



Gesundheitswesen aktuell 2013

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Sonja Laag, Walter Ullrich, Boris von Maydell, Melanie Pankratz, Georg Kleff, Till Beckmann,
Christian Graf

„Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance:

Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Arztnetze“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 222-247)

Sonja Laag, Walter Ullrich, Boris von Maydell, Melanie Pankratz,
Georg Kleff, Till Beckmann, Christian Graf

Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance

Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Arztnetze

Die Stärkung von Arztnetzen gilt als ein geeigneter Weg, bestehende Kommunikations- und Prozessprobleme in der ambulanten Versorgung zu überwinden. Qualifizierte Arztnetze können daher finanziell besonders gefördert werden. Der Beitrag stellt ein selbst entwickeltes Kennzahlensystem vor, um die Versorgung innerhalb von Arztnetzen mit anderen Arztnetzen, aber auch mit der Regelversorgung zu vergleichen. Auf dieser Basis können Vereinbarungen für Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele zwischen den Vertragsparteien getroffen werden, um eine messbar hochwertigere ambulante Versorgung zu verwirklichen und die Grundlage einer erfolgsbasierten Vergütung zu schaffen.

Ausgangslage

Seit mehr als 15 Jahren werden im deutschen Gesundheitswesen Versuche unternommen, innovative und vernetzte Versorgungsformen zu etablieren. Allgemein gelten Schnittstellen- und Koordinationsprobleme sowie die daraus resultierende fragmentierte Behandlung als Hauptursache für Qualitäts- und Effizienzdefizite. Somit standen von Anfang an Bestrebungen im Mittelpunkt, für mehr Kommunikation, Koordination und ein gezieltes Management zwischen den Akteuren zu sorgen und dieses vor allem über selektive Vertragsgestaltungen zwischen einzelnen Leistungserbringergruppen und Krankenkassen umzusetzen.

Die selektivvertragliche Entwicklung nahm ihren Anfang ab dem Jahr 1998 mit den Modellvorhaben nach § 63 SGB V und den Strukturverträgen nach § 73a SGB V. Letztere konnten Krankenkassen nur mit einer Kasernenärztlichen Vereinigung (KV) abschließen. Im Jahr 2000 folgte dann mit den §§ 140a bis f SGB V der Ansatz einer umfassenderen Integrierten Versorgung (IV). Zum Kreis der potenziellen Vertragspartner gehörten

nun vor allem auch Ärzte, Managementgesellschaften und Krankenhäuser (eine Erweiterung auf die Pflegeeinrichtungen erfolgte erst im Jahr 2007).

In dieser Erweiterung der Vertragsoptionen sahen insbesondere Kassenärztliche Vereinigungen eine Bedrohung der etablierten kollektivvertraglichen Strukturen. Umsetzungshindernisse manifestierten sich daher zumeist an den Wechselwirkungen zwischen Selektiv- und Kollektivvertrag. So galt es etwa, die Finanzflüsse aus dem kollektivvertraglichen Honorarbudget in einen Selektivvertrag nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ zu regeln. Eine derartige sogenannte Budgetbereinigung bei regelleistungsersetzenden Inhalten einer Integrierten Versorgung ist einerseits aus Krankenkassensicht unverzichtbar, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Andererseits führten die rechnerische Komplexität dieser Aufgabe und die Interessenkonflikte zu bis dato kaum umsetzbaren Verfahren.

Um dem Hemmnis der Doppelfinanzierung zu begegnen, erlaubte der Gesetzgeber unter der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt den Krankenkassen mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ab dem Jahr 2004, die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäuser um bis zu einem Prozent für Zwecke der Integrierten Versorgung zu kürzen. Somit konnte auf eine nachträgliche Bereinigung der kollektivvertraglichen Gesamtvergütung für selektive Integrationsleistungen verzichtet werden, da nun vorweg Honorarmittel für einen Anschlag der Integrierten Versorgung zur Verfügung standen. Darüber hinaus durften mit dem GMG die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr Vertragspartner in der Integrierten Versorgung werden.

Bevor die Anschlagfinanzierung Ende des Jahres 2008 auslief, war Anfang des Jahres 2008 ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) zur Integrierten Versorgung ergangen, das die Entwicklung der Integrierten Versorgung in den Folgejahren stark negativ beeinträchtigen sollte. Mit Blick darauf, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Abzug ihrer Vergütung

für die Integrierte Versorgung erdulden mussten, legte das Bundessozialgericht den Willen des Gesetzgebers derart aus, dass die Integrationsversorgung als konkurrierende Alternative zur Regelversorgung und nicht als Erprobungsfeld für Management- und Koordinationsleistungen zu sehen sei.

Die Integrierte Versorgung hat hiernach die Regelversorgung überwiegend zu substituieren. Hatte der Gesetzgeber versäumt, konkrete Anforderungen an die Integrierte Versorgung zu definieren, wie beispielsweise die bis heute ungelöste Frage, was ein Versorgungssektor ist, so erfolgte diese Nachjustierung nun rückwirkend durch richterrechtliche Auslegung.

In den Folgejahren wurden Verträge aus der Zeit der Anschubfinanzierung beklagt, sodass Krankenkassen viele Verträge beenden mussten, wenn sie beispielsweise nur Management- und Koordinationsleistungen vereinbart hatten. Darüber hinaus war die Anschubfinanzierung zurückzuzahlen. Ein Resultat dieser rückwirkend geänderten Rahmenbedingungen sind die vielfach etablierten indikationsspezifischen Vertragsmodelle, wie etwa jene zur Hüft- und Knie-Endoprothetik. Sie beinhalten einen vergünstigten Einkauf von Leistungen und wurden aufgrund ihrer schlichten integrierenden Wirkung zwar belächelt, waren dafür aber juristisch korrekt und wirtschaftlich kalkulierbar.

Das Urteil des Bundessozialgerichts stammt aus der Zeit der Anschubfinanzierung, die es seit dem Jahr 2009 nicht mehr gibt. Dennoch gilt für Verträge nach wie vor die richterrechtliche Auslegung von damals. Seit dem Jahr 2012 müssen die Krankenkassen nach § 71 Absatz 4 Satz 2 bis 4 SGB V ihre Verträge zur besonderen ambulanten Versorgung und zur Integrierten Versorgung den für sie zuständigen Aufsichtsbehörden zur Rechtmäßigkeitsprüfung vorlegen. Bei Verstoß gegen geltendes Recht (hierzu zählt die höchstrichterliche Rechtsprechung) können beispielsweise diese Verträge beanstandet werden. Dies betrifft auch insbesondere Vertragsmodelle, die ergänzend zu dem kollektivvertraglichen Honorar lediglich sogenannte Add-on-Vergütungen beinhalten.

Auch wenn die für Verträge nach § 73c und § 140a SGB V rechtlich vorgeschriebenen Bereinigungsverfahren zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen inzwischen praktiziert werden, bedeuten sie immer noch einen außerordentlich hohen Verwaltungsaufwand. Vor diesem Hintergrund ist es problematisch, dass gegenwärtig eine Bereinigung der Gesamtvergütung auch für Kleinstbeträge eingefordert wird.

