



**Universität
Basel**

Wirtschaftswissenschaftliche
Fakultät

**Health
Economics**

Prof. Dr. Stefan Felder

Prof. Dr. Stefan Felder | Health Economics

Peter Merian-Weg 6 | Postfach | CH-4002 Basel

Tel. +41 61 207 32 26 | stefan.felder@unibas.ch



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Solothurnerstrasse 94 | CH-4053 Basel

Tel. +41 61 281 21 28 | gesundheit@iwsb.ch

Komplexpauschalen in der Schweiz

Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen

Gutachten im Auftrag des
Bundesamtes für Gesundheit BAG



Auftraggeber:	Bundesamt für Gesundheit BAG Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Schwarzenburgstrasse 157 CH-3003 Bern	
Begleitgruppe:	Dr. Nico van der Heiden Cinzia Zeltner Dr. Stefan Spycher Fabienne Lüthi Lara De Simone	Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Direktionsbereich Gesundheitspolitik Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe
Projektleitung:	Prof. Dr. Stefan Felder	Universität Basel
Projektbearbeitung:	Dr. Stefan Meyer	Institut für Wirtschaftsstudien Basel
	Dr. Manuela Merki	Institut für Wirtschaftsstudien Basel
	Camila Plaza	Universität Basel
Juristische Expertise:	Prof. Dr. Tomas Poledna	POLEDNA RC AG/Universität Zürich
Medizinische Expertise:	Prof. Dr. Thomas Rosemann, PhD	Universitätsspital Zürich
Anmerkung:	Der Bericht gibt die Auffassung der Autoren wieder, die nicht notwendigerweise mit derjenigen der Auftraggeber oder der Begleitgruppe übereinstimmen muss. Zur besseren Lesbarkeit und Vermeidung sprachlicher Schwerfälligkeit wird im vorliegenden Bericht nur die männliche Form verwendet. Die entsprechenden Begriffe beziehen sich auf beide Geschlechter.	
Vorgeschlagene Zitierweise:	Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C., Poledna, T. und Rosemann, T. (2019): «Komplexpauschalen in der Schweiz: Umsetzbarkeit integraler Vergütungssysteme im Schweizer Gesundheitswesen.» Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Basel: Institut für Wirtschaftsstudien Basel.	

