

ZiGprint

2006-04

Integrierte Versorgung: Finanzmanagement

Axel Mühlbacher





2006-04

Integrierte Versorgung Finanzmanagement

Axel Mühlbacher

Herausgeber

Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG)

TEL 11-4

Ernst-Reuter-Platz 7

10587 Berlin

Tel. 030/ 314 76809

Fax 030/ 314 76664

E-Mail: zig@tu-berlin.de

www.zig-berlin.de

Berlin, Mai 2007

ISSN 1862 4871



Kurzfassung

Vergütungssysteme können anhand der Unterscheidungsmerkmale Leistungsbezug, Zeitpunkt der Kalkulation, Pauschalisierungsgrad beziehungsweise Leistungsumfang und Leistungstiefe klassifiziert werden. Bei pauschalisierten Vergütungsformen erfolgt die Bezahlung der Leistungserbringer unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme. Ein wesentliches Hindernis bei der praktischen Umsetzung von Versorgungsverträgen ist die Prognose der Ein- und Auszahlungen aufgrund der versicherungstechnischen Risiken einer Versichertenpopulation. Der Nachteil von prospektiv und pauschal festgelegten Finanzierungs- und Vergütungsvereinbarungen besteht in der Schwierigkeit, Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. der Inanspruchnahme zu berücksichtigen. Leistungserbringer sehen sich bei einer Vergütung nach Kopfpauschalen einer höheren Morbiditätsverantwortung ausgesetzt, denn es existiert Unsicherheit hinsichtlich des Eintrittszeitpunktes und der Höhe der tatsächlich entstehenden Versorgungskosten. Eine stärkere Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten trägt dazu bei, dass Kostenträger und Leistungserbringer das Risiko, welches sie aufnehmen bzw. versorgen, besser einzuschätzen vermögen. Die zu erwartenden Versorgungskosten müssen abgeschätzt werden, damit für ein Netzwerk von Leistungserbringern die Verlustwahrscheinlichkeit begrenzt, das versicherungstechnische Risiko gemindert und die Wettbewerbsfähigkeit aufrecht erhalten werden können. Es bedarf einer Kalkulationsmethode, die im Rahmen der Vertragsgestaltung eine sinnvolle Risikoanalyse und ein darauf abgestimmtes Finanzmanagement erlaubt.

Abstract

Remuneration systems can be classified by achievement purchase, time of the calculation, the capacity and achievement depth. Lump sum payments are payed independently of the actual demand. For the practical conversion of health care contracts it's difficult to estimate costs due to the insurance risks. The disadvantage of prospective payments and remuneration systems consists in the difficulty to consider differences in the state of health of the population or the demand of health services. Health care providers are faced with a higher level of morbidity responsibility being payed by capitation, because there is an uncertainty regarding future costs. This untreatable risk causes a situation in remuneration environment which needs a stronger consideration of the morbidity structure of the insured ones. Expecting costs must be measured well, so that an integrated health care delivery system could reduce its probability of financial loss, which could deal with the insured risk and which is able to compete in the health care system. It requires a calculation method, which permits a meaningful risk analysis and a finance management in the framework of financial contracts.



Inhaltsverzeichnis

1. Zielsetzung: Wie kann die Integrierte Versorgung finanziert und vergütet werden?	4
2. Finanzierung: Welche Rahmenbedingungen sind gegeben?	5
2.1 Finanzierungsebenen der Integrierten Versorgung	5
2.2 Zielebenen der Finanzierung des Gesundheitssystems	7
2.3 Aufgaben eines zielorientierten Vergütungssystems	9
3. Vergütung: Welche alternativen Vergütungsansätze können eingeführt werden?	9
3.1 Vergütungsansätze mit direktem Leistungsbezug	10
3.2 Vergütungsansätze mit indirektem Leistungsbezug	11
3.3 Vergütungsformen	11
a. <i>Gehalt</i>	11
b. <i>Einzelleistungsvergütung</i>	12
c. <i>Fallpauschale</i>	13
d. <i>Kopfpauschale</i>	13
e. <i>Patientenpauschale</i>	14
3.4 Zusammenfassende Klassifizierungen der Vergütungsformen	14
4. Finanzielle Risiken bei Versorgungsverträgen: Wie können Ein- und Auszahlungen in der Integrierten Versorgung prognostiziert werden?	16
4.1 Einflussgrößen auf die Ein- und Auszahlungen	16
4.2 Grundelemente der Finanzströme bei Fallpauschalen	18
4.3 Grundelemente der Finanzströme bei Kopfpauschalen	20
5. Literaturverzeichnis	24



1. Zielsetzung: Wie kann die Integrierte Versorgung finanziert und vergütet werden?

Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 (GMG 2004) können Krankenkassen Einzelverträge über eine sektoren- oder interdisziplinärfachübergreifende Versorgung direkt mit einem Netzwerk von Leistungserbringern (§ 140b Abs. 1 SGB V) abschließen. Der Gesetzgeber etabliert parallel zum Kollektivvertragssystem ein eigenständiges Einzelvertragssystem.

eigenständiges Einzelvertragssystem parallel zum Kollektivvertragssystem

Die Finanzierung dieser Versorgungsform wird seit dem GMG 2004 durch eine Anschubfinanzierung unterstützt; bis zu 1% des GKV-Budgets stehen zur Verfügung. Diese Mittel werden von der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlende Gesamtvergütung und von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einbehalten. Für diese Verträge stehen bis zum Ende des Jahres 2006 insgesamt 680 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung; 200 Millionen Euro aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und 480 Millionen Euro aus dem Krankenhausbudget. Mit der Verabschiedung des Gesetzesentwurfs der Bundesregierung zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Oktober 2006 wurde die Anschubfinanzierung bis zum 31.12.2008 um zwei Jahre verlängert. Jedoch gelten für Verträge, die ab dem 1. April 2007 abgeschlossen werden, strengere gesetzliche Vorgaben. So sollen die Mittel der Anschubfinanzierung lediglich für ambulante und stationäre Leistungen verwendet und flächendeckende (größere Regionen z.B. mehrere Städte, Landkreise; Versorgung von Volkskrankheiten z.B. Diabetes) Integrationsverträge angestrebt werden (BMG 2006).

Anschubfinanzierung

Die Integrierte Versorgung muss sich ab dem Jahr 2009 finanziell selbst tragen. Durch die Konzeption und Umsetzung von Integrationsverträgen ergeben sich für die Krankenkassen erhebliche Investitionen. Aus diesem Grund gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2008 geschlossen wurden und werden, nicht der Grundsatz der Beitragsstabilität (§ 140b Abs. 4 SGB V).

Die Versorgungsverträge zur Integrierten Versorgung können kassenindividuelle Vergütungsregelungen enthalten und ohne die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen werden. Da die Vergütung nicht im Gesetz geregelt wird und der Gesetzgeber weder für die Höhe noch die Art der Vergütung eine Orientierung vorgibt, muss diese von den Vertragspartnern selbstständig ausgehandelt sowie im Vertrag verankert werden (§ 140c Abs. 1 SGB V). Die Vergütung kann bezogen auf die Einzelleistungen oder budgetiert nach Pauschalen vereinbart werden. Somit sind alle Vergütungsregelungen denkbar:

Regelung der Vergütung im Integrationsvertrag

- Einzelleistungsvergütung,
- Fall- oder Fallkomplexpauschalen und
- morbiditätsadjustierte Kopfpauschalen (capitation)

Die Budgetverantwortung kann vollständig oder für definierte Teilbereiche an die Leistungserbringer abgegeben werden (§ 140c Abs. 2 SGB V). Der Gesetzgeber zielt neben der Integration der Versorgungsfunktion auch auf die teilweise Integration der Versicherungsfunktion und begünstigt somit die Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Leistungserbringer (§ 140c Abs. 2 Satz 2 SGB V). Bei der Berechnung des Budgets ist die Risikostruktur der

Budgetverantwortung und Risikoverteilung



Versicherten zu berücksichtigen. Damit soll das Risiko der Vertragsparteien begrenzt und die Risikoselektion vermieden werden.

Mit der vereinbarten Vergütung sind alle Leistungen der eingeschriebenen Versicherten, soweit im vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrag dokumentiert, abgegolten. Dies gilt auch für Leistungen, die durch Leistungserbringer erbracht werden, die nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmen. Es gilt jedoch festzuhalten, dass Versicherte das Versorgungssystem nicht beliebig verlassen und fremde Leistungen beanspruchen dürfen. Nach § 140c Abs. 1 SGB V ist es den Versicherten nur gestattet, Leistungen außerhalb des Versorgungsauftrages der Integrierten Versorgung in Anspruch zu nehmen, wenn sie an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder durch die Verträge zur Inanspruchnahme außerhalb stehender Leistungserbringer bevollmächtigt sind.