Die gesetzlichen Hürden haben die Umsetzungspraxis bis heute entscheidend geprägt. Während inhaltlich schlichte, aber formal „korrekte“ Vertragsformen häufiger zur Umsetzung kamen, waren ambitionierte Modelle der Integrierten Versorgung bislang Mangelware (SVR 2007).

Die Entwicklung der Arztnetze

Arztnetze stellen eine besondere Form der Integrierten Versorgung dar, die in Deutschland seit Jahren mit besonderen Erwartungen verbunden ist. So wird die regionale Vernetzung mit Populationsbezug als Chance für eine gezieltere regionalspezifische Versorgungssteuerung gesehen. Damit einher geht eine erhoffte Stärkung der Kooperation zwischen ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen (Professionenmix). Der Organisationsform der Netze wird insgesamt am ehesten eine gemeinsame Orientierung an den Versorgungsbedürfnissen vor allem älterer und chronisch kranker Patienten nach dem Vorbild eines Chronic-care-Modells zugetraut (SVR 2009; SVR 2012; Heinrich-Böll-Stiftung 2013).

Die Entwicklung der Arztnetzszene begann Ende der 1990er Jahre, quasi spiegelbildlich zu den eingangs dargestellten Reformschritten zur Stärkung neuer Versorgungsformen. Verträge der ersten Generation (beispielsweise Rendsburg, Hessisches Ried, BKK/TK Praxisnetze Berlin) hatten zunächst Leuchtturmcharakter, blieben aber in der Regel den Beleg schuldig, dass sie eine wirtschaftlichere Form der Versorgung darstellen als die Regelversorgung.

Seit etwa dem Jahr 2004 existieren Arztnetzverträge, die das US-amerikanische Capitation-Modell in das deutsche Gesundheitswesen zu

transferieren versuchen (Wambach 2013). Der Ansatz, eine Art virtuelle Budgetverantwortung zu übernehmen, besteht darin, sektorübergreifend alle Ausgaben der Versicherten einer Region den jeweiligen Zuweisungen aus dem bundesweiten Risikostrukturausgleich der GKV gegenüberzustellen. Der sogenannte Deckungsbeitrag bildet damit die Maßzahl für die Gesamtwirtschaftlichkeit, und dessen Verbesserung im Zeitverlauf soll Grundlage für messbare Einsparungen und dementsprechende Zusatzvergütungen der Netze sein (sogenanntes Einspar-Contracting; Hermann et al. 2006). Ob die Wirtschaftlichkeit bei regional kleinen Fallzahlen, extrem unterschiedlichen Morbiditätstypen und regionalen Strukturkomponenten präzise in einem Einnahmen- und Ausgabenvergleich abgebildet und hierbei die Entwicklung der Leistungsausgaben im Verhältnis zu Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich (heute Gesundheitsfonds) als alleiniger Erfolgsanzeiger gelten kann, ist zu hinterfragen.

Trotz der Schwierigkeiten, die Leistungsfähigkeit von Arztnetzen nachzuweisen, werden sie dennoch gesundheitspolitisch als zukunftsfähige ambulante Versorgungsform gestärkt. Seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes (VStG) 2012 können Kassenärztliche Vereinigungen Arztnetze im Rahmen der Honorarverteilung fördern (hierzu Präsentationen Agentur deutscher Arztnetze e.V.). Voraussetzung ist eine Anerkennung des Netzes, wenn es definierte Strukturanforderungen erfüllt. Diese wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen anhand einer Rahmenvorgabe (KBV 16. April 2013) verabschiedet und traten zum 1. Mai 2013 in Kraft. Festgelegt wurden verschiedene Versorgungsziele, Kriterien und Qualitätsanforderungen.

Die Erfüllung der Versorgungsziele und Kriterien kann stufenweise nachgewiesen werden. Im Rahmen des Anerkennungsverfahrens müssen jedoch bestimmte Standards (Basisstufe) bereits etabliert sein. In den Stufen I und II werden diese Anforderungen weiter systematisiert und professionalisiert. Über das Stufenverfahren sollen Arztnetze sich entwickeln können.

Übersicht 1: Strukturvorgaben der KBV-Rahmenvorgabe an Praxisnetze nach § 87b Absatz 4 SGB V (eigene Darstellung)

Versorgungs- Struktur- anforderungen	Patienten- zentrierung	kooperative Berufsausübung	verbesserte Effizienz
10 bis 20 vertrags- ärztliche und psychotherapeutische Praxen (Abweichungen möglich)	Basisstufe <ul style="list-style-type: none"> • Medikamenten- check • internes Fehler- management • Therapiekoo- rdination durch Terminmanage- ment 	Basisstufe <ul style="list-style-type: none"> • gemeinsame Fall- besprechungen • Qualitätszirkel • Absprachen bezüglich Kommunikation • Dokumentations- standards • gemeinsame Fort- bildung/Informa- tionsquellen 	Basisstufe <ul style="list-style-type: none"> • Strukturdaten (unter anderem Anzahl Patienten, Fallbesprechun- gen, DMP-Pati- enten) • Therapiegrund- sätze
mindestens drei Facharztgruppen			
Versorgung wohnnahes, zusammenhängen- des Gebiet	<ul style="list-style-type: none"> • informierte Entscheidungs- findung 		
Rechtsform beispielsweise e.G., e.V., GmbH	<ul style="list-style-type: none"> • Barrierefreiheit im Netz 		Stufe 1 <ul style="list-style-type: none"> • Auswertung Beschwerde- management
Netz besteht seit mindestens drei Jahren	Stufe 1 <ul style="list-style-type: none"> • Medikationspläne • Fallmanagement • geregelter Zugriff auf qualitäts- gesicherte Patienteninfo 	Stufe 1 <ul style="list-style-type: none"> • Ausbau und In- tensivierung der Aktivitäten aus der Basisstufe • Kooperations- vereinbarungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallsteuerung in ausgewählten Feldern (etwa Wiederholung KH-Einweisung) • Nutzung QM- Grundsätze
eine verbindliche Kooperation mit nicht ärztlichem Leistungserbringer			
Standards für Praxen (unter anderem Unabhän- gigkeit gegenüber Dritten, Qualitäts- management)	Stufe 2 <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring Medikamenten- management • elektronische Fallakte • Schulungsange- bote für Patienten 	Stufe 2 <ul style="list-style-type: none"> • datengestützte Qualitätszirkel • sichere elektronische Kommunikation • Kooperations- vereinbarungen 	Stufe 2 <ul style="list-style-type: none"> • Nutzung Quali- tätsindikatoren • Patienten- befragung • Qualitäts- management • elektronische Kommunikation
Managementstruk- turen (Netzbüro, Geschäftsführer, ärztlicher Leiter)			

Schätzungen zufolge existieren bundesweit rund 400 Arztnetze (Ame- lung et al. 2012). Eine Studie der Universität Erlangen hatte bereits in den Jahren 2006 und 2009 empirische Analysen und eine Typisierung bestehender Arztnetze in Bezug auf ihren Reifegrad in den Bereichen Strategie, Prozesse, Informations- und Kommunikationssysteme vorge- nommen (Schlicker et al. 2006; Purucker et al. 2009). Demnach konnten etwa zehn Prozent der untersuchten Netze als hinreichend ausgereift (sogenannte Netzprofis) identifiziert werden. Nach aktuellen Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommen etwa 60 Netze für die Förderung nach § 87b Absatz 2 Satz 2 SGB V infrage.

