

# ZiGprint

2007-03

## ***Integrierte Versorgung Risikomanagement***

Axel Mühlbacher





2007-03

# **Integrierte Versorgung Risikomanagement**

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](mailto:zig@tu-berlin.de)

[www.zig-berlin.de](http://www.zig-berlin.de)

Berlin, Mai 2007

ISSN 1862 4871



### Kurzfassung

Die Generierung und Analyse von Informationen über die Leistungserstellung in der Integrierten Versorgung muss Unterschiede in Wirtschaftlichkeit und Qualität dokumentieren, monetäre Effekte abschätzen und Informationen für die Ausgestaltung der Verträge zwischen Versorger und Versicherer bereitstellen. Die Quantifizierung des Einflusses innovativer Versorgungsleistungen auf das eingeschriebene Versichertenklientel fokussiert auf Inanspruchnahmedaten und Kosten medizinisch-pflegerischer Leistungen, sowie auf die Einbeziehung bevölkerungsseitiger Strukturunterschiede im Rahmen der Evaluation. Der Erfolg der Integrierten Versorgung misst sich an der Berücksichtigung der Heterogenität des Versorgungsbedarfs in Kalkulationsmodellen. Erfolgreiche Organisationen der Integrierten Versorgung sollten eine bedarfsgerechte Versorgung im Hinblick auf die Verbesserung der Transparenz und Kommunikation gegenüber dem Patienten gewährleisten.

Bereits bei der Verhandlung zur Ausgestaltung der Versorgungsverträge müssen Unternehmen die finanziellen Aspekte eines risikobehafteten Versorgungsvertrages einschätzen können. Hierin begründet sich die Herausforderung an das Informationsmanagement. Versicherungsmathematische Modelle der Risikoanalyse und des Risikomanagement bieten eine Basis für die Entscheidungen zur Durchführung und die Erfolgsaussichten eines Versorgungsvertrags bzw. Versorgungsprogrammes. Unternehmen, die sektorübergreifende Versorgungsleistungen anbieten, sind damit in der Lage, klare und angemessene monetäre Ziele zu definieren. Krankenversicherungen können Krankheiten identifizieren, die sich für Versorgungsprogramme besonders eignen. Risikomanagement in der Integrierten Versorgung umfasst sämtliche Maßnahmen zur planmäßigen und zielgerichteten Analyse, Steuerung und Kontrolle des Risikos der medizinisch-pflegerischen und administrativen Prozesse der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.



### Abstract

Information analysis about health services in the integrated health care delivery system must document differences in economy and quality, has to measure monetary effects and make information available for contract arrangements between suppliers and insurers. The quantification of the influence of innovative health care systems on participants focuses at demand recourse and costs of medical care as well as on the inclusion of differences in morbidity structure of the panel in the context of the evaluation. The success of integrated delivery systems measures at the consideration of the heterogeneity of the supplying need in calculation models. Successful organizations should ensure a patient-orientated health care regarding the improvement of transparency and communication opposite the patient.

Entrepreneurs must be able to estimate the financial aspects and the including risk of a contract. Therefore, the challenge justifies itself to the information management. Statistical models of the risk analysis and risk management offer a basis for the decisions whether to make a contract or not and for the chances of success. Enterprises, which offer sector-spreading supplying achievements, are able to define clear and appropriate monetary goals. Health insurances can identify diseases, which are particularly suitable for supplying programs. Risk management covers all measures for the regular and purposeful analysis, controlling and control of the risk of the medical care and administrative processes of the achievement contribution in the health care system.



### **Inhaltsverzeichnis**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. Versorgungsverträge: Integration der Versorgungs- und Versicherungsfunktion.....</b>   | <b>5</b>  |
| <b>2. Handlungsoptionen: Rahmenbedingungen des Gesetzgebers .....</b>                        | <b>7</b>  |
| <b>3. Transparenz: Vertragliche Vereinbarungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit .....</b> | <b>9</b>  |
| <b>4. Risikomanagement in der Integrierten Versorgung.....</b>                               | <b>10</b> |
| 4.1 Risikoanalyse: Risikoarten von Versorgungsverträgen .....                                | 14        |
| 4.2 Risikosteuerung: Ausgestaltung von Versorgungsverträgen .....                            | 16        |
| a. Vermeiden von Risiken.....  | 17        |
| b. Vermindern von Risiken .....  | 18        |
| c. Überwälzen von Risiken .....  | 20        |
| d. Risiken selbst tragen .....   | 23        |
| 4.3 Risikokontrolle: Controlling und Evaluation .....  | 23        |
| a. Controlling: Kennzahlen und Benchmarks.....   | 23        |
| b. Informationsmanagement: Informationstechnologie und IT Ressourcen .....                   | 24        |
| c. Evaluation: Erfolg von Verträgen und Programmen .....                                     | 26        |
| <b>5. Chancen und Risiken durch eine prospektive Pauschalvergütung.....</b>                  | <b>27</b> |
| <b>6. Literaturverzeichnis.....</b>  | <b>30</b> |



### 1. Versorgungsverträge: Integration der Versorgungs- und Versicherungsfunktion

Bisher war die Umsetzung der Integrierten Versorgung seit ihrer Einführung durch die GKV-Gesundheitsreform 2000 nicht annähernd so erfolgreich, wie man sich diese zuvor erhofft hatte. Der Grund hierfür liegt in der Heterogenität des Versorgungsbedarfs und abweichender Morbiditätsrisiken, unzureichendem Zugang zu Kapital und den hohen Anforderungen an das Management bzw. administrative Tätigkeiten. Prognosen von betriebswirtschaftlichen Zielgrößen auf Basis von Behandlungsprotokollen anstatt auf risikoadjustierten Prognosemodellen können zu einer Unter- oder Überschätzung der kalkulierten Kosten für ein Versorgungsprogramm führen, da der Einfluss von Komplikationen und Komorbiditäten unterschätzt wird.

Ähnliche Erfahrungen wurden bereits in den USA gemacht. Auch dort war die Einführung von umfassenden Versorgungsprogrammen (z.B. Disease Management Programme) nicht so erfolgreich wie zu Beginn erwartet (Managed Care Backlash). Ein Problem war die oft unzureichende Vergütung über Kopfpauschalen (Capitation) und deren Auswirkung auf die Versorgungsqualität. Die Kostenträger in den USA (Health Plans) haben erst in den letzten Jahren begonnen die durch die Steigerung der Versicherungsprämien angewachsenen Einnahmen an die Leistungserbringer weiterzugeben (Penner 2004). Die Erhöhung der Vergütung pro Versicherte zielt auf die Verbesserung der Versorgungsqualität – Qualität als Erfolgs- und Wettbewerbsfaktor wurde von den Kostenträgern als solche erkannt. Es hat sich gezeigt, dass die vollständige Überwälzung des versicherungstechnischen Risikos auf die Leistungserbringer über pauschalisierte Entgeltsysteme nicht zielführend war und das System dadurch erheblich belastet wurde (Amelung/ Schumacher 2004).

In den USA sind neben den steigenden Raten auch Modifikationen in der Gestaltung der Versorgungsverträge zu beobachten. Im Rahmen dieser Verträge werden zunehmend ergebnisorientierte Vergütungsparameter implementiert. Bei der Vergütung anhand von Qualitätszielen werden Anreize durch ergebnis- bzw. outcomebezogene Vergütungsparameter integriert. Ein Vertragspartner, der eine Capitation akzeptiert, unterliegt einem höheren Risiko wie ein Vertragspartner, der durch Fallpauschalen entlohnt wird. Diese Risikounterschiede müssen durch entsprechende Risikoprämien ausgeglichen und kompensiert werden. Erfolgreiche Organisationen der Integrierten Versorgung sollten die bedarfsgerechte Versorgung für eine zuvor identifizierte Versichertenklientel (panel) gewährleisten. Um dieser Zielsetzung zu entsprechen, bedarf es klinischer aber auch administrativer Dienstleistungen. Denn der Erfolg zeigt sich in der bedarfsgerechten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Bereitstellung von Versorgungsleistungen sowie einer entsprechenden medizinischen Versorgungsqualität für die im Vertrag definierte Population. Damit der Erfolg von Versorgungsverträgen überprüft werden kann, müssen die Effekte auf die Versorgungsqualität evaluiert werden.

Aus der Perspektive des Unternehmens ist die Bereitstellung von qualitativen hochwertigen Versorgungsprogrammen nicht unkritisch. Ein qualitativ hochwertiges Versorgungsprogramm muss aus einzelwirtschaftlicher Perspektive nicht erfolgreich sein. Im Rahmen der prospektiven Vergütung (prospektive

**Gründe für die verlangsamte Umsetzung der IV in Deutschland**

**ähnliche Erfahrungen in den USA**

**Erfolg durch Wirtschaftlichkeit, Qualität sowie bedarfsgerechter und zweckmäßiger Versorgung**

**Definition des unternehmerischen Risikos**



payment) werden zukünftig zu erbringende Leistungen durch Kopfpauschalen (Capitation), Patientenpauschalen (contact-capitation) und Fallpauschalen (case rates) pauschal vergütet. Das bedeutet, dass diese Vergütungsformen eine vorweggenommene Bezahlung für ein vertragliches Leistungsversprechen sind. Mit der Übertragung der medizinischen und ökonomischen Verantwortung werden somit auch die Versorgungs- und Versicherungsfunktion teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen. Ungeachtet des allgemeinen Inflationsrisikos, werden die Leistungserbringer im Zuge der Pauschalvergütung mit einem höheren unternehmerischen Risiko konfrontiert: die Höhe der Einnahmen (Summe der individuellen Kopfpauschalen) ist bekannt, wohingegen Unsicherheit über die Ausgaben (Summe der Versorgungskosten) besteht.

Da Höhe und Eintrittszeitpunkt der Kosten für die Versorgung der Versicherten nicht bekannt sind, ergibt sich ein versicherungstechnisches Problem: die Inanspruchnahme der Leistungsversprechen durch die Versicherten ist unsicher und schwer zu prognostizieren. Somit lassen sich auch die Versorgungskosten nicht konkret vorhersagen. Das Risiko für den Anbieter der Integrierten Versorgung ist hingegen einfach zu skizzieren: sind am Ende der Vertragslaufzeit die Kosten für die Versorgung des Versichertenklientels (panel) geringer als die Summe der Pauschalen, erzielt das Unternehmen einen Gewinn. Dagegen verzeichnet der Anbieter einen Verlust, wenn die tatsächlichen Kosten über den Umsätzen aus der Kopfpauschale liegen. Diese Verluste müssen durch das Eigen- oder Fremdkapital des Unternehmens getragen werden. Das versicherungstechnische Risiko von Organisationen, die über eine Kopfpauschale vergütet werden, liegt in der Differenz der erwarteten und tatsächlichen Kosten für die Versorgung eines bestimmten Versichertenklientels (panel). Die Unsicherheit über die Inanspruchnahme (Morbiditätsrisiko) und die daraus resultierenden Kosten werden soweit die Ausgaben die Einnahmen übersteigen von den Leistungserbringern getragen.