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	III
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	IV
TABELLENVERZEICHNIS	IV
VERWENDETE ABKÜRZUNGEN	V
ZUSAMMENFASSUNG (MANAGEMENT SUMMARY)	VI
1 EINLEITUNG.....	1
1.1 AUSGANGSLAGE	1
1.2 ZIELSETZUNG.....	1
1.3 AUFBAU DES GUTACHTENS	1
2 DEFINITION UND ABGRENZUNG DES UNTERSUCHUNGSGEGENSTANDS.....	2
2.1 DEFINITION UND FUNKTIONSWEISE VON KOMPLEXPAUSCHALEN.....	2
2.2 FESTLEGUNG DER MEDIZINISCHEN ANWENDUNGSGEBIETE	6
2.2.1 Herleitung der Eignungskriterien für die Identifikation von Anwendungsgebieten	6
2.2.2 Beschreibung der möglichen Anwendungsgebiete	7
2.2.3 Beurteilung der vier Anwendungsgebiete	10
3 WIRKUNG VON KOMPLEXPAUSCHALEN AUF QUALITÄT UND KOSTEN.....	14
3.1 INTERNATIONALE ERFAHRUNGEN MIT KOMPLEXPAUSCHALEN	14
3.1.1 Methodisches Vorgehen.....	14
3.1.2 Erkenntnisse aus der empirischen Literatur	16
3.1.3 Kritische Bemerkungen.....	22
3.2 EINSCHÄTZUNG DES POTENZIALS VON KOMPLEXPAUSCHALEN IM SCHWEIZER KONTEXT	23
4 EINFÜHRUNG VON KOMPLEXPAUSCHALEN IM SCHWEIZER SYSTEM	27
4.1 BEZIEHUNGSSTRUKTUREN UND VERGÜTUNGSVERTRÄGE IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN.....	27
4.2 DIE BEIDEN UMSETZUNGSSZENARIEN IM DETAIL.....	29
4.2.1 «Top-Down» – bundesrechtliche Einführung von Komplexpauschalen in der OKP.....	29
4.2.2 «Bottom-Up» – selektive Einführung von Komplexpauschalen durch die Tarifpartner	30
4.3 RECHTLICHE BEURTEILUNG DER UMSETZBARKEIT	31
4.3.1 Rechtliche Anknüpfungspunkte.....	31
4.3.2 Vereinbarkeit mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG): Überblick	31
4.3.3 Konkrete Beurteilung.....	32
4.3.4 Rechtlicher Anpassungsbedarf.....	34
4.3.5 Differenzierungen nach den beiden Umsetzungsszenarien «Top-Down» und «Bottom-Up».....	35
4.4 BEURTEILUNG DER UMSETZBARKEIT VON KOMPLEXPAUSCHALEN IN DER SCHWEIZ.....	35
4.4.1 Haltung der Stakeholder gegenüber Komplexpauschalen.....	35
4.4.2 Beurteilung des «Top-Down»- bzw. «Bottom-Up»-Ansatzes im Schweizer System	40
4.5 WEITERE SCHRITTE DES UMSETZUNGSPROZESSES «BOTTOM UP»	44
LITERATURVERZEICHNIS.....	48
ANHÄNGE	52
A) GLOSSAR.....	52
B) LITERATURÜBERSICHT	53
C) FRAGEBOGEN DER ELEKTRONISCHEN STAKEHOLDERBEFRAGUNG	62



Abbildungsverzeichnis

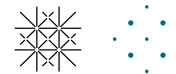
Abbildung 1	Schematische Darstellung einer Komplexpauschale bei einer akuten Behandlungs-episode (oben) sowie bei einem chronischen Behandlungskomplex (unten)5
Abbildung 2	Anzahl Totalendoprothesen des Kniegelenks Fälle pro 1'000 Kantonseinwohner (2015)8
Abbildung 3	«Top 10» der SwissDRG-Fallgruppen (2016)10
Abbildung 4	Kosten der direkten Behandlung von Krankheiten 7 NCD-Gruppen (2011)24
Abbildung 5	Simplifizierte Darstellung der Beziehungen im Gesundheitswesen27
Abbildung 6	Anwendungsgebiete im OKP-Bereich36
Abbildung 7	Beurteilung der Thesen «Komplexpauschalen...»37
Abbildung 8	Vorteile und Stärken von Komplexpauschalen Mehrfachnennungen sind möglich38
Abbildung 9	Nachteile und Schwächen von Komplexpauschalen Mehrfachnennungen sind möglich39
Abbildung 10	Verantwortung der Stakeholder Mehrfachnennungen sind möglich40
Abbildung 11	Finanzierung des Experimentierfonds Mehrfachnennungen sind möglich46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Gegenüberstellung der drei Vergütungssysteme3
Tabelle 2	Gesamtbeurteilung der Anwendungsgebiete11
Tabelle 3	Berücksichtigte Datenbanken, Suchbegriffe und Trefferzahl15
Tabelle 4	Beispielrechnung für Endoprothesen am Knie- und Hüftgelenk stationäre Fälle (2016)26
Tabelle 5	Gegenüberstellung der Komplexität eines nationalen Komplexpauschalsystems41