Die Finanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgt nach § 87b Absatz 4 SGB V im Rahmen der Honorarverteilung aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung. Somit gehen die finanziellen Anreize für Arztnetze grundsätzlich mit einer Reduzierung des Hono- rars bei nicht vernetzten Ärzten einher.

Die Entscheidung über die Art einer Förderung von Arztnetzen nach § 87b Absatz 4 SGB V durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird krankenkassenartenübergreifend getroffen. Sie erfolgt unabhängig von bereits existierenden oder geplanten Selektivverträgen zwischen einzelnen Krankenkassen und den Arztnetzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen legen den Fokus eher auf die Schaffung neuer Strukturen, die einzelnen Krankenkassen eher auf die Förderung steuerungsrelevanter Ergebnisse. Hier besteht die Möglichkeit, dass sich die beiden Förderungsarten ergänzen oder auch miteinander konkurrieren. Ob beide Strukturen neben- einander Bestand haben werden, hängt davon ab, ob Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen dazu bereit sind, Inhalte und Ziele ihrer Fördermaßnahmen aufeinander abzustimmen.

Für die beschriebene Förderung nach § 87b SGB V durch Kassenärztliche Vereinigungen kann die Auswahl qualifizierter Arztnetze lediglich auf Basis von Kriterien der Strukturqualität erfolgen. Weitergehende Aussa- gen über die Prozess- und Ergebnisqualität der Netze können bislang

nicht getroffen werden. Der Mangel an messbaren Indikatoren über die Performance der Netze in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit wird auch in der Erlanger Studie thematisiert (Purucker et al. 2009). Ärzte erhalten kaum Feedback über ihre Leistungen, und die Selbststeuerung der Netze ist ohne Transparenz über die Zielerreichung erheblich beeinträchtigt. Innovative Vergütungsformen wie ein Pay-for-Performance können ebenso wenig realisiert werden wie ein spezifisches Erfolgscontrolling der Krankenkassen in Bezug auf die Refinanzierung zusätzlicher Honorare im Rahmen von Selektivverträgen. Dies mag ein wesentlicher Grund dafür sein, dass Selektivverträge mit Arztnetzen in der Vergangenheit nur selten abgeschlossen wurden.

Erste Ansätze zur Darstellung von Qualitätsindikatoren wurden bereits im Jahr 2002 in Deutschland vom AQUA-Institut entwickelt und vorgestellt (Szecsenyi et al. 2003). Diese in der Folge zum QiSA-Konzept weiterentwickelten Indikatoren werden allerdings überwiegend aus Daten der Arztpraxis-EDV ermittelt. Damit wird der im Praxisalltag hilfreiche Vergleich teilnehmender Ärzte untereinander ermöglicht, nicht jedoch der übergeordnete Vergleich mit anderen Behandlern. Für eine Vertragssteuerung und Vertragsentwicklung sind diese Indikatoren nur wenig geeignet, da „historische Daten“ im Vorfeld einer Vereinbarung in der Regel nicht vorliegen. Diese sind aber die Basis, um ausgehend von der bisherigen Versorgung spezifische Ziele zur Optimierung der Qualität und Wirtschaftlichkeit zu vereinbaren. Ein derartiger „historischer“ Vergleich einer Gruppe von Netzärzten mit anderen Behandlern kann nur auf Basis von GKV-Routinedaten vorgenommen werden.

BrAVo

Grundprinzipien

Das Konzept BrAVo (Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung) wurde entwickelt, um erstmals Transparenz über die Performance von Arztnetzen zu erzielen. Zudem sollte eine Grundlage geschaffen werden, um mit Arztnetzen kooperativ, beispielsweise im Rahmen von Selektivverträgen, die regionale Versorgungsqualität zu optimieren.

Das Kennzahlensystem basiert ausschließlich auf den gesetzlich definierten Leistungs- und Abrechnungsdaten der BARMER GEK. Da diese sogenannten GKV-Routinedaten aus allen Leistungssektoren flächendeckend über mehrere Jahre vorliegen, kann anhand definierter Indikatoren eine Gruppe von Netzärzten mit anderen Ärzten, sowohl innerhalb derselben Region (intraregionaler Vergleich) als auch beispielsweise aus anderen Arztnetzregionen (interregionaler Vergleich) verglichen werden.

Der intraregionale Vergleich ermöglicht die Beurteilung, ob die Versorgung unter ansonsten gleichen regionalen Bedingungen zwischen Netzärzten und Nichtnetzärzten unterschiedlich ausgeprägt ist. Die regionale Kontrollgruppenbildung hat in diesem Zusammenhang eine überaus wichtige Bedeutung, da spezifische regionale Einflussfaktoren auf die Versorgung, wie etwa die Krankenhaus- oder Fachärztdichte, soziodemografische Faktoren (etwa Arbeitslosenquote der Region) oder administrative Besonderheiten (etwa KV, MDK) für beide Gruppen gelten. Alle anderen bekannten Analyseansätze, die Vergleichsgruppen aus anderen Regionen heranziehen, gleichen diese regionalen Faktoren nicht aus und nehmen somit erhebliche verzerrende Wirkungen in Kauf.

Der interregionale Vergleich erlaubt zudem den bundesweiten Vergleich mit anderen Arztnetzen und deren jeweiliger Kontrollgruppe (Nichtnetzärzte der jeweiligen Region). Regionale Versorgungsstärken und -schwächen können so abgebildet und Versorgungspotenziale aufgezeigt werden, die sich beim Blick über die jeweilige Region hinaus ergeben.

Der leitende Gedanke des Modells ist, dass besonders ältere und chronisch kranke Patienten mit einem komplexen Behandlungsbedarf einer vernetzten Versorgungsstruktur mit abgestimmten Versorgungsabläufen bedürfen. Betrachtet werden daher Arztnetze mit Haus- und Facharztbeteiligung, bei denen der Hausarzt eine zentrale Lotsenfunktion wahrnimmt. Dementsprechend erfolgt die Zuordnung aller BARMER GEK-Versicherten einer Versorgungsregion anhand ihrer hauptsächlich behandelnden Hausärzte jeweils zur Netzgruppe (Versicherte, die von Netzärzten behandelt werden) oder zur Kontrollgruppe (Versicherte bei Nichtnetzärzten). Es erfolgt somit keine Selektion zwischen eingeschriebenen und nicht eingeschriebenen Versicherten, sondern es wird die gesamte Versorgung der BARMER GEK-Versicherten bei den jeweiligen Ärztgruppen betrachtet.