Bereits bei der Verhandlung zur Ausgestaltung der Versorgungsverträge müssen die Unternehmer die finanziellen Aspekte eines risikobehafteten Versorgungsvertrages einschätzen können. Hierin begründet sich die Herausforderung an das Informationsmanagement: die Kosten für medizinisch-pflegerische Teilleistungen, Medizintechnik, Arzneimittel sowie Heil- und Hilfsmittel, aber auch die Inanspruchnahme selbst können erheblich variieren. Die Entwicklung der Preise von Produktionsfaktoren sowie der Inanspruchnahme sind schwer zu prognostizieren bzw. abzuschätzen. Die Varianz der Kosten bedroht die Einführung von innovativen Versorgungsprogrammen.

Versicherungsmathematische Modelle der Risikoanalyse und des Risikomanagement bieten eine Basis für die Entscheidungen zur Durchführung und die Erfolgsaussichten eines Versorgungsvertrags bzw. Versorgungsprogrammes. Die Kopfpauschalen können anhand verschiedener Kalkulationsmethoden bestimmt werden. Neben der Orientierung an Referenzpopulation, den demographischen Faktoren wie Alter und Geschlecht können auch die Morbiditätsrisiken durch eine risikoadäquate Kalkulation berücksichtigt werden. Zudem können Informationen über die Inanspruchnahme aus Survey-Untersuchungen für die Leistungserbringer und Kostenträger gene-

**Vergleich von  
Versicherungs-  
technischen und  
Anbieterproblemen**

**Kostenvarianz  
bedroht Innovatio-  
nen**

**Modelle der  
Risikoanalyse  
bieten Basis für  
Entscheidungen**



riert werden, um als Benchmark bzw. Vergleichsgröße einen Anhaltspunkt bei Vertragsverhandlungen geben zu können. Auf der Basis der Risikoanalyse und von Survey-Untersuchungen kann der Einfluss von Versorgungsaktivitäten auf die Kosten, aber auch auf die Volatilität der Kosten bei den Vertragsverhandlungen berücksichtigt werden. Unternehmen, die sektorenübergreifende (umfassende) Versorgungsleistungen anbieten, sind damit in der Lage, klare und angemessene monetäre Ziele zu definieren.

Auf Basis des gleichen Ansatzes können Krankenversicherungen Krankheiten identifizieren, die sich für Versorgungsprogramme im Sinne der Integrierten Versorgung eignen. Darüber hinaus können Ziele für die zu erwartenden Ergebnisse in den Vertragsverhandlungen mit Leistungserbringern definiert werden. Gelingt es im Rahmen dieser Vergütungsansätze angemessene Raten an die Leistungserbringer auszuzahlen und dabei die richtigen Anreize zu vermitteln, macht diese Vergütungsform sowohl einzel- als auch gesamtwirtschaftlich einen Sinn. Hierzu bedarf es angemessener Information über das Morbiditätsrisiko und die Risikofaktoren der Versichertenklientel (panel). Darüber hinaus muss das Management der Integrierten Versorgung in die Lage versetzt werden, die verbleibenden Risiken zu steuern. Die restlichen Risiken können jedoch nur abgewehrt werden, wenn ausreichende Informationen über die Versorgungsprozesse, die tatsächliche Inanspruchnahme und die durchgeführten Leistungen vorliegen.

**Projektion auf die Versicherungen**

## 2. Handlungsoptionen: Rahmenbedingungen des Gesetzgebers

Eine interdisziplinäre und fachübergreifende Zusammenarbeit (§ 140a Abs. 1 SGB V) ist nur möglich, wenn eine ausreichende Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen gewährleistet werden kann und eine „[...] ausreichende Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss [...]“ (§ 140b Abs. 3 SGB V) sichergestellt ist. Leistungserbringer dürfen die Informationen aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 SGB V nur abrufen, soweit sie Behandlungsdaten und Befunde des Versicherten betreffen und der Versicherte ihm gegenüber die Einwilligung erteilt. Der Datenschutz ist ein zentrales Thema der Integrierten Versorgung. Der Leistungserbringer muss zum Personenkreis gehören, der nach § 203 des Strafgesetzbuches (StGB) zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

**bereichsübergreifende Kommunikation und Dokumentation**

Die Dokumentation und Auswertung der Daten durch eine nicht-ärztliche Managementbetreibergesellschaft ist also fraglich. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme und der Notwendigkeit zur Einwilligung der Versicherten in die Nutzung ihrer Daten ist eine Verbesserung der Transparenz und Kommunikation gegenüber dem Patienten eine notwendige Bedingung der Integrierten Versorgung. Dienstleister können dadurch ihre Vorteile für den Patienten in materieller und immaterieller Hinsicht besser darlegen. Eine transparente Darstellung gegenüber dem Patienten motiviert zur Teilnahme an innovativen Versorgungsprogrammen. Neben einer verbesserten Versorgungsqualität durch eine intensiviertere und strukturierte Kooperation einzelner Leistungssektoren tragen Verbesserungen im Servicebereich, eine erhöhte Patientensou-

**Versicherte müssen ausreichend informiert werden**





veränität und eine Ermäßigung von Zuzahlungen je nach Satzung der Krankenkasse zur Teilnahmebereitschaft der Versicherten bei (KVB 2006). Die Versicherten haben das Recht umfassend über die Verträge, Leistungserbringer, Leistungen und Qualitätsstandards informiert zu werden (§ 140a Abs. 3 SGB V). Die Dokumentation der Daten bedarf einer Einwilligung des Versicherten. Bei umfassenden Versorgungsprogrammen der Regelversorgung oder bei schwer- und chronisch Kranken muss es dem Patienten möglich sein, „je nach Behandlungszusammenhang teilweise teilzunehmen [...], im Hinblick auf andere Behandlungszusammenhänge aber die Integration auszuschließen“ (Weichert 2004). Im Sinne der Versicherten sind im Rahmen der Integrierten Versorgung Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Für die Qualitätssicherung nach § 140 Abs. 3 Satz 3 SGB V gelten die allgemeinen Vorschriften der §§ 135 ff. SGB V (vgl. 2004). Die Qualitätssicherungsmaßnahmen können in pseudonymisierter Form durchgeführt werden, wobei einzelne Stichproben auch auf den Individualfall zurückgreifen können (§ 136 SGB V). Dann muss jedoch die Art der Auswahl vertraglich in den Versorgungsverträgen festgehalten werden.

**Versicherte müssen der Dokumentation zustimmen**

Mit der Einführung einer Qualitätssicherung, der klaren Definition von Versorgungsstandards und einer regelmäßigen Dokumentation und Kontrolle der Versorgungsqualität durch interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen kann dem Risiko der Unterversorgung begegnet werden. Die Gefahr steigt, je mehr die finanzielle Verantwortung auf die Leistungserbringer verlagert wird, ohne dass diese in der Lage sind, entsprechende unternehmerische Risiken zu beherrschen. Um Risikoselektion zu vermeiden, ist eine Generierung von Informationen über die Morbiditätsrisiken und die Risikofaktoren einer bestimmten Bevölkerungsgruppe durch Risikoadjustierungsmodelle notwendig. Seitens der Kostenträger bestünde mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen und die Leistungserbringer hätten ebenso Anreiz zur Versorgung hoher Risiken, da sie eine angemessene Honorierung erhalten (Stillfried 2001, S. 300). Bei der Konzeption der Integrierten Versorgung, insbesondere bei der Kalkulation morbiditätsorientierter Vergütungspauschalen, müssen Patientendaten herangezogen und eventuell Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Daten des stationären Bereiches zusammengeführt werden. Dies muss geschehen, um die Risikofaktoren der Versorgungsverträge zu bestimmen und Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern erst zu ermöglichen. Hierfür wurde durch den Gesetzgeber keine eigenständige Rechtsgrundlage geschaffen. Ein möglicher Lösungsansatz könnte sein: die Patienten aufzufordern, in die Nutzung ihrer Daten zu Planungs- und Kalkulationszwecken einzuwilligen. Die Daten könnten dann durch ein unabhängiges Forschungsinstitut wissenschaftlich ausgewertet werden – hier kann auf den § 75 SGB X in Verbindung mit dem § 203 Abs. 2 StGB aufgebaut werden.

**Zusammenführung und Auswertung der Patientendaten**

Das Netzwerk der Integrierten Versorgung kann aggregierte Patientendaten einem Forschungsinstitut zur Verfügung stellen, um der in § 140c Abs. 2 SGB V geforderten Berücksichtigung der Risikostruktur der Versicherten zu entsprechen. Die Morbiditätskriterien müssen zu Beginn ermittelt und im Rahmen begleitender Maßnahmen auf ihre Relevanz hin überprüft werden. Hierzu ist eine fallbezogene Auswertung erforderlich. Nur so können ergänzende Morbiditätskriterien in den Vertragsvereinbarungen berücksichtigt und

**Patientendaten und Prognose der Risikostruktur**



die Prognosefähigkeit der Kriterien verbessert werden. Gleiches gilt für die Evaluation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der durchgeführten Maßnahmen. Die Patientendaten können nur in wissenschaftlichen Begleituntersuchungen eingebracht werden, wenn die Versicherten zuvor explizit zugestimmt haben. Ohne Einwilligung können Leistungsdaten nur in pseudonymisierter Form an ein Forschungsinstitut weitergegeben werden (auch hier ist der § 75 SGB X zu beachten). Unabhängig davon soll die Auswahl der Morbiditätskriterien so erfolgen, dass diskriminierende Effekte der Risikoselektion vermieden werden können (Weichert 2004). § 78b SGB X kann zudem wie folgt interpretiert werden: „Im Interesse der Datensparsamkeit [...] sind nur allgemeine Kriterien festzulegen, die keine zu große Detailliertheit bzw. Tiefe aufweisen“ (Weichert 2004).

Insgesamt werden die unternehmerischen Interessen bezüglich der Angebotskalkulation, der Berechnung morbiditätsadjustierter Kopfpauschalen, des Leistungsmanagements und der Qualitätssicherung sehr stark durch die Patienteninteressen bzw. den Datenschutz behindert. Eine eindeutige Rechtslage ist derzeit nicht gegeben, insofern gelten die Datenschutzbestimmungen der Länder. Eine der Zielsetzungen der Integrierten Versorgung ist die konsequente und verbesserte Kontrolle der Inanspruchnahme bzw. der verrechneten Leistungen auf ihre Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Die Kontrolle findet während und nach der Leistungserstellung statt; im Idealfall aber bereits vor der Leistungserstellung. Die Betreiber eines Netzwerkes der Integrierten Versorgung bleiben jedoch Kontrolleure ohne Handlungsgrundlage, solange die datenschutzrechtlichen Aspekte bezüglich der Patientendaten, der medizinischen Ergebnisse und Qualitätsindikatoren ungeklärt bleiben. Diese schlechte Datenlage ist auch ein Grund für die Zurückhaltung der Leistungserbringer bei der Übernahme der finanziellen Verantwortung im Rahmen von Versorgungsverträgen der Integrierten Versorgung (z.B. bei Vergütung durch Kopfpauschalen).

**Behinderung durch Patienteninteressen und Datenschutz**

**Kontrolleure ohne Handlungsgrundlage**

### **3. Transparenz: Vertragliche Vereinbarungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Laut § 140b Abs. 3 SGB V müssen die Vertragspartner „eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen.“ Die regelmäßige Dokumentation und Übermittlung von Daten (Teilnehmerdaten und Versichertendaten) an alle Vertragspartner soll durch eine elektronische Infrastruktur gewährleistet werden, sofern alle datenschutzrechtlichen Regelungen befolgt werden.