Man kann davon ausgehen, dass die Allokation der Ressourcen auch durch die Frage- und Problemstellungen der Finanzierung und Vergütung beeinflusst wird. Der Einsatz von Ressourcen ist oftmals abhängig von den diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen der Ärzte im niedergelassenen und stationären Sektor. Im Kontext dieser Entscheidungsprozesse - Einschätzung des Gesundheitszustandes, Feststellung der Diagnostik und der Festlegung von medizinisch-pflegerischen Maßnahmen - spielen ökonomische Anreize, ausgelöst durch die prognostizierten Einnahmen und Ausgaben, eine wesentliche Rolle. Diese Zahlungsströme werden durch die Vereinbarungen über den Leistungsumfang und die Leistungsvergütung beeinflusst. Aufgrund der Anreize, die durch Vergütungsverträge gesetzt werden, ist eine Betrachtung der Vergütungsansätze und Vergütungsformen für die ökonomische Analyse eines Systems bzw. einzelner Versorgungsformen von enormer Bedeutung.

Legitimationen zur Inanspruchnahme von Fremdleistungen

Ressourcenallokation durch Finanzierung beeinflusst

2. Finanzierung: Welche Rahmenbedingungen sind gegeben?

2.1 Finanzierungsebenen der Integrierten Versorgung

Die Prozesse der Finanzierung, Vergütung und Honorierung von medizinischen Leistungen kann grob in einem mehrstufigen Modell beschrieben werden. Auf der ersten Ebene (Finanzierung) werden Versicherungsprämien, Beiträge oder Steuereinnahmen zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung an die Kostenträger abgeführt. Auf der zweiten Ebene (Vergütung) schließen diese Kostenträger Verträge mit Vertreterorganisationen der Leistungserbringer (z.B. Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung) ab. Diese Verträge konkretisieren die Vergütungsform, Art und Umfang der Versorgungsleistungen für eine zuvor definierte Bevölkerungsgruppe bzw. ein vertraglich vereinbartes Versichertenklientel (panel). Die Vertreterorganisationen stehen ihrerseits in der Pflicht die einzelnen Leistungserbringer für ihre Dienstleistungen zu honorieren – diese Transaktionen können als dritte Ebene (Honorierung) bezeichnet werden.

3-stufiges Modell der Finanzierung

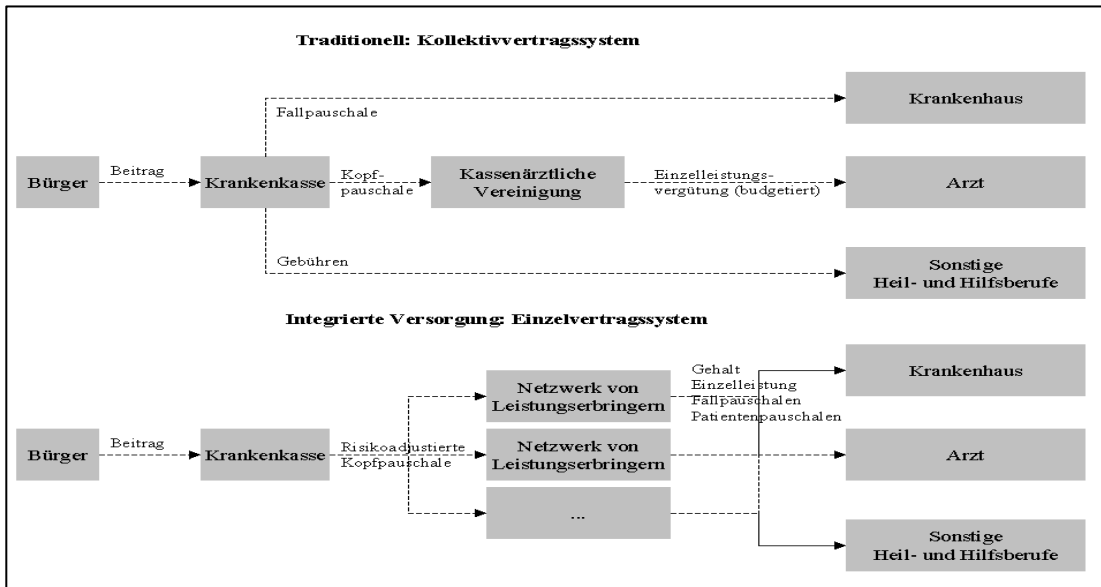


Abbildung 1: Ebenen der Finanzierung (Quelle: eigene Darstellung)

Die Fragen der Mittelaufbringung werden normativ diskutiert („äußere Finanzierung“, erste Ebene). Hier stehen Fragen zur Gestaltung des Gesundheitssystems im Mittelpunkt: Werden die Mittel durch Steuern (staatliches Gesundheitssystem), Prämien (marktwirtschaftliches Gesundheitssystem) oder Beiträge (Sozialversicherungsmodell) aufgebracht? In der zweiten und dritten Ebene geht es um die Frage der Vergütung von Vertreterorganisation bzw. der Honorierung von Leistungserbringern („innere Finanzierung“). Bei Versorgungsverträgen, die Art und Umfang von Versorgungsleistungen festlegen, können sich die vertraglichen Vereinbarungen zur Vergütung und Honorierung von Leistungserbringern hinsichtlich ihres Auszahlungszeitpunktes und der Risikoübernahme unterscheiden. Im Rahmen der Möglichkeiten des § 140a-d SGB V bietet sich die Möglichkeit zum Abschluss von direkten Einzelverträgen – ein Novum, da im deutschen Gesundheitssystem erst mit Hilfe dieser Neuerung ein Markt für Versorgungsverträge etabliert werden kann.

Fragen der Mittelaufbringung

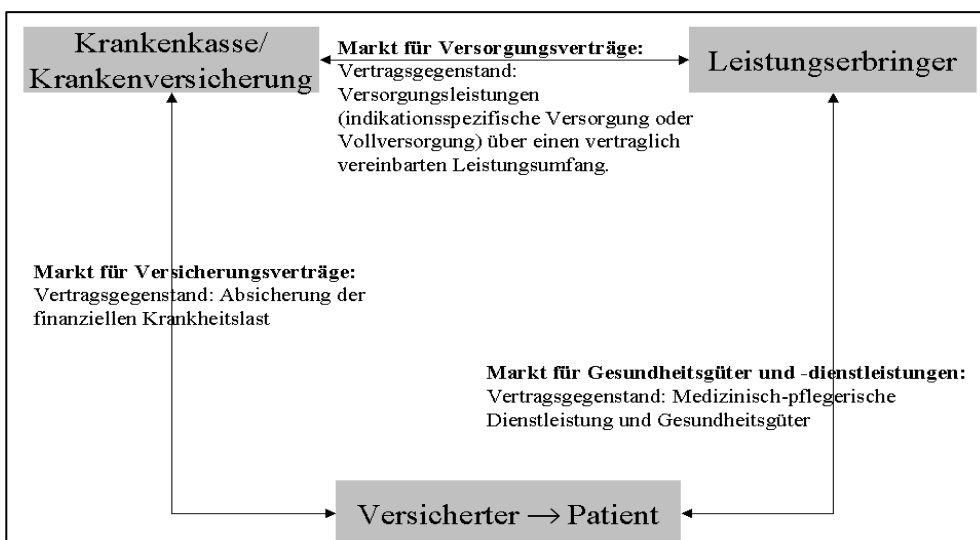


Abbildung 2: Teilmärkte im Gesundheitssystem (Quelle: eigene Darstellung)



In den USA erhalten Managed Care Organisation (MCOs) eine risikoadjustierte Kopfpauschale (von einzelnen Bereichen abgesehen, wie z.B. psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung), um eine sektorübergreifende Vollversorgung für die eingeschriebenen Versicherten sicherzustellen. In Deutschland kommt diese Funktion im Normalfall den Kassen zu. Diese erhalten nach den Zahlungen an oder aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) ihren Beitragsbedarf. Dieser entspricht in gewisser Weise nach Alter, Geschlecht und EU-/ BU-Rente einer risikoadjustierten Kopfpauschale (Buchner, Ryll, Wasem 2002). Nach § 140a-d SGB V könnten heute auch Netzwerke der Integrierten Versorgung im Rahmen von Versorgungsverträgen eine sektorenübergreifende Vollversorgung sicherstellen.

risikoadjustierte
Kopfpauschale

Innovative Organisationstypen – z.B. Unternehmensnetzwerke der Integrierten Versorgung – würden dann durch neue Vergütungs- bzw. Vertragsformen finanziert und in Folge dessen mit neuen unternehmerischen Risiken konfrontiert werden. Im Zuge dieser Entwicklung stehen für die Leistungserbringer die betrieblichen Interessen im Mittelpunkt. Aus einer gesellschaftlichen Perspektive gilt es jedoch, auch die Zielsetzungen des Gesundheitssystems bei der praktischen Ausgestaltung dieser Reformüberlegungen im Auge zu behalten.