Zunächst werden Indikatoren für die Morbidität der Versicherten bei Netzärzten und Nichtnetzärzten der betreffenden Region ermittelt. Diese sollen eine Einordnung der gemessenen Ergebnisse ermöglichen, da es in der Regel schwieriger ist, bei einem höheren Anteil schwerkranker Patienten gleiche oder sogar bessere Ergebnisse zu erreichen.

Die auf eine Ergebnismessung abzielenden Kennzahlen des BrAVo-Konzeptes sind spezifisch auf relevante Versorgungsfragen ausgerichtet. Sie betrachten sowohl Fragen der Versorgungsqualität als auch der Wirtschaftlichkeit. Somit können ursächliche Einflüsse in den Behandlungsprozessen spezifischer ermittelt werden, als das beispielsweise bei der alleinigen Betrachtung der Gesamtwirtschaftlichkeit in Form des regionalen Deckungsbeitrags möglich ist. Der Deckungsbeitrag, also die Differenz der Einnahmen aus dem Gesundheitsfond und der gesamten Leistungsausgaben pro Versicherten, kann durch zahlreiche Faktoren beeinflusst werden, die nicht in der Hand der behandelnden Ärzte liegen (beispielsweise soziodemografische Faktoren).

Dennoch wird auch dieser Wert als Hinweis auf die Gesamtwirtschaftlichkeit gemessen, da er allen Beteiligten unter anderem die Bedeutung

einer ganzheitlichen Betrachtung der Versorgung, auch über die jeweils spezifisch gemessenen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsindikatoren hinaus, vor Augen führen soll. Schließlich ist es langfristig auch möglich, die Zusammenhänge einzelner Indikatoren mit der Entwicklung des Deckungsbeitrags zu verfolgen und somit entscheidende Treiber für eine erfolgreiche Netzarbeit zu identifizieren.

Das Kennzahlensystem BrAVo stellt einen Weg dar, mit dem ein wirtschaftlicher wie auch ein medizinischer Erfolg ausgewogen und in Abhängigkeit voneinander betrachtet wird. Die Modellentwicklung benötigte mehr als zweieinhalb Jahre, da Entwicklungsschritte immer auch mit Arztnetzen reflektiert wurden. Die Zielkennzahlen erfordern von den Arztnetzen eine Auseinandersetzung mit ihren Behandlungsprozessen. Damit liefert dieses Kennzahlensystem

- eine Datenbasis für mehr Transparenz und Selbststeuerung der Arztnetze
- eine Abbildung „historischer“, also vor Vertragsschluss gemessener Versorgungsergebnisse, auf deren Basis zukünftige Zielkennzahlen mit den Netzärzten vereinbart werden können
- die Grundlage einer erfolgsorientierten Vergütung (Pay-for-Performance)

Methodik und Inhalte des BrAVo-Kennzahlensystems

Für den Versorgungsvergleich werden in diesem Konzept nicht Ärzte, sondern die von den Ärzten behandelten Patienten fokussiert. Als Grundlage für alle weiteren Auswertungen werden zunächst alle Kontakte von Versicherten der BARMER GEK in einem Beobachtungsjahr und dem entsprechenden Vorjahr zu Hausarztpraxen gezählt. Jeder Versicherte wird anschließend der Praxis zugeordnet, in der er am häufigsten behandelt wurde. War dies ein Netzarzt, dann zählt der Patient zur Gruppe der Netzversicherten.

Neben dieser Zuordnung ist für alle weiteren Analyseschritte die Definition einer netzspezifischen Versorgungsregion sowie der dort lebenden

Netzversicherten (Netzgruppe, NG) und Nichtnetzversicherten (Kontrollgruppe, KG) notwendig. Die nachfolgende Tabelle beschreibt das methodische Vorgehen.

Übersicht 2: Methodik der Netz- und Kontrollgruppenbildung

Versorgungsregion: alle Postleitzahlbereiche mit einem Arztnetz-Versorgungsanteil von mindestens fünf Prozent an den dort wohnenden und einem Hausarzt zugeordneten Versicherten der BARMER GEK

Netzversicherte der Versorgungsregion bilden zusammengefasst die Netzgruppe (NG)	Zuordnung, wenn der am häufigsten aufgesuchte Hausarzt ein Netzarzt ist
Nichtnetzversicherte der Versorgungsregion bilden zusammengefasst die regionale Kontrollgruppe (KG)	Zuordnung, wenn der am häufigsten aufgesuchte Hausarzt kein Netzarzt ist

Diese Gruppeneinteilung ermöglicht nun versichertenbezogene, sektorenübergreifende Analysen und den oben genannten inter- und intraregionalen Versorgungsvergleich. Im Ergebnis kann somit unabhängig von einer (gegebenenfalls selektiven) Versicherteneinschreibung und -teilnahme am Angebot eines Arztnetzes dessen Versorgungscharakteristik bezogen auf alle tatsächlich versorgten Patienten abgebildet werden. Dies umfasst auch grundsätzliche Strukturmerkmale wie Größe und Lage der Netzregion, Versorgungsanteil des Netzes sowie Anzahl und Größe der Netzhausarztpraxen.

Die BrAVo-Indikatoren und -Kennzahlen wurden so ausgewählt und zusammengestellt, dass zunächst die morbiditätsabhängige Versorgungsleistung der Arztnetze dargestellt wird. Im Vordergrund steht dabei die Frage, ob in einem Arztnetz über- oder unterdurchschnittlich viele Patienten mit hohem Versorgungsbedarf behandelt werden. Dies geschieht beispielsweise auf Basis von:

- der Anzahl der durchschnittlich pro Versicherten zugewiesenen Zuschläge für hierarchisierte Morbiditätsgruppen (HMG) aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich
- Patienten mit Pflegestufe
- der Anzahl an Verstorbenen
- Risikopatienten mit DMP-Erkrankungen

Daneben wurden spezifische Kennzahlen gebildet, die Aspekte der Prozessqualität einerseits und medizinische und ökonomische Ergebnisqualität andererseits erfassen. Plausibilität, Relevanz und Akzeptanz dieser Kennzahlen stellen bei der Kommunikation mit Arztnetzen eine zentrale Anforderung dar. Daher wurden zunächst besonders relevante Patientengruppen und Versorgungsfragen fokussiert und die Anzahl auf ein übersichtliches Maß begrenzt.