Das Potential zur Steigerung der Effizienz im Zuge integrierter Netzwerkbildung birgt finanzielle Anreize der Vertragspartner. Dafür ist eine einheitliche Kommunikation im Verbundnetz erforderlich, die an den Schnittstellen automatisch ablaufen kann. Die elektronische Erfassung, Digitalisierung und Übermittlung von Daten lösen Erwartungen der Nutzer an eine verbesserte



Verfügbarkeit, Aktualität und Transparenz von gesundheitsrelevanten Daten aus. Im Rahmen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenkassen wurde die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Krankenversicherte, eines elektronischen Rezeptes und einer verteilten Patientenakte initiiert. Eine bundesweite Telematikplattform soll medizinische Daten bereitstellen. Die organisationsübergreifende Nutzung von Patientendaten zur Information und Kommunikation setzt in den beteiligten Organisationen und Einrichtungen der Leistungserbringer eine funktionierende elektronische Infrastruktur voraus.

Bei der Generierung und Analyse von Informationen über die Leistungserstellung in der Integrierten Versorgung, d.h. bei der Frage, ob die Vergütungspauschalen ausreichen, um die Kosten der Versorgung und die administrativen Kosten zu decken, werden häufig die vergangenheitsbezogenen Daten des Ressourcenverbrauchs durch die Inanspruchnahme und den dabei erzielten klinischen Outcomes der Kostenträger und der Leistungserbringer herangezogen. Stehen hierbei die finanziellen Interessen der Leistungserbringer im Mittelpunkt, dann fokussiert die Analyse die Frage, inwieweit die Leistungen der Integrierten Versorgung, d.h. die Behandlungsleitlinien (Versorgungspfade), die Vergütungsansätze und die Organisation der umfassenden Leistungserbringung, sich von den bisherigen Leistungsstandards anderer Leistungserbringer unterscheiden. Unterschiede in Wirtschaftlichkeit und/oder Qualität sollten dokumentiert und die dabei erzielten monetären Effekte abgeschätzt werden. Zudem benötigen die Leistungserbringer Informationen für die Ausgestaltung der Verträge mit den Krankenkassen – hierzu bedarf es Informationen zur Durchführung des Risikomanagements. Stehen im Gegensatz dazu die finanziellen Aspekte der Kostenträger im Mittelpunkt, zielt dies auf die Quantifizierung des Einflusses der innovativen Versorgungsform auf die eingeschriebenen Individuen bzw. das gesamte Versichertenklientel (panel) ab. Dabei stehen die Inanspruchnahme der Versicherten und die Kosten der medizinisch-pflegerischen Leistungen im Mittelpunkt. Bei der Quantifizierung der Ergebnisse der Versorgungsprogramme muss die Struktur des Versichertenklientels Berücksichtigung finden. Und die Evaluation sollte ihrerseits die bevölkerungsseitigen Strukturunterschiede einbeziehen.

unterschiedliche  
Blickwinkel zur  
Generierung und  
Analyse von  
Informationen

## 4. Risikomanagement in der Integrierten Versorgung

Mit dem Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) reagierte der Gesetzgeber auf die sich häufenden Insolvenzen. Die oft spektakulären Unternehmenspleiten wurden vielfach auf die Kontrollschwäche der Unternehmen und die tendenziell steigende Bedeutung der Kapitalmärkte zurückgeführt. Das KonTraG hatte einen großen Einfluss auf das Aktiengesetz (AktG) und das Handelsgesetzbuch (HGB). Dabei stand jedoch die Forderung nach der Einführung eines Risikomanagementsystems gemäß dem § 91 II AktG im Mittelpunkt. Der Vorstand eines Unternehmens hat „geeignete Maßnahmen zu treffen, insbesondere ein Überwachungssystem einzurichten, damit der Fortbestand der Gesellschaft gefährdende Entwicklungen früh erkannt werden“. Der § 289 I HGB legt weiterhin fest, dass im Lagebericht auch auf die Risiken zukünftiger Entwicklungen einzugehen

Forderung nach  
Risikomanagement  
in Unternehmen



ist. Primär bezieht sich das KonTraG auf börsennotierte Aktiengesellschaften – Fachleute gehen aber davon aus, dass die Neuregelungen des KonTraG auch auf die Pflichten der Geschäftsführung anderer Rechtsformen ausstrahlen. Insofern sind Unternehmen bzw. Netzwerke der Integrierten Versorgung unabhängig von ihrer Rechtsform von diesen Anforderungen betroffen, da sie nicht unerhebliche Vertragsrisiken eingehen.

Im Allgemeinen versteht man unter Risiko alle Ereignisse und Entwicklungen innerhalb und außerhalb eines Unternehmens, die sich negativ auf die Erreichung der Unternehmensziele auswirken können. In diesem Kontext bezieht sich das KonTraG ausschließlich auf die negativen Folgen einer Entscheidung. Unter Risiko versteht man in der betriebswirtschaftlichen Entscheidungslehre die Unsicherheit bei unternehmerischen Entscheidungen. Unsicherheit bzw. Risiko ist definiert als die Abweichung vom Erwartungswert, d.h. der Möglichkeit für die Abweichung von einem erwarteten Ergebnis. Im engeren Sinne versteht man unter Risiko eine Situation, bei der die Entscheidungsträger in der Lage sind, den alternativen Umweltzuständen einer Entscheidungssituation Eintrittswahrscheinlichkeiten zuzuordnen. Bereits die Entscheidung, eine Konstellation der Vergangenheit auf die aktuelle Entscheidungssituation zu übertragen, ist eine subjektive Bewertung seitens der Entscheidungsträger. Man kann davon ausgehen, dass die meisten unternehmerischen Entscheidungen aus Mangel an Daten bzw. vergleichbarer Konstellationen auf Basis einer subjektiven Einschätzung gefällt werden. Ist es darüber hinaus nicht möglich, Daten über das Eintreten alternativer Umweltzustände zu generieren, spricht man von Ungewissheit.

Das Risiko kann nur im Zusammenhang mit subjektiven Zielsetzungen und Erwartungen interpretiert werden. Bei Leistungen der Gesundheitsversorgung wird implizit unterstellt, dass diese ergebnisorientiert und zielbezogen erbracht werden. Im Rahmen der Integrierten Versorgung müssen sich die Vertragspartner zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung verpflichten (§ 140b Abs. 3 SGB V). Folgt man dieser Aufforderung des Gesetzgebers, wird deutlich, dass die Leistungen der Integrierten Versorgung zwei Zieldimensionen unterliegen – einer ökonomischen und einer medizinischen Zielsetzung. Der hier vorgestellte Ansatz sieht eine differenzierte Betrachtung dieser zwei Zieldimensionen hinsichtlich Ursache und Wirkung vor. So steht das Risiko, medizinisch oder ökonomisch, sowohl für den Eintritt bzw. die Eintrittswahrscheinlichkeit eines unerwünschten Umweltzustandes. Es wird deutlich, dass Risiko somit nur im Zusammenhang subjektiver Ziele interpretiert werden kann.

Arbeiten Ärzte und Pfleger nur mit dem Ziel eine medizinisch einwandfreie Dienstleistung zu erbringen, ohne direkt wirtschaftliche Ziele zu verfolgen, werden sie alle erdenklichen Maßnahmen der Gesundheitsversorgung durchführen, um die medizinischen Risiken zu minimieren. Damit besteht jedoch die Gefahr, dass sehr kostenintensive Dienstleistungen erbracht werden, deren Kosten nicht im Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen stehen. Bei der singulären Einbeziehung ökonomischer Ziele werden ausschließlich Kostenaspekte im Vordergrund stehen, der medizinische Nutzen jedoch nicht in das Kalkül mit einbezogen. Sinnvollerweise müssen Unternehmen im Gesundheitswesen unter der zum Teil divergierenden Zielsetzung – Wirtschaftlichkeit

**Definition des Risikobegriffs**

**Risiko und subjektive Zielsetzungen**

**Zusammenspiel von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Zielsetzung**



und Qualität – arbeiten. Unternehmen, die Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung erbringen, auf einem Gesundheitsmarkt agieren sowie Produkte und Dienstleistungen für Versicherte und Patienten anbieten, müssen ihr Zielsystem sowohl auf die geforderte Qualität als auch die gewünschte Wirtschaftlichkeit abstimmen. Eine schlechte Qualität oder eine unwirtschaftliche Leistungserbringung gefährden den Fortbestand des Unternehmens und folglich die Arbeitsplätze in der Organisation. Die Risiken, die eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder aber eine qualitativ nicht akzeptable Leistung der Unternehmung mit sich bringen, müssen verhindert bzw. kontrolliert und gesteuert werden.

Vereinfacht ausgedrückt: Risiko existiert dann, wenn bei der Gesundheitsversorgung etwas eintreten kann, das unerwünscht ist (Kipp et al. 1997). Der Begriff Risiko in Leistungsprozessen der Integrierten Versorgung kann, im ökonomischen und medizinischen Sinne, wie folgt definiert werden: Risiko resultiert ursächlich daher, dass auf Grund eines unvollständigen Informationsstandes Unsicherheit über den Eintritt zukünftiger Ereignisse in den administrativen und medizinischen Prozessen besteht. Negative Ereignisse führen in ihrer Wirkung dazu, dass es zu einer negativen Abweichung von medizinischen und wirtschaftlichen Zielgrößen kommt. Medizinische Zielgrößen finden sich – je nach Leistungsart – in der Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung der Gesundheit. Wirtschaftliche Zielgrößen werden durch die Erwartungen an die Rentabilität des eingesetzten Kapitals und/ oder dem Verhältnis von Kosten und Nutzen der durchgeführten Maßnahmen bestimmt. Die Formulierung verdeutlicht somit den Ursachen- und Wirkungsbezug des Risikos in der Integrierten Versorgung. Dieses vor dem Hintergrund, dass einmal getroffene Entscheidungen in der Prävention, Diagnose, Therapie und Rehabilitation nur eingeschränkt korrigierbar sind und zudem enorme Auswirkung auf den Gesundheitszustand der Versicherten und Patienten haben. Die Höhe des Risikos in der Gesundheitsversorgung ist dann einerseits vom Ausmaß der möglichen ökonomischen und medizinischen Zielverfehlung und andererseits von den jeweils zurechenbaren Wahrscheinlichkeiten abhängig.