Verwendete Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFS	Bundesamt für Statistik
BIP	Bruttoinlandprodukt
CMI	«Casemix-Index» (dt. Fallschwere-Index)
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DAD	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer
DMP	«Disease-Management-Programme» (Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen)
DRG	«Diagnosis-related Groups» (dt. diagnosebezogene Fallgruppen)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFAS	Einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen
EFV	Eidgenössische Finanzverwaltung
FMCH	Verband der invasiv und chirurgisch tätigen Ärztinnen und Ärzte
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GWL	Gemeinwirtschaftliche Leistungen
HMO	«Health Maintenance Organisation» (sinngemäss: Organisation zur Gesundheitserhaltung)
IV	Invalidenversicherung
KHK	Koronare Herzkrankheit
KLV	Krankenpflege-Leistungsverordnung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung
MV	Militärversicherung
NCD	«Non-communicable Disease» (dt. nichtansteckende Erkrankung)
NHS	«National Health Service» (dt. Nationaler Gesundheitsdienst)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
PCG	Pharmaceutical Cost Groups (dt. pharmazeutische Kostengruppen)
P4C	«Pay-for-Coordination» (sinngemäss: Zusatzentgelte für Koordinationsleistungen)
P4P	«Pay-for-Performance» (sinngemäss: Zusatzentgelte für Qualitäts-/ Effizienzziele)
SGK-N	Nationalrätliche Kommissionen für soziale Sicherheit und Gesundheit
TARMED	«Tarif médical» (Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz)
UV	Unfallversicherung
WEKO	Wettbewerbskommission
WZW	Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit



Zusammenfassung (Management Summary)

VERSORGUNG & VERGÜTUNG – ZWEI UNTRENNBARE ASPEKTE DES SCHWEIZER GESUNDHEITSWESENS

Die **Tarifstrukturen** im Gesundheitswesen sind **nicht unabhängig** von den vorherrschenden **Strukturen der Leistungserbringung**. Vergütungsmodelle sind einerseits das Resultat davon, welche Rolle die einzelnen Leistungserbringer im Versorgungsprozess einnehmen und wie sich diese organisieren. Gleichzeitig beeinflussen Vergütungssysteme die Art und Weise der Leistungserbringung und stehen u.a. im Verdacht, überholte Versorgungsstrukturen zu erhalten und Innovationen zu verhindern.

Im Schweizer Gesundheitswesen sind Tarifmodelle, die bei nur einer Kategorie von Leistungserbringern Anwendung finden, seit jeher die Regel. Während Spitäler für stationäre Behandlungen fall- oder leistungsbezogene Tagespauschalen erhalten, richtet sich die Vergütung im praxis- und spitalambulantem Sektor weitgehend nach den erbrachten Einzelleistungen. Andere Tarifmodelle gelten für die ambulante und stationäre Langzeitpflege, Apotheken, Chiropraktiker, physio- und ergotherapeutische Leistungen sowie die Diabetes- und Ernährungsberatung. Die zahlreichen Tarifverträge zwischen Leistungserbringern und Versicherern werden ergänzt mit sogenannten Amtstarifen, welche die Vergütung von Medikamenten, Hilfsmitteln und Gegenständen, Präparaten, Hilfsstoffen und Laboranalysen schweizweit einheitlich regeln.

Das Ergebnis der weitgehenden Trennung der Versorgungsbereiche und der unterschiedlichen Tarifmodelle ist ein hochspezialisiertes, sektorales Gesundheitssystem, welches stark auf die Behandlung akuter Behandlungsepisoden ausgerichtet ist (Djalali & Rosemann, 2015). Aufgrund der isolierten Tarifsysteme internalisiert der einzelne Leistungserbringer bei seinen Entscheidungen nicht die Kosten der Behandlung seines Patienten bei ihm vor- und nachgelagerten Leistungserbringern. Dies führt zu **Fehlanreizen** in der Versorgung und einer allgemein **fehlenden Koordinierung** über die Schnittstellen hinweg. Dadurch steigen das Risiko einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung gewisser Patientengruppen und die Gesundheitskosten.