Tabelle 1: BrAVo-Kennzahlen (2011)

Kennzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Netzbindung: Anteil Kontaktquartale bei Nichtnetz-Hausärzten	5,9%	18,2%	12,6%	13,0%
DMP: Einschreibequote gesamt	37,0%	63,8%	45,2%	42,5%
DMP: Einschreibequote von Hochrisikopatienten	24,7%	54,1%	34,5%	32,3%
leitliniengerechte Versorgung: Quote Medikation mit Beta-Blockern und ACE-Hemmern/Sartanen von Versicherten mit Herzinsuffizienz	35,5%	71,9%	50,6%	49,1%
leitliniengerechte Versorgung: Quote Medikation mit ACE-Hemmern oder Sartanen von allen bei Versicherten mit Herzinsuffizienz	66,3%	90,6%	74,4%	73,4%
leitliniengerechte Versorgung: Quote Medikation mit ACE-Hemmern oder Sartanen von allen Diabetikern mit Nierenschädigung	66,7%	93,8%	79,7%	78,9%
Diagnosequalität: Anteil nicht geklärter Verdachtsdiagnosen	7,0%	28,5%	15,6%	15,5%

Kennzahl	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Diagnosequalität: Anteil nicht endstelliger Diagnosen	1,1%	3,5%	2,4%	2,3%
Krankenhaus: Hospitalisierungsrate von Versicherten mit Pflegestufe	0,68	1,22	0,94	0,94
diagnosespezifische Hospitalisierungsquoten	Für jede Versorgungsregion werden diagnose-bezogen alle Krankenhausbehandlungen in der Netz- und Kontrollgruppe ermittelt, sodass ein sehr umfangreicher Pool an weiteren Kennzahlen zur Verfügung steht.			
Krankengeld: Anteil Personen mit Krankengeldbezug von allen Personen mit Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Diagnosen	16,1%	32,8%	24,5%	24,8%
Krankengeld: Anteil Personen mit Krankengeldbezug von allen Personen mit Arbeitsunfähigkeit bei Diagnose Rückenschmerz	5,7%	15,9%	10,1%	9,9%
Sonstiges: Krankentransporttage pro Netzversicherten	0,18	0,39	0,26	0,26
Sonstiges: Summe Transportkosten pro Versicherten	43,23 Euro	92,81 Euro	62,87 Euro	58,05 Euro
Anteil Versicherte, die unter Berücksichtigung des jeweiligen Therapieschemas im bundesweiten Vergleich zu den zehn Prozent der Diabetespatienten mit dem höchsten Blutzuckerteststreifenverbrauch zählen	4,1%	23,2%	12,1%	12,6%
Arzneimittel: Anteil Patienten älter als 65 Jahre, denen wiederholt mehr als fünf Wirkstoffe in einer Menge von über >30 DDD (75 DDD) pro Quartal verordnet wurden	3,1% (14,4%)	6,1% (21,7%)	4,2% (19,0%)	4,1% (19,5%)
Arzneimittel: Anteil Verordnungen mit gesetztem Aut-Idem-Kennzeichen für Produkte von Nicht-BARMER-GEK-Rabattpartnern bei rabattpartnerfähigen Medikamenten	8,0%	29,3%	17,1%	12,2%
Arzneimittel: spezifische Verordnungsmengen von Leit- und Quotensubstanzen (gesonderte Auswertung)	bestehend aus 33 bundesweit einheitlichen und gegebenenfalls regional ergänzten Kennzahlen			

Tabelle 1 zeigt die Kennzahlen und Benchmarkgrößen bezogen auf aktuell 17 Arztnetze, die der BARMER GEK eine Liste der teilnehmenden Ärzte zur Verfügung gestellt haben. Bemerkenswert ist die erhebliche Varianz der Ergebnisse. Somit darf aus diesem interregionalen Benchmark (zumindest für einzelne Netze) bereits auf ein beträchtliches Entwicklungspotenzial geschlossen werden.

Die Tabelle 2 (Auswahl erster Ergebnisse) verdeutlicht die erheblichen Unterschiede, die Arztnetze sowohl unter Struktur- als auch unter Versorgungsaspekten charakterisieren.

Tabelle 2: Strukturmerkmale von aktuell 17 Arztnetzen

Strukturmerkmale	Minimum	Maximum	Mittelwert	Median
Anzahl Versicherte in der Versorgungsregion	1.174	12.616	5.224	4.655
Versorgungsanteil von Netzen in der Versorgungsregion	13,3%	57,7%	32,1%	30,7%

Die absoluten und relativen Versorgungsanteile der Netze differieren erheblich. Folglich unterscheiden sich auch deren Möglichkeiten, vernetzte Versorgungsstrukturen (beispielsweise Behandlungspfade, abgestimmte Vertretungsregelungen, Arzneimittel-Positivliste, ...) zu etablieren, um auf diese Weise die regionale Versorgung erkennbar zu beeinflussen. Somit können aus den Strukturmerkmalen wichtige Rückschlüsse auf die Gestaltungsoptionen eines Arztnetzes gezogen werden, die bei der Auswahl von Vertragspartnern oder bei der Vereinbarung von Versorgungszielen zu berücksichtigen sind.

Grundsätzlich ist das BrAVo-Konzept darauf ausgerichtet, die Stärken und Schwächen eines einzelnen Arztnetzes durch eine Gesamtschau auf alle Indikatoren aus einer inter- und intraregionalen Perspektive zu identifizieren. In der Praxis zeigt sich dabei relativ häufig ein

uneinheitliches Bild. Wo das eine Netz besonders positiv herausragt, hat ein anderes Netz gegebenenfalls deutliches Verbesserungspotenzial und umgekehrt. Ungeachtet dieser netzspezifischen Einordnung zeigen sich aber auch Tendenzen, die auf grundlegende Unterschiede zur Versorgung außerhalb der Netze hinweisen, was nachfolgende Zahlen aus der Betrachtung von 17 Arztnetzen verdeutlichen.

Tabelle 3: Ausgewählte Morbiditätskennzahlen (Netzgruppe, Kontrollgruppe)

Morbiditätskennzahlen	Gruppe	Minimum	Maximum	Mittelwert
Verstorbene	Netzgruppe	0,8%	2,6%	1,6%
	Kontrollgruppe	0,6%	2,6%	1,5%
Anteil Versicherte mit Pflegestufe	Netzgruppe	2,3%	6,9%	4,6%
	Kontrollgruppe	1,7%	5,6%	4,0%
durchschnittliche Anzahl HMGs pro Versicherter	Netzgruppe	1,13	2,16	1,40
	Kontrollgruppe	0,93	1,58	1,27

Tabelle 4: Ausgewählte Kennzahlen zur Prozess- und Ergebnisqualität 2011

Kennzahlen der Ergebnisqualität	Gruppe	Minimum	Maximum	Mittelwert
DMP-Einschreibequote von Hochrisikopatienten	Netzgruppe	24,7%	54,1%	34,5%
	Kontrollgruppe	21,1%	39,3%	28,4%
leitliniengerechte Versorgung: Quote Medikation mit ACE-Hemmern oder Sartanen von allen Versicherten mit Herzinsuffizienz	Netzgruppe	66,3%	90,6%	74,4%
	Kontrollgruppe	65,1%	88,1%	72,8%

Aus der Tabelle 3 lässt sich ableiten, dass in Arztnetzen tendenziell kränkere Versicherte behandelt werden. Gleichzeitig gibt insbesondere die DMP-Einschreibequote in Tabelle 4 Hinweise auf eine höhere Bereitschaft zur strukturierten Versorgung von Patienten mit hohem

Versorgungsbedarf. Schließlich zeigen weitere Analysen der Deckungsbeiträge, dass die Versorgung in Arztnetzen (trotz dieser erschwerten Bedingungen) tendenziell ökonomischer erfolgt, als die Versorgung in der Regelversorgung.

