteten Bereichen: Kommunikation mit dem Arzt, fachärztliche Versorgung (specialty care received), zeitnahe Versorgung und Leistungserbringung sowie eine Gesamtbeurteilung der Versorgung.
- *IT-Investitionen*: Nach anfänglich 10 Prozent wurde die Gewichtung dieses Parameters 2004 auf 20 Prozent des Scores erhöht. Bei diesem Parameter wird die Fähigkeit einer Ärzteguppe beurteilt, Daten auf Gruppenebene zusammenzuführen oder den Ärzten die Daten am Ort der Leistungserbringung zur Verfügung zu stellen.

2005 wurde eine weitere Kategorie hinzugefügt, die das Feedback an individuelle Ärzte berücksichtigt und durch Incentive-Zahlungen belohnt.

Bewertungsdimensionen und ihre jährliche Gewichtung in Prozent

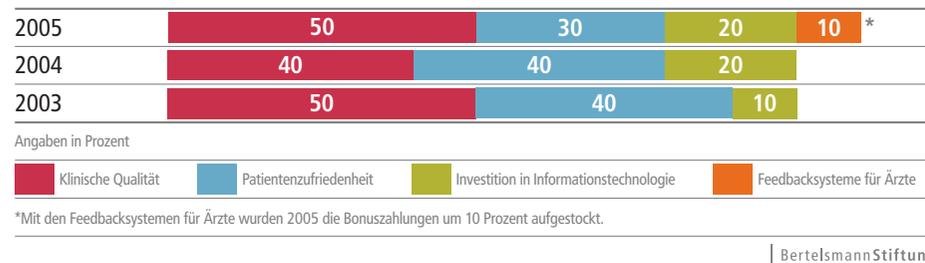


Abbildung 26: Bewertungsdimensionen im Rahmen des Pay-for-Performance und ihre jährliche Gewichtung in Prozent (Williams 2005, zitiert nach Mappes-Niediek/Schlette 2006: 8).

12.1.2 Datengrundlage

Für die PFP werden primär *administrative Daten* der Health Plans ausgewertet. Ärztgruppen können klinische Daten und Informationen über die Einhaltung der *IT-Vorgaben* ergänzen. Alle eingereichten Daten werden einem *Audit* unterzogen – damit wollen die Programmadministratoren offenbar die Risiken des Gaming und Datenmanipulation minimieren. Auch wenn diese Begriffe in der amerikanischen Literatur zu PFP nicht auftauchen – anders als zum Beispiel in Großbritannien. Die Patientenzufriedenheit wird in jährlich durchgeführten kalifornischen *Verbraucher*surveys erhoben (California Consumer Assessment Survey, CAS). Leistungsergebnisse werden jedes Jahr auf einer Art Rangliste präsentiert, die der Öffentlichkeit online zugänglich gemacht und weithin verteilt wird. Der erste öffentliche Bericht über die Leistungsergebnisse der einzelnen Health Plans und ihrer Ärztgruppen wurde auf der Webseite des kalifornischen Patientenombudsmanns (California Office of Patient Advocate, OPA) im Oktober 2004 veröffentlicht.

12.1.3 Evaluation der PFP

Die Evaluation der IHA-Pay-for-Performance-Initiative wird von RAND, einer privaten Forschungseinrichtung, und von der University of California Berkeley (UCB) mit Mitteln der California HealthCare Foundation im Zeitraum 2003 – 2007 durchgeführt. Erste Ergebnisse der Evaluation, die das Großvorhaben der sieben beteiligten Health Plans nach allen Bewertungsparametern beurteilen, sind verhalten positiv. Auf dem *National Pay-for-Performance-Summit* in Los Angeles präsentierten Cheryl Damberg (RAND) und Steve Shortell (UCB) Daten aus den ersten beiden Jahren. Des Weiteren liegen von der IHA deskriptive Daten für das erste Jahr von PFP sowie Ergebnisse kleinerer Studien vor, die die Wirkung von Incentive-Zahlungen auf die Versorgungsqualität anhand von ausgewählten klinischen Indikatoren untersuchen.

Da die bisherigen Analysen hinsichtlich des Betrachtungszeitraums und der Anzahl der untersuchten Health Plans variieren und in den Bewertungen nicht durchweg übereinstimmen, werden Methoden und Ergebnisse im Folgenden nacheinander vorgestellt, sodass sich der interessierte Leser selbst ein Bild von der Vielfalt der Bewertungsparameter und der Einflussgrößen in der Evaluation dieses groß angelegten natürlichen Experiments machen kann.