KOMPLEXPAUSCHALEN FÜR QUALITÄT & EFFIZIENZ? – DIE ABSCHLIESSENDE BEURTEILUNG STEHT (NOCH) AUS

Komplexpauschalen bilden das Gegenstück zu den heutigen Tarifmodellen. Sie **bündeln** die **Behandlungsleistungen** in Zusammenhang mit elektiven Eingriffen und der Versorgung chronischer Patienten über die einzelnen Leistungsbereiche und Leistungserbringer hinweg und vergüten diese **pauschal**. Für eine Anwendung infrage kommen u.a. orthopädische und kardiologische Eingriffe, die Behandlung chronischer Erkrankungen wie Hypertonie, der koronaren Herzkrankheit, von Diabetes Typ 1 und 2 und COPD, aber auch von psychiatrischen Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf sowie die Geburtshilfe. Ein zentraler Aspekt des übergreifenden **morbiditätsorientierten Vergütungsmodells** ist die Beteiligung der Leistungserbringer an der **Ergebnisqualität** der Behandlung (Porter & Kaplan, 2016). Dadurch sollen einerseits unnötige Eingriffe verhindert und die Versorgung effizienter und damit kostengünstiger gestaltet werden. Gleichzeitig soll die Qualität der Behandlung – vor allem für chronische Patienten – dadurch zunehmen, dass sich die Vergütung nach der Einhaltung vorgegebener medizinischer Leitlinien und der Erfüllung bestimmter Ergebnisparameter richtet.

International wurde die Wirkung von Komplexpauschalen bereits mehrheitlich fallweise untersucht. In einer grossen Studie aus den USA wurde ihr Kosteneinsparpotenzial auf 5.4 Prozent der gesamten Gesundheitskosten geschätzt (Eibner u. a., 2009; Hussey u. a., 2009). Dies allerdings nur dann, wenn dabei chronische Erkrankungen sowie elektive Eingriffe miteinbezogen werden. Dennoch ist die Evidenz im Hinblick auf die Kosten uneinheitlich und klare Aussagen zum Zusammenhang von Vergütung und Qualität sind (noch) nicht abschliessend möglich. Die teilweise **divergierenden Ergebnisse aus der Literatur** sind indes nicht überraschend, da die Art und Weise der Implementierung sowie die jeweiligen Gesundheitssysteme einen grossen Einfluss darauf haben, ob Komplexpauschalen ihre Wirkung entfalten können oder nicht. Mahnende Stimmen aus der wissenschaftlichen Begleitforschung weisen indes auf die Schwierigkeit hin, neue Vergütungsmodelle so zu implementieren, dass dadurch nicht bestehende Fehlanreize mit neuen ersetzt werden.

ZWEI HANDLUNGSOPTIONEN FÜR DIE SCHWEIZ – MIT EINEM KLAREN FAVORITEN

Die vorliegende Studie untersucht **zwei alternative Strategien** für eine Einführung von Komplexpauschalen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP). Eine **Implementierung «Top Down»** durch den Bund hätte zum Ziel, den Tarifpartnern die Anwendung der Vergütungslösung bei bestimmten Indikationen als verbindlich zu erklären. Diese Lösung würde implizieren, dass wie im stationären Bereich fortan eine **schweizweit einheitliche Tarifstruktur** existierte, während die Vergütungshöhe weiterhin zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt würde. Allerdings wird aus mehreren Gründen von einer «Top Down»-Umsetzung von Komplexpauschalen **abgeraten**. Nebst der unklaren Wirkung sprechen das Fehlen eines Vorzeigemodells, die Beteiligung zahlreicher und unterschiedlicher selbständiger Leistungserbringer, die Problematik der Abgrenzbarkeit von Leistungen, eine fehlende Datenbasis für die Erarbeitung der Tarifstruktur und auch die neuen Tarifstrukturen für stationäre Leistungen gegen eine national verordnete Umsetzung.