Folgen innovativer
Organisationstypen

2.2 Zielebenen der Finanzierung des Gesundheitssystems

Neben den betrieblichen Zielvorstellungen dienen die Zielebenen des Gesundheitssystems der Orientierung zur Ausgestaltung von Vergütungssystemen. Die Vergütung und Honorierung wird durch die entsprechenden Anreize Einfluss auf die Entscheidungen bei der Leistungserstellung haben – demnach muss sich die Ausgestaltung der Vergütung und Honorierung der Leistungserbringer auch an den allgemeinen Vorstellungen und Zielsetzungen des Gesundheitssystems orientieren. Divergierende Ziele zwischen Gesellschaft und Unternehmer sind nicht auszuschließen. Betrachtet man das Gesundheitswesen aus einer systemischen Perspektive, dann lassen sich unterschiedliche Zielebenen unterscheiden (vgl. Wille 1989):

gesellschaftliche
Ziele beeinflussen
Leistungserbringer

1. **Systemübergreifende (ergebnisorientierte) Zielsetzungen:** Ausgewogene Relation von Input (Kosten) zu Output (Nutzen) im Vergleich zu alternativen volkswirtschaftlichen Sektoren (Bildung, Verkehr, etc.). Entsprechend den Rationalitätskriterien des Wirtschaftens sollen die knappen Ressourcen dort eingesetzt werden, wo ein zusätzlicher Einsatz von Ressourcen den größten Nutzen bzw. Erfolg für die Gesellschaft stiftet. Eine angemessene Verteilungsgerechtigkeit innerhalb einer Gesellschaft muss dabei gewährleistet sein. (Messparameter: Kosten-Nutzen Relation)
2. **Systemimmanente (ergebnisorientierte) Zielsetzungen:** Primäre Zielsetzung des Gesundheitswesens ist die Gewährleistung eines ausreichenden Niveaus des Gesundheitszustandes und einer angemessenen Verteilung der Gesundheitsgüter. (Messparameter: Gesundheitszustand - Morbidität und Mortalität - der Bevölkerung oder einer spezifischen Bevölkerungsgruppe)

Zielebenen nach
Wille



3. **Teilsystemische (ergebnisorientierte) Zielsetzungen:** Effektivität und Effizienz von Gesundheitseinrichtungen und den dort angebotenen Dienstleistungen. Um der systemimmanenten Zielsetzung zu entsprechen, muss die Wirkung von alternativen Einrichtungen und Leistungen auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung bewertet und vergleichbar gemacht werden. (Messparameter: Kosten-Nutzwert-Relation; der Nutzwert kann durch die Surrogatparameter Lebensqualität und Lebenslänge z.B. lebensqualitätsbereinigte Lebensjahre, QALY gemessen werden)
4. **Organisationsübergreifende (ergebnisorientierte) Zielsetzungen:** Bedarfsgerechte, wirtschaftliche und zweckmäßige Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen. (Messparameter: Anzahl Ärzte und Krankenhäuser, Krankenhausfälle, Aufenthaltsdauer, Arzneimittelverschreibungen, Arztkontakte)
5. **Organisationsspezifische (externe, prozess- oder produktspezifische) Zielsetzungen:** Bedarfsgerechtes, wirtschaftliches und zweckmäßiges Angebot von Gesundheitsdienstleistungen (als konsumierbares Produkt). (Messparameter: Erreichbarkeitsstandards zum Beispiel in der Notfallmedizin, Qualitätsparameter und Kosten)
6. **Organisationsspezifische (interne; strukturspezifische) Zielsetzungen:** Bedarfsgerechte Struktur und Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen (Messparameter: Krankenhausbettendichte, Ärztedichte, Apothekendichte)
7. **Monetäre (inputorientierte) Zielsetzungen:** Funktionale und regionale Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern und Gesundheitseinrichtungen (Messparameter: Einzahlungen/ Auszahlungen und Einnahmen/ Ausgaben)

Die dargestellten Ziele sind hierarchisch aufgebaut, wobei der Ziel-Mittel-Bezug von oben nach unten zunimmt. Steht oben noch die optimale Allokation knapper volkswirtschaftlicher Ressourcen im Mittelpunkt, bezieht sich die letzte Zielebene auf die Zuteilung der Ressourcen in einer Gesundheitseinrichtung. Finanzielle Mittel, die in die Struktur und Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen fließen, stellen die Produktionsfaktoren dar. Die Finanzierung von Produktionsfaktoren auf Unternehmensebene (z.B. einem Unternehmensnetzwerk der Integrierten Versorgung) ermöglicht erst die Bereitstellung von Strukturen, die die vorangestellten Zielsetzungen gewährleisten.

hierarchische Gliederung der Zielsetzungen

Die Struktur von Leistungserbringern definiert jedoch nicht das bereitgestellte Angebot an medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen – dies ist erst nach der Kombination der Inputfaktoren (Leistungen des Arztes und der Pflege, Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel etc.) mit dem externen Faktor (Patient) nach dem uno-actu-Prinzip möglich. Erst jetzt kann vom Ergebnischarakter der Zielsetzung gesprochen werden. Bereits das Angebot von Dienstleistungen im Gesundheitswesen schafft einen Optionsnutzen, unabhängig von der Nutzung bzw. der tatsächlichen Leistungserstellung, da bestehende krankheitsspezifische Unsicherheiten für die Gesellschaft reduziert werden.

uno-actu-Prinzip

Der Ergebnischarakter der Zielsetzungen steigt, wenn das Angebot nachgefragt wird und die entsprechende Wirkung entfaltet. Die Nachfrage bzw. die Inanspruchnahme kann organisationsübergreifend bewertet und als Teilkriterium zur Beurteilung der Effizienz und Effektivität von Gesundheitseinrichtungen herangezogen werden. Die Bewertungsindikatoren stehen für die sys-

Nachfrage als Teilkriterium für Effizienz und Effektivität



temimmanente Zielsetzung: Gewährleistung eines angemessenen und ausreichenden Gesundheitszustandes der Bevölkerung und einer angemessenen Verteilung der Gesundheitsgüter.

2.3 Aufgaben eines zielorientierten Vergütungssystems

Die Zielsetzungen 1 bis 4 sind Zielsetzungen, die die Finanzierung betreffen, wogegen die Phasen 5 bis 6 die Vergütung und 7 die Honorierung von Organisationen und Leistungserbringern betreffen. Hierbei wird deutlich, dass eine isolierte Betrachtung von Teilzielen nicht sinnvoll sein kann.

Zwischen den einzelnen Ebenen besteht ein Ziel-Mittel-Zusammenhang, dem auf allen Entscheidungsebenen entsprochen werden sollte. Die Zielebenen erfassen unterschiedliche Aspekte des Versorgungsgeschehens. Bei der Finanzierung von Versorgungsleistungen bzw. bei der Honorierung von ärztlichen oder pflegerischen Dienstleistungen müssen demnach abgeleitete Ziele an einer rationalen Systemgestaltung im Vordergrund stehen. Ein rationales zielorientiertes Finanzierungs-, Vergütungs- und Honorierungssystem sollte daher folgende Aufgaben erfüllen (vgl. Wille 1989):

1. **Gewährleistung eines ausreichenden Niveaus des Gesundheitszustandes und einer angemessenen Verteilung der Gesundheitsgüter:** Vermeidung von Über-, Unter- oder Fehlversorgung bei gleichzeitiger Vermeidung einer unethischen Patientenselektion.
2. **Effektivität und Effizienz von Gesundheitseinrichtungen und den dort angebotenen Dienstleistungen:** Sicherstellung medizinisch notwendiger Leistungen in angemessener Qualität.
3. **Bedarfsgerechte, wirtschaftliche und zweckmäßige Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen:** Vermeidung einer medizinisch ungerechtfertigten Leistungsausweitung.
4. **Bedarfsgerechtes, wirtschaftliches und zweckmäßiges Angebot von Gesundheitsdienstleistungen:** Schaffung einer Arbeitsteilung entsprechend den jeweiligen Kernkompetenzen. Vermeidung unnötiger, unwirksamer oder gar schädlicher Leistungen.
5. **Bedarfsgerechte, wirtschaftliche und zweckmäßige Struktur und Ausstattung von Gesundheitseinrichtungen:** Gewährleistung einer hohen Qualifikation der Leistungserbringer und der Sicherstellung einer modernen technischen Ausstattung.