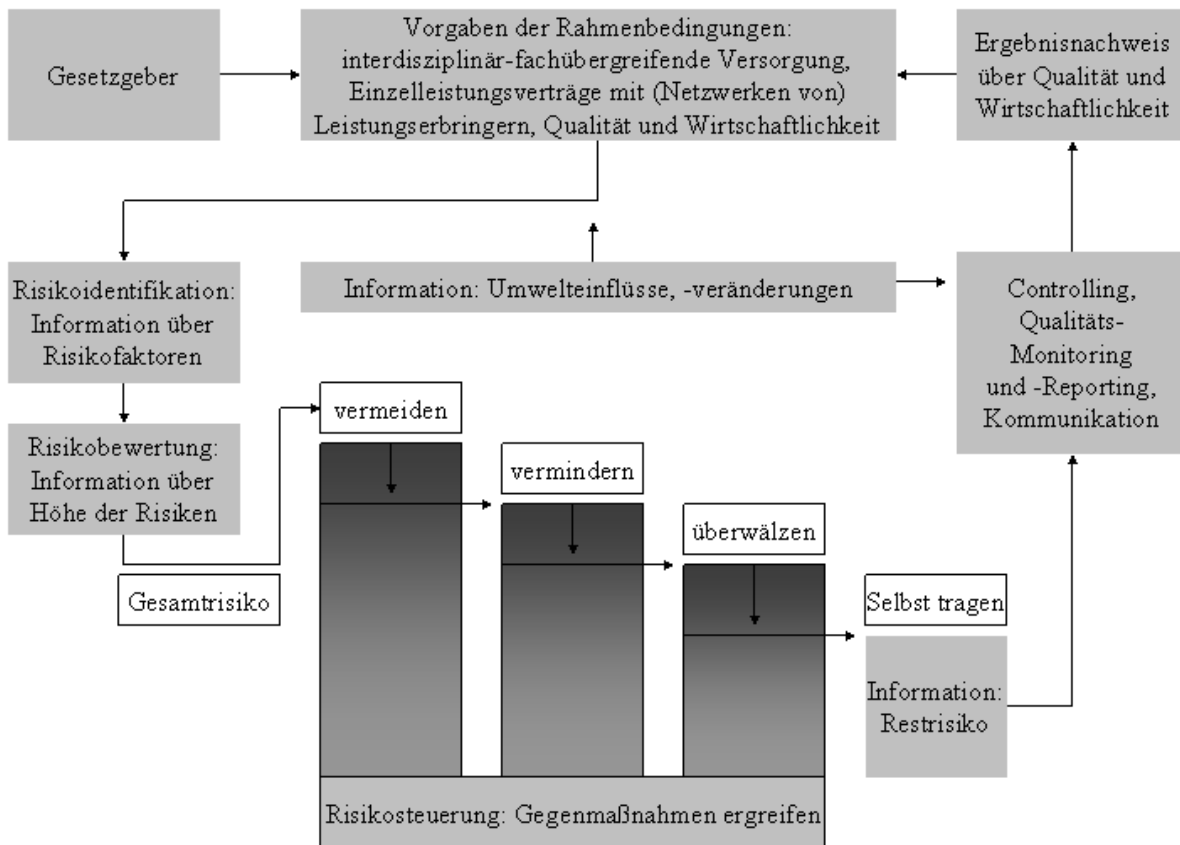
**der Risikobegriff in  
der Integrierten  
Versorgung**

Risikomanagement in der Integrierten Versorgung umfasst demnach sämtliche Maßnahmen zur planmäßigen und zielgerichteten Analyse, Beeinflussung (Steuerung) und Kontrolle des Risikos der medizinisch-pflegerischen und administrativen Prozesse der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Für das Management gilt es zu prüfen, ob die Höhe der Risiken beherrschbar erscheint oder ob die Haftungsrisiken für qualitativ minderwertige Leistungen und Liquiditätsrisiken den Fortbestand der Unternehmung gefährden. Risikomanagement besteht aus dem Abgleich der medizinischen und wirtschaftlichen Risikoposition sowie den Risikoträgern.

**Aufgaben des  
Risikomanagements  
in der IV**

Die Prozesse des Risikomanagement können auch innerhalb der Gesundheitsversorgung anhand von drei Phasen verdeutlicht werden (Wrightson 2002):

- **Risikoanalyse:** Zu Beginn müssen die Risiko tragenden Geschäfte identifiziert und mögliche Verlustquellen benannt werden. Die einzelnen Risiken werden anschließend systematisiert und quantifiziert und sind vor dem Hintergrund der Risikoeinstellung des Unternehmers zu bewerten.
- **Risikosteuerung:** Ergibt sich aus der Analyse und Bewertung der Risiken (Ausfall- und Marktrisiken) ein Handlungsbedarf, müssen Alternativen gesucht werden, die eine Beeinflussung der derzeitigen Risikosituation (Ist-Situation) ermöglichen.
- **Risikokontrolle:** Abschließend sollte kontinuierlich die Wirksamkeit der Risikosteuerung mit Hilfe eines Soll-Ist-Vergleichs überwacht werden.



**Abbildung 1:** Phasen des Risikomanagement in der Integrierten Versorgung (eigene Darstellung)

Die in der Abbildung 1 dargestellten Prozessphasen des Risikomanagements sollen in den folgenden Abschnitten näher beleuchtet werden.



### 4.1 Risikoanalyse: Risikoarten von Versorgungsverträgen

Die Dienstleistungen der Integrierten Versorgung können sich nicht nur auf klinische Aufgaben unter den gegebenen rechtlichen Aspekten konzentrieren, sondern insbesondere das Risiko berücksichtigen, welches mit der Unterzeichnung des Versorgungsvertrages durch die Leistungserbringer von den Krankenkassen übernommen wird. Man bezeichnet diesen Vorgang als Risikotransfer (risk transfer). Ein Risikotransfer findet seinen Ursprung in der Übertragung des finanziellen Risikos vom Versicherten auf den Versicherer. Der Versicherte überträgt seine finanzielle Krankheitslast durch das bezahlen einer Versicherungsprämie (marktwirtschaftliches Modell) bzw. eines Beitrages (Sozialversicherungsmodell) oder aber durch Steuern (staatliches Modell) auf den Kostenträger.

Risikotransfer

Mit Hilfe von Verträgen können die Kostenträger dieses Risiko weiter auf den Leistungserbringer oder ein Netzwerk von Leistungserbringern abwälzen (Kipp et al. 1997). Mit der Übernahme dieser finanziellen Verantwortung besteht die Gefahr, dass die Leistungserbringer mit der Situation konfrontiert werden, dass die Behandlungskosten durch die zur Verfügung stehenden Mittel nicht gedeckt werden können. Die Leistungserbringer tragen somit das finanzielle Risiko der Versicherten. Es ist nicht verwunderlich, dass die Institution, welche die Risiken trägt, ein Interesse hat, die eigenen Risiken zu reduzieren bzw. zu steuern und die Kosten der Gesundheitsversorgung so auf ein angemessenes und vertretbares Niveau zu senken. Um es auf den Punkt zu bringen: Dies ist das Ziel des Risikomanagement in der Integrierten Versorgung.

Ziel des Risikomanagements

Zunächst gilt es, die Risiken der Leistungserbringer bei pauschalisierten Versorgungsverträgen zu identifizieren. Die Risikotypen können wie folgt klassifiziert werden (Kipp et al. 1997; Baldwin 1999):

**Zufallsrisiken:** die Versorgungskosten liegen aufgrund von zufälligen Einflüssen über den kalkulierten Kosten. Der Grund liegt in der Unsicherheit über zukünftige Ereignisse.

Klassifizierung der Risikotypen

- Das *Inzidenz-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass die tatsächlich diagnostizierten Fälle aufgrund von zufälligen Einflüssen (z.B. Epidemien) über den kalkulierten und erwarteten Fällen liegen.

**Irrtumsrisiken:** die Versorgungskosten liegen aufgrund einer falschen Berechnung über den kalkulierten Kosten. Es wurde ein zu niedriger Preis kalkuliert.

- Das *Prävalenz-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass die Versichertenpopulation eine höhere Anzahl von Patienten mit der spezifischen Krankheit als erwartet umfasst (Prävalenz bezieht sich auf Personen, die eine bestimmte Krankheit bereits haben und auch behandelt werden). Dieses Risiko ist ausgeschlossen, wenn bei indikationsspezifischen Verträgen lediglich bereits erkrankte Personen der Vergütung zugerechnet werden.
- Das *Schweregrad-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass sich die Patienten in einem späteren Stadium der Krankheit befinden als erwartet.



Die Versicherten müssen dann intensiver betreut und auf einer höheren kostenintensiveren Versorgungsstufe behandelt werden.

- Das *Verweildauer-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass die Behandlung länger als erwartet andauert.
- Das *Kosten-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass die Kostensteigerung von Produktionsfaktoren und Dienstleistungen höher ausfallen als erwartet. Notwendige Arznei-, Heil- und Hilfsmittel müssen bezogen und zusätzliche Dienstleistungen über externe Leistungserbringer eingekauft werden. Steigen die Preise auf diesen Beschaffungsmärkten unerwartet an, kann dies zu Verlusten führen.

**Änderungsrisiken:** die Versorgungskosten liegen nach einer Veränderung der angenommenen Kalkulationsgrundlage über den ursprünglich kalkulierten Kosten. Dies begründet sich durch die Gefahren, welches ein neues Produkt mit sich bringt.

- Das *Intensitäts-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass der Patient an unerwarteten Komplikationen leidet bzw. die Versorgung unter schwierigeren Bedingungen als erwartet abläuft. Kostenintensivere Versorgungsprozesse sind die Folge.
- Das *Leitlinien-Risiko*: Es besteht die Gefahr, dass die geltenden Behandlungsleitlinien im Laufe der Zeit zu intensiveren oder kostspieligeren Therapieformen übergehen. Sind diese Entwicklungen nicht in den Pauschalen einkalkuliert, kann dies ebenfalls zu Verlusten führen.

Diese Risiken können nicht unabhängig voneinander betrachtet werden – sie korrelieren und bedingen einander. Die Wahrscheinlichkeit des Verlustes wird durch die Wahrscheinlichkeit bestimmt, dass die tatsächlichen Versorgungskosten über den kalkulierten Kosten liegen. Auch weitere allgemeine Geschäftsrisiken sollten nicht vernachlässigt werden (z.B. Unfälle oder Brandschäden, nicht rechtzeitige bzw. unvollständige Zahlungen durch Kostenträger oder Privatpatienten). Die Auswirkungen dieser Risiken sind zudem von der Größe der zu versorgenden Versichertenpopulation abhängig. Kleinere Versichertenpopulationen sind besonders von zufälligen Varianzen der Kosten betroffen. Der interne Ausgleich, d.h. die Kompensation der Risiken, ist bei kleineren Gruppen schwieriger als bei großen Versicherungspopulationen. Um die Wahrscheinlichkeit negativer wirtschaftlicher Auswirkungen zu reduzieren sowie das Erreichen der klinischen und wirtschaftlichen Ziele zu ermöglichen, ist ein effektives Risikomanagement notwendig (Baldwin 1999, S. 53). Einen wesentlichen Einfluss auf das versicherungstechnische Risiko haben die Zusammensetzung und die Risikostruktur der zu versorgenden Versichertenpopulation. Diese Risiken erfordern die Wahl des richtigen Kalkulationsmodells für die adäquate Bestimmung zur Höhe der Kopfpauschalen.

