



Health System Watch

Demenzversorgung in Europa Evidenz der Ärztevergütung: Streiflichter neuer Erkenntnisse

Thomas Cypionka, Markus Kraus, Gerald Röhrling, Monika Riedel, Andreas Goltz*

Demenzversorgung in Europa

Die Zahl der demenzkranken Personen wird sich bis 2040 allein in Westeuropa verdoppeln, was nicht nur die Pflegesysteme vor eine große Herausforderung stellen wird. Das Konzept der Integrierten Versorgung hilft die Barrieren, welche aufgrund der fragmentierten Versorgung in vielen europäischen Ländern existieren, zu überwinden. Da demenzkranke Personen so lang wie möglich zu Hause gepflegt und betreut werden sollen, liegt die Hauptlast der Pflege meist bei den nahen Angehörigen. Trotz der damit einhergehenden finanziellen, aber auch physischen und psychischen Belastung für pflegende Angehörige sind Unterstützungsmaßnahmen für sie nur in den wenigsten europäischen Ländern in hinreichendem Maße vorhanden. Im Großteil der europäischen Länder fehlt es an ausreichenden Kapazitäten von teilstationären Betreuungseinrichtungen, in Osteuropa sind mobile Dienste oftmals nur unzureichend verfügbar. Für die Behandlung, Pflege und Betreuung von Demenzkranken wendete Europa im Jahr 2005 120 Milliarden US-Dollar auf.

Evidenz der Ärztevergütung

Zahlreiche theoretische und empirische Arbeiten beschäftigen sich mit der Ärztevergütung, welche ein wesentlicher Faktor ist, Über- und Unterversorgung zu vermeiden. Es besteht ein klassischer Trade-off zwischen Effizienz und Versorgungsgerechtigkeit, den es zu optimieren gilt. Das Verständnis für die komplexe Interaktion zwischen Arzt, Patient und Versicherung steigt und nimmt auch zunehmend auf die Heterogenität der Ärzteschaft und der Patienten Rücksicht, während diese in den einheitlichen Vergütungssystemen der heutigen Gesundheitssysteme zu wenig Niederschlag findet. Lösungsansätze sind möglicherweise „Pay-for-performance“ sowie sektorenübergreifende, komplexe Vergütungsschemata.

Demenzversorgung in Europa

Einleitung

In Österreich und ganz Europa stellen die über 60-Jährigen einen immer größeren Anteil der Bevölkerung. Statistik Austria hat hierzu Berechnungen veröffentlicht, welche einen Rückgang der österreichischen Bevölkerung im Erwerbsalter von derzeit knapp 62 Prozent auf nur noch 54 Prozent im Jahre 2040 prognostizieren. Im gleichen Zeitraum wird ein Zuwachs um 10 Prozentpunkte auf 33 Prozent der über 60-Jährigen erwartet.¹ Das stellt nicht nur Österreich, sondern alle entwickelten Volkswirtschaften vor einige Herausforderungen. Die Pflegesysteme sind ein Bereich, der

* Alle: Institut für Höhere Studien
Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.cypionka@ihs.ac.at.
Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

1 Vgl. Statistik Austria: Bevölkerungsprognose 2009:
http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_bevoelkerungsprognose_-_oesterreich_027308.pdf
Letzter Zugriff: 20. 10. 2009.

Demenzversorgung in Europa

Evidenz der Ärztevergütung



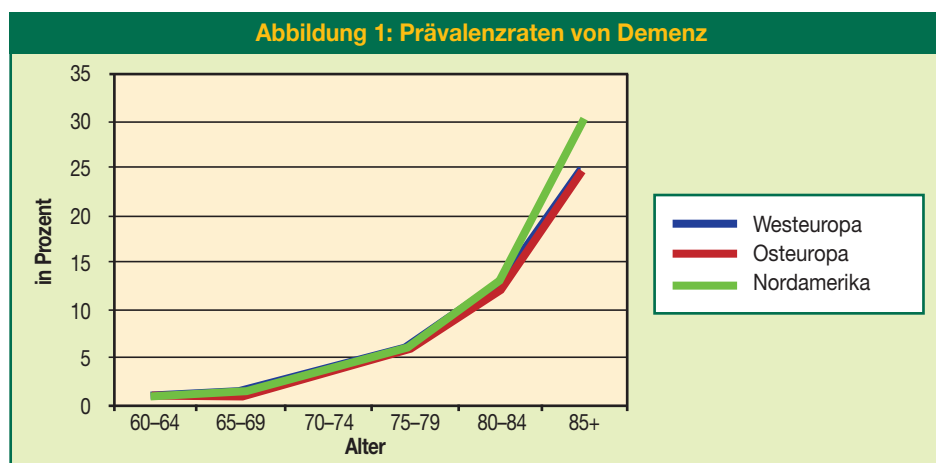


besonders von dieser Entwicklung beeinflusst ist, weil der Pflegebedarf mit dem Alter stark ansteigt. Erschwerend kommt hinzu, dass mit dem Alter auch das Auftreten von Demenzen zunimmt. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten der WHO, ICD-10 (Diagnosefallgruppe F00-F03), definiert Demenz wie folgt: „Ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“² Das Syndrom kann mehrere Ursachen haben. Die bekannteste, Morbus Alzheimer, ist auch die mit Abstand häufigste und tritt vorwiegend jenseits des 65. Lebensjahrs auf. Unter Alzheimer versteht man einen schleichenden, degenerativen Prozess weiter Teile des Gehirns, der charakterisiert ist durch plaqueförmige Ablagerungen und Neurofibrillenveränderungen. Die Ursachen für die Erkrankung sind noch nicht völlig klar, aber es konnte der Einfluss von Faktoren wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Bildung und Genetik nachgewiesen werden.³ Die vaskuläre Demenz ist eine Folge von vielen kleinen, oftmals zunächst sogar unbemerkten Gehirnfarkten oder Hochdruckschäden. Sie tritt eher im hohen Alter auf.⁴ Selbstverständlich findet man auch Mischformen. Daneben gibt es noch sekundäre Demenzen wie Morbus Pick oder die Demenz im Zuge des Morbus Parkinson (welche klinisch ebenfalls den degenerativen Demenzen zugeordnet werden). Der zeitliche Ablauf bzw. das Auftreten der Kardinalsymptome Gedächtnisstörung, Aphasie, Apraxie, Agnosie und des dysexekutives Syndrom bzw. der damit verbundenen Persönlichkeitsveränderungen unterscheidet sich bei den einzelnen Demenzformen und teilweise auch interindividuell. Eng verbunden mit dem Fortschreiten der Erkrankung ist aber immer ein steigender Pflegebedarf.

Prävalenz und Inzidenz

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Studien⁵ zu diesem Thema publiziert. Ferri et al. (2005)⁶ haben eine Studie zur globalen Prävalenz und Inzidenz von Demenz erarbeitet und kommen zu folgenden Ergebnissen: Während die Prävalenzraten, also der prozentuale Anteil von Erkrankten in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, mit dem Alter stark ansteigt, so zeigen sich doch deutliche Unterschiede in der Höhe des Anstiegs (vgl. Abbildung 1). Die Prävalenzraten der über 85-Jährigen aus Nordamerika (30,1 Prozent) liegen etwas über denen aus Europa (24,7 Prozent), wobei es zwischen West- (24,8 Prozent) und Osteuropa (24,6 Prozent) kaum Unterschiede gibt.

Prävalenz und Inzidenz



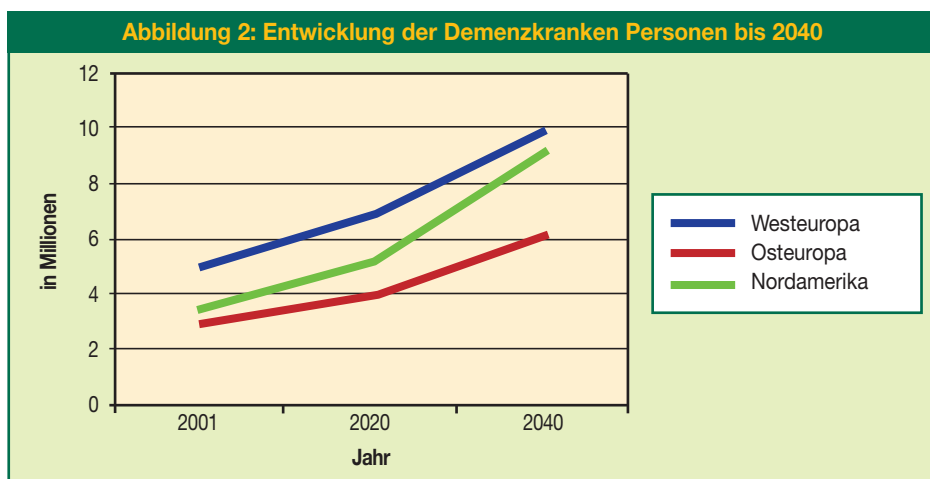
Quelle: Ferri C. et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet 366:2112-2117.

- 2 Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f00-f09.htm#F00> Letzter Zugriff: 20.10.2009.
- 3 Vgl. Gleichweit S. Rossa M. (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. WGKK.
- 4 Vgl. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2009/block-f00-f09.htm#F00> Letzter Zugriff: 20.10.2009.
- 5 Vgl. u. a. Ferri C. et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet 366:2112- 2117; Hofman A. et al. (1991): The Prevalence of Dementia in Europe: A Collaborative Study of 1980-1990 Findings. International Journal of Epidemiology 20:736-748; Plassman BL. et al. (2007): Prevalence of Dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. Neuroepidemiology 29:125-132.
- 6 Vgl. Ferri C. et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet 366:2112-2117.





Bis zum Jahr 2040 ist mit einem drastischen Anstieg der Demenzkranken zu rechnen (vgl. Abbildung 2). Ferri et al. (2005)⁷ rechnen für Nordamerika mit einer Steigerung um 170 Prozent. Für West- und Osteuropa prognostizieren die Autoren einen Anstieg von knapp über 100 Prozent. Allein dieses Wachstum innerhalb von 40 Jahren in Europa bedeutet eine Verdoppelung der betroffenen Personen und stellt insbesondere für die Pflegesysteme eine Herausforderung dar, welche nicht unterschätzt werden darf. Für Österreich ergibt sich nach dem Demenzbericht ein sehr ähnliches Szenario: Ausgehend von 100.000 Demenzkranken im Jahr 2007, wird sich die Anzahl auf 211.071 im Jahr 2040 mehr als verdoppeln.⁸



Quelle: Ferri C. et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet 366:2112-2117.