Priorität rationaler Ziele

Ziel-Mittel-Zusammenhang

Aufgaben eines rationalen Finanzierungs- und Vergütungssystems

3. Vergütung: Welche alternativen Vergütungsansätze können eingeführt werden?

Unabhängig vom Kostenträger gibt es nur eine begrenzte Anzahl von Möglichkeiten wie Leistungserbringer für ihre erbrachten Leistungen vergütet werden können. Die alternativen Vergütungsansätze können grob in Vergütungsansätze mit direktem und indirektem Leistungsbezug unterteilt werden. Bei den Vergütungsansätzen mit direktem Leistungsbezug existieren mehre-

direkter und indirekter Leistungsbezug



re Varianten, jedoch steigt mit zunehmend erbrachten Leistungen stets die Höhe der Vergütung. Bei Vergütungsansätzen mit indirektem Leistungsbezug werden die Leistungserbringer für die Bereitstellung ihrer Arbeitskraft oder pro eingeschriebenem Versicherten vergütet, unabhängig von der Anzahl der erbrachten Leistungen.

3.1 Vergütungsansätze mit direktem Leistungsbezug

Vergütungsansätze mit direktem Leistungsbezug können auf den tatsächlich entstandenen Kosten, auf den Gebührensätzen der Leistungserbringer und auf prospektiv kalkulierten Pauschalen beruhen (Gabenski 2003).

Basiert die Vergütung auf den Kosten (cost-based reimbursement), sind die Kostenträger damit einverstanden auf der Basis des Kostendeckungsprinzips die tatsächlich bei der Leistungserbringung entstandenen Kosten zu begleichen. Das Kostendeckungsprinzip garantiert den Leistungserbringern die Übernahme der Gesamtkosten (total cost) durch die Kostenträger. Im Normalfall erhalten die Leistungserbringer eine Vorauszahlung (interim payments) und einen Abgleich mit den tatsächlich angefallenen Kosten am Ende der Vertragsperiode. Dieser wird auf Basis der Buchhaltung der Leistungserbringer durchgeführt.

Vergütung auf
Basis der Kosten

Basiert die Vergütung auf Gebühren (charge-based reimbursement) bezahlen die Kostenträger die vom Leistungserbringer abgerechneten Leistungen auf Basis einer Gebührenordnung, welche die Leistungen und die dafür entsprechenden Gebühren auflistet. Auf Märkten mit geringem Wettbewerb sind die Kostenträger der Gebührenordnung sprichwörtlich ausgeliefert, auch wenn diese keinen Zusammenhang mit den tatsächlichen Kosten aufweist.

Vergütung
auf Basis von
Gebühren

Bei prospektiven Vergütungsansätzen werden die Vergütungsraten der Kostenträger festgelegt bevor die Leistungen durch die Leistungserbringer erbracht werden. Diese Raten haben im engeren Sinne keinen Bezug zum Kostendeckungsprinzip oder einer vom Leistungserbringer festgelegten Gebührenordnung – die Zahlung wird vorab kalkuliert und zwischen den Vertragspartnern zu Beginn einer Vertragsperiode verhandelt. Im Allgemeinen orientiert sich diese Vergütungsform an vier alternativen Bezugsgrößen: Prozeduren oder einzelne Leistungseinheiten, Diagnosen, Behandlungstage oder einem umfassenden Leistungskomplex (Gapenski 2003).

prospektive Vergü-
tungsansätze

- Die prospektive Vergütung kann **pro Leistungseinheit** bzw. für jede abgrenzbare Tätigkeit am Patienten (per procedure reimbursement) separat kalkuliert werden. Aufgrund des hohen administrativen Aufwandes dieser Vergütungsform, gerade bei komplexen Diagnosen, wird sie vermehrt im ambulanten als im stationären Sektor angewendet.
- Die **diagnosebasierte Vergütung** (per diagnosis reimbursement) honoriert die Leistungserbringer entsprechend der Diagnosen, die bei den Patienten festgestellt wurden. Vergütung wird mit dem Schweregrad, d.h. der Inanspruchnahme und der Kostenintensivität der Behandlung, gewichtet. In Deutschland wurde die Fallpauschalenvergütung anhand der Diagnosis Related Groups (DRGs) eingeführt.



- Bei einer Vergütung, die auf den **Behandlungstagen** (per diem rate) beruht, werden die Leistungserbringer mit einem Fixum für jeden einzelnen Behandlungstag vergütet, unabhängig von der Diagnose und dem Schweregrad. Diese Vergütung ist nur im stationären Sektor zu finden. Das Fixum kann zudem diversifiziert werden; so können z.B. Tage auf der Intensivstation erheblich höher vergütet werden als ein normaler Krankenhaustag auf einer Station.
- Es können auch Pauschalen für **Fallkomplexe** (global pricing) vereinbart werden. Hier vergüten die Kostenträger prospektiv mit einer Pauschale alle Leistungen eines Fallkomplexes, unabhängig davon ob die Leistungen durch einen oder mehrere Leistungserbringer bzw. Organisationen erbracht wurden. Diese Fallkomplexpauschalen können sich z.B. auf die gesamten Leistungen von Ärzten und Krankenhaus bei einer kardiovaskulären Bypassoperation beziehen.

3.2 Vergütungsansätze mit indirektem Leistungsbezug

Alle oben genannten Ansätze vergüten die Leistungserbringer auf Basis der zu erbringenden Leistungen. Die Leistung selbst mag durch einen Arztbesuch, eine Diagnose oder einen Krankenhaustag etc. definiert sein, dennoch haben alle diese Vergütungsansätze eine Gemeinsamkeit: je mehr Leistungen erbracht werden, desto höher ist letztendlich die Bezahlung (Gapenski 2003). Unabhängig von den direkt erbrachten Leistungen können die Leistungserbringer auch für die Bereitstellung ihrer Arbeitskraft entlohnt werden. Ein Gehalt wird monatlich unabhängig von der tatsächlich anfallenden Arbeit bei der Versorgung der Versicherten bezahlt.

zwei differente Vergütungsansätze

Die Vergütung auf Basis der eingeschriebenen Versicherten selbst ist auch eine prospektive Vergütungsform, jedoch mit einem ganz anderen Vergütungsansatz. Bei der Vergütung durch Pauschalen pro Versicherten (Kopfpauschalen) werden die Leistungserbringer auf Basis der vertraglich abgesicherten Versorgung der eingeschriebenen Versicherten bezahlt; die Vergütung bezieht sich auf die Anzahl der Versicherten, unabhängig von der Höhe der in Anspruch genommenen Leistungen bzw. deren Schweregrad. Da die Bezahlung nur noch indirekt von den tatsächlich erbrachten Leistungen abhängig ist, verändert dies dramatisch die finanziellen Perspektiven der Leistungserbringer und hat folglich immense Auswirkungen auf das Finanz- und Risikomanagement von Netzwerken der Integrierten Versorgung.

Vergütung auf Basis der eingeschriebenen Versicherten

3.3 Vergütungsformen

a. Gehalt

Wird ein Leistungserbringer mit einem Gehalt (salary) für die Erbringung seiner Leistungen vergütet, erhält er ein Fixum für einen bestimmten Zeitraum. Die Vergütung bezieht sich auf eine zuvor definierte Zeitperiode, während dieser der Leistungserbringer alle Leistungen im Auftrag des Kostenträgers erbringen muss.

Gehalt pro festgelegten Zeitraum



b. Einzelleistungsvergütung

Bei der Einzelleistungsvergütung (fee for service) werden die erbrachten Leistungen einzeln (nicht pauschaliert), d.h. auf Basis einer eng abgegrenzten Arbeitseinheit, durch die Kostenträger vergütet. Bei dieser Vergütungsform werden ex post alle nach Art und Umfang der Versorgung zu rechtfertigenden Leistungen entsprechend Menge und Preis abgerechnet. Die Einzelleistungsvergütung basiert auf dem Kostendeckungsprinzip. Der Leistungserbringer stellt seine Arbeit ausgehend von den angefallenen Ist-Kosten in Rechnung. Die Höhe der Rechnung erfolgt nach seinem Ermessen und orientiert sich an den Faktorkosten. Der Rechnungsbetrag kann wiederum mit den Durchschnittswerten verglichen werden, um zu kontrollieren, inwieweit die Höhe der Rechnung den realen Gegebenheiten (UCR: usual, customary and reasonable) entspricht (Amelung, Schumacher 2004).

**Einzelleistungs-
vergütung**

So einfach dies auch klingen mag, die Zuordnung der Kosten ist alles andere als trivial, denn die Voraussetzung wäre eine Kostenträgerrechnung einzeln für jeden Versicherten als Kostenträger (Buchner, Ryll, Wasem 2002). Sinnvoller ist hingegen eine betriebswirtschaftlich kalkulierte Gebührenordnung. Verwendung finden Gebührenordnungen, in denen der relative Ressourcenverbrauch einer Leistung mit Punkten vergütet wird. Diese Punkte werden mit einem Umrechnungsfaktor (conversion factor) in einen Geldbetrag umgerechnet – in den USA orientieren sich die Managed Care Organisation (MCOs) an der Resource-Based Relative Value Scale. In weiten Teilen wird dieses Verfahren auch bei der Vergütung ambulanter Leistungen in Deutschland verwendet.