12.1.4 RAND/UCB-Analysen über den Zeitraum 2003–2004

Werten die drei größten Health Plans mit je über 500.000 Mitgliedern lediglich die Daten ihrer eigenen Versichertenpopulation aus, so können sie die gemeinsamen Indikatoren nur auf 16 Prozent der Ärztegruppen anwenden. Die für alle Versicherten aggregierten Daten können hingegen 70 Prozent der Ärztegruppen statistisch valide beurteilen.

Sechs der sieben Health Plans nahmen die aggregierten Versichertendaten als Grundlage für den leistungsbezogenen Vergütungsbonus. Dieses Vorgehen wurde auch von den Ärzten unterstützt, weil ihre Beurteilung so auf einer breiteren Datenbasis beruhte.

Die meisten Ärztegruppen erzielten Verbesserungen in allen drei Beurteilungskategorien:

- 87 Prozent der Ärztegruppen verbesserten ihre klinischen Ergebnisse um 5,3 Prozent.
- Für 66 Prozent der Ärztegruppen verbesserten sich die Patientenbeurteilungen um 1,2 Prozent. Die Gruppen, die von vornherein am CAS, dem kalifornischen Verbraucher-Survey, teilnahmen, verbesserten ihr Ergebnis um drei bis fünf Prozent.

- 54 Prozent der Ärztegruppen qualifizierten sich für einen IT-Reward, vor allem durch den ersten IT-Indikatorensatz. Der Zuwachs an IT-Ausrüstung ist zwar enorm, allerdings hat die Hälfte der Ärztegruppen noch keine angemessene IT-Ausrüstung.

Bezüglich des Zusammenhangs zwischen klinischen Ergebnissen und IT waren die betrachteten klinischen Ergebnisse für Ärztegruppen mit IT-Reward um neun Prozent besser. Einige der Qualitätsfortschritte sind ganz einfach auf verbesserte Anwendung und Dokumentation von Behandlungsdaten seitens der Ärzte zurückzuführen.

12.1.5 Zwischenfazit nach drei Jahren

Klar ist, dass PFP-Programme lediglich ein Baustein zur grundlegenden Verbesserung der Versorgung sind und nur im Zusammenspiel mit integrierter Versorgung, Chronikerversorgung und Qualitätsverbesserungskonzepten ihre Wirkung entfalten können.

In seiner vorläufigen Einschätzung der Lessons learnt/Erfolgsfaktoren ist Tom Williams von der IHA verhalten optimistisch. Eine Initiative vieler verschiedener Akteure erfordert einen neutralen Moderator – diese Rolle schreibt IHA sich selbst zu. Unter der Bedingung, dass alle Akteure an der Steuerung beteiligt sind und offen kommuniziert wird, können sich auch konkurrierende Stakeholder auf gemeinsame Kriterien verständigen. Ärztegruppen seien hoch motiviert – sie nutzten die Dokumentationssysteme und nähmen die einheitlichen Standards als Hilfe zur Fokussierung auf das Wesentliche in der Behandlung wahr. Auch die Veröffentlichung und Verbreitung der Vergleichsergebnisse seien motivationsfördernd.

Gemischte Bilanz nach drei Jahren PFP

Nach dem kalifornischen Modell entscheiden drei Kriterien darüber, ob Ärzte für ihre Leistung einen finanziellen Bonus bekommen. Je nach Kriterium hat sich das Modell als mehr oder weniger wirksam erwiesen.

Klinische Fortschritte: Belohnt werden Erfolge bei der Behandlung von Asthma, Diabetes und koronarer Herzerkrankung sowie bei der Kinderimpfrate und beim Krebs-Screening von Frauen. Von 215 beteiligten Ärztgruppen erreichten 74 signifikant gute Ergebnisse in vier dieser fünf Kriterien.

Patienten nur bedingt zufrieden: Befragt nach Kommunikation, Fachversorgung und Wartezeiten, gaben die Patienten nur 25 von 155 Ärztgruppen gute Noten. Der Norden liegt vor dem Süden, ganz Kalifornien liegt unter US-Durchschnitt.

Informationstechnologie verbessert: Von 100 teilnehmenden Ärztgruppen haben 67 die Anforderungen an Investitionen in IT-Technologie ganz, sieben zur Hälfte und 26 nicht erfüllt. 14 Ärztgruppen schnitten sowohl bei den klinischen Kriterien als auch bei der Zufriedenheit der Patienten und mit ihren Investitionen gut ab.