Die jährliche Inzidenz schwankt beträchtlich zwischen den einzelnen Weltregionen. Die höchste Inzidenzrate weist Nordamerika mit 10,5 Neuerkrankungen pro 1.000 Menschen auf, gefolgt von Westeuropa mit einer Inzidenz von 8,8 und auch Osteuropa mit 7,7 bis 8,1.⁹

Wie werden Demenzkranke betreut?

Die Versorgung von demenzkranken Personen ist in den meisten Versorgungssystemen nicht selten von einer Fragmentierung der Services geprägt. Unterschiedlichste Stellen sind für die speziellen Bedürfnisse von Demenzkranken verantwortlich. Eine Koordinierung zwischen diesen Stellen sowie ein hinlänglicher Informationsaustausch finden oft nicht in ausreichendem Maße statt. Die Überwindung dieser Barrieren stellt für viele Angehörige von Demenzkranken bereits eine große Hürde dar, welche für den Patienten selbst oft unüberwindbar wird.¹⁰ Da Demenz zumeist eine Erscheinung im höheren Lebensalter ist, kommt erschwerend hinzu, dass Patienten oft unter mehreren, auch nicht demenzbedingten Symptomen leiden. In diesem Fall erscheint eine Koordinierung der Versorgung unerlässlich.¹¹ Um diese Schnittstellen zu überwinden, setzen die meisten europäischen Länder mittlerweile auf das Konzept der **Integrierten Versorgung**. Leichsenring (2003)¹² definiert es als Konzept, in welchem die Pflegedienstleistungen unter der Berücksichtigung von Kostenwirksamkeit, Qualitätsverbesserung und Erhöhung der Zufriedenheit der Kunden und der Anbieter von Pflege koordiniert werden. Diese Integration kann **horizontal**, also zum Beispiel durch multidisziplinäre Anbieter, und **vertikal**, also zwischen der primären, sekundären und tertiären Pflege, erfolgen. Für Österreich haben Eger et al. (2009)¹³ eine Prioritätenliste erstellt, in welchen Bereichen des Gesundheitssystems integrierte Versorgungssysteme am schnellsten umgesetzt werden sollten. Demenz hat hier mitunter höchste Priorität. Bei der Implementierung von integrierten Versorgungskonzepten haben lokale Ge-

Wie werden Demenzkranke betreut?

7 Vgl. ebenda.

8 Vgl. Gleichweit S. Rossa M. (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. WGKK.

9 Vgl. Ferri C. et al. (2005): Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. The Lancet 366: 2112-2117.

10 Vgl. Hirsch R. D. (2008): Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 41: 106-116.

11 Vgl. Leichsenring K (2003): Providing integrated health and social care for older persons – A European overview. European Centre for Social Welfare Policy and Research.

12 Vgl. ebenda.

13 Vgl. Eger K. Gleichweit S. Rieder A. Stein K. V. (2009): Prioritising integrated care initiatives on the national level. Experiences from Austria. International Journal of Integrated Care 9: 1-9.





Informell – zu Hause

gebenheiten und Traditionen, bestehende Strukturen und Machtverhältnisse einen ebenso großen Einfluss auf das Gelingen der Umsetzung wie die nationalen Vorgaben. Das zeigen zumindest Erfahrungsberichte aus England und den Niederlanden.¹⁴

Demenzkranke Personen werden vor allem im Stadium der leichten und mittleren Demenz überwiegend informell von nahen Angehörigen meist unter Zuhilfenahme von Tageszentren und mobilen Diensten zu Hause gepflegt und betreut. Erst mit dem Fortschreiten der Krankheit (schwere Demenz) wird eine stationäre Betreuung notwendig. Im Folgenden werden die unterschiedlichen Betreuungsssettings für Demenzkranke näher beschrieben.

Informell – zu Hause

Demenzkranke sollten so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung zu Hause gepflegt und betreut werden. Demzufolge liegt die Hauptlast der Pflege und Betreuung vor allem in den Phasen der leichten bis mittelschweren Demenz bei den nahen Angehörigen. Erst bei schweren Ausprägungen der Erkrankungen wird eine stationäre Versorgung unausweichlich.¹⁵ Die Belastung für die Angehörigen, welche durch solch eine Pflege und Betreuung entsteht, ist nicht zu unterschätzen.¹⁶ Neubauer et al. (2009)¹⁷ errechnen in einer auf Deutschland bezogenen Studie einen durchschnittlichen Pflegeaufwand für den Hauptverantwortlichen der Pflege von 4,2 Stunden pro Tag bei leichter und 8,7 Stunden pro Tag bei mittelschwerer Demenz. So ist es auch nicht verwunderlich, dass Pflegenden eine große Veränderung ihrer Lebenssituation beschreiben. Viele beklagen den Verlust von Freiheit. Die Veränderungen beschränken sich nicht nur hierauf, sondern auch emotionale, finanzielle und physische Probleme werden genannt.¹⁸ Dieses „Mehr“ an Belastung spiegelt sich auch in einem durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand der Pflegenden wider. Vor allem psychische Erkrankungen wie Depressionen und Angstzustände treten besonders häufig bei pflegenden Personen von Demenzerkrankten auf. Beinahe die Hälfte der Pflegenden leidet laut OECD an einer Form von Depression. Dieser Umstand mag zum Teil auch darauf zurückzuführen sein, dass die Pflege von Demenzkranken im Allgemeinen problematischer als die „normale“ Altenpflege ist.¹⁹ Viele Demenzkranke entwickeln neben dem körperlichen Verfall und dem Nachlassen der Gedächtnisleistungen auch Veränderungen ihrer Psyche und ihres Verhaltens. Diese Symptome werden unter BPSD (Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) zusammengefasst und resultieren in einer zusätzlichen Bürde für die Pflegenden. Unter BPSD fallen zum Beispiel körperliche Unruhe (Rastlosigkeit, Umherirren), Aggressionen gegenüber den Pflegenden, Schlafprobleme (Wechsel des Tag-Nacht-Rhythmus) und ähnliche Symptome.²⁰

Unterstützungen für pflegende Angehörige

In der Regel sind die Pflege eines Angehörigen und die Ausübung eines Berufs nur schwer oder gar nicht miteinander zu vereinbaren. Für einen pflegenden Angehörigen ist eine Reduktion der Arbeitszeit oder gar eine vorübergehende Aufgabe der Arbeit oftmals unumgänglich, was schnell zu einem finanziellen Problem werden kann. Nur den wenigsten ist es möglich, auf einen Großteil oder gar das gesamte Einkommen zu verzichten. Als Antwort auf dieses Problem gewährt Belgien einen finanziellen Ausgleich. Einen anderen Weg geht Finnland. Hier wird zwischen der Gemeinde und dem Pflegenden ein Vertrag abgeschlossen, welcher sowohl finanzielle Transfers als auch einen Plan für Pflegeversorgung beinhaltet. Die Höhe der Unterstützung ist allerdings von der jeweiligen Gemeinde abhängig und kann ganz verweigert werden, falls ihr die finanziellen Mittel hierfür fehlen.²¹ Auch wenn in einigen wenigen Ländern finanzielle Unterstützungen für pflegende Angehörige existieren, fehlen in den meisten Ländern derartige Unterstützungen. In Österreich können sich pflegende Angehörige

14 Vgl. Kümpers S. Mur I. Hardy B. Van Raak A. Maarse H. (2006) Integrating dementia care in England and The Netherlands: Four comparative local case studies. *Health & Place* 12: 404–420.

15 Vgl. Moise P. Schwarzinger M, Um M. Y. (2004) *Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis*. OECD.

16 Vgl. Moise P. Schwarzinger M, Um M. Y. (2004) *Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis*. OECD; Lauterberg J. et al. (2007): Projekt IDA – Konzept und Umsetzung einer cluster-randomisierten Studie zur Demenzversorgung im hausärztlichen Bereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 101: 21–26.

17 Vgl. Neubauer S. Holle R. Menn P. Gräbel E. (2009) A valid instrument for measuring informal care time for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 24: 275–282.

18 Vgl. Bond J. et al. (2005): Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice* 59: 8–14.

19 Vgl. Moise P. Schwarzinger M. Um M.Y. (2004): *Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis*. OECD.

20 Vgl. Omelan C. (2006): Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Canadian Family Physician* 52: 191–199.

21 Vgl. Alzheimer Europe (2007): *Dementia Yearbook 2007*.





in der Pensionsversicherung selbst versichern, die Beitragsleistungen übernimmt ab Pflegestufe 3 des Angehörigen der Bund unbefristet und zur Gänze.²² Weiters gibt es die Möglichkeit der beitragsfreien Mitversicherung in der Krankenversicherung für den pflegenden Angehörigen beim gepflegten Angehörigen (bis in den 4. Verwandtschaftsgrad; bei Nichtexistenz von Verwandtschaftsbeziehung auch für LebensgefährtlInnen geltend).²³

Eine andere Art der Unterstützung für pflegende Angehörige stellt die Urlaubspflege (respice care) dar. Sie kann dem Pflegenden helfen, eine Auszeit vom physischen und psychischen Stress zu nehmen, welcher als Folge der intensiven Pflegetätigkeit von Demenzkranken oftmals entsteht. Die Urlaubspflege wird ein umso wichtigerer Bestandteil der Angehörigenpflege, je weiter die Demenzerkrankung bei der zu pflegenden Person fortgeschritten ist.²⁴ Das Dementia Yearbook von 2007 berichtet für kein einziges europäisches Land von ausreichenden Kapazitäten und kostenfreiem Zugriff für diese Art der Unterstützung. In vielen Ländern ist sie gar nicht verfügbar, und dort, wo sie verfügbar ist, muss sie meist mit eigenen Mitteln zumindest co-finanziert werden.²⁵ In Österreich ist die Urlaubspflege zur Gänze oder zumindest teilweise von den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen über das Pflegegeld zu finanzieren. Die diesbezüglichen Regelungen variieren zwischen den einzelnen Bundesländern. In Oberösterreich zum Beispiel bekommen die Pflegebedürftigen einen Zuschuss vom Land, ebenso in Vorarlberg.²⁶ Insgesamt zeigt sich also, dass Urlaubspflege in ganz Europa noch nicht in einem hinlänglichen Maße ausgebaut ist, obwohl die Wichtigkeit dieser Maßnahme für die pflegenden Angehörigen allgemein anerkannt ist.