**Kostenträgerrech-
nung vs. Gebühren-
ordnung**

c. Fallpauschale

Bei der Fallpauschale (case rate) zahlen die Kostenträger eine regional vereinbarte Pauschale pro Behandlungsfall eines Patienten nach Beendigung der Behandlung (ex post) an die Leistungserbringer, wobei der einzelne Fall die Bezugsbasis der Vergütung darstellt. Die Abrechnung der Leistung erfolgt über die Fallmenge multipliziert mit der vorab kalkulierten Fallpauschale, jedoch unabhängig von den tatsächlich erbrachten Einzelleistungen.

Fallpauschale

Aufgrund der Volatilität des Ressourcenverbrauches und der großen Unterschiede im Behandlungsaufwand ist es erforderlich, die Fallpauschalen zu differenzieren. Das heißt konkret: Die Patienten können anhand der Krankheitsart nach der Hauptdiagnose, dem Schweregrad oder den erwarteten Komplikationen einer Erkrankung, dem Stadium der Erkrankung, der Art der Behandlungsdurchführung, aber auch nach Alter und Geschlecht klassifiziert werden. Die Leistungserbringer werden dann entsprechend dieser Klassifikation entlohnt.

**Differenzierung der
Fallpauschalen**

Im deutschen Gesundheitssystem erscheint es sinnvoll, die Fallpauschale von der Fallkomplexpauschalen oder Leistungskomplexpauschalen (global fee) anhand des Pauschalisierungsgrades zu unterscheiden. Die Fallpauschale (z.B. DRGs) bezieht sich auf den Behandlungsfall innerhalb einer Leistungseinheit (z.B. Krankenhaus), wogegen die Fallkomplexpauschale einen sektoren- oder leistungsstellenübergreifenden Behandlungs- bzw. Versorgungsprozess umfasst. Die für die Behandlung eines Patienten notwendi-

**Abgrenzung der
Fallpauschale zur
Fallkomplexpau-
schale**



gen Leistungen werden zu Komplexen zusammengefasst. Diese pauschalier-ten indikationsbezogenen Vergütungsansätze beziehen sich entweder auf bestimmte Erkrankungsfälle oder medizinische Prozeduren, auf deren Basis die Höhe der Vergütung prospektiv kalkuliert wird. Auch die Fall- und Fallkomplexpauschalen können anhand der prognostizierten Inanspruchnahme differenziert werden. Eine Differenzierung nach Alter, Schweregrad und anderen Risikofaktoren ist denkbar.

Dagegen vergütet eine Tagespauschale den Aufenthalt eines Versicherten in einem Krankenhaus unabhängig von den tatsächlichen Kosten pro Tag. Diese Pauschale kann auch nach dem Schweregrad und der Art der erbrachten Leistung differenziert werden und so dem unterschiedlichem Ressourcenaufwand Rechnung tragen.

Tagespauschale

d. Kopfpauschale

Im Rahmen der Capitation (Kopfpauschale¹) zahlen die Kostenträger im Voraus (ex ante) einen regionaldifferenzierten Betrag pro Mitglied und Monat oder Jahr (z.B. eine PMPM-Rate: per member per month) mit befreiender Wirkung an die Leistungserbringer (z.B. Arzt, Krankenhaus oder Netzwerk der Integrierten Versorgung). Der Kostenträger kauft die Option, dass seine Versicherten im Krankheitsfall definierte Leistungen in Anspruch nehmen können, vorab. Die Vergütung erfolgt unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme und den tatsächlich anfallenden Einzelleistungen.

Kopfpauschale

Je nach Ausgestaltung des Versorgungsvertrages kann die Kopfpauschale Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln umfassen. Die Capitation bezieht sich auf eine zuvor definierte Bevölkerungsgruppe und einen zuvor definierten Leistungskatalog. Die Auszahlung ist unabhängig von der tatsächlichen Inanspruchnahme der Versicherten. Bei der Capitation handelt es sich damit um einen prospektiv kalkulierten und deshalb festen Pauschalbetrag für die Leistungserbringer. Die Höhe der morbiditätsorientierten Pauschale ist abhängig vom Leistungskatalog bzw. Leistungsumfang und dem Morbiditätsrisiko des Versichertenklientels (panel). Im Gegenzug zur Kopfpauschale verpflichtet sich das Versorgungsnetzwerk der Integrierten Versorgung, den eingeschriebenen Versicherten die notwendige und vertraglich vereinbarte medizinische Vollversorgung im Erkrankungsfall zu gewähren.

prospektiv kalkulierte Pauschale

Der Gesamtgewinn eines Netzwerks von Leistungserbringern errechnet sich aus der Summe aller Kopfpauschalen der eingeschriebenen Patienten abzüglich der Kosten für medizinische Leistungen, der medizinisch nicht notwendigen Leistungen und der Kosten der administrativen und sonstigen Leistungen. Die Leistungserbringer übernehmen teilweise die Versicherungsfunktion der Krankenkassen (risk sharing); eine vollständige Verlagerung der Risiken (risk delegation) ist denkbar.

Errechnung des Gesamtgewinns

¹ Es handelt sich hierbei weder um die Kopfpauschale, die zur Finanzierung des Gesundheitssystems diskutiert wird, noch entspricht sie der Kopfpauschale, die von den Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit befreiender Wirkung gezahlt wird.

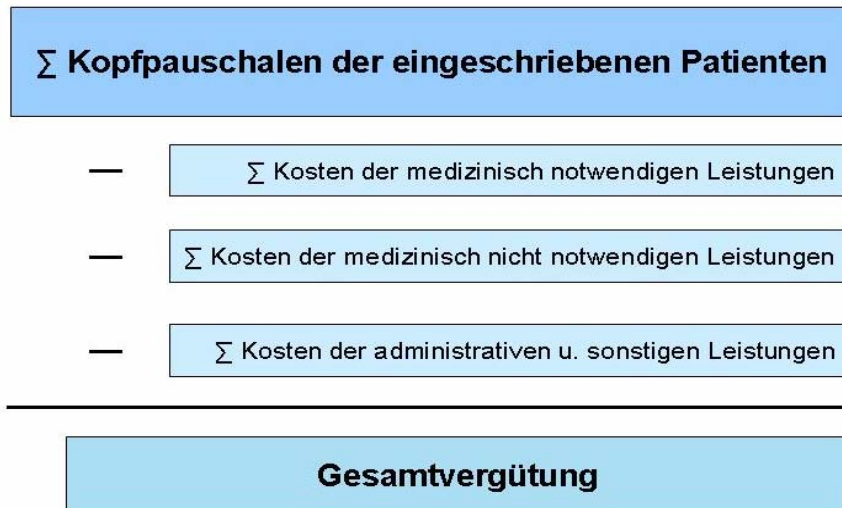


Abbildung 3: Gewinnkalkulation bei der Vergütung durch Kopfpauschalen
 (Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Wiechmann 2003, S. 156)

e. Patientenpauschale

Bei der indikationsspezifischen Kopfpauschale oder Patientenpauschale (Contact-Capitation) handelt es sich um einen Spezialfall der Capitation. Hier wird ebenso eine zuvor definierte Bevölkerungsgruppe durch einen Versorgungsvertrag abgesichert. Im Gegensatz zur Capitation erfolgt die Honorierung jedoch durch einen prospektiv kalkulierten Preis, welcher erst ex post im Falle der Inanspruchnahme, ausbezahlt wird. Diese Vergütungsform ist indikationsbezogen und erfolgt nur im Falle der Inanspruchnahme bei einem speziellen Krankheitsfall. Der Umfang der Leistungen bezieht sich auf einen prospektiv vereinbarten Leistungskatalog während einer vertraglich vereinbarten Vertragslaufzeit.

Honorierung durch prospektiv kalkulierten Preis

Der Unterschied einer Fallkomplexpauschalen zur Contact-Capitation liegt in dem Spektrum der angebotenen Leistungen: im Rahmen der Contact-Capitation werden durch die Vergütung alle notwendigen indikationsbezogenen Leistungen, die ein Versicherter benötigt, umfassend abgedeckt (indikationsbezogen und umfassend). Die Fallkomplexpauschale bezieht sich zwar auf einen organisations- oder sektorübergreifenden Behandlungsfall, ist aber nicht als umfassendes Versorgungsprogramm konzipiert. Es bezieht sich lediglich auf die medizinischen/ klinischen Prozeduren bzw. Prozesse (Ausrichtung: indikationsbezogen; Umfang: sektorübergreifender Teilprozess).