Quelle: Williams, 2005

| BertelsmannStiftung

Abbildung 27

12.2 Zwischenergebnisse – PacifiCare

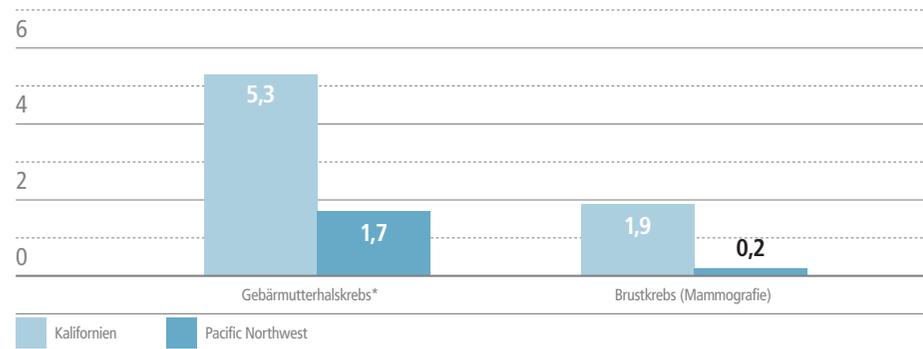
Zu den von IHA initiierten PFP der ersten Generation gehört das Programm von PacifiCare Health Systems, mit zwei Millionen Mitgliedern in verschiedenen Bundesstaaten einer der größten US-amerikanischen Health Plans.

Eine vom Commonwealth Fund geförderte, im Oktober 2005 im JAMA veröffentlichte Studie ergab, dass beim Vergleich von drei klinischen Qualitätsindikatoren eine am Bonusprogramm teilnehmende Ärztgruppe für einen Indikator (Gebärmutterhalskrebs-Vorsorge) besser abschnitt als das Ärztenetz in der Kontrollgruppe. Verglichen wurden 172 Ärztgruppen in Kalifornien mit 33 Ärztgruppen in Washington und Oregon, denen die Bonusprogramme nicht angeboten worden waren.

Qualitätsverbesserungen gab es zwar auch bei den beiden anderen Indikatoren (Hämoglobinwerte für Diabetiker und Brustkrebs-Screening); sie waren jedoch statistisch nicht signifikant, allerdings waren auch die Bonuszahlungen eher bescheiden.

PacifiCare Health Systems bot seinen Ärztgruppen Prämienzahlungen in Höhe von fünf Prozent der Gesamtvergütung an, falls sie zehn Ziele für die Messung klinischer Outcomes sowie für die Service-Qualität erreichten oder übertrafen.

Veränderungen des Leistungsniveaus nach Einführung der qualitätsorientierten Vergütungsprogramme



* Unterschied in der Qualitätsverbesserung zwischen Kalifornien und Pacific Northwest ist signifikant ($p = 0,02$)

Prozentuale Verbesserung von Screening-Zielen; Quelle: Rosenthal et al. (2005)

| Bertelsmann Stiftung

Abbildung 28

12.3 Was amerikanische Ärzte von PFP halten – Pro und Contra

Es gibt es auch kritische Stimmen. Gegner auf Leistungserbringerseite argumentieren, dass die Vergütungsboni, die von einigen Health Plans schon zuvor gewährt wurden, durch das leistungsorientierte System jetzt gefährdet seien. Außerdem würden die gewachsenen Erfordernisse für Datenerhebung und IT-Investitionen kleinere und finanziell weniger stabile Ärztgruppen ungleich härter treffen. Schließlich scheuten einige Ärztgruppen davor zurück, Informationen über Ergebnisse und Patientenzufriedenheit zu veröffentlichen.

Das Zentrum für die Erforschung von Veränderungen im Gesundheitssystem (Center for Studying Health System Change, HSC) veröffentlichte jüngst die Ergebnisse einer repräsentativen Befragung unter Leistungserbringern in zwölf Regionen. Die Antworten der Befragten offenbaren eine *Kluft zwischen Theorie und Praxis*, zwischen der akademischen und medialen Aufmerksamkeit, die den PFP-Vorhaben zuteil wird, einerseits und der Anwendung in der Praxis andererseits.