Bevorzugt wird aus Sicht der Autoren – insbesondere unter Berücksichtigung der Ergebnisse einer Stakeholderbefragung – eine **Umsetzung «Bottom Up»** unter Wahrung der Tarifautonomie. Die rechtliche Expertise hat ergeben, dass das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) einer Anwendung von Komplexpauschalen – trotz eines rechtlichen Klärungsbedarfs in gewissen Bereichen – nicht im Weg steht. Dass es neue, innovative Vergütungslösungen dennoch schwer haben werden, liegt in den **strukturellen Rahmenbedingungen und den mangelnden Anreizen** der Tarifpartner begründet. Die (noch) fehlende Integration der Leistungserbringer, die duale Spitalfinanzierung, der Kontrahierungszwang, das Verbot von Mehrjahresverträgen in der OKP werden zusammen mit der Rechtsunsicherheit als wesentliche Hindernisse für die Etablierung neuer Tarifstrukturen identifiziert.

UNTERSTÜTZUNG VON PILOTPROJEKTEN MIT EXPERIMENTIERARTIKEL & «EXPERIMENTIERFONDS»

Die aktuelle Revision des KVG sieht eine Ergänzung des Bundesgesetzes mit dem sogenannten «Experimentierartikel» vor. Dieser soll es den Versicherern, Leistungserbringern, Kantonen und Patientenorganisationen erlauben, regional und zeitlich begrenzte **Pilotprojekte** ausserhalb des «normalen» KVG-Rahmens zu testen. Die Autoren dieser Studie erachten dabei eine stärkere und explizite Berücksichtigung von Vergütungsprojekten als zielführend. Damit könnten die Funktionsweise und Wirkung von Komplexpauschalen in einem kontrollierten Rahmen untersucht und daraus Erkenntnisse für eine spätere, flächendeckende Einführung in der OKP gewonnen werden. Hierzu sind die Gesetzesgrundlage und die entsprechende Bundesverordnung so anzupassen, dass Komplexpauschalprojekte mit einer genügenden Rechtssicherheit für die beteiligten Vertragspartner durchgeführt werden können. Ergänzend dazu wird ein **«Experimentierfonds»** vorgeschlagen, der es den Krankenversicherern und Leistungserbringern ermöglichen soll, selbst Pilotprojekte mit alternativen Vergütungsmodellen zu lancieren.

Unabhängig davon können die aktuelle Revisionsbemühung zur **einheitlichen Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen** (EFAS) – konsequenterweise mit einer Berücksichtigung der Langzeitpflege – und die bereits beschlossene **Verfeinerung des Risikoausgleichs** die Anreize der Tarifpartner verbessern, in neue Versorgungs- und Vergütungsmodelle zu investieren. **Weitere Massnahmen** umfassen die Möglichkeit von Mehrjahresverträgen in der OKP, die Förderung von integrierten Versorgungsstrukturen, die Einführung eines differenzierten Kontrahierungszwangs sowie Investitionen in die Erhebung fehlender Daten zu Kosten, Leistungen und Qualität in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Der Bund hat hierzu die Möglichkeit, eine Auswahl dieser Vorschläge im Zuge des zweiten Massnahmenpakets «Kostendämpfung» zu berücksichtigen, das voraussichtlich im Verlaufe dieses Jahres vorgelegt werden soll.

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Sommer 2017 erarbeitete Prof. Stefan Felder (Universität Basel) zusammen mit dem Institut für Wirtschaftsstudien Basel (IWSB) ein Grundlagenpapier zur Rolle von Abgeltungssystemen bei der Koordination und Interprofessionalität im Gesundheitswesen (Felder, Meyer, Merki, Plaza, & Gmünder, 2017). Mit Fallstudien aus dem Ausland und einer strukturierten Analyse der Literatur wurden alternative Vergütungssysteme untersucht und miteinander verglichen. Dabei stellten sich die **Komplexpauschalen (KP) als eine valable Alternative** zu den heutigen Abgeltungs- und Tarifsystemen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) heraus.