Abgrenzung von Fallkomplexpauschale zur Contact-Capitation

3.4 Zusammenfassende Klassifizierungen

Neben einem Angestelltenverhältnis und der Honorierung durch ein fixes Gehalt existiert eine große Bandbreite von Vergütungsformen. Vergütungssysteme können anhand der folgenden Unterscheidungsmerkmale klassifi-



ziert werden: Leistungsbezug, Zeitpunkt der Kalkulation, Pauschalisierungsgrad beziehungsweise Leistungsumfang und Leistungstiefe.

Die Vielfalt und Ausgestaltungsmöglichkeiten von Vergütungsformen (reimbursement systems) sind groß. Bei der Einzelleistungsvergütung kann der Kostenträger die Ausgaben für einen spezifischen Behandlungsfall erst nach Beendigung des Falls (**retrospektiv**) ermitteln. Wohingegen bei der Vergütung durch Pauschalen vor der eigentlichen Leistungserbringung (**prospektiv**) ein Preis für einen bestimmten Leistungskomplex (Behandlungsfall oder Vollversorgung) als Festbetrag kalkuliert wird. Es werden die Diagnosedaten eines Basisjahres herangezogen, um die Kosten des Folgejahres zu prognostizieren. Mit retrospektiven Daten - im Vergleich zur prospektiven Kalkulation - können die Unterschiede in der individuellen Inanspruchnahme besser modelliert werden, da unvorhersehbare Ausgaben in die Berechnung mit einbezogen werden können.

Die Bezahlung der Leistungserbringer erfolgt bei pauschalisierten Vergütungsformen (Fallpauschale, Fallkomplexpauschale, Kopfpauschale, Contact-Capitation) unabhängig von der Inanspruchnahme, d.h., unabhängig davon, welche Leistungen der Patient innerhalb des vertraglich fixierten Leistungsumfanges während des Vertragszeitraumes beansprucht. Abhängig vom Pauschalisierungsgrad beschreibt die Leistungstiefe, inwiefern einzelne Leistungserbringer oder Netzwerke von Leistungserbringern durch eine Vergütungsform vergütet werden.

Gestaltungsmöglichkeiten der retro- und prospektiven Vergütung

Leistungstiefe

Vergütungsform	Leistungsbezug	Kalkulation	Pauschalisierungsgrad	Leistungstiefe
Gehalt (salary)	indirekt	Bezahlung erfolgt unabhängig von den tatsächlich erbrachten Leistungen	umfassend über alle Leistungen des Angestellten	Leistungserbringer
Einzelleistungsvergütung (fee for service)	direkt	retrospektiv; Kostenerstattungsprinzip oder Gebührenordnung	Einzelleistung	Leistungserbringer
Fallpauschale (case rate)	direkt	prospektiv	Fall, organisationsintern	Leistungserbringer
Fallkomplexpauschale (case rate)	direkt	prospektiv	Fall, organisationsübergreifend	Netzwerk von Leistungserbringern
Patientenpauschale (contact capitation)	indirekt	prospektiv	Vollversorgung, indikationsspezifisch	Netzwerk von Leistungserbringern
Kopfpauschale (capitation)	indirekt	prospektiv	Vollversorgung	Netzwerk von Leistungserbringern

Tabelle 1: Klassifikation von Vergütungs- und Honorierungsansätzen der Integrierten Versorgung (Quelle: eigene Darstellung)



4. Finanzielle Risiken bei Versorgungsverträgen: Wie können Ein- und Auszahlungen in der Integrierten Versorgung prognostiziert werden?

Ein wesentliches Hindernis bei der praktischen Umsetzung von Versorgungsverträgen ist die Prognose der Ein- und Auszahlungen aufgrund der versicherungstechnischen Risiken einer Versichertenpopulation. Finanzierungs- und Vergütungsvereinbarungen, die auf einem prospektiv festgelegten Pauschalpreis beruhen, haben einen bedeutenden Nachteil: es ist sehr schwer, die Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung bzw. der Inanspruchnahme unterschiedlicher Versichertenklientele (panel) zu berücksichtigen. Kopfpauschalen vergüten ex ante eine zukünftig zu erwartende populationsbezogene Krankheitslast bzw. die dadurch resultierenden Leistungsausgaben. Grundsätzlich bestehen für die Vertragspartner Unsicherheiten hinsichtlich des Eintrittszeitpunktes und der Höhe der tatsächlich entstehenden Versorgungskosten. Bei der prospektiven Pauschalvergütung wird ein großer Teil des Morbiditätsrisikos auf die Vertragspartei der Leistungserbringer übertragen.

**Nachteil
prospektiver
Pauschalpreise**

Werden diese Risiken nicht morbiditätsadjustiert bzw. ausreichend morbiditätsadjustiert an die Leistungserbringer weitergegeben, besteht die Gefahr, dass Leistungserbringer unter- oder aber auch überbezahlt werden. Tatsache ist, dass sie nicht mit einer konstanten Bezahlung für Ihre Dienstleistungen rechnen können. Kostenträger mit einem durchschnittlich gesünderem Klientel können so Überschüsse generieren, da die eingeschriebenen Versicherten unterdurchschnittlich wenig Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Kostenträger mit durchschnittlich kränkeren Personen erwirtschaften Verluste, da deren Klientel überdurchschnittlich viele (Frequenz) und teurere (Intensität) Leistungen in Anspruch nimmt.

**Gefahr der Über-
oder Unterbezah-
lung**

4.1 Einflussgrößen auf die Ein- und Auszahlungen

Entsprechen die Kopfpauschalen nicht hinreichend genau den zu erwartenden individuellen Kosten, besteht auf der Ebene des Gesundheitssystems die Gefahr der Risikoselektion. Auf der Ebene der Leistungserbringer muss von einer morbiditätsspezifischen Verlustwahrscheinlichkeit ausgegangen werden, d.h. konkret, wenn durch eine unzureichende Kalkulation der individuellen Pauschalen das versicherungstechnische Risiko nicht umfassend abgedeckt werden kann und somit das Budget für die Versorgung des eingeschriebenen Versichertenklientels (panel) nicht ausreicht, wird das Netzwerk der Leistungserbringer Verluste erwirtschaften und auf Dauer nicht wettbewerbsfähig sein. Die zu erwartenden Versorgungskosten müssen abgeschätzt werden, damit die Verlustwahrscheinlichkeit begrenzt und das versicherungstechnische Risiko mit einer entsprechenden Risikoprämie abgelöst werden kann. Es bedarf einer Kalkulationsmethode, die im Rahmen der Vertragsgestaltung eine sinnvolle Risikoanalyse und ein darauf abgestimmtes Finanzmanagement erlaubt. Dieses kann mit Hilfe eines Modells der Finanzströme (financial model) umgesetzt werden.

**Gefahr der Risiko-
selektion**



Die Kalkulationsmodelle der Finanzströme erlauben die Analyse von Auszahlungen und Einzahlungen eines Versorgungsprogramms auf Basis potentieller Risikofaktoren unter der Berücksichtigung der erwarteten klinischen Resultate. Die Analyse der Volatilitäten, die Abweichungen der Ausgaben und Einnahmen, muss die Effekte der Risikofaktoren einzeln und im Zusammenhang aufzeigen. Der Aufbau dieser Modelle kann einfach oder sehr kompliziert sein – kompliziertere Modelle erlauben aussagekräftige Analysen durch die Einbeziehung mehrerer Risikofaktoren. Die Genauigkeit erfordert aber einen hohen administrativen Aufwand.

Ein Modell der Finanzströme und Risikofaktoren kann die folgenden Annahmen und Informationen beinhalten:

- Informationen über das Versicherungsklientel: Gruppierung nach Alter, Geschlecht, regionale Spezifika und andere für die Krankheit wichtige Entstehungs- und Verbreitungsfaktoren,
- Informationen über die Prävalenz in jeder Versichertengruppe: Personen, die eine bestimmte Krankheit bereits haben und behandelt werden,
- Annahmen über die Inzidenzen in jeder Versichertengruppe: Personen, bei denen eine bestimmte Krankheit neu diagnostiziert wird,
- Annahmen über die Mortalitätsrate in jeder Versichertengruppe: Überlebenswahrscheinlichkeit der Versicherten,
- Annahmen über die Migration in jeder Versichertengruppe: Fluktuation der eingeschriebenen Versicherten,
- Annahmen über die Inanspruchnahme in jeder Versichertengruppe: tatsächliche Nachfrage von Versorgungsleistungen,
- Annahmen über die Anzahl möglicher Komplikationen und die Kosten eventueller zusätzlicher Versorgungsleistungen,
- Annahmen über Veränderungen in der Technologie und Entwicklungen neuer Behandlungsleitlinien,
- Annahmen über Veränderungen in der Behandlungs- bzw. Verweildauer,
- Kennzahlen für den Vergleich (Benchmarking) der Inanspruchnahme und der Kosten von Versorgungsleistungen,
- Informationen über die vertraglich vereinbarten Behandlungsleitlinien im Bedarfsfall,
- Informationen über die Organisation: Struktur und Ausstattung im Netzwerk der Leistungserbringer,
- Informationen über den Vergütungsansatz: Höhe der Vergütung pro Behandlungsfall, -komplex oder Versicherten und sonstige vertragliche Vereinbarungen.