Ärzte, insbesondere Mitarbeiter kleinerer Ärztenetze, sehen in PFP eher ein Druckmittel der Health Plans, die Kosten zu senken und durch gezielte Förderung großer Anbieterorganisationen die kleinen vom Markt zu drängen. Lediglich in zwei der zwölf Regionen, in denen HSC alle zwei Jahre Ärztebefragungen durchführt, profitierten die Ärzte von der Einführung der PFP-Programme. In beiden Gegenden (Orange County, CA, und Boston) war das traditionelle Umfeld ein wesentlicher Faktor – gekennzeichnet durch die langjährige Präsenz und herausragende Rolle großer Anbieterorganisationen. In beiden Regionen gab es auch schon vor der PFP-Ära leistungsorientierte Vergütungskomponenten.

Wohin fließen die Bonuszahlungen? Zuspruch für PFP gibt es bei Leistungserbringern immer dann, so die Ergebnisse der HSC-Befragung, wenn tatsächlich die praktizierenden Ärzte in den Genuss von Bonuszahlungen kommen: Das erste P in PFP, Pay, so Bodenheimer et al., sei ausschlaggebend für die Akzeptanz. Denn in der Praxis entscheiden Ärzteorganisationen oder Health Plans, ob sie die zusätzlichen Mittel in weitere Investitionen für die IT-Infrastruktur oder in Auszahlungen an die Ärzte stecken. Die Mediziner bringen Skepsis zum Ausdruck, was die zusätzliche Arbeitsbelastung – Mehraufwände durch neue Informationssysteme und Dokumentationsstandards der unterschiedlichen Einkäufer/Health Plans – angeht. Sie befürchten auch, dass Bonuszahlungen zulasten von Kopfpauschalen gehen könnten, und sie befürchten die Umverteilung der verfügbaren Mittel zugunsten großer Ärzteorganisationen.

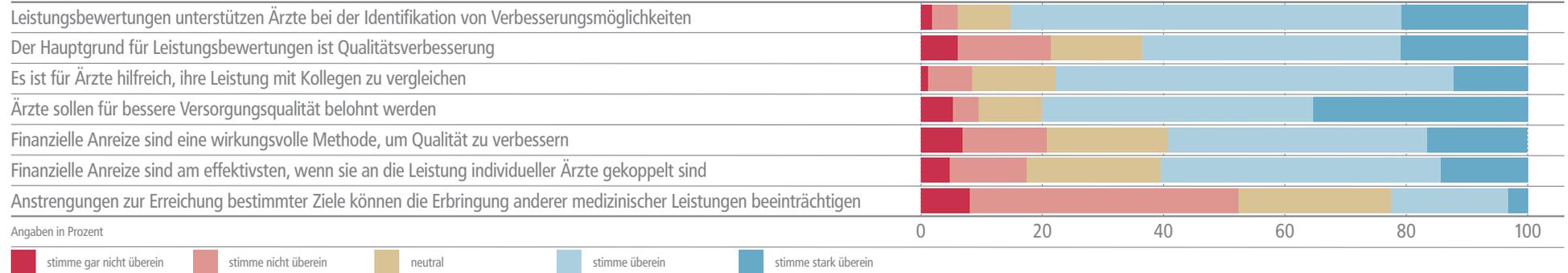
Andere Ärztebefragungen, andere Ergebnisse. Auch Young von der Boston University fördert Antworten zutage, nach denen Leistungserbringer finanzielle Prämien für Leistung besonders wertschätzen, darin besondere Anreize für Qualitätsverbesserungen sehen und den Leistungsvergleich mit ärztlichen Kollegen nicht scheuen.

Wie geht es weiter? Ein systematisches Problem bei der Wirkungsanalyse von PFP-Programmen ist, dass die einzelnen Ärztegruppen von unterschiedlichen Versorgungsniveaus und -qualitäten aus starten. Fördert man insbesondere Anstrengungen zur Qualitätsverbesserung, sind die schwächeren Ärztegruppen die Gewinner der Bonusprämien. Eine Herausforderung für die zukünftige Gestaltung von Anreizsystemen wird es daher sein, Anreize so zu setzen, dass die Leistungsqualität schwächerer Anbieter erhöht wird und gleichzeitig Champions motiviert werden, die bereits hohe Qualität noch zu steigern oder auf sehr hohem Niveau zu halten.

Die *Fünffjahresstrategie* von IHA für die Weiterentwicklung des PFP-Anreizsystems sieht vor, die leistungsbezogenen Zahlungen zu erhöhen, weitere Bewertungsparameter zu entwickeln – insbesondere Kriterien für Effizienz und Kosten-Nutzen-Relation (value) – sowie die Entwicklung und Verbreitung nationaler Leistungsstandards voranzubringen (Williams 2005).