Formell – stationär

Die stationäre Versorgung von Demenzkranken wird vor allem von Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheimen durchgeführt.

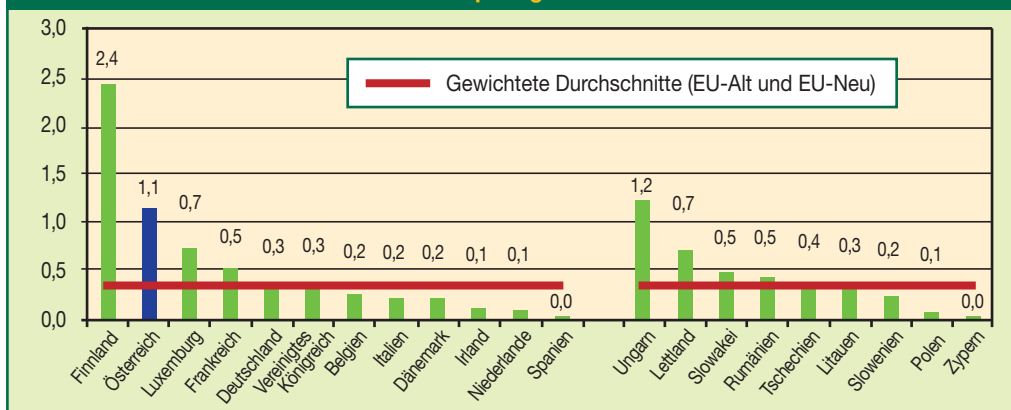
Krankenanstalten

Nicht zuletzt aufgrund der Multimorbidität werden Personen mit Demenz oftmals auch in Krankenanstalten stationär betreut. Trotzdem liegt die Hauptverantwortung bei der stationären Betreuung von Demenzkranken bei den Alten- und Pflegeheimen. Anhand zweier Kennziffern („Anzahl an stationären Patienten pro 1.000 Einwohner“ und „Durchschnittliche Verweildauer“) soll die Rolle der Akutspitäler in der Versorgung europäischer Demenzkranker verglichen werden. Ein spezieller Fokus liegt auf dem Vergleich zwischen der Gruppe der west- und jener der osteuropäischen Länder.

In Österreich werden 1,1 Personen pro 1.000 Einwohner aufgrund einer Demenzerkrankung stationär betreut. Österreich rangiert damit deutlich über dem Durchschnitt von 0,5 Personen pro 1.000 Einwohner (vgl. Abbildung 3). Einzig Finnland weist hier noch eine höhere Rate auf (2,4 Personen pro

Formell – stationär

Abbildung 3: Anzahl an stationären Patienten pro 1.000 Einwohner mit der Hauptdiagnose Demenz



Quelle: WHO (2009): European hospital morbidity database (HMDB).

22 Vgl. 2. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 83/2009, hier mit Wirkung ab 1. August 2009.

23 Vgl. 3. Sozialrechts-Änderungsgesetz 2009, das mit BGBl. I Nr. 84/2009 am 18. August 2009, ab 1. August 2009 rückwirkend in Kraft getreten.

24 Vgl. Moise P. Schwarzinger M. Um M. Y. (2004): Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD.

25 Vgl. Alzheimer Europe (2007): Dementia Yearbook 2007.

26 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme.



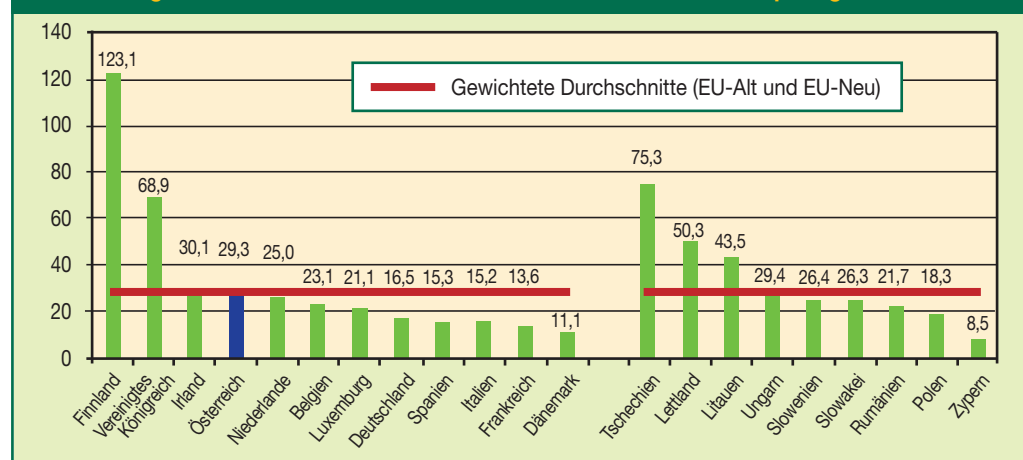


1.000 Einwohner). Zwischen West- und Osteuropa sind keine großen Unterschiede zu erkennen. Wird der Ausreißer Finnland ausgeklammert, hält Österreich gemeinsam mit Ungarn die Spitzenposition in der Spitalshäufigkeit bei Demenzkranken. Theoretisch sind mehrere Erklärungsansätze denkbar: Unterschiede in Altersstruktur, Prävalenzen oder aber alternative Versorgungsformen für schwerer erkrankte Demenzpatienten. Angesichts ähnlicher Prävalenzen in West- und Osteuropa liegt es nahe, die Ursache in der Versorgungslandschaft zu sehen: Je besser Patienten und ihre Angehörigen in der häuslichen Betreuung unterstützt werden, nicht zuletzt durch das Angebot von teilstationären Diensten, desto besser kann die stationäre Aufnahme vermieden werden.

Bei einer Betrachtung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten zeigen sich kaum Unterschiede zwischen den west- und osteuropäischen Ländern, Unterschiede in den Ländergruppen sind weit ausgeprägter (vgl. Abbildung 4). Es fällt auf, dass manche Länder eine geringe Spitalshäufigkeit von Demenzkranken mit einer unterdurchschnittlichen Verweildauer kombinieren, wie Dänemark oder Spanien. Dies legt nahe, intensivere extramurale oder anderweitig spezialisierte Versorgungsangebote für entsprechende Patienten zu vermuten. In Dänemark ist die Tagespflege beispielsweise für Personen mit Demenz kostenfrei.

Ein westeuropäischer Patient liegt mit der Hauptdiagnose Demenz rund 27 Tage und ein osteuropäischer Patient rund 29 Tage im Krankenhaus. Finnland ist mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 123 Tagen ein klarer Ausreißer. Das ist darauf zurückzuführen, dass Krankenanstalten in Finnland auch für Langzeitpflege verantwortlich sind. Die durchschnittliche Verweildauer liegt in Österreich mit 29,3 Tagen leicht über dem Durchschnitt. Dies wiederum legt, in Kombination mit der hohen Spitalshäufigkeit von Demenz, eine vergleichsweise hohe Belastung der österreichischen Spitalsbudgets durch Demenz nahe, soweit die zugrunde liegenden Daten vergleichbar und korrekt erhoben sind.

Abbildung 4: Durchschnittliche Verweildauer von Patienten mit Hauptdiagnose Demenz



Quelle: WHO (2009): European hospital morbidity database (HMDB).

Alten- und Pflegeheime

Die stationäre Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen findet in den meisten europäischen Ländern in Alten- und Pflegeheimen gemeinsam mit anderen pflege- und betreuungsbedürftigen Personen statt. Diese Einrichtungen sind in europäischen Ländern sehr unterschiedlich organisiert. Vor allem in der Finanzierung existieren große Unterschiede. In den meisten Fällen werden die Kosten zwischen dem Staat und dem Pflegebedürftigen aufgeteilt. Abhängig von der Höhe des Vermögens wird ein Selbstbehalt bestimmt (z. B. in Österreich, Estland, Finnland und Portugal). In Dänemark wird zwischen den Pflege- und den Wohnkosten in einem Heim unterschieden. Während die Pflege für den Bedürftigen kostenlos zur Verfügung gestellt wird, werden die Wohnkosten ähnlich wie eine normale Miete vom Bewohner selbst getragen.²⁷

Die Pflege von Demenzerkrankten ist aber wie bereits erwähnt in vielerlei Hinsicht deutlich verschieden von der allgemeinen Altenpflege. Aus diesen Überlegungen heraus entstand in den USA das Konzept der Special Care Units for Dementia (SCU). Dieses Konzept beinhaltet, dass demenzkran-

27 Vgl. Alzheimer Europe (2007): Dementia Yearbook 2007.





ke Personen separativ, also nicht gemischt mit pflegebedürftigen nicht-demenzkranken Menschen, gepflegt werden. Hinzu kommt eine spezialisierte Betreuung durch fachspezifisch ausgebildetes Personal, welches in der Lage ist, auf die speziellen Bedürfnisse der Bewohner einzugehen und sie so weit wie möglich zu fördern. Auch baulich gesehen sollten die SCUs angepasst sein und freie Bewegung ermöglichen.²⁸ In den letzten Jahren wurden solche SCUs in vielen europäischen und außer-europäischen Ländern eingeführt. In Deutschland, Großbritannien, Schweden und den USA existieren solche speziellen Einrichtungen seit einigen Jahren.²⁹ In Österreich ist dieses Konzept derzeit nur sehr vereinzelt anzutreffen, die Nachfrage nach derartigen Angeboten steigt aber stetig.³⁰ Die Wirksamkeit der SCUs war lange Zeit nicht unumstritten, weil der Einfluss auf das Wohlbefinden und ähnliche Faktoren eher gering bis nicht nachweisbar waren.³¹ Trotzdem hat sich die Expertenmeinung herausgebildet, dass derartige Einrichtungen wünschenswert sind,³² was auch in der Studie von Colombo et al. (2007)³³ untermauert wird. Die Autoren untersuchten beispielsweise die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychotischen Syndromen bei Demenzkranken und konnten deutliche Verbesserungen der Zustände während des Aufenthalts in einem SCU festmachen. Auch die OECD weist zwar auf größeren Forschungsbedarf hin, bewertet SCUs aber positiv, weil sie im Regelfall besser als allgemeine Pflegeheime in der Lage sind, mit den besonderen Bedürfnissen der Demenzkranken umzugehen.³⁴

Formell – teilstationär

Tageszentren und Nachtpflege sind die zentralen Bestandteile der Demenzversorgung im teilstationären Bereich. Beide werden im Folgenden kurz erläutert.