Einsatz in Verträgen

Das Add-on-Vergütungsmodell

Der nächste konsequente Schritt im Rahmen von Vertragsgesprächen ist die Verhandlung und Fixierung konkreter gemeinsamer Ziele für die Zukunft. Diese bilden die Grundlage für die Vergütung im Rahmen eines Selektivvertrags mit der BARMER GEK. Das Vergütungsmodell ist dreistufig. Es enthält eine pauschale, erfolgsunabhängige Basisvergütung, die zu Beginn eines jeweiligen Kalenderjahres gewissermaßen als Vorschuss gezahlt wird. Darüber hinaus wird eine erfolgsabhängige Vergütung bei Erreichen der vereinbarten Ziele und ein weiterer Erfolgsbonus bei nachweislicher Verbesserung der Gesamtwirtschaftlichkeit gezahlt.

Die Basisvergütung soll die besonderen Voraussetzungen und Leistungen des Arztnetzes in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität abdecken. Dabei wird bewusst eine Fixierung auf die einzelne Einschreibung der Versicherten vermieden. Dies ist insofern auch folgerichtig, als dass die Messung der Versorgungserfolge sich unabhängig von einer Einschreibung stets auf alle tatsächlich versorgten Patienten bezieht. Auch werden nicht einzelne Behandlungsprozesse separat vergütet, da sich die Auswahl und Priorisierung der relevanten Behandlungspfade im Netz nicht nach der Vergütung pro Fall, sondern nach den erwarteten Ergebnissen richten soll.

Der erfolgsabhängige Vergütungsanteil wird zu Vertragsbeginn in Abhängigkeit der vereinbarten Ziele festgelegt. Je ambitionierter die Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsziele auf Basis der bisherigen Kennzahlen definiert werden, umso höher kann auch die Erfolgsvergütung ausfallen. Hierzu werden zehn bis zwölf spezifische Kennzahlen vereinbart. Werden drei Viertel aller vereinbarten Ziele erreicht, kann die

Erfolgsvergütung ausgezahlt werden. Dies ist nach Vorliegen aller relevanten GKV-Routinedaten in der Regel drei Quartale nach Abschluss des betrachteten Kalenderjahres möglich.

Zur Bestimmung der Gesamtwirtschaftlichkeit im Sinne des Deckungsbeitrags (Einnahmen Gesundheitsfonds minus gesamte Leistungsausgaben pro Versichertem) bedarf es zudem Daten aus dem Risikostrukturausgleich des betrachteten Jahres. Diese Endabrechnung ist erst nach einem weiteren Jahr möglich. Betrachtet wird die Veränderung des Deckungsbeitrags in der Netzgruppe gegenüber dem Vorjahr abzüglich der Deckungsbeitragsveränderung in der regionalen Kontrollgruppe (Nichtnetzärzte).

Mit diesem dreistufigen Vergütungsmodell wird den unterschiedlichen Anforderungen an ein zielgerichtetes und ausgewogenes Anreizsystem Rechnung getragen. Im Vordergrund steht die Zielvereinbarung und Erreichung der vereinbarten Ziele. Gleichzeitig soll auch die Gesamtwirtschaftlichkeit im Bewusstsein der Beteiligten verankert werden. Schließlich soll aber bereits zu Beginn des jeweiligen Vertragsjahres eine angemessene Basisvergütung stehen, die die besonderen Bemühungen um Struktur- und Prozessqualität in der ärztlichen Praxis honoriert beziehungsweise vielfach erst ermöglicht.

Da spezifische Versorgungsleistungen nicht vereinbart werden, sondern die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität verbessert werden soll, erfolgt auch keine Substitution der Regelversorgung. Damit handelt es sich um ein reines Add-on-Vergütungsmodell, das bedeutet, alle Honorare werden zusätzlich zur Regelvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung gezahlt.

Vollversorgungsmodell mit dem Arztnetz GMZ

Mit einem Add-on-Vertrag lässt sich langfristig nicht mehr Geld verteilen, als durch veranlasste Leistungen oder eine verbesserte Versorgung refinanziert werden kann. Will man die Anreize dieses Modells noch weiter erhöhen, dann müssen Teile der Regelversorgung und damit ein Anteil des ärztlichen Honorars an gleiche oder ähnliche Versorgungsziele

gekoppelt werden, wie sie bereits im BrAVo-Konzept vorgesehen sind. Eine solche Erweiterung lässt sich nur vornehmen, wenn die Gesamtvergütung, die eigentlich von einer Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung bezahlt und über diese an die Ärzte ausgeschüttet wird, in das Versorgungsmodell einbezogen wird. Einen solchen Vollversorungsvertrag hat die BARMER GEK zum 1. Januar 2012 mit der GesundheitsManagement Zentral GmbH (GMZ) in Bayern geschlossen.

In den Vertrag der BARMER GEK mit der GMZ sind rund 95 Ärzte und zum Stichtag 1. Juni 2013, rund 1.500 Versicherte der BARMER GEK eingeschrieben. Die Ärzte teilen sich zu 75 Prozent auf Hausärzte und 25 Prozent auf Fachärzte auf. Obwohl die meisten und die am häufigsten frequentierten Facharztrichtungen bei der GMZ vertreten sind, ist eine vollständige Sicherstellung aller Facharztrichtungen nicht gegeben. Dieser Umstand führt dazu, dass das Netz bei einem entsprechenden medizinischen Bedarf extern zusätzliche Leistungen einkaufen muss, um den Anspruch auf eine Vollversorgung gewährleisten zu können. Alle veranlassten Leistungen werden entsprechend der Regelversorgung über die Krankenkasse abgerechnet.

Sobald sich ein Versicherter der BARMER GEK in den Vertrag einschreibt, wird er nicht mehr bei der Ermittlung der Gesamtvergütung zwischen der BARMER GEK und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns berücksichtigt und seine historische Leistungsmenge (das bedeutet die in Anspruch genommene Leistungsmenge des Vorjahres) bereinigt. Den so quartalsweise für jeden eingeschriebenen Versicherten individuell ermittelten Betrag erhält die GMZ GmbH von der BARMER GEK als Vorauszahlung mit befreiender Wirkung für alle in einem Quartal anfallenden ärztlichen Leistungen. Somit übernimmt die GMZ GmbH bei der Verteilung der Vergütung an ihre Ärzte die gleiche Rolle wie eine Kassenärztliche Vereinigung.

Da die Vergütungssystematik in der ambulanten Versorgung auf historischen Werten aufbaut, übernimmt die GMZ GmbH auch das Risiko, dass

sich die Morbidität der eingeschriebenen Versicherten kurzfristig gravierend ändern kann und die Vergütung damit nicht mehr kostendeckend ist. Da eine Kassenärztliche Vereinigung die ambulante ärztliche Versorgung für ein gesamtes Bundesland und damit für eine sehr große Population sicherstellt, gleichen sich die Schwankungen im Versorgungsaufwand zwischen den Patienten innerhalb eines definierten Zeitraums aus.