Der Ruf nach dem Staat. Eine Interessengemeinschaft aus Health Plans, Arbeitgebern und Verbraucherverbänden (www.healthcaredisclosure.org) setzt sich vehement dafür ein, dass das staatliche Versicherungsprogramm für Senioren Medicare PFP stärker zur Geltung kommen soll. Infolge der Adaptation von PFP durch den größten Einkäufer erhofft man sich Impulse für die Standardisierung der Bewertungsverfahren, für administrative Vereinfachung und mehr Transparenz für Patienten.

Einstellung von Ärzten zu Pay-for-Performance



Angaben in Prozent

Quelle: Young 2005

BertelsmannStiftun

Abbildung 29

13 Politische Schlussfolgerungen

Nach Sichtung der internationalen und nationalen Erkenntnisse über die Funktion und Wirkung von Anreizinstrumenten mag es den gesundheitspolitisch geschulten Beobachter verwundern, in welche Richtung sich die Debatte um den Einsatz von Anreizen in Deutschland bisweilen entwickelt. Der Eindruck, es gebe eine breite und auf die deutsche Situation anwendbare Empirie, ist in vielen Fällen falsch. Im Folgenden sind daher einige Schlussfolgerungen formuliert, an denen Beiträge zu diesem Thema gemessen werden sollten:

- **Klare Ziele:** Die Ziele eines Instruments sollten klar benannt werden. Dazu gehört auch, das Zielegeflecht mancher Instrumente zu entwirren. So ist zum Beispiel der Zweck der Mitgliederakquisition klar zu trennen von der Absicht, die Inanspruchnahme von Leistungen zu beeinflussen.
- **Wirksamkeitsnachweis:** Jeder Vorschlag zur Einführung eines Anreizinstrumentes sollte deutlich machen, auf welche empirische Grundlage er seine Wirkungsannahmen stützt. Häufig ist national oder international bereits Evidenz vorhanden, die aber nicht zur Kenntnis genommen wird. Dazu zählen beispielsweise Erkenntnisse über die Selektivität mancher Instrumente zugunsten von Gesunden, die mehrfach und konstant nachgewiesene geringe Nutzung von Instrumenten wie der Patientenquittung, die Steuerungswirkung von Zuzahlungen, aber auch sozial und gesundheitlich unerwünschte Effekte mancher Anreize. Gibt es keine ausreichende oder auf Deutschland übertragbare Empirie, so ist von einer Einführung ohne begleitende Evaluation abzusehen.
- **Messbarkeit:** Die Nutzenbewertung von Anreizen muss nachvollziehbar sein. Dazu sind geeignete und vor allem messbare Indikatoren für die Zielerreichung zu definieren.
- **Selektionseffekte:** Bei jedem Anreizinstrument treten Selektionseffekte auf. Ein Implementierungskonzept muss belegen, wie groß die – um Selektionseffekte bereinigten – Einspareffekte sind oder sein werden.
- **Verlierer:** Bei jeder Auswahl von Anreizen (sowohl auf Versicherten- als auch auf Ärzteseite) gibt es Verlierer. Jedes Konzept zur Einführung von Anreizen muss klar benennen, welche Gruppen negativ betroffen sind, und belegen, wie gegebenenfalls soziale Härten verhindert werden.
- **„Verfallsdatum“:** Die meisten Anreizinstrumente (wie etwa die Praxisgebühr) verlieren im Laufe der Zeit an Wirkung, so dass sie in ihrer Ausgestaltung gegebenenfalls angepasst werden sollten.
- **Finanzierungsquelle:** In jedem Konzept von (positiven) monetären Anreizen muss klar benannt werden, woher die Mittel stammen (neue oder Teil der bestehenden Ressourcen).
- **Nebenwirkungen:** Anreize haben neben der gewünschten Beeinflussung der Inanspruchnahme bzw. des Ordnungsverhaltens meist auch Nebenwirkungen (zum Beispiel kann sich das Arzt-Patienten-Verhältnis oder die Beziehung der Ärzte untereinander verändern). Auch erhöht sich durch jeden zusätzlichen Anreiz die Komplexität der Verwaltungsabläufe. Diese Effekte sind häufig nicht direkt quantifizierbar, dürfen aber in ihrer Wirkung nicht völlig vernachlässigt werden.
- **Information der Versicherten:** Grundlage für eine wirksame und sinnvolle Steuerung der Nachfrageseite muss die umfassende Information der Versicherten sein. Dabei ist die Fähigkeit der Versicherten zur Nutzung der bereitgestellten Informationen zu berücksichtigen.