Tageszentren

Tageszentren können Angehörige entlasten, ohne dass demenzkranke Personen aus dem gewohnten Umfeld ausziehen müssen. Aktuelle Studien untermauern, dass der Einfluss von Tageszentren sowohl auf die Pflegenden als auch auf die Gepflegten positiv ist. Während sich für die Angehörigen die Belastung reduzierte, wurden bei Patienten von Tageszentren psychologische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten seltener beobachtet.³⁵ Nicht zuletzt deswegen sind in beinahe allen europäischen Ländern Tageszentren fest in die Altenlangzeitpflege im Allgemeinen und in die Demenzpflege im Besonderen integriert. Der regelmäßige Besuch eines Tageszentrums kann für den Demenzkranken und die pflegenden Angehörigen zu einer finanziellen Hürde werden. In den meisten Ländern ist daher der Besuch solcher Zentren zumindest teilweise durch das Gesundheits- oder Sozialsystem gedeckt, wie zum Beispiel in Belgien, Irland und dem Vereinigten Königreich. Eine private Zuzahlung zu den Kosten ist dennoch meistens nötig. Auch in Österreich müssen Patienten ihrem Vermögen entsprechend Zuzahlungen leisten. In Dänemark tritt der Staat für die gesamten entstehenden Kosten ein. Insgesamt berichtet das Dementia Yearbook 2007 jedoch, dass für sehr viele Länder, so auch für Österreich, noch ein Aufholbedarf bei den Kapazitäten besteht.³⁶

Nachtpflege

Der Service der Nachtpflege wird im gesamten deutschsprachigen Raum nur selten angeboten, obwohl es eine wichtige Ergänzung zu den Tageszentren ist. Bei Demenzkranken treten immer wieder Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus auf, welche die pflegenden Angehörigen stark belasten, vor allem wenn diese selbst entweder ein hohes Alter erreicht haben oder berufstätig sind.³⁷ In Österreich bieten einige Alten- und Pflegeheime diesen Service bereits an, und pflegebedürftige Personen können im Heim übernachten. Den Tag verbringen sie dann aber zu Hause.³⁸

28 Vgl. Radzey B. et al. (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bd. 207.1.

29 Vgl. Moise P. Schwarzinger M. Um M. Y. (2004): Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD.

30 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008) Demenzhandbuch.

31 Vgl. Soto M. E. et al. (2008): Special acute care unit for older adults with Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry 23: 215–219.

32 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008) Demenzhandbuch.

33 Vgl. Colombo M. et al. (2007): Behavioral and Psychotic Symptoms of Dementia (BPSD) Improvements in a Special Care Unit: A Factor Analysis. Archives of Gerontology and Geriatrics 1(s): 113–120.

34 Vgl. Moise P. Schwarzinger M. Um M. Y. (2004): Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis. OECD.

35 Vgl. Mosello E. (2008): Day Care for older dementia patients: favorable effects on behavioral and psychological symptoms and caregiver stress. International Journal of Geriatric Psychiatry 23: 1066–1072.

36 Vgl. Alzheimer Europe (2007): Dementia Yearbook 2007.

37 Vgl. Gleichweit S. Rossa M. (2009): Erster Österreichischer Demenzbericht. WGKK.

38 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme.

Formell –
teilstationär





Formell – ambulant

Formell – ambulant

Im ambulanten Bereich wird die Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen einerseits von niedergelassenen Allgemeinärzten und andererseits von mobilen Diensten durchgeführt.

Niedergelassene Allgemeinärzte

Den Allgemeinärzten kommt vor allem bei der Früherkennung von Demenz eine Schlüsselfunktion zu. Sie haben meistens regelmäßigen Kontakt zu den alten Menschen und sind daher am ehesten in der Lage, Veränderungen geistiger Leistungsfähigkeit wahrzunehmen. Auch bei der Einleitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie bei der Beratung und Begleitung im weiteren Krankheitsverlauf sind sie eine wichtige Ansprechperson für den Demenzkranken und dessen Angehörige.³⁹ Gerade aber bei der Früherkennung besteht zum Beispiel in Deutschland noch einiger Handlungsbedarf.⁴⁰

Mobile Dienste

Auch mobile Dienste helfen, das gewünschte Ziel, demenzkranke Personen möglichst lange in ihrem gewohnten Umfeld zu belassen, zu erreichen. Die mobilen Dienste lassen sich in zwei große Bereiche unterteilen. Die Heimpflege beinhaltet alle medizinischen Unterstützungsmaßnahmen und wird von Fachpersonal durchgeführt. Unter Heimhilfe hingegen sind alle nichtmedizinischen, aber dennoch notwendigen Hilfeleistungen summiert, wie beispielsweise Essen auf Rädern oder Haushaltshilfe. Auch hier lassen sich bezüglich Verfügbarkeit und Finanzierung große Unterschiede zwischen den Ländern erkennen. In Österreich existiert ein relativ gut ausgebautes, umfangreiches System an mobilen Diensten. Für die Serviceleistungen der Heimpflege müssen die Pflegebedürftigen, ähnlich dem System bei den Tageszentren, einen Teil der Kosten abhängig von ihrem Vermögen selbst bezahlen. Die verbleibenden Kosten werden vom Staat übernommen. Im Bereich der Heimhilfe sind je nach gewünschter und benötigter Hilfe ebenfalls zumindest Teilzahlungen nötig. Teilweise, wie beispielsweise bei Essen auf Rädern, muss die gesamte Leistung über Zahlungen der Empfänger finanziert werden. Ein komplett vom Staat finanziertes System existiert beispielsweise in Dänemark. In den osteuropäischen Ländern lässt sich noch ein größerer Mangel an solchen Services erkennen.⁴¹

Ökonomische Belastung durch die Pflege und Betreuung von Demenzkranken⁴²

Um den spezifischen Bedürfnissen der Demenzkranken gerecht zu werden, sind die verschiedensten bereits angesprochenen Pflegesettings nötig. Die daraus resultierenden Kosten werden im nun Folgenden kurz besprochen.

Global gesehen entstanden durch die Behandlung, Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen im Jahr 2005 Kosten in Höhe von US\$ 315,4 Mrd. Davon sind US\$ 210,3 Mrd. direkte und US\$ 105,0 Mrd. indirekte Kosten (vgl. Tabelle 1). Über 70 Prozent der Kosten entfallen auf die Demenzerkrankten in den entwickelten Volkswirtschaften. Europa weist die höchsten Belastungen mit US\$ 120,4 Mrd. auf. Hier lagen die durchschnittlichen direkten Kosten eines Patienten bei US\$ 9,973 und die indirekten Kosten bei US\$ 4,949. Folglich ergibt sich eine durchschnittliche Gesamtkostenbelastung pro Patient von US\$ 14,922.⁴³

Bei einer länderspezifischen Betrachtung der Gesamtkosten rangieren die USA mit US\$ 76 Mrd. auf Rang 1, gefolgt von Japan (US\$ 34 Mrd.) und China (US\$ 30 Mrd.). Für Österreich entsteht eine jährliche Kostenbelastung von rund US\$ 2,1 Mrd., wovon US\$ 1,4 Mrd. auf die direkten und US\$ 0,7 Mrd. auf die indirekten Kosten entfallen.⁴⁴

Bei einer länderspezifischen Betrachtung der fallbezogenen Kosten ergibt sich folgendes Bild:

39 Vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008): Demenzhandbuch.

40 Vgl. Schubert I. Küpper-Nybelen J. Ihle P. Krappweis J. (2007): Inanspruchnahmeverhalten von Demenzpatienten im Spiel von GKV-Daten. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 101: 7–13.

41 Vgl. Alzheimer Europe (2007): Dementia Yearbook 2007.

42 Anmerkung: Die in diesem Abschnitt angeführten Kosten beziehen sich auf das Jahr 2005 und sind als jährliche Kosten zu verstehen.

43 Vgl. Wimo A. Winblad B. Jönsson L. (2007): An estimate of total worldwide societal costs of dementia in 2005. Alzheimer's & Dementia 3: 81–91.

44 Vgl. ebenda.

Ökonomische Belastung durch die Pflege und Betreuung von Demenzkranken





Dänemark weist hier mit US\$ 27.104 die höchsten Kosten auf. Darin spiegelt sich das großzügige Pflege- und Betreuungssystem Dänemarks wider (z. B. gänzlich vom Staat finanzierte Tageszentren und mobile Dienste). Österreich befindet sich mit fallbezogenen Kosten in der Höhe von rund US\$ 21.858 im Spitzenfeld. Abgesehen von Dänemark wenden nur noch Irland, Norwegen und die Schweiz höhere Kosten zur Behandlung, Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen auf als Österreich.⁴⁵

Tabelle 1: Direkte und indirekte Kosten von Demenz im Jahr 2005

	Direkte/ formelle Kosten (Mrd. US\$)	Indirekte/ informelle Kosten (Mrd. US\$)	Gesamt- kosten (Mrd. US\$)	Direkte/ formelle Kosten pro Demenz- kranken (US\$)	Indirekte/ informelle Kosten pro Demenz- kranken (US\$)	Gesamt- kosten pro Demenz- kranken (US\$)
Europa	80,5	39,9	120,4	9.973	4.949	14.922
Westeuropa	31,8	15,3	47,1	n. a.	n. a.	19.682
Nordeuropa	16,7	8,2	24,9	n. a.	n. a.	19.936
Südeuropa	19,9	10,1	30,0	n. a.	n. a.	16.292
Osteuropa	12,1	6,2	18,3	n. a.	n. a.	7.089
Nordamerika	60,5	23,1	83,6	17.726	6.775	24.501
Weltweit	210,3	105,0	315,4	7.245	3.506	10.751
EU-25	68,9	34,0	102,9	12.056	5.951	18.007
OECD-Länder	162,7	71,5	234,2	13.510	5.954	19.464

Anmerkung: Die hier angeführten indirekten/informellen Kosten beruhen auf einer angenommenen Pflegeleistung von 1,6 Stunden/Tag.