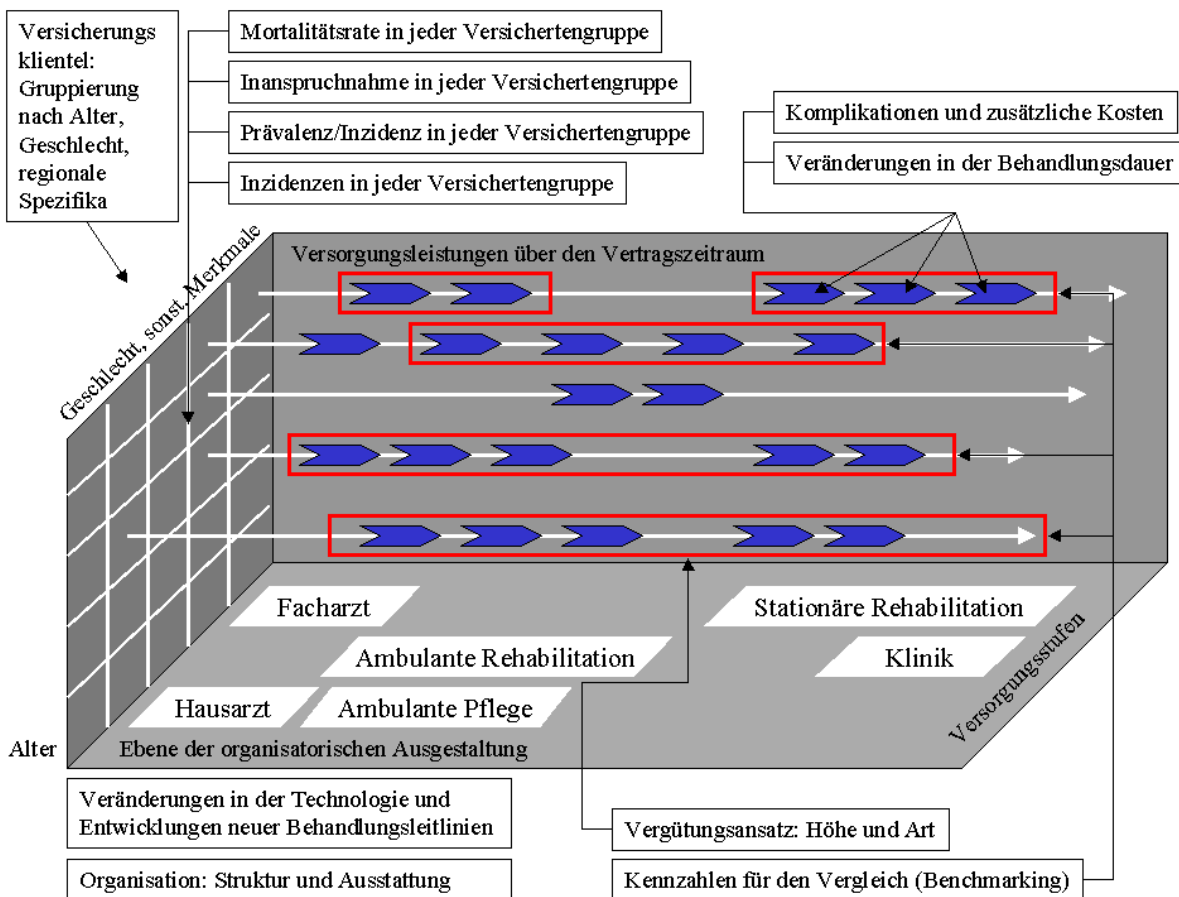


Abbildung 4: Informationen im Modell der Finanzströme und Risikofaktoren
(Quelle: eigene Darstellung)

Ein solches Kalkulationsmodell kann die potentielle Volatilität in der Inanspruchnahme (z.B. Inzidenz und Komplikationen) und die Schwankungsbreite der Auszahlungen (z.B. Innovationen, Kosteninflation oder demographischer Wandel in der Bevölkerung) abschätzen und den Einzahlungen gegenüber stellen. Einen wesentlichen Einfluss auf die Finanzierungsströme haben die vertraglichen Vereinbarungen über Versorgungsverträge. Ihre unterschiedliche Ausgestaltung resultiert in unterschiedlichen Risikozuweisungen und Finanzströmen. Die Adjustierung (Anpassung) von Verträgen auf das Risikopotential des eingeschriebenen Versichertenklientels (panel) ist ein wesentlicher Aspekt für die potentiellen Gewinne oder Verluste beider Vertragsparteien – Kostenträger und Leistungserbringer.

Vertragsvereinbarungen beeinflussen Finanzströme

4.2 Grundelemente der Finanzströme bei Fallpauschalen

Netzwerke der Integrierten Versorgung, die über Pauschalen vergütet werden, kalkulieren mit einem Gesamtbudget für die Leistungserbringer entweder pro Behandlungsfall (Fall- oder Fallkomplexpauschalen) oder pro Versichertenpopulation (Kopfpauschale). Die Summe der individuellen Kopfpauschalen aller Versicherten ist gleich mit dem für die Versorgung zur Verfügung stehenden Budget. Es wird deutlich, dass dieses Budget dem Äquivalenzprinzip entsprechend auf Basis der zu erwartenden Kosten für jeden ein-

Kalkulation der Kosten und Pauschalen



zelenen Versicherten kalkuliert werden sollte. Für die Kalkulation der individuellen Kopfpauschalen stehen unterschiedliche Verfahren zur Verfügung, welche sich hinsichtlich der Prognosegenauigkeit, des Aufwandes und der notwendigen Informationen, die verwendet werden, unterscheiden. Eine allgemeine Formel, welche die Höhe der Auszahlungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung beschreibt, kann wie folgt dargestellt werden:

**Auszahlungen = Inanspruchnahme (Intensität, Frequenz x Kosten
+ administrative Kosten**

- Inanspruchnahme: Intensität und Frequenz der tatsächlichen Nachfrage
- Intensität: Komplexität der Versorgungs- bzw. Behandlungsprozesse
- Frequenz: Kontakthäufigkeit der Versicherten in einer Periode
- Kosten: betrieblicher Ressourceneinsatz für Versorgungsleistungen
- Administrative Kosten: betrieblicher Ressourceneinsatz für Verwaltung und Management

Die **Frequenz** beschreibt die Kontakthäufigkeit, also wie oft ein bestimmter Fall pro Bevölkerungsgruppe über einen bestimmten Zeitraum auftritt – z.B. Häufigkeit innerhalb einer Vertragsperiode (Monat oder Jahr) pro tausend. Für stationäre Patienten kann die Frequenz die Zahl der Einweisungen in ein Krankenhaus pro tausend Personen pro Jahr sein.

Die **Intensität** bezieht sich auf das Volumen und die damit verbundene Komplexität der Dienstleistungen innerhalb des Betrachtungszeitraums. Für die stationäre Versorgung kann die Intensität durch die Länge des Aufenthalts erfasst werden.

Die **Kosten** müssen sich auf die Maßeinheiten beziehen, welche für die Erfassung der Leistungen verwendet werden. Für Patienten der stationären Versorgung lassen sich die Kosten z.B. pro Tag definieren. Die administrativen Kosten können auf den Behandlungsfall oder die Versicherten herunter gebrochen werden.

Für die Vertragspartner, insbesondere für die Vertragspartei, welche die finanzielle Verantwortung übernimmt, ist es wichtig, dass die Höhe der Vergütung (eventuell Fallpauschale, Fallkomplexpauschale oder Kopfpauschale) nicht die historischen Kosten, sondern die zu erwartenden Versorgungskosten widerspiegelt. Nicht die vergangenheitsbezogenen Daten sind wichtig; die Vertragspartner sollten hingegen sicherstellen, dass die Preise für die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen auch zukünftig zu erwartende Tendenzen (Entwicklung der Anzahl der Krankheitsfälle, Innovationen in der Versorgung) mit einkalkulieren. Eine Zunahme des Versorgungsumfangs muss während der Vertragsverhandlungen antizipiert und unerwartet anfallende Kosten berücksichtigt werden. Die Ausgaben für Overhead und administrative Kosten sollten ebenfalls Berücksichtigung in der Kalkulation der Pauschale finden.