**Berücksichtigung  
zusätzlicher allgemeiner  
Risiken  
notwendig**






### 4.2 Risikosteuerung: Ausgestaltung von Versorgungsverträgen

Die Ausgestaltung der Verträge über Versorgungsprogramme der Integrierten Versorgung sollte sich an den Ansprüchen der Vertragsparteien orientieren. Es gilt zum einen zu konkretisieren, welche Versorgungsfunktionen durch die Leistungserbringer wahrgenommen werden und zum anderen zu analysieren, inwieweit die Versicherungsfunktion von den Kostenträgern auf die Leistungserbringer übertragen wird. Überschreitet das Risiko aus dem Versorgungsvertrag ein bestimmtes Limit, können die Leistungserbringer (aber auch die Kassen) das Geschäft unterlassen. Die eindeutige Ausgestaltung der Versorgungsverträge bietet folglich die Chance das Vertragsrisiko klar zu erkennen und die Risiken zu vermeiden. Auf Grundlage der vertraglich vereinbarten Funktionen der Integrierten Versorgung kann die Höhe der Kopfpauschale inklusive der Risikoprämie festgelegt werden. Die Verträge zur Integrierten Versorgung können zur Vermeidung von Unsicherheiten die folgenden Verabredungen enthalten.

eindeutige Ausgestaltung der Verträge bietet Chance der Risikoerkennung und Risikovermeidung

| <b><u>Risikosteuerung in Versorgungsverträgen</u></b>                               |  |
|---|--|
| <b>Vermeiden von Risiken</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Geltungsbereich bzw. Behandlungsspektrum</li><li>• Klinischer Kriterienkatalog</li><li>• Leistungserbringer</li><li>• Früherkennung und Screening</li><li>• Zeitdauer</li></ul>  |
| <b>Vermindern von Risiken</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Versicherungsklientel</li><li>• Risikoadjustierung</li><li>• erfolgsorientierte Vergütung</li></ul>  |
| <b>Überwälzen von Risiken</b>   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Vergütungsansatz</li><li>• Rückversicherung</li><li>• Stopp-loss Vereinbarungen</li><li>• Vereinbarungen über Carve-outs</li><li>• Beteiligung am Gewinn oder Verlust</li><li>• Verfahren der Risikoteilung</li><li>• Risikopool</li></ul> |
|  | <b>Risiken selbst tragen</b>   |

**Tabelle 1:** Risikosteuerung in Versorgungsverträgen (eigene Darstellung)



### a. Vermeiden von Risiken

*Geltungsbereich bzw. Behandlungsspektrum:* Handelt es sich um einen Vertrag über eine Vollversorgung, eine indikationsspezifische Vollversorgung oder eine Teilleistung über einen klar definierten Versorgungskomplex oder Behandlungsfall? Der Vertrag kann umfassend gestaltet werden und alle medizinisch-pflegerischen Dienstleistungen (ambulante Versorgung, stationäre Versorgung, etc.) einbeziehen. Er sollte die Spezialisierung/ Expertise der Vertragsparteien berücksichtigen und dabei die Verantwortungen auch an den klinischen Bedürfnissen der Patienten ausrichten. Bei einer klaren Definition des Behandlungsspektrums können unerwartete Kosten der Inanspruchnahme vermieden werden. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass die besten Ergebnisse erzielt werden, wenn die Leistungen einer Integrierten Versorgung erbracht werden, da die Leistungserbringung aus einer Hand für den Patienten einen sehr hohen Nutzen stiftet.

Geltungsbereich/  
Handlungsspektrum

*Klinischer Kriterienkatalog:* Welche Krankheiten, Krankheitssymptome nach Haupt- und Nebendiagnosen inklusive der entsprechenden Versorgungskonditionen sind Vertragsgegenstand? Einige Verträge umfassen nur einen spezifischen Behandlungsumfang für zuvor festgelegte Krankheiten und die dabei auftretenden Komplikationen. Andere Verträge beziehen hingegen die komplette Versorgung bzw. Betreuung eines Versichertenklientels (panel) ein. Umfasst der Vertrag lediglich spezielle Krankheiten bzw. deren Versorgungsprozesse, müssen die Versorgungsleistungen dieses Behandlungsspektrums eindeutig von anderen möglichen Versorgungsleistungen, die nicht mit dieser Erkrankung in Zusammenhang stehen, abgegrenzt werden. Die Verantwortung für die medizinisch-pflegerischen Versorgungsleistungen müssen ausdrücklich konkretisiert werden, um eine unerwartete Leistungsschuld seitens der Leistungserbringer zu vermeiden.

Klinischer  
Kriterienkatalog

*Leistungserbringer:* Bei der Integration von Versorgungsleistungen kommt es darauf an, dass die vielen Anbieter entsprechend ihrer Kernkompetenzen einbezogen werden. Werden nur interne Leistungserbringer des eigenen Netzwerkes integriert, liegt der Vorteil in der besseren Kontrolle der erbrachten Dienstleistungen. Wenn jedoch externe Leistungserbringer einbezogen werden, liegt der Vorteil in der Erweiterung des Dienstleistungsangebotes. Die Vorteile eines umfassenden Versorgungsspektrums können durch die schlechtere Kontrollierbarkeit der Leistungen durch die Netzwerkorganisation aufgehoben werden. Diesem Nachteil kann man durch Behandlungsprotokolle/ Leitlinien und der Implementierung von Systemen der Entscheidungsanalyse bzw. -unterstützung (decision support systems) begegnen. Einer unerwartet hohen Leistungsausweitung kann so ebenfalls entgegen gewirkt werden. Mit der Erweiterung des Dienstleistungsangebotes steigen jedoch grundsätzlich die Aufwendungen für administrative Tätigkeiten.

Leistungserbringer

*Früherkennung und Screening:* Durch vertragliche Vereinbarungen über Maßnahmen zur Früherkennung erlangen beide Vertragspartner Vor- und Nachteile (unterliegen Risiken). Kostenträger sind eventuell gewillt die Frequenz und den Umfang der regelmäßigen Früherkennungsmaßnahmen zu

Früherkennung  
und Screening



erhöhen. Infolge dieser Maßnahmen müssen zusätzliche Spezialisten einbezogen werden. Der Vorteil dieser Leistungsausweitung kann sich durch die zusätzlichen Aufwendungen aufgrund der Integration neuer Spezialisten in das Netzwerk relativieren. Damit unerwartete Ausgaben vermieden werden können, sollten diese Leistungen im Vertrag konkretisiert werden. Für einen Anbieter von Versorgungsprogrammen (z.B. DMPs), der auf Krankheiten mit einem sehr hohen Gesundheitsrisiko spezialisiert ist (z.B. Krebs), kann die Durchführung von Maßnahmen der Früherkennung von Vorteil sein. Vorteilhaft dann, wenn sich die Ergebnisse (Outcomes) durch die Früherkennung verbessern und die Kosten der Behandlung aufgrund des frühen Eingreifens sinken. Als Folge können die Fallzahlen steigen - bei der Vergütung durch Fallpauschalen (case rates) zum Vorteil der Vertragspartei der Leistungserbringer, denn die zusätzlich diagnostizierten Fälle werden früher erkannt und deshalb im Durchschnitt (bis auf Ausnahmen) weniger schwerwiegend in ihrem Verlauf (Komplexität und Intensivität sinkt). Im Gegensatz dazu ist der Vorteil bei einer Vergütung durch Kopfpauschalen (capitation) auf der Seite der Kostenträger, soweit diese Maßnahmen nicht im Vertrag konkretisiert sind. Die Vergütung durch prospektiv kalkulierte Pauschalen ist unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der erbrachten Leistungen – ist keine eindeutige Vereinbarung über Maßnahmen der Früherkennung getroffen worden, sind dies zusätzliche Ausgaben für die Leistungserbringer. Da die frühzeitige Erkennung im Sinne der Patienten ist, sollten finanzielle Anreize für die Durchführung von Maßnahmen der Früherkennung geschaffen werden.

*Zeitdauer:* Die vertragliche Absicherung von Krankheitsrisiken und die damit verbundene Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen muss eindeutig durch einen Start- und Schlusspunkt definiert sein. Die Begrenzungskriterien können entweder klinisch oder durch ein einfaches Datum beschrieben werden. Der Vertrag ist durch jeden Netzwerkpartner mit einer Kündigungsfrist von sechs Monaten vor Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres kündbar. Wichtige Kündigungsgründe sind die Nichteinhaltung der Vertragspflichten oder der Wegfall der Voraussetzungen zur Teilnahme (Latz et al. 2005).

Zeitdauer

### *b. Vermindern von Risiken*

*Versicherungsklientel:* Sind Abweichungen der Versichertenpopulation hinsichtlich der durchschnittlichen Bevölkerung in Alter, Geschlecht und sozialem Status (Sozialindex) vorzufinden? Diese Parameter haben erheblichen Einfluss auf die Risiken. Als gute Risiken werden Individuen bezeichnet, deren Krankheits- und Administrationskosten unter dem durchschnittlichen Beitragssatz liegen. Als schlechte Risiken werden dementsprechend Individuen bezeichnet, deren Krankheits- und Administrationskosten über dem durchschnittlichen Beitragssatz liegen. Ein Vergütungssystem, das die Entlohnung der Gesundheitsleistungen nicht auf den Schweregrad der Krankheiten abstimmt, führt zu einer Strategie der Risikoselektion bei den Leistungserbringern. Für die Anbieter eines Versorgungsprogramms ist es betriebswirtschaftlich sinnvoll, wenn sich nur Patienten mit einem „guten Risiko“ einschreiben. Erschwerend kommt hinzu, dass Versorgungsprogramme mit einem außergewöhnlich großen Leistungsumfang und einer überdurchschnittli-

Versicherungsklientel



chen Leistungsqualität, vermehrt kostenintensive Patienten („schlechte Risiken“) anziehen. Der Zulauf kostenintensiver Patienten führt jedoch dazu, dass die Anbieter letztendlich für ihre überdurchschnittliche Leistung finanziell bestraft werden (Risiko der Kumulation kostenintensiver Patienten). Pauschale Vergütungen gewähren den Leistungserbringern einen manipulativen Spielraum, der zu Lasten der Versorgungsqualität geht und eine Unterversorgung hervorrufen kann. Ursachen sind die fehlende Leistungstransparenz und die hohe Varianz der Behandlungskosten. Daraus ergeben sich Anreize zur Risikoselektion, die bereits darin bestehen, dass Ärzte beobachtbare Eigenschaften ihrer Patienten kennen, die Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben, jedoch nicht durch ein Risikoklassifikationsmodell vollends abgebildet werden können. Hohe Risiken zu selektieren kann auch mit dem Hinweis auf eine hohe Komplikationsgefahr vorgenommen werden (Menzel 2006). Die prospektive Auszahlung von Beträgen für die Versorgung einer spezifischen Versichertenpopulation orientiert sich am durchschnittlichen Aufwand für die einzelnen Versicherten, so dass den Leistungsanbieter die Kostenstruktur der Patienten interessiert und geneigt ist, die Behandlungsintensität zu verringern. Die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Ärzte impliziert den Anreiz die Behandlungsintensität so gering als möglich zu halten, um einen höheren Gewinn zu realisieren.

Die Leistungserbringer stehen vor folgender Entscheidungssituation: Bei einem vergleichbar hohen Anteil von Versicherten mit einem schlechten Gesundheitszustand bieten sich drei Optionen. Entweder die Leistungserbringer investieren mehr Ressourcen (z.B. Zeit, Arzneimittel oder präventive Maßnahmen) in die Versorgung ihrer Patienten, verzichten auf Einkommen (die Patienten werden an andere Leistungserbringer verwiesen; Kostenverlagerung) oder enthalten ihren Patienten notwendige Leistungen vor. Zu diesen Fehlanreizen – und in der Folge der Risikoselektion – kommt es, wenn auf der Ebene des Netzwerkes der Leistungserbringer die Vergütung nicht an das tatsächliche Versorgungsrisiko des zu versorgenden Versichertenklientels (panel) angepasst wird.

Diese Vergütungsmodelle verlangen offenbar nach der Entwicklung von unterschiedlichen Methoden zur Anpassung der Höhe der Vergütung an die Risiken der Versichertenklientele (Risikoadjustierung). Der Vertrag sollte das Versichertenklientel (panel), deren Gesundheitszustand und Risikofaktoren konkretisieren. Damit soll der tatsächlichen Inanspruchnahme und dem zu erwartenden Ressourcenverbrauch Rechnung getragen werden.