Quelle: Wimo A. Winblad B. Jönsson L. (2007): An estimate of total worldwide societal costs of dementia in 2005. *Alzheimer's & Dementia* 3: 81–91; eigene Darstellung IHS HealthEcon 2009.

Resümee

Bis zum Jahr 2040 wird sich allein in Westeuropa die Zahl der Demenzkranken verdoppeln, was nicht nur die Pflegesysteme vor große Herausforderungen stellen wird. Derzeit findet die Betreuung demenzkranker Personen in vielen europäischen Ländern in fragmentierten Versorgungssystemen statt. Die Überwindung dieser Barrieren ist für viele Demenzkranke, aber auch deren Angehörige so gut wie unmöglich. Das Konzept der Integrierten Versorgung, welches in vielen Ländern auf großen Widerhall stößt, soll hier Abhilfe schaffen. Für Österreich orten Eger et al. (2009)⁴⁶ bei der Umsetzung dieses Konzepts nicht nur im Bereich von Demenz noch einen gewissen Handlungsbedarf. Die Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen soll, wie mittlerweile allgemein anerkannt ist, so lange wie möglich in deren gewohnter Umgebung stattfinden. Nicht zuletzt deswegen liegt die Hauptlast der Pflege meist auf nahen Angehörigen, welche dadurch oftmals finanzielle, aber auch physische und psychische Belastungen erfahren. Unterstützungsmaßnahmen für pflegende Angehörige – finanzieller oder nichtfinanzieller Natur – sind in den meisten europäischen Ländern nicht ausreichend ausgebaut. Im Großteil der europäischen Länder, so auch in Österreich, wird ein Bedarf im Ausbau der teilstationären Betreuungsangebote und -möglichkeiten geortet. In den osteuropäischen Ländern lässt sich noch ein größerer Mangel an der Verfügbarkeit von mobilen Diensten erkennen. Nicht zu unterschätzen sind auch die Kosten, welche durch die Pflege und Betreuung von demenzkranken Personen entstehen. Allein in Österreich schlugen sich diese mit US\$ 2,1 Mrd. im Jahr 2005 zu Buche.

Resümee

⁴⁵ Vgl. ebenda.

⁴⁶ Vgl. Eger K. Gleichweit S. Rieder A. Stein K. V. (2009): Prioritising integrated care initiatives on the national level. *Experiences from Austria. International Journal of Integrated Care* 9: 1–9.



Einleitung

Evidenz der Ärztevergütung: Streiflichter neuer Erkenntnisse

Einleitung

Den Ärzten im Allgemeinen und insbesondere jenen im niedergelassenen Bereich kommt für die effiziente Verwendung von Mitteln im Gesundheitswesen eine Schlüsselfunktion zu. Sie sind es, die Diagnosen kostengünstig oder aufwändig durchführen, für die Compliance bei der Einnahme von Medikamenten sorgen oder verhindern können, dass Patienten in teureren, nachgeschalteten Einrichtungen behandelt werden müssen. Dies erlangt aufgrund der steigenden Kosten einzelner Verfahren durch Fortschritte in der Medizin, aber auch die immer größere werdende Vielfalt an Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung verstärkte Bedeutung.

Ärzte sind dabei sowohl intrinsisch als auch extrinsisch motiviert: Sie richten ihr Verhalten nach ihrer professionellen Berufsauffassung, ihrer Ausbildung, ihrer Persönlichkeit, aber auch nach ökonomischen Überlegungen, da ihr Einkommen direkt von ihrer Arbeit abhängt. Dabei sind sie zahlreichen Einflüssen ausgesetzt: Patienten, die Erwartungen haben und ohne Rezept oder Überweisung, die ihnen das Gefühl geben, dass „etwas getan wird“, ungern die Praxis verlassen; die Versicherung, die eigene Vorstellungen von dem hat, was eine notwendige Behandlung beinhaltet; Industrievertreter, die ihre Produkte im besten Licht dastehen lassen wollen, aber auch wichtige Sponsoren für Fortbildung sind; die Politik, die gerne das beste aller Gesundheitswesen preist, usw.

Weshalb dabei so wenig Eintracht herrscht, lässt sich auch ökonomisch begründen. Im Falle medizinischer Behandlungen besteht eine Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlichen Optimum und jenem, das im Einzelfall von Arzt und Patient angestrebt wird. Es ist bei der vielbemühten anbieterinduzierten Nachfrage ja nicht so, dass Ärzte dann in der Regel unwirksame Therapien vorschlagen oder Scheinmedikamente verabreichen, um ihr Einkommen zu erhöhen. Vielmehr haben zusätzliche Anwendungen ihre Wirkung; sie ist nur geringer, als es den dadurch entstehenden Kosten entspricht. Da sich wiederum aber weder Patient noch Arzt direkt den Kosten ihres Handelns gegenübersehen, neigen sie zum Überkonsum.

Einer der wichtigen Faktoren, dieses Verhalten zu steuern, ist das Vergütungssystem. Seit den Arbeiten von Fuchs⁴⁷, Zweifel⁴⁸ und Pauly⁴⁹ vor mittlerweile dreißig Jahren, die die ökonomische Betrachtung dieser komplexen Verhältnisse anstießen, ist viel Zeit vergangen. Die theoretische Modellierung hat seither viele Besonderheiten zusätzlich integrieren können, und empirische Studien versuchten mit unterschiedlichem Erfolg, klarer zu sehen, wie sich diese Modelle⁵⁰ in der Realität auswirken und wie die Ärztevergütung am besten zu gestalten ist. Im Rahmen dieses Health System Watch wollen wir einige Streiflichter jüngerer empirischer Erkenntnisse aufzeigen.

Theorie „in a nutshell“

Theorie „in a nutshell“

Die theoretischen Grundlagen der Ärztevergütung werden gerne vereinfacht zusammengefasst dargestellt. Die dahinterliegenden Modelle sind mittlerweile wesentlich komplexer geworden als die der genannten Pionierarbeiten. Eine umfassende Darstellung sprengt unseren Rahmen. Wir wollen aber kurz auf die klassischen Modelle und die vielen Verzweigungen jüngerer Modellierungsversuche eingehen. Es gibt grundsätzlich mehrere Möglichkeiten, ärztliche Leistungen zu vergüten:

- anhand der eingesetzten Faktormengen (Zeit, Geräteeinsatz etc.),
- Einzelleistungsvergütung („fee-for service“),
- Fallpauschale für eine Behandlungsepisode,
- Vergütung nach behandelten oder potenziellen Patienten (Listensystem),
- Gehalt (bei Anstellung) oder periodenbezogene Gesamtvergütung (selbständig).

47 Fuchs V. The supply of surgeons and the demand for operations. *Journal of Human Resources* 13(supplement): 35–56.

48 Zweifel P. Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens (An Economic Model of Physician Behavior). *Lecture Notes in Economics and Mathematical Systems* No. 198. Springer, Heidelberg 1982.

49 Pauly M. V. Doctors and their workshops: economic models of physician behavior. National Bureau of Economic Research 1980.

50 Wir richten uns hier vor allem nach Breyer/Zweifel/Kifmann: *Gesundheitsökonomik*. Springer, Heidelberg 2005. Kapitel 8 und 10 sowie McGuire: Physician agency. In: Culyer/Newhouse (eds.): *Handbook of health economics*. Elsevier 2000. S. 461–536.





Im Zentrum steht dabei die Wirkung dieser Vergütungsformen auf Effizienz, Versorgungsgerechtigkeit und Qualität. Theoretische Modelle berücksichtigen dabei die Risikoeinstellung des Arztes, den Grad der Asymmetrie der Information bzgl. der Behandlungsqualität und der Kostenvermeidungsbemühungen des Arztes, Selbstbehalte usw. Eine reine Vergütung der eingesetzten Faktoren führt eher zu einer Ausweitung des Angebots über das soziale Optimum, da sich Arzt und Patient ohne Nachteil auf die maximal mögliche Leistungserbringung einigen. Das andere Extrem, eine pauschale Vergütung unabhängig von den Bemühungen kann hingegen insbesondere bei schlecht beobachtbarer Qualität zu einer Unterversorgung oder Selektion der Patienten führen, vor allem dann, wenn der berufliche Ethos in einigen Fällen nicht ernst genommen wird. Da bisher Möglichkeiten zur Überprüfung der Qualität und der Bemühungen um ein wirtschaftliches Verhalten kaum zur Verfügung standen, war daher eine „Zwischenlösung“ sinnvoll: Ein Teil des Kostenrisikos übernimmt die Versicherung, z. B. durch Einzelleistungsvergütung, einen Teil der Arzt, indem eine zusätzliche Pauschalvergütungskomponente hinzukommt. Entscheidend ist dabei, dass das Verhältnis dieser Komponenten die richtigen Anreize setzt. Die Abwägung zwischen beiden Teilen ist auch davon bestimmt, wie sehr der Versicherer bereit ist, Patientenselektion⁵¹ und Unterversorgung bzw. Überversorgung in Kauf zu nehmen, zwischen denen ein Trade-off besteht. Erschwert wird dies dadurch, dass das objektive gesellschaftliche Optimum unscharf und schlecht festmachbar ist. Es ist also schon auf Ebene der Zielsetzung schwierig festzulegen, welchen Umfang an Versorgung das Vergütungssystem überhaupt sicherstellen soll. Ein weiteres Problem dabei sind auch die Heterogenitäten auf Seite der Patienten und Ärzte. Während sich Patientencharakteristika annähernd in entsprechenden Differenzierungen der Pauschalkomponente festmachen lassen, trifft ein vereinheitlichtes Vergütungssystem auch auf eine heterogene Ärzteschaft, von der sich die Leistungsbereiten frustriert von zu viel „Misträuen“ zeigen werden, während schwarze Schafe die Trade-off-Problematik des Versicherers für sich zu nutzen wissen. Darüber hinaus muss ein Vergütungssystem für den Arzt noch durchdacht sein, wenn man versuchen will, eine an sich naheliegende finanzielle Beteiligung des Patienten zu vermeiden.