Definition von Frequenz, Intensität und Kosten

Einbeziehung zukünftiger Versorgungskosten



Durch die Kalkulation von Umsatzzielen können Verhandlungen zwischen Kostenträgern und Netzwerken der Leistungserbringer zielführend unterstützt werden. Um die Verhandlungsprozesse zu vereinfachen, sollten sich die Vertragsparteien auf gemeinsame Annahmen bezüglich der Komponenten der Umsatzformel einigen. Die Annahmen müssen die Prävalenzen und Inzidenzen, die Frequenz, die Intensität und die betrieblichen Kosten der Versorgungsprozesse quantifizieren. Des Weiteren sollte ihre Berechnung im Allgemeinen getrennt für jeden Kostenfaktor (z.B. stationäre Verweildauer, Liegetag etc.), für jede Versorgungsleistung (Leistungskategorie: stationäre Versorgung, ambulante Versorgung, Arzneimittelversorgung) erfolgen und die Kosten anschließend über alle Versorgungsleistungen (Dienstleistungskategorien) und Patiententypen summiert werden, um letztendlich die Gesamtkosten ermitteln zu können.

Die oben aufgeführte Formel eignet sich für die Darstellung von Finanzströmen bei Verträgen über Fallpauschalen. Die Einzahlungen werden durch die folgende Darstellung bestimmt:

$$\text{Einzahlungen} = \text{Fall (Frequenz)} \times \text{Pauschale pro Fall (erwartete Intensität)}$$

Bei der Abschätzung von Umsatzzielen bzw. benötigtem Mindestumsatz eines Versorgungsvertrages sollte die Kalkulation der erwarteten Auszahlungen die Besonderheiten des Krankheitsbildes, des Versorgungssystems und die im Vertrag abgedeckte Population berücksichtigen. Jede einzelne Krankheit ist durch spezifische Besonderheiten gekennzeichnet, dabei müssen Verträge über Fallpauschalen garantieren, dass eine bedarfsgerechte Versorgung für die Patienten im Krankheitsfall bereitgestellt wird. Der Preis für diese Versorgung ist prospektiv kalkuliert und vereinbart – damit transferiert dieser Vertragstypus das Risiko eines hohen Behandlungsaufwandes sowie steigender Behandlungskosten auf die Seite der Leistungserbringer. Dieser Risikotransfer bedarf einer genaueren Analyse, gerade dann, wenn Vergangenheitsdaten zeigen, dass die Kosten einer spezifischen Erkrankung (Diagnose) tendenziell stärker steigen als die allgemeinen Krankheitskosten.

4.3 Grundelemente der Finanzströme bei Kopfpauschalen

Verträge über Kopfpauschalen (capitation contracts) garantieren nicht nur den Preis pro Patient, sondern auch das versicherungstechnische Risiko (Morbiditätsrisiko bzw. Abweichungen in der Prävalenz und Inzidenz) der vertraglich abgesicherten Bevölkerung. Auch bei gewöhnlichen Krankheiten, die im Rahmen von Versorgungsverträgen abgedeckt werden, kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz und Inzidenz der Versicherten variieren – aufgrund zufälliger statistischer Varianz. Auch kann man erwarten, dass die Varianz seltener Erkrankungen zunimmt. Wenn der Umsatz von Kopfpauschalverträgen über die monatlichen Raten pro eingeschriebenen Versicherten (PMPM-rates; per member per month) errechnet wird, bieten



sich folgende Grundlagenformeln zur Darstellung der Ein- und Auszahlungen an:

**Auszahlungen = Prävalenz x Inanspruchnahme (Frequenz, Intensität)
x Kosten + Inzidenz x Inanspruchnahme (Frequenz,
Intensität) + administrative Kosten**

**Einzahlungen = Versicherte x Pauschale pro Versicherten (erwartete
Frequenz, Intensität)**

Die Prävalenz bezieht sich auf den Anteil der im Vertrag eingeschriebenen Versicherten, die eine betreffende Krankheit bereits haben und auch zukünftig behandelt werden müssen. Die Inzidenzen beschreiben die Versicherten, bei denen die betreffende Krankheit erst diagnostiziert wird und für die im Bedarfsfall eine vertraglich spezifizierte Behandlung vorgesehen ist. Bei der Kalkulation von Kopfpauschalen (capitation rates) ist es wichtig, dass den Faktoren, die das Ergebnis der Kalkulation wesentlich beeinflussen, größere Aufmerksamkeit zukommt: Prävalenzen und Inzidenzen dürfen nicht vernachlässigt werden, da der Vertragszeitraum und die Dauer der Behandlung beachtet werden müssen.

**Bedeutung von
Prävalenz und
Inzidenz für die
Kalkulation**

Ein Beispiel: Geht man davon aus, dass ein Versorgungsvertrag über die Behandlung einer einzelnen Erkrankung über einen Vertragszeitraum von einem Jahr abgeschlossen wurde und die Behandlungsdauer dieser Erkrankung sich auf 6 Monate beläuft, dann bezieht sich der Versorgungsvertrag nicht nur auf die Personen, die während des Vertragszeitraumes erkranken (Inzidenz: hier müssen 100 % der Inzidenzen des ersten Halbjahres und annäherungsweise 50% der Inzidenzen des zweiten Halbjahres einbezogen werden), sondern auch auf die Personen, die während der letzten 6 Monate des vergangenen Basisjahres behandelt wurden (Prävalenz: hier müssen annäherungsweise die Hälfte der letztjährig erkrankten Personen, bereinigt um die Mortalität und die Migration innerhalb der Versichertengruppe, einbezogen werden).

**ein praktisches
Beispiel mit
Berechnung**

Wenn die Versichertenzahl im Basisjahr bei 20.000 Versicherten und die Inzidenz bei 10% lag, sich die Anzahl der Versicherten nun um 20% steigert und die Inzidenz im Vertragszeitraum voraussichtlich bei 15% liegen wird, wie hoch ist dann die Anzahl der zu versorgenden Patienten?



- **Prävalenz und Inanspruchnahme im Basisjahr:** 10% von 20.000 Versicherten = 2.000. Davon ist aber nur noch ca. die Hälfte in Behandlung = 1.000 Versicherten. Auf diese 1000 Versicherten wird nur noch die Hälfte der Inanspruchnahme respektiver Kosten entfallen (50% der Kosten).
- **Inzidenz und Inanspruchnahme im Vertragszeitraum:** 15% von 24.000 Versicherte = 3.600. Davon wird die eine Hälfte über die gesamten 6 Monate und die andere Hälfte anteilig mit ca. 50% der Inanspruchnahme im Vertragszeitraum versorgt werden müssen. 1800 Versicherte müssen in vollem Umfang versorgt werden (100% der Kosten). 1800 Versicherte müssen nur zur Hälfte in dieser Periode versorgt werden (50% der Kosten).



Autor

Professor Dr. Axel Mühlbacher, Leiter des Stiftungsinstituts Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement an der Hochschule Neubrandenburg
Schwerpunkt Gesundheitssystem-, Versorgungs- und Evaluationsforschung
Mitglied des Zentrums für innovative Gesundheitstechnologien an der Technischen Universität Berlin (ZIG)



5. Literaturverzeichnis

Amelung, V.E./ Schumacher, H. (2004): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 3. Auflage. Gabler: Wiesbaden

BMG (2006): Gesetzesentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/gesetzentwurf_wettbewerbsstaerkungsgesetz.pdf?param=reform2006 (Stand: 03.11.2006)

Buchner, F./ Ryll, A./ Wasem, J. (2002): Periodenbezogene Vergütungssysteme: Die risikoadjustierte Kopfpauschalungsvergütung, in: Wille, E. (Hrsg.): Anreizkompatible Vergütungssysteme im Gesundheitswesen, Gesundheitsökonomische Beiträge. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden

Gapenski, L.C. (2003): Understanding healthcare financial management, 4th Edition. AUPHA Washington D.C., Health Administration Press: Chicago, Illinois

Wiechmann, M. (2003): Managed Care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem. Deutscher Universitätsverlag: Wiesbaden

Wille, E. (1989): Zur Rolle von Orientierungsdaten im Gesundheitswesen, in: Vogel, H.-R. (Hrsg.): Die Bedeutung der Planungs- und Orientierungsdaten im Gesundheitswesen. Stuttgart, New York, S. 7-32

Wrightson, C.W. (2002): Financial strategy for managed care organizations: rate setting, risk adjustment and competitive advantage, Health Administration Press: Chicago, Illinois

Zelman, W.N./ McCue, M.J./ Millikan, A.R./ Glick, N.D. (2003): Financial Management of Health Care Organizations. An Introduction to Fundamental Tools, Concepts, and Applications, 2nd Edition. Blackwell Publishing