*Risikoadjustierung:* Wie werden prognoserelevante Morbiditätsrisiken und Risikofaktoren identifiziert und gewichtet? Eine Methode zur Anpassung der Vergütungspauschale an den Gesundheitszustand des Versichertenklientels (panel) ist die Risikoadjustierung (Buchner et al. 2002). Hierunter versteht man die Einbeziehung der Morbiditätsstruktur einer Population zur Bewertung des Ressourcenverbrauches, der Qualität und der Outcomes der Leistungserbringung sowie zur Kalkulation der Pauschalen. Diese Methode basiert auf statistischen Verfahren, die Unterschiede in der Morbiditätsstruktur einer Population aufzeigen und die relevanten Risikofaktoren einer zukünftigen Inanspruchnahme ermitteln. Versicherte können einer bestimmten Risi-

**Risikoadjustierung**



kogruppe mit einem homogenen Ressourcenverbrauch zugeordnet werden (aktuarieller Ansatz, Zell-Ansatz). Die Risikogruppe bzw. deren durchschnittliche Ausgaben dienen als Basis zur Ermittlung der risikoadjustierten Kopfpauschalen. Im Gegensatz dazu können mit Regressionsmodellen auf Basis eines gegebenen Datensatzes Risikofaktoren identifiziert und Koeffizienten berechnet werden. Anhand dieser Koeffizienten werden die erwarteten Ausgaben prognostiziert und die Kopfpauschalen gewichtet. Die derzeit angewendeten Methoden haben eine stark differierende Abbildungs- und Prognosegenauigkeit. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Methode der Risikoadjustierung im Vertrag eindeutig zu regeln. Eine risikoadjustierte Pauschalvergütung ist ein Kompromiß zwischen effizienter Risikoallokation und effizienten Handlungsanreizen in der Integrationsversorgung (Schröder/ Ryll 2002). Auch wenn die Wichtigkeit dieser Methoden hinreichend beschrieben wurde, werden sie in der Praxis noch immer wenig eingesetzt - auch in den USA (Tucker et al. 2002).

*Erfolgsorientierte Vergütung:* Wie können Kostenträger Anreize für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung vermitteln? Im Kontext dieses Vergütungsansatzes ist die Höhe der Vergütung von erfolgsorientierten Kriterien abhängig, die sowohl an den wirtschaftlichen Erfolg aber auch an die Qualität der Versorgung anknüpfen. Das Prinzip der Erfolgsorientierung ist bei allen Vergütungsformen (Einzelleistung, Fallpauschale und Kopfpauschale) einsetzbar. Der Leistungserbringer erhält eine Grundvergütung und kann im Erfolgsfall zusätzliche Einkünfte erzielen. Im Rahmen der erfolgsorientierten Vergütung gilt es, die folgenden Fragen zu klären (A-melung/ Schumacher 2004; Kongstvedt 2001):

**erfolgsorientierte  
Vergütung**

- Was wird unter einem Erfolg (performance) der medizinisch-pflegerischen Prozesse verstanden (medizinischer Erfolg und/ oder wirtschaftlicher Erfolg)?
- Stehen Indikatoren zur Messung der Erfolgsindikatoren (performance indicators) zur Verfügung oder müssen diese entwickelt werden?
- Können diese anhand eines Punktesystems (scores) gewichtet werden?
- Wie können die gewichteten Indikatoren monetär bewertet werden?

### c. Überwälzen von Risiken

*Vergütungsansätze:* Wie werden die Leistungen vergütet? Erfolgt die Vergütung durch Kopfpauschalen (capitation), Fallpauschalen (case rates) oder durch eine Einzelleistungsvergütung (fee for service)? Neben der Versorgungsfunktion übernehmen die Leistungserbringer bei der Vergütung über Pauschalen auch einen Teil der Versicherungsfunktion. Bei prospektiv kalkulierten Pauschalen tragen die Leistungserbringer bzw. das Netzwerk der Leistungserbringer einen Teil des Morbiditätsrisikos, d.h., dass die Gewinnchancen aber auch die Verlustrisiken nie genau vorherzusehen sind. In Deutschland kann man davon ausgehen, dass die meisten Unternehmen in

**Vergütungsansätze**



der Anfangsphase nicht über ausreichende finanzielle Möglichkeiten verfügen, um diese Versicherungsfunktion vollständig zu tragen.

*Rückversicherung:* Wie werden Hochrisiken aufgefangen? Ein weiteres Instrument zur Modifikation der vertraglichen Vereinbarungen ist die Rückversicherung. Auch sehr aufwendige risikoadjustierte Kalkulationsmodelle können einen beträchtlichen Anteil der zufällig entstehenden Gesundheitsausgaben eines Versicherten nicht prognostizieren. Mit Hilfe einer Rückversicherung können potentielle Verlustrisiken eines Versorgungsvertrages limitiert werden. Die Organisation der Leistungserbringer kann mit den Kostenträgern oder einem auf Rückversicherungen spezialisierten Versicherungsunternehmen über Verträge verhandeln, die entweder das Risiko eines einzelnen Patienten (auf Basis der Diagnose) oder das Risiko einer Versichertenpopulation (auf Basis der Ressourcenverbräuche) limitieren. Die Rückversicherung unterstützt das Management bei der Risikosteuerung, da so die Höhe der erwarteten Risiken (potentielle Verluste) auf ein akzeptables Niveau reduziert werden kann. Damit Rückversicherungen für Versorgungsprogramme angeboten werden können, bedarf es hinreichender Informationen über die Morbiditäts-, Prozess- und Strukturrisiken. Diese werden aus empirischen Daten der Vergangenheit gewonnen. Diese Daten liegen derzeit für kommerzielle Anbieter nicht vor. (Die Datensätze, welche durch das Bundesversicherungsamt (BVA) für die Erprobung der Risikoadjustierung innerhalb des Morbi-RSA zusammengetragen wurden, wären für diese Zwecke ausreichend). Zur Situation in Deutschland kann jedoch angemerkt werden, dass die Risiken bis heute - abgesehen von den sektorenspezifischen Budgets - durch die Krankenkassen getragen werden.

Rückversicherung

*Stopp-loss Vereinbarungen:* Wie werden die Kosten von besonders teuren Erkrankungen auf die Kostenträger umgewälzt? Da das zukünftige Verlustrisiko eines Anbieters der Integrierten Versorgung sowohl aus dem Risiko ineffizienter Versorgungsprozesse als auch aus dem Auftreten von teuren und aufwendigen Krankheiten resultiert, wäre es denkbar, dass die Kassen weiterhin das Risiko zufällig auftretender schwerer und teurerer Erkrankungen, im Sinne einer Stop-loss Vereinbarung (reinsurance thresholds) tragen. Die Krankenkassen übernehmen damit die Funktion des Rückversicherers für die Hochrisiken schwerer Erkrankungen. Konkret: Die Kassen tragen ganz oder teilweise die Mehrkosten bei teuren Einzelfällen (outlier), z.B. bei schwer- und chronisch Kranken, sobald diese eine vertraglich vereinbarte Obergrenze überschreiten (z.B. über 20.000 Euro pro Patient und Jahr). Bei Überschreitung einer bestimmten Obergrenze werden diese aus einem dafür vorgesehenen Fond gedeckt. Diese Art der Rückversicherung hat keinen negativen Einfluss auf die Anreizstrukturen.

Stopp-loss  
Vereinbarungen

*Vereinbarungen über Carve-Outs:* Wie können die Kostenschwankungen (Volatilitäten) begrenzt werden? Ein Vertrag mit geringer Inanspruchnahme (Frequenz) aber daraus resultierenden hohen Kosten (Intensität), wird höhere Risiken durch die Volatilität der Kosten haben als einer, der diese Behandlungs- und Versorgungsprozesse nicht abdeckt. Bei einem Vertrag, der nur diese kostenintensiven Therapien beinhaltet, kann von einer hohen Volatilität der Kosten ausgegangen werden. Bei extrem hohen Kosten mit geringer Vo-

Vereinbarungen  
über Carve-Outs



latilität für eine geringe Anzahl von Patienten, die wiederum spezialisierte Fachkräfte benötigen, werden sogenannte carve-outs vereinbart. Diese Form der Absicherung ist eine Kombination aus diagnosbasierter Risikoadjustierung und einer stop-loss Vereinbarung (Tucker et al. 2002). Der Patient oder die Dienstleistungen werden außerhalb des vereinbarten Versorgungsvertrages versorgt bzw. erbracht. Die Kosten für diese vorab spezifizierten Behandlungsfälle werden nicht im Rahmen der globalen Kopfpauschale, sondern separat auf Basis einer retrospektiven Kalkulation übernommen. Die Leistungen können dann wiederum über die Einzelleistungsvergütung, Fall- oder spezifische Kopfpauschale vergütet werden.

*Beteiligungen an Gewinn oder Verlust:* Wie können die Anreize gesteuert werden? Für Verträge, die eine Beteiligung am Einsparvolumen (shared-savings contracts) vorsehen, ist die Kalkulation eines Mindestumsatzes bzw. ein Prognosemodell der Einnahmen und Ausgaben (Vergütungspauschalen vs. prognostizierte Behandlungskosten) von großer Bedeutung. Je genauer und verlässlicher die Prognoseergebnisse, desto aufwendiger ist die Ermittlung und Auswertung. Aus diesem Grund sollten die Prognosen sehr genau auf die Vertragsinhalte fokussiert sein. Zu Beginn sollten die Ergebniskriterien (performance indicators) als Zielkriterien definiert werden. Diese Vertragsart beinhaltet damit zusätzliche Anforderungen. Bereits der Name impliziert, dass Einsparungen erwartet werden. Nur wenn die Leistungserbringer in der Lage sind, die gleichen Versorgungsleistungen in vergleichbarer Qualität und gleichem Umfang anzubieten, ist es möglich Einsparungen für das gesamte Versorgungssystem zu erwirtschaften. Die Risiken (Morbiditäts-, Inanspruchnahme- und Preisrisiken etc.) des Versorgungsvertrages sind jedoch weiterhin existent und müssen auch weiterhin von einer der Vertragsparteien getragen werden. Da die Qualitäts-, Leistungs- und Ergebniskriterien die Schlüsselfaktoren des Vertrages sind, gilt es diese ausführlich zu verhandeln. Erst wenn diese klar und einvernehmlich definiert sind, werden indikationsspezifische Leistungskriterien, Qualitätskriterien und finanzielle Ergebniskriterien als Basis für die Feststellung der Einsparungen festgelegt.