Aus diesen Überlegungen wird auch klar, dass ein optimaleres Vergütungssystem die „Spreu vom Weizen“ trennen will. Schon aus einfacheren theoretischen Modellierungen folgt, dass die Kenntnis von Qualität der Behandlung und Kostenvermeidungsbemühungen eine optimalere Entgeltgestaltung ermöglicht. Daraus erklärt sich auch das derzeit große Interesse am Monitoring von Kosten und Qualität bzw. „pay-for-performance“, auf welche wir in der Folge noch eingehen werden.

Diese klassischen Modelle bieten nur eine eingeschränkte Sicht auf die komplexe Realität ärztlichen Handelns. Erweiterungen beschäftigen sich z. B. mit dem Wettbewerb um den Patienten. Hier wurde untersucht, wie sich unterschiedliche Wettbewerbsbedingungen auf die Qualität und die Kosten der Behandlung auswirken⁵² bzw. wie sich Kosten auswirken, die sich aus dem Wechsel für den Patienten ergeben.⁵³ Eggleston (2005) modelliert das Problem, dass ärztliche Bemühungen auf mehrere verschiedene Aufgaben verteilt werden müssen und diese unterschiedlich gut überprüfbar sind.⁵⁴ Gemischte Systeme führen hier zu einer gleichmäßigeren Verteilung der Bemühungen als reine Pauschalen oder Einzelleistungsvergütung. Barros und Martinez-Giralt (2003)⁵⁵ modellieren die Auswirkungen verschiedener Vergütungssysteme auf die Überweisungspraxis ins Spital und präventive Bemühungen. Je nach Vergütungssystem im ambulanten oder stationären Setting variieren die Kosten des Gesamtsystems und die Präventionsbemühungen. Die besten Ergebnisse werden theoretisch erreicht, wenn die Bezahlung integriert erfolgt, also die Kosten immer gemeinsam verantwortet werden müssen. Das Konsortium Arzt-Spital wird dann das optimale Präventions- und Überweisungs-niveau wählen. Die Autoren weisen auch nach, dass sich bei solchen integrierten Vergütungssystemen das Auseinanderfallen von sozialem und individuellem Optimum leichter verhindern lässt.

51 Ellis R. P. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics* 1998, Oct; 17(5): 537–55.

52 Gravelle H. Capitation contracts: access and quality. *J Health Econ.* 1999 Jun; 18(3): 315–40.

53 Gravelle H. und Masiero G. Quality incentives in a regulated market with imperfect information and switching costs: capitation in general practice. *J Health Econ.* 2000 Nov;19(6): 1067–88.

54 Eggleston K. Multitasking and mixed systems for provider payment. *J Health Econ.* 2005 Jan; 24(1): 211–23.

55 Barros P. P. und Martinez-Giralt X. Preventive health care and payment systems. *Topics in Economic Analysis & Policy* 2003 Vol. 3(1) Article 10.





Vergütungsformen in Europa – eine breite Palette

Ma (2004)⁵⁶ modelliert heterogene Präferenzen von Ärzten: Während manche mehr monetär motiviert sind, sind andere eher altruistisch. In seinem Modell führt dies zur Selbstselektion, wenn öffentliche und private Arbeitsmärkte existieren, wobei Letztere die attraktivere Bezahlung aufweisen. Choné und Ma (2009)⁵⁷ untersuchen in ihrem Modell die komplexe Interaktion in der Beziehung zwischen Patient, Arzt und Versicherer. Der Patientennutzen ist dabei sowohl von einem objektivierbaren Wirkzusammenhang als auch von dessen subjektiver Wertschätzung abhängig, die dem Versicherer nicht bekannt ist, wohl aber vom Arzt in der Interaktion erkannt wird. Der Arzt ist dabei bestrebt, einen gemeinsamen Nutzen zu maximieren, der abhängig von seinem Einkommen und dem von ihm wahrgenommenen und bewerteten Patientennutzen ist. Ein Vergütungssystem muss dahingehend anreizkompatibel sein, dass der Arzt selbst den wahren Nutzen für den Patienten preisgibt, was die Autoren am ehesten in einem Managed-Care-System sehen.

Vergütungsformen in Europa – eine breite Palette

Die konkrete Ausgestaltung der ärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich variiert qualitativ und quantitativ beträchtlich zwischen den europäischen Ländern. Natürlich umfasst das Vergütungssystem auch das Honorarverfahren und den Tarif, wir beschränken uns hier aber zunächst auf die Honorierungsformen.

In **Frankreich** herrscht Einzelleistungsvergütung vor. Patienten müssen zudem nach dem Geldleistungsprinzip die in Anspruch genommenen ärztlichen Leistungen direkt bezahlen und bekommen zumindest einen Teil über die gesetzliche Krankenversicherung zurückerstattet. Während Fachärzte nur auf diese Art der Bezahlung zurückgreifen können, ist es für Allgemeinärzte seit 2005 verpflichtend, an einem Listensystem teilzunehmen. Die Ärzte fungieren in diesem System als „Gatekeeper“. Durch dieses System soll sowohl die Qualität der Versorgung durch eine kontinuierlichere und besser koordinierte Pflege gesteigert als auch die Kosten gesenkt werden. Im Gegenzug erhält der Allgemeinarzt für jeden Patienten auf seiner Liste eine jährliche Pauschalvergütung.

Die Vergütung der Allgemein- und Fachärzte in **Deutschland** beruhte lange auf einem komplexen System aus Pauschalen, Einzelleistungsvergütung und des Sachleistungsprinzips. Jede Krankenkasse überwies an die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung. Im „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) wurden allen ärztlichen Leistungen Punkte zugeordnet. Über die Gesamtzahl der Leistungspunkte und der Summe aller Gesamtvergütungen ließ sich nun der Wert der Punkte ermitteln, welcher also weder zeitlich noch räumlich gleich war. Mit der Gesundheitsreform 2007 wurde ein fixer Eurowert eingeführt, um mehr Planungssicherheit herzustellen. Denn der einzelne Arzt sah sich im Gegensatz zu einem Krankenhaus im bisherigen System der Situation gegenüber, dass das Entgelt für eine Leistung gar nicht von vornherein festgelegt war. Mit der Reform müssen die Kassen auch Hausarztmodelle, also Gatekeeping, anbieten, wofür im Gegenzug für die Patienten die Gebühr pro Arztbesuch wegfällt. Für Selbstzahler oder Privatversicherte existiert ebenfalls eine Gebührenordnung für Ärzte, wobei jeder Arzt in einem gewissen Rahmen (meist ist der Höchstsatz das 2,3 fache des einfachen Gebührensatzes) berechtigt ist, selbst die exakte Höhe der Gebühr zu bestimmen. Sowohl die Allgemein- als auch die Fachärzte werden in **Belgien** weitestgehend über ein Einzelleistungsvergütungssystem bezahlt. Die Patienten, welche nach dem Geldleistungsprinzip alle Leistungen direkt beim Arzt bezahlen müssen, bekommen im Allgemeinen 75 % der entstandenen Kosten von ihrer jeweiligen Krankenkasse zurückerstattet. Die verbleibenden 25 % verbleiben als Kosten für die Patienten. Die Preise der einzelnen Leistungen werden auf nationaler Ebene von einem Komitee der Krankenkassen und Ärzte ausgehandelt und gelten nach der Absegnung durch den Sozialminister und die Ärzte für zwei Jahre.

In der **Schweiz** werden Allgemein- und Fachärzte im ambulanten Bereich über Einzelleistungsvergütung bezahlt. Die Patienten bezahlen die Leistungen direkt beim Arzt und bekommen später die angefallenen Kosten von ihrer Versicherung erstattet, wobei aufgrund des Versicherungssystems unterschiedliche Selbstbehalte anfallen. Die Bezahlung in bestimmten „managed care“-Settings

56 Ma C. T. Altruism and Incentives in Public and Private Health Care. Working Paper 2004. Department of Economics, Boston University.

57 Choné P und Ma CT: Optimal Health Care Contract under Physician Agency. Working Paper 2009. Department of Economics, Boston University.





weicht jedoch von diesem Modell ab. In HMOs werden zwischen dem Arzt und den Versicherungen Verträge über Pauschalvergütungen abgeschlossen. Bei Gemeinschaftspraxen, genauso wie bei Ärzten, welche an „Gatekeeping“-Modellen teilnehmen, wird der jeweilige Arzt zwar über ein Einzelleistungssystem entlohnt, bekommt aber gegebenenfalls noch einen Zusatzbetrag aus den Gewinnen des Netzwerks übermittelt.

Im Jahr 2006 fand in den **Niederlanden** eine Reform des Gesundheitssystems statt. Die Reform privatisierte alle staatlichen Versicherungen. Es existiert weiterhin ein verpflichtendes Listensystem. Die Bevölkerung muss sich bei einem Allgemeinarzt ihrer Wahl registrieren lassen. Je nach Anzahl an registrierten Kunden bekommt der Arzt eine jährliche Pauschalvergütung. Hinzu kommt noch eine Vergütung pro Konsultation, modifiziert um den Aufwand. Im relativ kompetitiven niederländischen System werden zunehmend qualitätsbezogene und Verbundvergütungen angestrebt.