Bei aktuell nur 1.500 eingeschriebenen Versicherten könnte durch entsprechende Schwankungen durchaus eine Überforderung der GMZ GmbH entstehen. In der privaten Versicherungswirtschaft würde eine Rückversicherung das Risiko einer solchen unerwarteten Morbiditätsentwicklung auffangen. In dem vorliegenden Netzvertrag mussten sich die Vertragspartner dieses Risiko teilen. Bei einer Gesamtbewertung eines Vollversorgungsvertrags darf man daher nicht vergessen, dass sich der Versorgungsbedarf nur bei großen Populationen annähernd voraussagen lässt und dass bei kleineren Gruppen Leistungserbringer und Kostenträger ein finanzielles Risiko eingehen. Dieses Risiko entsteht durch zufällige Schwankungen bei der Morbidität der eingeschriebenen Versicherten und führt dazu, dass die im Voraus mit befreiender Wirkung bezahlte Gesamtvergütung deutlich zu hoch oder deutlich zu niedrig kalkuliert sein kann.

Was unterscheidet den beschriebenen Selektivvertrag von der Regelversorgung, wenn die Rolle der GMZ GmbH in weiten Bereichen der Rolle einer Kassenärztlichen Vereinigung entspricht? Die Antwort liegt in der Honorarverteilung, in der Mitwirkung der eingeschriebenen Versicherten und in dem Informationstransfer zwischen den Netzärzten.

Der Vertrag zwischen der BARMER GEK und der GMZ GmbH baut auf einem primärärztlichen Versorgungsmodell auf. Eine Grundprämisse dieses Konzeptes ist es, dass sich jeder eingeschriebene Versicherte an einen gewählten Hausarzt bindet und Fachärzte nur auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch nimmt. Das Versorgungsziel besteht darin, dass der Hausarzt notwendige Facharztkontakte schneller und

koordinierter veranlasst als in der Regelversorgung und unnötige Facharztkontakte vermieden werden. Da die Maßnahmen zur Stärkung der beiden Ziele „unnötige Facharztkontakte vermeiden“ und „notwendige Facharztkontakte beschleunigen“ leicht miteinander konkurrieren, liegt die Schwierigkeit bei der Vertragsentwicklung darin, gleichzeitig Anreize für beide Ziele zu setzen.

Im Vertrag zwischen der BARMER GEK und der GMZ GmbH spiegeln sich beide Ziele in der Honorarverteilung zwischen Haus- und Fachärzten wider. Während der Hausarzt ein morbiditätsabhängiges und damit für jeden Patienten individuelles Budget erhält, wird der Facharzt über Einzelleistungen bezahlt. Die Vergütung des Hausarztes ist in seiner Höhe von der Anzahl und dem Umfang der Facharztkontakte abhängig, die durch seine eigenen Patienten in Anspruch genommen wurden. Damit beinhaltet die Honorarverteilung für den Hausarzt einen Anreiz, bei Leistungen, die in seinen eigenen Tätigkeitsbereich fallen, unnötige Facharztkontakte zu vermeiden.

Dieses Budget darf nun keinesfalls dazu führen, dass notwendige Facharztkontakte unterbleiben. Daher beinhaltet die Honorarverteilung eine ganze Reihe von Maßnahmen, die dem Patienten den Zugang zum Facharzt im Verhältnis zur Regelversorgung erleichtern beziehungsweise die beim Hausarzt neben den ohnehin existierenden ethischen Grundsätzen der hausarztzentrierten Versorgung auch finanzielle Anreize für die best- und schnellstmögliche Versorgung durch Fachärzte bieten. Das Budget des Hausarztes gilt unabhängig davon, ob sich der Patient an die Regelungen des Primärarztmodells und damit an den Überweisungsvorbehalt gehalten hat. Der Versicherte hat auch jederzeit die Möglichkeit, aus dem Versorgungsmodell auszusteigen. Er muss also von der fachlichen Qualität der angebotenen Versorgung überzeugt sein, um sich langfristig an ihn zu binden. Damit besteht das erste Regulativ zur Hausarztbindung durch das Verhalten des Patienten selbst.

Weiterhin wird durch eine direkte Vergabe von Facharztterminen durch die Hausarztpraxis sichergestellt, dass notwendige Kontakte schnellstmöglich stattfinden. Auch für die Auswahl des richtigen Facharztes bestehen Anreize in der Honorarverteilung, um eine Odyssee des Patienten durch die verschiedenen Facharzttrichtungen zu vermeiden.

Die kurzfristige Inanspruchnahme von Fachärzten wird innerhalb des Vertrags durch ein eigenständiges Vergütungssystem verstärkt. Es handelt sich um ein Einzelleistungssystem, das Elemente aus den Vergütungssystemen der gesetzlichen (EBM) und der privaten Krankenversicherung (GOÄ) beinhaltet. Die eingeschriebenen und vom Hausarzt überwiesenen Patienten erhalten damit eine prioritäre Behandlung und profitieren dementsprechend von der vernetzten Versorgung. Damit der Hausarzt als Lotse fungieren kann, übernimmt er nicht nur die Vermittlung aller Facharztkontakte, er erhält auch eine vollständige Transparenz über die vom Facharzt erbrachten Leistungen. Diese technischen Rahmenbedingungen stellen die Basis der vernetzten Versorgung im Rahmen des GMZ-Vollmodells dar.

Für eine Bewertung der Ergebnisse dieses Netzvertrags ist es nach einer Laufzeit von weniger als zwei Jahren noch zu früh. Möglich ist jedoch eine Analyse der operativen Prozesse, die mit der Umsetzung eines Vollversorgungsmodells einhergehen. Durch das höhere finanzielle Volumen ist zu erwarten, dass eine Krankenkasse über ein Vollversorgungsmodell spezifische Anreize besser und deutlicher setzen kann, als über eine Add-on-Lösung. Zusätzlich können alle Elemente des BrAVo-Konzeptes in dem Vollversorgungsvertrag integriert werden.

Auf der anderen Seite verlangt das Vollversorgungsmodell eine erhebliche Infrastruktur innerhalb des Netzes. Eine übergreifende Informationsverfügbarkeit und ein technisch gestützter Dokumentationsaustausch zwischen den Leistungserbringern sind dabei maßgeblich. Nur wenige Netze innerhalb Deutschlands wären neben der GMZ GmbH aktuell in

der Lage, eine eigenständige IT-Struktur aufzubauen und ein eigenständiges Vergütungssystem durchzusetzen. Es würde volkswirtschaftlich auch keinen Sinn ergeben, wenn eine Vielzahl von Arztnetzen KV-ähnliche Strukturen entwickeln. Nicht zu vergessen ist auch der Verwaltungsaufwand bei den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, der bei Selektivverträgen mit einer vollständigen Bereinigung einhergeht. Zusätzlich müssen die Abrechnungen nicht nur bei jedem einzelnen Vertragspartner gesondert geprüft werden, sondern sie müssen bei verschiedenen Vertragspartnern auch gegeneinander abgeglichen werden. Dieser Verwaltungsaufwand würde bei einer einheitlichen Abrechnung einer einzelnen Kassenärztlichen Vereinigung nicht entstehen.