Beteiligungen an Gewinn oder Verlust

*Risikopools und Verfahren der Risikoteilung:* Wie können Kostenträger das Risiko von Mehrausgaben anreizgerecht vermindern? Leistungserbringer, die durch eine Capitation vergütet werden, tragen nur für jene Leistungen die Budgetverantwortung, die auch durch die Capitation abgedeckt sind. Zwei gängige Verfahren der Einrichtung von Risikopools (capitation pools) und der Risikoteilung (withholds) dienen der Überwälzung von Risiken für die Leistungserbringer. Risikopools und withholds können auch mit anderen Vergütungsformen zur Anwendung kommen. Nach Untersuchungen von Hillman, Welch und Pauly (1992) wurde in den HMOs festgestellt, dass der Risikopool bei einer Vergütung nach Capitation größer ausfiel als bei anderen Vergütungsformen (Kane 1998; Wrightson 2002). Risikopools sind in der Regel gesonderte Budgets für nicht primärärztliche Leistungen des Primärarztes, z.B. Facharzt-, Krankenhaus- und Annexleistungen (Amelung/ Schumacher 2004). Versicherer verteilen pro Jahr eine bestimmte vorher festgelegte Summe auf jeden Risikopool, um die geschätzten Leistungsausgaben zu decken, jedoch nicht die tatsächlichen Ausgaben der Leistungserbringung, d.h. die Summe umfasst nicht den Betrag der ausgezahlten Capitation (Kane

Risikopools und Verfahren der Risikoteilung



1998). Diese Budgets werden aus den Kopfpauschalen der jeweiligen Leistungen zurückbehalten und dienen dem Risikoausgleich. Wenn die tatsächlichen Ausgaben unterhalb des leistungsspezifischen Budgets bleiben, werden die Einsparungen zuerst für den Ausgleich der Defizite der anderen Budgets herangezogen. Verbleibende Überschüsse werden an die Leistungserbringer ausbezahlt, die einen positiven Saldo in ihren Budgets ausweisen. Ähnlich wird bei der Risikoteilung (withholds) verfahren. Hier wird ein bestimmter Prozentsatz der Kopfpauschalen einbehalten. Versicherer halten diesen Betrag zurück, um am Ende des Jahres eventuell fehlende Beträge des Risikopools zu decken. Mit diesem Budget können Mehrausgaben für unvorhersehbare Leistungen oder Leistungen außerhalb der Netzstruktur finanziert werden. Hierbei handelt es sich um Risikostrategien für die Kostenträger bzw. des Netzwerkes der Integrierten Versorgung gegenüber den einzelnen Leistungserbringern (Kongstvedt 2001).

### *d. Risiken selbst tragen*

Nachdem die vermeidbaren Risiken unterbunden oder vermindert und die Hochrisiken überwältigt worden sind, können die Leistungserbringer die verbleibenden Morbiditätsrisiken übernehmen. Die Übernahme von Risiken sollte allerdings nur erfolgen, wenn diese kalkulierbar sind und durch entsprechende risikoäquivalente Prämien entlohnt werden. Aus der Perspektive der Kassen reduzieren sich die Geschäftsrisiken, da der Abschluss eines pauschalisierten Vertrages die Notwendigkeit des Leistungsmanagements und die Kontrolle der Leistungserbringer reduziert. Ein großer Teil der Risiken, aufgrund einer volatilen Inanspruchnahme, kann auf die Organisation der Leistungserbringer übertragen werden. Diese Tatsache muss jedoch in zusätzlichen Prämien bzw. Vergütungsanteilen der Leistungserbringer resultieren.

Übertragung der Restrisiken auf die Leistungserbringer

## 4.3 Risikokontrolle: Controlling und Evaluation

### *a. Controlling: Kennzahlen und Benchmarks*

Die evidenzbasierte Medizin (EBM) ist ein wesentlicher Aspekt bei der Kontrolle der Versorgungsrisiken. Mit standardisierten medizinischen Reviews und standardisierten ökonomischen Reviews sowie evidenzbasierten Leitlinien kann der Grundstein für die Bewertung der Versorgungsprozesse gelegt werden. Wichtige Bestandteile des Risikomanagements sind die Plan- und Kennzahlen, die eine erfolgreiche Durchführung der Versorgungsprozesse belegen. Diese Indikatoren (performance indicators) oder Vergleichszahlen (benchmarks) sind die Basis für die Überprüfung des Erfolges eines Versorgungsvertrages. Sie erlauben einen Vergleich der tatsächlichen Ergebnisse (Ist-Zahlen) mit den angestrebten Ergebnissen (Plan- oder Soll-Zahlen) (ausführlich: Penner 2004, S. 86-107). Diese Informationen sollten die klinischen, finanziellen und administrativen Anforderungen widerspiegeln:

Basis des Risikomanagements:  
Plan- und Kennzahlen





- Zusammensetzung der Versichertenklientele nach Alter, Geschlecht, Sozialindex und Morbidität,
- Anteil der Bevölkerung, welcher durch vereinbarte Spezialleistungen erreicht wurde (z.B. durch Früherkennungsmaßnahmen, Screening),
- Inanspruchnahme wichtiger Leistungsbereiche, insbesondere jener Sektoren deren Inanspruchnahme im Erfolgsfall reduziert werden soll,
- Ausgaben/ Kosten der Versorgung (z.B. Kosten pro behandeltem Patient, gemäß des Erkrankungstypus und Schweregrad),
- Effizienz der administrativen Tätigkeiten (Kosten pro Patient oder pro Euro Umsatz),
- Dokumentation der Qualität klinischer Leistungen anhand vergleichbarer Qualitätsindikatoren.

Der Schlüssel zu einem erfolgreichen Risikomanagement in der Gesundheitsversorgung ist das Wissen über die administrativen und klinischen Prozesse. Nur durch das Verständnis über die dynamischen Versorgungsprozesse ist das Management in der Lage angemessene Entscheidungen treffen zu können. Hierzu bedarf es eines umfassenden Informationsmanagement über die klinischen, administrativen und finanziellen Prozesse bei der Leistungserbringung in der Integrierten Versorgung (für weitere Ausführungen: Wrightson 2002). Das Informationsmanagement kann organisatorisch durch Informationen aus dem Qualitätsmanagement (quality management), von einem Gatekeeper (gatekeeping) oder Case Manager (case management) und dem Utilization Management bzw. –Review (concurrent review, retrospective review) unterstützt werden.

**Schlüssel zum Erfolg : Wissen über Prozesse**

### *b. Informationsmanagement: Informationstechnologie und IT Ressourcen*

Die Vision der Integration von Versorgungsleistungen sollte sich nicht nur in der strategischen Ausrichtung der Netzwerkorganisationen und den operativen Prozessen der Gesundheitsversorgung niederschlagen, sondern auch in den Ansprüchen an die Informationstechnologie. So kann die Integrierte Versorgung zusätzlich unterstützt werden (Kissinger/ Borchardt 1996). Dabei gilt es die Komplexität dieser Aufgabe zu beachten. Die Komplexität bei der Bereitstellung von Dienstleistungen der Integrierten Versorgung hat mehrere Gründe:

**Komplexität und Unterstützung der Integrierten Versorgung**

- Die Dienstleistungen werden durch mehrere, zum Teil unabhängige, Leistungserbringer erbracht (mit stark divergierender Ausstattung an Hard- und Software).
- Öffentliche und privatwirtschaftliche Unternehmen mit unterschiedlich karitativer oder wettbewerblicher Ausrichtung können am Netzwerk beteiligt sein. (Die Zielsetzungen der unternehmerischen Tätigkeit können sich erheblich unterscheiden, insofern sind die benötigten Informationen unterschiedlich.)
- Ärzte, Pflegekräfte und andere Heil- und Hilfsberufe beeinflussen sehr stark die Definition und Ausführung ihrer Aufgaben. (Unabhängige Leistungserbringer sehen sich als eigenverantwortliche Entität des Netzwerkes.)



- Die Definition der Aufgabenstellung und die Zielsetzung bei der Durchführung der medizinisch-pflegerischen Maßnahmen sind nur sehr schwer im Voraus zu dokumentieren. (Im konkreten Versorgungsfall ist es schwer konkrete und handlungsleitende Richt- und Leitlinien vorzugeben.)
- In den meisten Ländern erfährt die Gesundheitsversorgung eine fundamentale Restrukturierung. (Neue Organisationsformen können erst über die Jahre Informationen generieren, trotzdem bedarf es entscheidungsrelevanter Informationen um den Ausbau eines Netzwerkes vorantreiben zu können.)

Bezogen auf die Organisationen der Leistungserbringer sollen Informationstechnologien zukünftig die finanziellen und qualitativen Ergebnisse der Leistungsprozesse quantifizieren. Mit Hilfe dieser Informationen wird das Management in die Lage versetzt, die Versorgungsprozesse effektiver zu gestalten. Die Versicherten bekommen zudem die Möglichkeit, sich die besten Leistungserbringer auszuwählen (Smith 2000). Die Bereitstellung von relevanten Informationen und Daten muss durch geeignete Informations- und Kommunikationstechnologien unterstützt werden. Dies führt in der Realität zu Problemen, da die unterschiedlichen Leistungserbringer zum Teil mit unterschiedlichen Softwaresystemen und Hardware von unterschiedlichen Anbietern arbeiten (Kissinger/ Borchardt 1996). Spezialisierte Software muss eingesetzt werden, um die großen Datenmengen der medizinischen und administrativen Prozesse zu dokumentieren und zu verarbeiten. Des Weiteren sind Prognose- und Analyseinstrumente notwendig, um die Versorgungsrisiken zu identifizieren, zu steuern und zu kontrollieren. Das Management der Integrierten Versorgung muss in der Lage sein, Entscheidungen über den Preis bzw. die Vergütungsraten der angebotenen Leistungen zu treffen, die Wirtschaftlichkeit der angebotenen Leistungen zu bewerten sowie Information über die Risiken zur Verhandlung anstehender Bevölkerungsgruppen zu generieren. Dies ist mit Hilfe eines Management Informationssystems (MIS) zu gewährleisten (Wrightson 2002). Die Kostenträger und auch das Management der Integrierten Versorgung sollten in der Lage sein, klinische und finanzielle Kennzahlen über die gesamten Versorgungsleistungen zu erfassen und zu bewerten (z.B. für klinische Kennzahlen: Prozentzahl der Diabetes Patienten, die spezielle Aufklärungsgespräche in Anspruch nehmen; z.B. für finanzielle Kennzahlen: Kosten pro Patient nach Komplexitätsgrad oder Risikograd). Bei der Integrierten Versorgung sollte die Betrachtung die gesamten Versorgungsprozesse, mindestens aber die kostenintensiven Prozesse, einschließen. Diese Betrachtung sollte über größere Zeiträume erfolgen, da der Erfolg bestimmter Interventionen (z.B. präventiver Dienstleistungen) oftmals erst nach mehreren Betrachtungsperioden sichtbar wird und die Erfolge eventuell in verschiedenen Leistungseinheiten bzw. Sektoren anfallen können. Eine ausführliche Darstellung des Informationsmanagement in der Gesundheitsversorgung findet sich in Smith 2000.



### c. Evaluation: Erfolg von Verträgen und Programmen

Jeder Vertrag über eine Integrierte Versorgung beinhaltet sowohl für die Kostenträger als auch für die Leistungserbringer Herausforderungen, ohne dass es hinreichende Erfahrungswerte auf beiden Seiten geben würde. Diese Herausforderungen sind klinischer, administrativer oder finanzieller Art. Gerade die Zielkrankheiten mit enorm differierenden Behandlungsstrategien (treatment pathways), hoher Volatilität in der Inanspruchnahme und stark variierenden Kosten stellen erhebliche Herausforderungen für diese innovative Versorgungsform dar. Erfolgreiche Versorgungsverträge garantieren eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung, die Zufriedenheit der Versicherten und ermöglichen einen ausreichenden Zugang zu den Versorgungsleistungen. Bei den meisten Krankheiten sind eine rechtzeitige Früherkennung und entsprechend aufbauende Versorgungsprozesse notwendig. Verträge, die keinen ausreichenden Zugang gewährleisten, schlechte medizinische Ergebnisse (Outcomes) produzieren und hohe administrative Kosten verursachen, resultieren auch in Image- und Absatzproblemen für die Kostenträger.