- **Anreizmix – die Mischung macht's:** Eine Strategie, die vorrangig auf die Beeinflussung der Versicherten und Patienten setzt und sich nicht gleichrangig um den spezifischen Beitrag der Anbieter zum Umfang und zur Art der Versorgung kümmert, bleibt erfolglos. Eine nachhaltige Veränderung des Umfangs und der Kosten der Nachfrage nach gesundheitlichen Leistungen ist nur möglich, wenn dadurch auch ein medizinisch-gesundheitlicher Nutzen für die Patienten entsteht.
- **Nichtmonetäre Anreize:** Völlig vernachlässigt wird in Deutschland bislang der Einsatz von nichtmonetären Anreizen, von denen gerade auf der Leistungsanbieterseite eine Reihe existiert (zum Beispiel Auszeichnungen, administrative Entlastung, Coaching). Die Einbeziehung dieser Faktoren in die Planung der Versorgung von morgen verspricht aber vermutlich weit nachhaltigere Effekte als jeder monetäre Anreiz.

14 Literaturverzeichnis

Beck, K.: „Anreize im Gesundheitswesen. Erfahrungen aus der Schweiz“. Vortrag anlässlich des Fachseminars „Anreize im Gesundheitswesen – erwünschte und unerwünschte Effekte“ der Bertelsmann Stiftung. Katholische Akademie Berlin, 28.03.2006.

Becker, G. A.: *Treatise on the Family*. Cambridge, Massachusetts 1981.

Böcken, J., und R. Amhof: „Der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung: Reformoptionen für die ambulante Versorgung“. *Public Health Forum* 47 (Schwerpunktthema Surveys), 2005: 29–30.

Bodenheimer, Th., J. H. May, R.A. Berenson, und J. Coughlan: „Can Money Buy Quality? Physician Response to Pay for Performance“. *Findings from HSC, Issue Brief* No. 102, December 2005.

Breyer, F., P. Zweifel, und M. Kifmann: *Gesundheitsökonomik*. Berlin, Heidelberg, New York 2004.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS): „Die Gesundheitsreform“, Glossar 2005. www.die-gesundheitsreform.de/index.4ml (Download 1.10.2005).

Busse, R., und S. Schlette (Hrsg.): *Gesundheitspolitik in Industrieländern. Im Blickpunkt: Zugang, Primärversorgung, Organisationsformen*. Ausgabe 4. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2005.

Clade, H.: „Gesundheitsreform: Bonustarife inzwischen mehr nachgefragt“. *Deutsches Ärzteblatt* (16) 2005 (Download 12.10.2005).

Commonwealth of Australia. Australian Government – Department of Health and Ageing. Latest News 2005. www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/health-medicare-news-index.htm (Download 11.10.2005).

Delnoij, D. M., J., P. Groenewegen, C. Roos, J. B. F. Hutten, und R. D. Friele: „Die Zuzahlungsregelungen im niederländischen Krankenkassengesetz: eine Evaluation der Effekte“. *Gesundheitswesen* (62) 2000: 39–44.

Damberg C.L, K. Raube, T. Williams, und S.M. Shortell: „Paying for Performance: Implementing a Statewide Project in California“. *Quality Management in Healthcare* 14 (2) 2005: 66–79.

Der Spiegel: „Patienten gehen wieder häufiger zum Arzt“. Spiegel-Online 29.8.2005. www.spiegel.de/wirtschaft/0,1518,371884,00.html (Download 29.8.2005).

Deutsches Ärzteblatt: „Mehrheit der Bürger lehnt IGeL-Liste ab“. 38 (15) 1998: A-2295.

Erdmann, K. F.: „Steuerungseffekt ist nicht zu leugnen“. *Ärzte-Zeitung* 23.4.2004. www.aerztezeitung.de/docs/2004/04/23/075a0205.asp?cat=/politik/gesundheitsreform/praxisgebuehr (Download 5.10.2005).

Felder, St., und A. Werblow: *Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Das Selbstbehaltmodell der Techniker-Krankenkasse*. Baden-Baden 2006.

Flintrop, J., und T. Gerst: „Individuelle Gesundheitsleistungen – Ausfransung eines grauen Marktes“. *Deutsches Ärzteblatt* (8) 2005: A460–472.

Franc, C.: „Health Insurance Vouchers Plan“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (4) 2004.
http://www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 23.09.2005).