Die gebündelte Vergütung von akuten Behandlungsepisoden und die Pauschalierung der Vergütung der Langzeitbetreuung chronischer Patienten sollen nicht nur die Qualität einer integrierten Versorgung fördern. Durch die bessere Koordination zwischen den Leistungserbringern und die Vermeidung von Doppelspurigkeiten können gleichzeitig Kosten gespart werden. Das kostenseitige Potenzial einer gebündelten Vergütung im Schweizer Gesundheitssystem wurde inzwischen an anderer Stelle untersucht (Maurer, Knöpfler, Schmid, & Brügger, 2017).

Die Ergebnisse dieses IWSB-Grundlagenberichts wurden im Herbst 2017 am 3. *Forum medizinische Grundversorgung* diskutiert. Die Kerngruppe des Forums verfasste auf Basis des wissenschaftlichen Gutachtens ein Inputpapier, das eine **vertiefte Untersuchung von Komplexpauschalen** im Hinblick auf die notwendigen Rahmenbedingungen, die Machbarkeit und die Akzeptanz in der Schweiz verlangt. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beschloss daraufhin, ein Folgemandat auszuschreiben, das wichtige Fragestellungen im Kontext einer konkreten Umsetzung von Komplexpauschalen im Schweizer System untersucht.

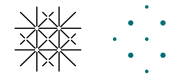
1.2 Zielsetzung

Die Studie soll – ausgehend vom IWSB-Grundlagenbericht 2017 – aufzeigen, wie eine **praktische Umsetzung** von Komplexpauschalen im Schweizer Gesundheitswesen aussehen könnte. Die konkreten Forschungsfragen schliessen nebst gesundheitsökonomischen Aspekten auch medizinische und rechtliche Belange mit ein. Es soll untersucht werden,

- welche **Behandlungen** und **Krankheitsbilder** sich medizinisch und ökonomisch überhaupt für die pauschalisierte Abgeltung eignen,
- welche **Effekte** solche **Pauschalen** auf die Versorgungs- und Behandlungsqualität ausüben und welche **Kosteneinsparungen** im Schweizer Gesundheitswesen dadurch zu erwarten sind – dies auch unter Einbezug empirischer Evidenz aus dem Ausland –, und
- welche **gesetzlichen** und **organisatorischen Voraussetzungen** es für eine Implementierung von Komplexpauschalen braucht und wie sich deren Verhältnis zu bestehenden Systemen verhält.

1.3 Aufbau des Gutachtens

Das Gutachten ist in drei thematische Teile gegliedert. In **Kapitel 2** werden der Aufbau und die Funktionsweise von Komplexpauschalen erläutert sowie mögliche Anwendungsgebiete vorgestellt. In **Kapitel 3** werden die Auswirkungen von Komplexpauschalen auf die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung anhand einer systematischen Literaturrecherche untersucht und – wo dies möglich ist – auf das Schweizer System übertragen. Schliesslich folgt in **Kapitel 4** anhand einer szenarischen Betrachtung, auf welche Weise solche innovativen Vergütungsmodelle in der Schweiz eingeführt werden könnten.



2 Definition und Abgrenzung des Untersuchungsgegenstands

Bevor die Realisierbarkeit eines innovativen Vergütungsmodells beurteilt werden kann, ist es wichtig, den Untersuchungsgegenstand klar abzugrenzen. In diesem Kapitel werden daher zunächst der Begriff «Komplexpauschale» und verwandte Begriffe näher definiert. Darauf aufbauend werden anschliessend die medizinischen Anwendungsfelder vorgestellt, die sich aus Sicht des Projektteams in einer ersten Phase der Einführung für eine Vergütung über Komplexpauschalen eignen.