Herausforderungen  
an die Integration

Bevor eine Beurteilung des Erfolges durchgeführt werden kann, müssen die Erfolgsparameter definiert werden. Zudem sollten die Vertragspartner bereits vorab die finanziellen und klinischen Risiken eines Versorgungsprogrammes analysieren und sich Optionen frei halten, die ihre unternehmerischen Risiken absichern. Zu einem späteren Zeitpunkt kann der Erfolg anhand der Beherrschung der finanziellen Risiken, der Kundenzufriedenheit und durch die Einhaltung spezieller Qualitätsparameter gemessen werden. Neben quantitativen Methoden sollten auch qualitative Methoden eingesetzt werden. Versorgungsverträge und –programme können anhand der folgenden Parameter evaluiert werden:

Voraussetzungen  
und Möglichkeiten  
zur Evaluation

- **Medizinische Qualität:** Die Medizinische Qualität (outcomes) muss durch die Maßnahmen und Dienstleistungen der Integrierten Versorgung gesteigert oder zumindest beibehalten werden. Die Qualitätsmessung kann mit Hilfe von Qualitätsindikatoren (performance indicators) durchgeführt werden. Diese Indikatoren lassen sich zu externen Vergleichen heranziehen, können aber auch für das interne Qualitätsmanagement herangezogen werden.
- **Kundenzufriedenheit:** Die Krankenkasse, aber auch die Leistungserbringer, sind darauf angewiesen, dass die Versicherten die alternativen Versorgungsprogramme annehmen und positiv beurteilen. Es gilt zu überprüfen, ob der Patient alle notwendigen Leistungen erhalten hat, wie der Versicherte die Betreuung beurteilt und ob er der Meinung ist, dass ihm Leistungen vorenthalten wurden. Die Patientenzufriedenheit wird durch ein reibungsloses und umfassendes Management der Versorgungsprozesse verbessert. Die Kundenloyalität gegenüber der Krankenkasse wird durch die administrativen Prozesse bei der Abwicklung beeinflusst. Die Messung der Kundenzufriedenheit erfolgt über Patienten- oder Versichertenbefragungen (Surveys). Diese Umfragen können flächendeckend oder regional erfolgen. Eine Befragung



bei Ein- oder Austritt der Versicherten gibt Aufschluss darüber, welche Parameter die Entscheidung zum Wechsel beeinflussen.

- *Finanzieller Erfolg:* Die Restrukturierung der Versorgungsabläufe, neue Dienstleistungen und der Aufbau neuer Organisationsformen bedarf hoher Investitionen. Aus der betriebswirtschaftlichen Perspektive bedarf es der Analyse des Returns on Investment (ROI), d.h., die eingesetzten Mittel müssen durch das Dienstleistungsangebot der Integrierten Versorgung erwirtschaftet werden. Investitionen zum Aufbau der Integrationsversorgung werden nicht unmittelbar zu Erträgen führen, vielmehr gilt es aus einer gesellschaftlichen Perspektive die Einsparungen für ein bestimmtes Versichertenklientel zu quantifizieren. Der Messansatz für den finanziellen Erfolg kann sich auf die Dokumentation von Einzelfällen, der Kostenentwicklung vergleichbarer Versichertenpopulationen oder auf den Ressourceneinsatz spezieller Versorgungsprozesse beziehen.
- *Bereinigung um Risikofaktoren:* Um tatsächliche Qualitäts-, Zufriedenheits- und Kosteneffekte nachweisen zu können, bedarf es der Bereinigung der Daten um Risikofaktoren. Die Unterschiede zwischen Versorgungsprogrammen bzw. Versorgungsverträgen hinsichtlich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Kosten lassen sich erst nach einer Bereinigung dokumentieren. Erst dann kann deutlich gemacht werden, welchen Einfluss einerseits die Risikofaktoren und andererseits die Versorgungsform als solche haben.

Diese Informationen aus der Evaluation eines Versorgungsprogrammes können dann als Basis für eine ergebnisorientierte Vergütung dienen. Auch im Interesse der Patienten sollten die Kosten und Effekte der Versorgungsprogramme bzw. der Vertragsgestaltung auf die klinische Qualität der Versorgung und die Patientenzufriedenheit evaluiert werden.

## 5. Chancen und Risiken durch eine prospektive Pauschalvergütung

Umfassende Leistungskomplexe erfordern eine verantwortliche Leistungssteuerung über alle arbeitsteiligen Prozesse. Die Diversifikation der Kernkompetenzen bei der Leistungserbringung erfordert eine Abstimmung der Leistungen – die Übernahme der Gesamtverantwortung über den gesamten Behandlungsverlauf schafft weiteres Potential zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit. Wenn größere Leistungskomplexe durch Pauschalen vergütet werden, haben die Leistungserbringer größere Einflußmöglichkeiten zur effizienten Leistungsbereitstellung und –erbringung. Die Produktivität kann mit Hilfe von Skaleneffekten und Innovationen gesteigert werden. Mit Hilfe dieser Gestaltungsmöglichkeiten kann der Gewinn des Netzwerkes, die Einkommen der Leistungserbringer und/oder die Bonuszahlungen an die Versicherten gesteigert werden (Schräder/Ryll 2002, S. 21). Mit dem Grad an Pauschalierung von Leistungseinheiten wird indirekt auch das Maß für die



Kosten- und Risikoteilung zwischen den Vertragspartnern bestimmt. Wächst der Pauschalierungsgrad der Vergütung erhöhen sich sogleich die abzudeckenden Risiken der Versichertenpopulation. Die Risiken steigen mit abnehmender Zahl zu versorgender Versicherter. Das Problem der Unterversorgung und Risikoselektion bei der Vergütung über Kopfpauschalen ist ernst zu nehmen, dennoch ist fraglich, inwieweit der Versicherte bei einem Wettbewerb der Anbieter Qualitätsmängel toleriert. Die Konkurrenzsituation führt zu einem Qualitätswettbewerb, denn das Akzeptanzniveau für innovative Versorgungsformen ist durch die Erwartung an die Versorgungsqualität bestimmt (Andersen/Schwarze 2002). Gegen die Bevorzugung bestimmter Versicherten- bzw. Patientengruppen (Risikoselektion) und für eine leistungsgerechtere Vergütung der Leistungserbringer spricht die Adjustierung des Versichertenrisikos nach Morbiditätskriterien. Verbleibende Fehlanreize durch die Risikounterschiede zwischen Fallpauschale und Capitation können durch Risiko-prämien kompensiert werden. Nur mit Hilfe der Risikominimierung anhand eines gezielten Risikomanagements kann das Ziel der Integrierten Versorgung einer bedarfsgerechten Rundumversorgung sichergestellt und der Erfolg bewertet werden. Die Erfahrungen in den USA – Managed Care Backlash – müssen in Deutschland nicht wiederholt werden.



### **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)



## **6. Literaturverzeichnis**

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

**Andersen, H.H./ Schwarze, J. (2002):** Zur Akzeptanz integrierter Versorgungsmodelle, in: Preuß, K.-J., Rübiger, J., Sommer, J. (Hrsg.): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, Schattauer, Stuttgart, New York, S. 20-36.

**Baldwin, A. L. (1999):** Financial and Risk Consideration for Successful Disease Management Programs. In: Managed Care Magazine. Nov. 1999. S. 52-65 (URL:[www.managedcaremag.com/archives/9911/9911.cancer\\_dm.html](http://www.managedcaremag.com/archives/9911/9911.cancer_dm.html), Stand: 14.12.03)

**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

**Hillman, A.L./ Welch, W.P./ Pauly, M.V. (1992):** Contractual Arrangements between HMOs and Primary Care Physicians. Medical Care, 30 (2), pp. 136-148.

**Kane, C.K. (1998):** Financial Risk and Physician Treatment Patterns, Policy Research Perspectives, American Medical Association [Url: <http://www.ama-assn.org/ama/upload/mm/363/prp981.pdf>].

**Kipp, R. A./ Towner, W. C./ Levin, H. A. (1997):** Financial and Actuarial Issues. In: Todd, W. E./ Nash, D. (1997): Disease Management: a system approach to improving patient outcomes. American Hospital Publishing: Chicago, S. 87-136

**Kissinger, K./ Borchardt, S. (1996):** Information Technology for Integrated Health Systems. The Ernst & Young Information Management Series. John Wiley & Sons Inc.: New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore

**Kongstvedt, P. R. (2001):** The Managed Health Care Handbook. 4<sup>th</sup> Edition. An Aspen Publication

**KVB (2006):** Informationen zur Integrierten Versorgung nach §§ 140a-d SGB V. [URL: <http://www.kvb.de/servlet/PB/show/1105190/IV-140a-230306.pdf>, Stand: 23.03.04].

**Latz, V./ Hefner, H./ Klitza, K./ Schnettger, K./ Riedel, R. (2005):** Muster für einen IGV-Vertrag, in: Riedel, R./ Schmidt, J./ Hefner, H. (Hg.): Leitfaden zur Integrierten Versorgung aus der Praxis. Rechtliche Grundlagen, Pfaderstel-



lung, Konzeption, Erfahrungsberichte und Mustervertrag, Version 3.0  
[[http://www.bkk-nrw.de/projekte/leitfaden\\_integrierte\\_versorgung/download/leitfaden\\_integrierte\\_versorgung.pdf](http://www.bkk-nrw.de/projekte/leitfaden_integrierte_versorgung/download/leitfaden_integrierte_versorgung.pdf)].

**Menzel, K. (2006):** Der Markt für Informationen über die Qualität medizinischer Leistungserbringer. Otto-Wolff-Institut Discussion Paper 4/2006 [Url. [http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWI\\_WO\\_DP\\_4\\_2006.pdf](http://www.otto-wolff-institut.de/Publikationen/DiskussionPapers/OWI_WO_DP_4_2006.pdf)].

**Penner, S. J. (2004):** Introduction to Health Care Economics & Financial Management: Fundamental Concepts with Practical Applications. Lippincott Williams & Wilkins Publishers: Philadelphia

**Schröder, W. F./ Ryll, A. (2002):** Pauschalierende Vergütung in der Integrierten Versorgung. [URL:[http://www.iges.de/content/e72/e251/e549/schraeder-ryll-2002\\_ger.pdf](http://www.iges.de/content/e72/e251/e549/schraeder-ryll-2002_ger.pdf), Stand: 28.04.04]

**Smith, J. (2000):** Health Management Information Systems. A Handbook for Decision Makers. Open University Press: Buckingham, Philadelphia

**Tucker, A./ Weiner, J./ Abrams, C. (2002):** Risk Adjustment Methods. In: Wrightson, C. W.: Financial strategy for managed care organizations: rate setting, risk adjustment and competitive advantage. Health Administration Press: Chicago, Illinois

**Weichert, T. (2004):** Datenschutz und integrierte Versorgung – sichere und akzeptierte Datenkommunikation im Bereich der Integration. Beitrag zum 2. Lübecker Symposium Integrierte Versorgung (<http://www.datenschutzzentrum.de/medizin/arztprax/integrierteversorgung.htm>)

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