Im Ergebnis muss dieser Aufwand durch die positiven Effekte der vernetzten Versorgung gegenfinanziert werden. Dies ist bei Einschreibezahlen von rund 1.500 Versicherten nur begrenzt möglich. Für einzelne Netzregionen und bei der Existenz von hoch professionellen Netzstrukturen mag ein Vollversorgungsmodell geeignet sein, und es lassen sich vielfältige Lösungen für die Gestaltung der Regelversorgung daraus ableiten. Netzverträge mit einer Vollversorgung sind aber kein Modell für einen flächendeckenden Ansatz. Dafür sind der Verwaltungsaufwand und das Risiko für Leitungserbringer und Kostenträger zu hoch.

Fazit

Seit vielen Jahren wird die Stärkung umfassender integrierter Versorgungsformen gefordert und die zögerliche Umsetzung entsprechender Selektivverträge mit Arztnetzen bemängelt. Der aktuelle Lösungsweg über die kollektive Förderung qualifizierter Arztnetze durch Kassenärztliche Vereinigungen nach § 87b SGB V stärkt zwar die Wahrnehmung dieser Versorgungsform, wirft aber neue Fragen im Verhältnis zwischen kollektiver Gesamtvergütung und selektiven Wettbewerbsmodellen der Krankenkassen auf.

Bisherige Umsetzungsdefizite sind wesentlich auf das Fehlen spezifischer und allgemein verfügbarer Versorgungsindikatoren zurückzuführen. So

sind die Kriterien für eine Förderung durch Kassenärztliche Vereinigungen ebenso begrenzt, wie für die Auswahl geeigneter Selektivvertragspartner der Krankenkassen. Es fehlt die nötige Transparenz zur Selbststeuerung und Zielorientierung der Arztnetze ebenso wie eine allgemein akzeptierte und handhabbare Basis für erfolgsorientierte Vergütungsmodelle.

Das BrAVo-Konzept setzt somit an einem zentralen Punkt an, um Arztnetze in Zukunft noch stärker zu etablieren. Erstmals werden GKV-Routinedaten zur Steuerung der Versorgung für die Netze und deren Vertragspartner bereitgestellt. Methodische Defizite bisheriger Vertragsmodelle und deren Messbarkeit werden durch den innovativen Ansatz des intraregionalen Vergleichs überwunden. Gleichzeitig kann nur durch die lebendige Auseinandersetzung aller Beteiligten mit den bereitgestellten Daten, Kennzahlen und Ergebnissen sichergestellt werden, dass ein entsprechender Nutzen in der Versorgung entsteht. Ein wesentliches Element in der vertraglichen Anwendung ist die spezifische Zielvereinbarung mit einem erfolgsabhängigen Vergütungsanteil (Pay-for-Performance).

Das Kennzahlensystem kann sowohl im Rahmen reiner Add-on-Vergütungen als auch sogenannter Vollversorgungsmodelle eingesetzt werden. Allerdings zeigt die Realität der meisten Arztnetze, insbesondere der sehr aufwendigen Prozesse einer Budgetbereinigung bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, dass bei einer angestrebten Verbreitung in der Fläche die Add-on-Variante im Vordergrund steht. Dies entspricht in vieler Hinsicht der Grundkonzeption neuer Versorgungsformen, da es primär um eine bessere Vernetzung, Kommunikation und Kooperation in der Versorgung geht. Neben der Extremform einer Substitution der Regelversorgung sollte insbesondere ein vernünftiges Nebeneinander zwischen kollektiver Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigungen und einem selektivvertraglichen Wettbewerbsfeld der Krankenkassen ermöglicht werden. Auch hier eröffnet die Förderung nach § 87b neue Perspektiven. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen könnten perspektivisch Kennzahlen aus GKV-Routinedaten auch dafür nutzen, die zielgerichtete kollektive Förderung von Arztnetzen zu optimieren.

Umso bedauerlicher ist es festzustellen, dass angesichts der aktuellen Rechtsauslegung der Integrierten Versorgung im Rahmen der Vorlagepflicht bei den Aufsichtsbehörden ausgerechnet diese Add-on-Vergütungsmodelle erheblich behindert werden. Eine Klarstellung des Gesetzgebers in naher Zukunft wäre daher sehr wünschenswert, nicht zuletzt im Interesse der Arztnetze.

Die Entwicklung spezifischer Kennzahlen zur Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit auf Basis von GKV-Routinedaten steht noch am Anfang. Mit dem BrAVo-Konzept wurden bereits wichtige Erfahrungen in Bezug auf Möglichkeiten und Grenzen sowie der realen Akzeptanz bei den Behandlern gesammelt. Das System ist flexibel anwendbar und anpassbar. Durch die aktive Auseinandersetzung möglichst vieler Ärzte und Krankenkassen mit den verfügbaren Kennzahlen kann ein wichtiger Beitrag zur Reflexion bisheriger Versorgungsprozesse und zur Optimierung von Qualität und Wirtschaftlichkeit geleistet werden.

Literatur

- Agentur Deutscher Arztnetze e.V. (2013): KVen mehrheitlich positiv: Arzt-Netze vor neuer Förderung. www.deutsche-aerztenetze.de/index.php?show=27
- Amelung, V. E. et al. (2012). In: G & G (4).
- Heinrich-Böll-Stiftung (2013): Wie geht es uns morgen? Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Berlin.
- Hermann, C. et al. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik 5–6, S. 11–29. <http://m.aerzteblatt.de/print/135616.htm>. In: Deutsches Ärzteblatt 2013 110/11.
- Purucker, J., G. Schicker und M. Böhm (2009): Praxisnetz-Studie 2009. Status quo, Trends und Herausforderungen. Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik II der Universität Erlangen.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2007): Sondergutachten 2007. Kooperation und Verantwortung. Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Langfassung. Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – SVR (2009): Sondergutachten 2009. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Kurzfassung. Bonn.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten – SVR (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Kurzfassung. Bonn.
- Schlicker, G., O. Kohlbauer und F. Bodendorf (2006): Praxisnetz-Studie 2006. Status Quo, Trends & Herausforderungen. Lehrstuhl für Wirtschaftsinformatik II der Universität Erlangen.
- Szecsényi, J., J. Stock und B. Broge (2003): Qualität greifbarer machen: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze. In: Managed Care (1) 2003. S. 18 ff.
- Wambach, V. (2013): Startschuss oder Fehlstart. Die Netzförderung in den Regionen. www.deutschaerznetze.de/ueber_uns/veranstaltungen/rueckschau/workshop_ss_87b_sgb_v.php