2.1 Definition und Funktionsweise von Komplexpauschalen

Definition von Komplexpauschalen («bundled payments») durch die OECD

Komplexpauschalen sind als eine weitgehend pauschalierte, sektorenübergreifende Vergütung von medizinischen und pflegerischen Leistungen in Zusammenhang mit einer Erkrankung zu verstehen. Damit bilden Komplexpauschalen das klare Gegenstück zu den aktuellen Vergütungssystemen, die nicht sektorenübergreifend ausgerichtet sind und sich insbesondere im ambulanten Bereich stark auf die Einzelleistungsvergütung konzentrieren. Die OECD (2016) hat unlängst eine Umschreibung des Begriffs «Komplexpauschale» vorgeschlagen:

«[Bundled payments are] [o]ne-off or periodic lump-sum payment[s] for a range of services delivered by one or more providers based on best practice or following clinical pathways with an increasing emphasis on outcomes [and] with possible shared savings.» OECD (2016, S. 3)

Diese umfassende und relativ aktuelle Definition der OECD bringt die grundlegenden Konzepte, welche hinter den Komplexpauschalen stehen, sehr gut zum Ausdruck. Komplexpauschalen entgelten somit **nicht «komplexe Fälle»**, sondern **Behandlungskomplexe**. Die einzelnen Komponenten der Definition werden im Folgenden kurz diskutiert.

Dass Komplexpauschalen **einmalige** («one-off») oder **periodische** («periodic») **Vergütungen** vorsehen, steht im Zusammenhang mit den potenziellen Anwendungsgebieten dieses Vergütungsmodells. Komplexpauschalen werden im Ausland einerseits für die Vergütung **akuter Behandlungsepisoden** verwendet; diese können bspw. die Revision eines Hüftgelenks oder eine Stentimplantation in einer Herzkranzarterie umfassen. Auf der anderen Seite spielen diese aber in Bezug auf die Behandlung **chronischer Erkrankungen** eine zunehmende Bedeutung. Da das Management einer chronischen Krankheit eine regelmässige Therapie erfordert, werden die Leistungserbringer in diesem Fall meist periodisch vergütet (z.B. quartalsweise oder jährlich).

Der Kern einer Komplexpauschale liegt aber darin, eine Bandbreite an verschiedenen Leistungen («range of services») zu vergüten, die von einem oder aber mehreren Leistungserbringern («one or more providers») erbracht werden. Gemeint ist damit, dass der **gesamte Behandlungskomplex** und damit alle für die Behandlung einer Erkrankung notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen pauschal abgegolten werden. Wichtig zu verstehen ist dabei, dass die Komplexpauschale **keinen Halt vor sektoriellen Grenzen** der Leistungserbringung macht (z.B. zwischen spitalambulant und spitalstationär), sondern bei der Pauschalierung der Leistungsvergütung den gesamten Behandlungspfad des Patienten («clinical pathways») in den Vordergrund stellt.

Zwei wesentliche Elemente von Komplexpauschalen sind ausserdem der Einbezug der Ergebnisqualität («patient outcomes») und der Effizienz. Die Leistungserbringer **tragen gemeinsam die Verantwortung für die Behandlungsqualität**, indem sich die am Patienten erbrachte Qualität unmittelbar auf die Vergütung auswirkt. Komplexpauschalen implizieren aber auch, dass den einbezogenen Leistungserbringern ein **hohes Mass an Kostenverantwortung** auferlegt wird. Je nachdem, ob die effektiven Kosten die festgelegte Pauschale unter- bzw. überschreiten, partizipieren die Leistungserbringer am entsprechenden Gewinn oder Verlust. Oft wird das Kostenrisiko aber zwischen den Versicherern und den Leistungserbringern nach einem festgelegten Schlüssel aufgeteilt («shared savings»). Damit kann das finanzielle Risiko, das aus der fixen Vergütungsform entsteht, für die Leistungserbringer begrenzt werden.

Ergänzende Definitionskriterien und Abgrenzung zu den Kopfpauschalen und Zusatzentgelten

In der vorgängig aufgeführten OECD-Definition wird die Tatsache nicht (explizit) erwähnt, dass Komplexpauschalen die **Behandlung einer spezifischen Erkrankung** vergüten, welche eine akute oder langfristige Therapie erfordern. Damit sind die Komplexpauschalen von den weiter gefassten **Kopfpauschalen** («Capitation») und den sogenannten **Zusatzentgelten** zu unterscheiden (vgl. Tabelle 1).