Frerich, J., und M. Frey: *Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland*. Bd. 1–3. München, Wien, 2. Auflage 1996.

Gebhardt, B.: „Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten“. *Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft*. Hrsg. J. Böcken, B. Braun, M. Schnee, R. Amhof. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2005: 11–31.

Geißler, U.: „Erfahrungen mit der Selbstbeteiligung in der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland“. *Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen*. Hrsg. Internationale Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Stuttgart 1980: 37–57.

Gerlinger, T.: „Punktlandungsübungen im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform“. *Jahrbuch für kritische Medizin* (28). Hamburg 1997: 99 ? 124.

Haas, M.: „NSW Chronic Care Collaborative“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (6) 2005.
www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 28.11.2005).

Haas, M.: „PBAC Outcomes“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (3) 2004. www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 10.10.2005).

Hajen, L., H. Paetow, und H. Schumacher: *Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele*. Stuttgart, Berlin, Köln 2000.

Häussler, B., und P. Storz: „Disease-Management-Programme in der gesetzlichen Krankenversicherung: Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Diabetikern“. *Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft*. Hrsg. J. Böcken, B. Braun, M. Schnee, R. Amhof. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2005: 32–40.

Helderman, J.-K., und A. Peelen: „Benchmarking: Stimulation efficiency & innovation“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (3) 2004a.
www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 10.10.2005).

Helderman, J.-K., und A. Peelen: „Co-payments and deductibles“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (3) 2004b.
www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 14.10.2005).

Herder-Dorneich, P.: *Der Sozialstaat in der Rationalitätenfalle*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1982.

Keeler, E., R. Brook, G. Goldberg, C. Kramberg, und J. Newhouse: „How free care reduced hypertension in the health insurance experiment“. *Journal of the American Medical Association* 254, 1985: 1926 – 1931.

Kern, A. O., E. Kistler, F. Maberer, B. Martolock, E. Wagner, und D. Wörner: *Definitionsprobleme und Implikationen von Leistungsausgrenzungen in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Projektbericht Hans-Böckler-Stiftung. Stadtbergen 2002.

Klose, J., und H. Schellschmidt: „Finanzierung und Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Einnahmen- und ausgabenbezogene Gestaltungsvorschläge im Überblick“. *WIdO-Materialien* 45. Bonn 2001.

Koch, H., und G. Brenner: „Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt“. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin, 24. Januar 2005.

Kunstmann, W., und M. Butzlaff: „Ärztliche Therapiefreiheit und Fortbildungspflicht – ein Widerspruch? Perspektiven und Einschätzungen aus der Ärzteschaft“. *Gesundheitsmonitor 2005 – Die ambulante Versorgung aus Sicht der Bevölkerung und Ärzteschaft*. Hrsg. J. Böcken, B. Braun, M. Schnee. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2004: 75 – 87.

Landesbeauftragter für Datenschutz Niedersachsen (Hrsg.). Datenschutz in der Arztpraxis. www.lfd.niedersachsen.de (Download 22.08.2005).

Lim, M.-K.: „HealthConnect – a community-based healthcare model“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (4) 2004a. www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 10.10.2005).

Lim, M.-K.: „Transparency of hospital bills (2)“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (5) 2005. www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 10.10.2005).

Lim, M.-K.: „Transparency of hospital bills“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (3) 2004b. www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 10.10.2005).

Lohr, K., R. Brook, und C. Kamberg: „Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment: diagnosis- and service-specific analyses in a randomised controlled trial“. *Medical Care* 24 (Suppl. 9) 1986: 1 – 87.

Lurie, N., C. Kamberg, und R. Brook: „How free care improved vision in the health insurance experiment“. *American Journal of Public Health* 79, 1989: 640 – 642.

Manning, W.G., A. Leibowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers, und J.P. Newhouse: „Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment“. *The American Economic Review* 77 (3) 1987: 251 – 273.

Mappes-Niediek, N., und S. Schlette: „Anreizsysteme im internationalen Vergleich“. *Newsletter Gesundheitsmonitor* 2 2006: 7 – 11.

MEDI Deutschland. „Warum braucht ein wettbewerbliches Gesundheitswesen die Kostenerstattung?“ Positionspapier Kostenerstattung 2005. www.medi-deutschland.de/Aktuell/positionspapier_kostenerstattung.php (Download 11.10.2005).

Mielck, A.: *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern 2000.

National Primary Care Development Team (NPDT): The Collaborative Methodology. www.npdt.org/scripts/default.asp?site_id=1&Id=9748 (Download 28.11.2005).