Großbritannien hat in den letzten Jahren viele Reformen des Gesundheitswesens vorgenommen, welche auch immer wieder Änderungen in der Remuneration der Ärzte bewirkt haben. Allgemeinmediziner erhalten für die Patienten auf ihren Listen (verpflichtendes Gatekeeping) eine Pauschale, Zuschüsse zu den Praxiskosten und variable Bestandteile aufgrund besonderer angebotener Leistungen. Zusätzlich können sie auch noch über das Quality-and-Outcomes-Framework Einnahmen lukrieren. Das Modell seit 2005 enthält wieder die Option für Ärzte, als fundholder zu agieren.⁵⁸ Teilnehmende Praxen von Allgemeinärzten erhalten dann ein Budget, welches nicht nur für ihre eigenen Leistungen gedacht ist, sondern auch für Überweisungen. So soll ein stärkeres Kostenbewusstsein geschaffen und gleichzeitig eine bessere Integration fachärztlicher in allgemeinärztlichen Leistungen erreicht werden.

In **Island** und **Finnland** wiederum sind im extramuralen Bereich die meisten Ärzte angestellt tätig. In den Ländern mit steuerfinanziertem Gesundheitswesen sieht man die Tendenz zu selbständigen Ärzten in vertraglichem Verhältnis mit der öffentlichen Hand. Vor allem in **Schweden** und **England** gibt es aber auch eine Reihe angestellter Ärzte in öffentlichen Versorgungszentren. Fachärzte sind in diesen Ländern traditionell vor allem intramural zu finden.

Neue empirische Erkenntnisse: einige Streiflichter

Die OECD (2008)⁵⁹ hat die Vergütungssysteme in 14 Staaten genauer untersucht und kommt zu interessanten Schlussfolgerungen. Das jährliche Einkommen von Ärzten (Zahlen für 2004 oder letztverfügbar) variiert ganz beträchtlich zwischen Staaten (trotz Vergleich in Kaufkraftparitäten). Der Range beträgt für Allgemeinmediziner 39 (Tschechien) bis 146 (USA) Tausend Dollar KKP. Während sich Finnland (56) und Frankreich (84) an der unteren Grenze bewegen, sind das Vereinigte Königreich (121), die Niederlande (120) und Deutschland (112) ganz vorne dabei. Österreich nimmt mit 108 zwar nur einen mittleren Platz ein, allerdings sind die Werte für Österreich tendenziell unterschätzt, da keine Korrektur für Teilzeitarbeit durchgeführt werden konnte. Gleiches gilt auch für das Vereinigte Königreich und die Schweiz (ebenfalls 108).

Bei den Fachärzten ergibt sich noch ein extremeres Bild. Hier führen etwas überraschend die Niederlande mit 290 Tausend Dollar KKP vor den USA mit 236 und Luxemburg mit 219 Tausend. Die Schlusslichter sind Ungarn und Tschechien mit 28 bzw. 31 Tausend Dollar KKP. Österreich liegt hier mit 177 Tausend Dollar KKP schon an vierter Stelle, wieder mit einer Unterschätzung.

Ebenfalls interessant der Vergleich mit dem Durchschnittslohn des jeweiligen Landes. Allgemeinmediziner verdienen in Island 3,5-mal so viel wie der Durchschnitt, gefolgt von den USA (3,4 mal) und Deutschland (3,3-mal). Österreich liegt mit dem 3,2fachen des Durchschnittslohns in einem sehr knapp zusammenliegenden Feld der hochentwickelten Staaten. Finnland bildet die Ausnahme, Allgemeinmediziner verdienen dort nur 1,8-mal so viel wie der Durchschnitt. Dies ist umso erstaunlicher, als dort wie auch beim Spitzenreiter Island das Angestelltenverhältnis dominiert.

Erwartungsgemäß sind auch in dieser Betrachtung die Fachärzte von größeren Extremen gekennzeichnet. Fachärzte in den Niederlanden verdienen 7,5-mal so viel wie der Durchschnittsverdiener.

58 Im Health System Watch IV 2008 wird das System ausführlicher erläutert.

59 OECD: The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries: what are the factors influencing variations across countries. Health Working Paper Nr. 41. OECD Paris 2008.

Neue empirische
Erkenntnisse:
einige Streif-
lichter





Danach folgen die USA mit dem Faktor 5,5 und Österreich mit dem Faktor 5,2. Schlusslichter sind wieder Ungarn (1,5) und Tschechien (1,9). Auch Dänemark und Finnland liegen mit 2,5 noch im unteren Bereich. Anders als bei den Allgemeinmedizinern hat hier die Frage, ob ein Selbständigenverhältnis vorherrscht, große Bedeutung: Fachärzte sind gerade in Finnland, Dänemark, aber auch dem Vereinigten Königreich kaum in selbständiger Praxis zu finden. Hier ist nur die Schweiz ein „Ausreißer“ mit dem Faktor 3,0. Dies lässt sich aber insoweit erklären, dass der Durchschnittslohn in der Schweiz mit ihrer Finanz- und Biotechindustrie typisch von Branchen mit sehr hohen Einkommen geprägt ist.

Insgesamt korrelieren die Einkommenshöhen: Wo die Bezahlung der Allgemeinmediziner hoch ist, ist sie es auch bei den Fachärzten. Eine genauere Analyse bleibt aber aus.

Die zeitliche Entwicklung der Vergütung zeigt ebenfalls große Diskrepanzen zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten: Das Realeinkommen der Allgemeinmediziner stieg im Beobachtungszeitraum (1995–2005) in allen Ländern außer in Tschechien und dem Vereinigten Königreich nur moderat mit 5 bis 10 Prozent über den gesamten Zeitraum. In den beiden genannten Ländern (UK: fast 44 Prozent, Tschechien 25 Prozent) war das Niveau jedoch früher sehr viel niedriger, und es handelt sich um einen Aufholeffekt. Für Österreich zeigt sich ein leichter Realeinkommensverlust, allerdings konnten die Daten hier nicht auf Vollzeitäquivalente korrigiert werden, und es können sich daher bloße Änderungen in der Regelarbeitszeit bereits stark auswirken.

Bei den Zeitreihen der Fachärzte zeigt sich ein ähnliches Bild, allerdings auf einer deutlich anderen Skala: Hier stiegen die Einkommen real zwischen fünf (Kanada), dreizehn (Dänemark) oder gar 26 Prozent (Frankreich). In Tschechien und dem Vereinigten Königreich ist wiederum ein gewaltiger Aufholeffekt zu erkennen: Von 2000 bis 2005 stiegen die Einkommen der Fachärzte in Tschechien um fast 40 Prozent, im Vereinigten Königreich 1998 bis 2004 um rund 30 Prozent. Auch in Österreich ist trotz des Datenproblems eine Steigerung um neun Prozent 1996 bis 2003 angegeben. Während sich das reale Wachstum der Remuneration der Allgemeinmediziner damit im Bereich oder leicht über der sonstigen Lohnentwicklung bewegte, liegt sie bei den Fachärzten weit darüber. Dementsprechend ist die längere Ausbildungszeit keine ausreichende Erklärung. Denkbar wäre hingegen, dass durch die technische Entwicklung sich die Deckungsbeiträge vergrößern müssen. Interessant wäre also zu analysieren, ob diese Entwicklung mit der Kapitalintensität des Fachs korreliert oder Fachärzte generell eine bessere Verhandlungsposition haben, was leider in der Studie nicht durchgeführt wurde. Jedenfalls sieht die OECD hier die Gefahr, dass die Attraktivität des Allgemeinmediziners trotz seiner steigenden Bedeutung abnimmt.

Erklärende Faktoren für Einkommensunterschiede wurden ebenfalls in einem ökonomischen Ansatz untersucht. Das Modell leidet aber an der Heterogenität und geringen Zahl der Länder, der schlechten Vergleichbarkeit der Daten und der einfachen Methodik. Bei den Fachärzten sind im Ländervergleich gar keine Einflüsse auf dem Fünfprozentniveau signifikant. Für die Niederlande lässt sich aber ein starker Zusammenhang zwischen der geringen Facharzttdichte und den hohen Einkommen vermuten. Bei den Allgemeinmedizinern zeigen sich klarere Ergebnisse, was auch daran liegen mag, dass die Gruppe etwas homogener ist. Eine höhere Ärztedichte wirkt sich negativ auf das Einkommen aus, obwohl auch die Arbeitsstunden im Modell vertreten sind. Sowohl Einzelleistungsvergütung als auch gemischte Vergütung wirken sich gegenüber Fixanstellung positiv auf das Einkommen aus.

Komplexere ökonomische Verfahren werten kanadische Daten in der Studie von Devlin und Sarma (2008)⁶⁰ aus. In Kanada existieren in den einzelnen Provinzen nicht nur unterschiedliche Vergütungsformen nebeneinander, Ärzte können diese teilweise auch direkt wählen. Die Autoren können in ihrer Untersuchung die Effekte der Selbstselektion in ein Vergütungsschema von den Anreizen trennen, die diese jeweils haben. Sie kontrollieren auch für Patienten-, Ärzte und Praxischarakteristika. Die Einzelleistungsvergütung hat einen starken Effekt auf das Konsultationsverhalten: Ärzte ohne Einzelleistungsvergütung sehen weniger Patienten, und der Effekt ist doppelt so groß, wenn sie statt einer gemischten Vergütung ein Gehalt oder eine Praxispauschale erhalten. Ohne Berücksichtigung des Selbstselektionseffekts werden die Anreizwirkungen unterschätzt. Diese Selbstselektion tritt im

60 Devlin R. A. Sarma S. Do physician remuneration schemes matter? The case of Canadian family physicians. *Journal of Health Economics* 27 (2008): 1168–1181.





Gründe auch in jedem Land in der einen oder anderen Form auf, indem Ärzte z. B. Wahlärzte oder Angestellte in einem Krankenhaus oder Ambulatorium werden können. Das könnte eine der Erklärungen dafür sein, dass speziell im Bereich der Fachärzte in der OECD-Studie die Koeffizienten nicht signifikant waren.