Newhouse, J.P., and the Insurance Experiment Group: *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge (Mass.), London 1993.

Nielsen-Bohman, L., A. Panzer, und D.A. Kindig: *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Washington D. C. 2004.

NSW Health. Chronic Care Publications. www.health.nsw.gov.au/sd/igfs/hp/resources (Download 28.11.2005).

OECD Health Data 2005: A comparative analysis of 30 countries. Paris 2005.

Olson, M.: *Die Logik des kollektiven Handelns*. Tübingen 1968.

Pauly, M. V.: „The Economics of Moral Hazard: Comment“. *American Economic Review* (58) 1968: 531–537.

Pfaff, M.: „Kann die Selbstbeteiligung gleichzeitig sozial tragbar und kostendämpfend sein?“ *Sozialer Fortschritt* (34) 1985: 272–276.

PKV Publik (Hrsg.): „Techniker-Krankenkasse begibt sich mit ihrem Modellversuch zum Selbstbehalt auf Abwege“. (1) 2003.

Rice, T.: *Stichwort Gesundheitsökonomie. Eine kritische Auseinandersetzung*. Bonn 2004.

Rosenbrock, R., und T. Gerlinger: *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004.

Rosenthal, M.B., R.G. Frank, Z. Li, und A. M. Epstein: „Early Experience With Pay-for-Performance. From Concept to Practice“. *Journal of the American Medical Association* 294, 2005: 1788–1793.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung: „20 Punkte für mehr Beschäftigung“. Jahresgutachten 2002/2003.

Schmidt, E. M., und E.-M. Mahlin: „Kostendämpfung oder Risikoselektion? Die Wirkung von Maßnahmen zur Stärkung der Eigenverantwortung am Beispiel Beitragsrückzahlung“. *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen*. Beiträge der AG Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie der DGSM. Heidelberg 1996a: 53–68.

Schmidt, E. M., und E.-M. Mahlin: Beitragsrückzahlung in der GKV. *Gesundheitssystementwicklung in den USA und Deutschland*. Hrsg. J. Behrens, B. Braun, J. Morone, D. Stone. Baden-Baden 1996b: 143–162.

Schnack, D.: „Falsche Beträge auf Patientenquittungen sorgen für Ärger“. *Ärzte Zeitung* 5.10.2005.

Sen, A.: *Rationality and Freedom*. Cambridge, Massachusetts 2002.

Sozialversicherungs-Gesetze 2006. Gesamtausgabe. Münster 2006.

Techniker-Krankenkasse (TK): „Selbstbehalt: Großer Erfolg mit TK-Tarif“. Modellvorhaben Selbstbehalt 30.08.2005.
www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/tk__programme/tk240/tk240.html (Download 7.10.2005).

Unabhängiges Datenschutzzentrum Schleswig-Holstein (Hrsg.): Hat ein Patient bei einem Arztwechsel einen Anspruch auf Heraus- oder Weitergabe der Patientendokumentation? www.datenschutzzentrum.de/medizin/arztprax/arztwechsel.htm (Download 24.08.2005).

Van Gool, K.: „Medicare Safety Net“, Bertelsmann Stiftung – Health Policy Monitor (4) 2004. www.healthpolicymonitor.org/en/Policy_Survey/Search_for_Policy_Reforms (Download 11.10.2005).

Van Vliet, R.C.: „Deductible and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data“. *International Journal of Health Care Finance & Economics* 4, 4: 283–306.

Wilensky, G.R.: „Consumer-Driven Health Plans: Early Evidence and Potential Impact On Hospitals“. *Health Affairs* 25 (1) 2006: 174–185.

Williams, T. (IHA): *California Pay for Performance: A Case Study with First Year Results*. March 2005. www.iom.edu/Object.File/Master/25/743/0.pdf

Winkelmann, R.: „Co-payments for Prescription Drugs and the Demand for Doctor Visits-Evidence from a Natural Experiment“. *Health Economics* 13. 2004: 1081–1089.

Young, G.Y.: *Paying for Performance*. Presentation, Quality Colloquium, Boston 2005.

Zok, K.: „Private Zusatzangebote in der Arztpraxis“. *WIdO-Monitor* (1) 2004a: 1–7.

Zok, K., und W. Schuldzinski: *Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis. Ergebnisse aus Patientenbefragungen*. Bonn 2005.

Zok, K.: „Nach der Wirkung gefragt: Die Reform kommt an“. *Gesundheit und Gesellschaft* 9, 2004b: 38–41.