Auch Norwegen eignet sich gut für Untersuchungen, da hier eine hohe Datenverfügbarkeit gegeben ist. In Norwegen hat man eine Art Börse für Allgemeinmediziner eingeführt. Jeder Norweger gibt mehrere Präferenzen an, auf wessen Liste er gesetzt werden möchte. Die Ärzte wiederum geben an, wie viele Patienten sie betreuen möchten. 1.500 Patienten werden als Vollzeitbeschäftigung angesehen und stellen die Obergrenze dar. Dann werden die Bürger den Ärzten nach einem Algorithmus zugeteilt, der auch die Dauer der bisherigen Arzt-Patient-Beziehung berücksichtigt. 30 Prozent der Bevölkerung äußerte keine Präferenzen und wurden dem nächsten Arzt mit freien Kapazitäten zugeteilt. Danach hatten noch immer rund 20 Prozent der Allgemeinmediziner deutlich (100 oder mehr) Patienten weniger als gewünscht. Ein Wechsel ist bis zu zweimal im Jahr, sogar per Internet, möglich, was von rund drei Prozent der Patienten pro Jahr in Anspruch genommen wird.

Für jeden Bürger auf seiner Liste erhält der Arzt eine Pauschale, die ungefähr 30 Prozent seines Einkommens ausmacht, der Rest wird zu gleichen Teilen aus Einzelleistungsvergütung durch das staatliche Gesundheitswesen und Selbstbehalte der Patienten erlöst. Iversen (2005)⁶¹ führte eine umfangreiche ökonomische Untersuchung eines Panels über alle norwegischen Allgemeinärzte durch. Er berücksichtigt dabei Charakteristika von Patienten, Ärzten, den Standorten sowie den bereits erwähnten Selbstselektionseffekt. Das zentrale Ergebnis der Studie ist, dass Ärzte, deren tatsächliche Auslastung stark von ihrer Wunschauslastung abweicht, pro Patient tatsächlich mehr Leistungen verrechnen. Ein Patient erhält dann im Schnitt zehn bis fünfzehn Prozent mehr Leistungen. Dennoch müssen solche Ärzte mit rund sechs Prozent geringerem Einkommen auskommen. Das Bestreben einer sozialen Krankenversicherung, Risikoselektion durch reine Pauschalvergütung zu vermeiden, kann Iversen hier sogar quantifizieren. Es beträgt bei 20 Prozent unterausgelasteten Ärzten dann 3,3 Prozent der gesamten Einzelleistungsvergütung.

In einer zweiten Studie (Iversen/Luras 2008)⁶² wurde das Wechselverhalten der Patienten innerhalb des Listensystems untersucht. Es wurde ermittelt, dass die Anzahl wechselnder Patienten um 52 Prozent größer ist, wenn ein Arzt bereits eine Unterauslastung hat, die in diesem System ja darauf basiert, dass zu wenige Patienten diesen Arzt in ihrer Präferenzliste genannt haben. Natürlich sind solchen Ärzten potenziell auch indifferente Personen zugewiesen worden, die den Arzt nicht gekannt haben. Eine intensivere Versorgung der Patienten bei solchen Ärzten, wie sie nachgewiesen wurde, kann die Patienten aber nur in sehr bescheidenem Maße davon abhalten, den Arzt zu wechseln, die Elastizität beträgt $-0,09$. Frauen tendieren eher dazu, nicht zu wechseln ($-0,55$), und freie Kapazitäten bei anderen Kollegen animieren eher zu wechseln, der Effekt ist aber nicht sehr groß ($0,18$). Insgesamt legen diese Ergebnisse nahe, dass es für Patienten sehr stark auf die Persönlichkeit des Arztes ankommen dürfte und Ärzte durch höhere Leistungsintensität nur einen bescheidenen Teil der Patienten an sich binden können, wenn sie bereits ein geringes Ansehen genießen. Diese Interpretation ist deshalb zulässig, weil in einer weiteren Studie von Luras (2007)⁶³ in Befragungen die Gründe für die Unterauslastung von Ärzten erfasst wurden und darin die Unzufriedenheit der Patienten mit ihrem Arzt eine entscheidende Rolle spielt.

Aufgrund der besonderen Datenlage konnten Godager, Iversen und Ma (2009)⁶⁴ noch eine weitere Untersuchung durchführen. Sie verfügen über Daten zum Vermögen der Ärzte. Gleichzeitig können die Gemeinden Vertragsärzte zu bis zu 7,5 Wochenstunden Gemeindedienst einteilen, der schlechter bezahlt ist als das übliche Tarifsysteem. Höheres Vermögen des Arztes hat einen negativen Zusammenhang mit dem Ausmaß an gemeinschaftlicher Tätigkeit. Unterausgelastete Ärzte hatten allerdings keine höhere Beteiligung an Gemeindedienst, wohingegen die weniger vermögenden Ärzte da-

61 Iversen T. A study of income-motivated behaviour among general practitioners in the Norwegian list patient system. HERO Working Paper 2005: 8. University of Oslo.

62 Iversen T. und Luras H. Patient switching in a list patient system. HERO Working Paper 2008: 4. University of Oslo.

63 Luras, H. The association between patient shortage and patient satisfaction with general practitioners. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25 (2007): 133–139

64 Godager G. Iversen T. Ma C. T. Service motives and profit incentives among physicians. *Int J Health Care Finance Econ.* 2009 Mar; 9(1): 39–57.





zu tendierten, sogar mehr Gemeindedienst zu verrichten als nötig. In diesen Ergebnissen dürfte sich also zeigen, dass Ärzte in sehr unterschiedlichem Ausmaß motiviert sind. Manche dürften stärker extrinsisch, manche stärker intrinsisch motiviert sein.

Für das Medicare-System der USA haben Hadley und Reschovsky (2006)⁶⁵ dessen Anreizwirkung untersucht. Es basiert stark auf Einzelleistungsvergütung. Die Autoren kommen in einer ökonomischen Analyse umfangreicher Medicare-Daten zu der Erkenntnis, dass ein starker Zusammenhang zwischen dem Entgelt einer Leistung und der durchgeführten Menge besteht. Die Ärzte, die nachfrageinduzierend arbeiten, verwenden dabei weniger die Mengenkomponekte, sondern neigen viel mehr dazu, besser bezahlte Leistungen anzubieten. Außerdem sind beide Faktoren stark von den Marktbedingungen abhängig, also z. B. ob der Arzt auch viele privatversicherte Patienten betreut, was Bemühungen reduziert, bei Medicare-Patienten angebotsinduzierend zu arbeiten. Gleichzeitig schließen die Autoren, dass ein möglicher Weg, die Kosten bei Medicare einzudämmen, niedrigere Entgelte sind, aber mit der Gefahr, dass dann manche Patienten schlechter betreut werden.

Gaynor und Gertler⁶⁶ untersuchen Gruppenpraxen und die Auswirkungen verschiedener Vergütungssysteme und kommen zu dem Schluss, dass das Ärzteverhalten auch sehr von den Möglichkeiten abhängt, Risiko innerhalb von Gruppenpraxen zu verteilen, somit auch von der Größe der Gruppenpraxen abhängt. Pauschalvergütungen reduzierten in ihrem US-amerikanischen Sample stark die Bemühungen der Ärzte, speziell in größeren Gruppenpraxen.

Auch die experimentelle Ökonomie hat sich der Thematik bereits angenommen. Ein Team des deutschen Nobelpreisträgers Reinhard Selten (Hennig-Schmidt/Selten/Wiesen 2009)⁶⁷ untersuchte das Ärzteverhalten auf Grundlage unterschiedlicher Remunerationsformen im Bonner Laboratorium für experimentelle Wirtschaftsforschung. Die Probanden waren jeweils einem Pauschalvergütungssystem oder einem Einzelleistungsvergütungssystem zugeteilt und hatten Behandlungsentscheidungen zu treffen. Die fiktiven Patienten hatten eine von fünf Erkrankungen und profitierten dabei in drei Abstufungen von den Behandlungen. Die Einzelleistungsvergütung war dabei dem tatsächlichen deutschen EBM⁶⁸ nachempfunden, die Pauschalvergütung war so gestaltet, dass sie leicht über den durchschnittlichen Einkünften aus der Einzelleistungsvergütung lag. Unter Einzelleistungsvergütung wurden die Patienten überversorgt, der Grad der Überversorgung nahm aber mit zunehmender Bedürftigkeit der Patienten ab. Unter Pauschalvergütung hingegen waren die Patienten tendenziell unterversorgt. Dabei nahm die Unterversorgung mit zunehmender Behandlungsbedürftigkeit jedoch zu. Dies mag auch eine Bestätigung sein, dass die Behandler verlustavers reagieren. In keinem der Fälle waren die Probanden reine Gewinnmaximierer, sondern das Wohlergehen der Patienten spielte eine wesentliche Rolle, jedoch auch die Art des Vergütungssystems. Das Experiment weist also einerseits den klassischen Trade-off nach und bestätigt die Notwendigkeit, über das gesellschaftlich gewollte Verhältnis zwischen Effizienz und Selektion zu entscheiden. Andererseits bestätigt es die für die theoretischen Modelle zunehmend bedeutend werdende altruistische Haltung.

Resümee

Die komplexen Zusammenhänge bei der Vergütung ärztlicher Leistungen werden theoretisch wie empirisch intensiv untersucht. Die Heterogenität von Patienten und von Ärzten findet stärkere Beachtung ebenso wie die Komplexität ihrer Interaktion, und diese Erkenntnisse werden in den heutigen Vergütungssystemen noch zu wenig abgebildet. Offen bleibt weiterhin, wie man das soziale Optimum in der Leistungsbereitstellung festmachen kann. Erst unter Kenntnis dessen kann im Grunde auch in der Realität ein optimales Vergütungssystem gefunden werden. Weiteren wichtigen Themen wie den Wirkungen integrierter Vergütungssysteme und „pay-for-performance“ lohnt es sich, in der Zukunft nachzugehen.

Resümee

65 Hadley J. Reschovsky J. D. Medicare fees and physicians' medicare service volume: Beneficiaries treated and services per beneficiary. *Int J Health Care Finance Econ* (2006) 6: 131–150

66 Gaynor M. Gerler P. Moral hazard and risk spreading in partnerships. *The RAND Journal of Economics* 26 (1995): 592–613.

67 Hennig-Schmidt H. Selten R. Wiesen D. How payment systems affect physicians provision behavior – an experimental investigation (July 23, 2009). Verfügbar auf: <http://ssrn.com/abstract=1444069>

68 EBM ist der „Einheitliche Bewertungsmaßstab“, die Honorarordnung in Deutschland