Kopfpauschalen in ihrer grundsätzlichen Form stellen zwar ebenfalls fixe Vergütungslösungen dar. Dabei wird allerdings ein Grossteil der medizinischen Leistungen eines Versicherten pauschal abgegolten. Kopfpauschalen vergüten daher nicht nur die Kosten, die mit der Behandlung einer einzelnen Erkrankung verbunden sind, sondern vielmehr **alle notwendigen Leistungen**, welche ein Versicherter im Laufe eines Jahres nachfragt (z.B. alle ambulanten Arztkontakte). Oft werden Kopfpauschalen an einzelne Hausärzte oder Ärztenetzwerke gezahlt. Die Versicherten verzichten im Gegenzug auf die freie Wahl des Leistungserbringers und verpflichten sich, bei einem gesundheitlichen Problem zuerst den Hausarzt zu konsultieren (z.B. im Hausarztmodell). Kopfpauschalen können zudem auch stationäre und pflegerische Leistungen sowie Medikamente einschliessen und somit bei ambulanten Leistungserbringern den Anreiz setzen, nicht nur ihre eigenen Kosten, sondern auch die Gesamtkosten der medizinischen Versorgung eines Patienten tief zu halten.

TABELLE 1 GEGENÜBERSTELLUNG DER DREI VERGÜTUNGSSYSTEME

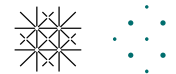
Indikator für die Beurteilung	Komplexpauschalen	Kopfpauschalen (Capitation)	Zusatzentgelte (P4P, P4C)
Ersatz für bestehendes Vergütungssystem	<i>Ja</i>	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
Zielsetzung	<i>Koordination, Qualität, Effizienz</i>	<i>Koordination¹, Qualität¹, Effizienz</i>	<i>Koordination (P4C) Qualität, Effizienz (P4P)</i>
Leistungsumfang	<i>Grundversorgung (chronischer Patient) Elektiver Eingriff (inkl. Vor- und Nachbetreuung)</i>	<i>Grundversorgung (Versicherter)</i>	<i>Einzelleistungen/ Zielerreichung</i>
Berücksichtigung der Morbidität	<i>Ja</i>	<i>Ja (möglich)</i>	<i>Nein</i>
Berücksichtigung der Ergebnisqualität	<i>Ja</i>	<i>Ja (möglich¹)</i>	<i>Ja</i>
Sektorenübergreifende Vergütung	<i>Ja</i>	<i>Ja (möglich¹)</i>	<i>Ja (P4C)</i>

Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkungen: ¹Traditionellerweise wurden Kopfpauschalen mit dem Ziel eingeführt, einer unnötigen Mengenausweitung entgegenzuwirken und damit Kosteneinsparungen zu realisieren. Prinzipiell können Kopfpauschalen aber auch sektorenübergreifend angewendet werden, wobei Koordinationsziele in den Vordergrund rücken («Population-based Payments»). Ebenfalls schliessen heute viele Managed Care-Modelle auch eine Vergütung von Qualitätszielen mit ein (z.B. «Accountable Care Organizations» in den USA).

Komplexpauschalen sind auch von den sogenannten **Zusatzentgelten** zu unterscheiden, die heute unter den Begriffen «Pay-for-Performance» (P4P) oder «Pay-for-Coordination» (P4C) bekannt sind. Wie der Begriff «Zusatzentgelte» bereits suggeriert, stellen diese Entgelte **keine eigentlichen Vergütungssysteme** dar. Vielmehr handelt es sich dabei um zusätzliche Vergütungen, die den Leistungserbringern für die Erreichung klar definierter Qualitäts-, Effizienz- oder Koordinationsziele gezahlt werden. Das zugrundeliegende Vergütungssystem (z.B. Tarmed) bleibt dabei unangetastet.

Komplexpauschalen eignen sich besonders gut, um bestehende Qualitäts- oder Kostenprobleme in medizinisch abgrenzbaren Bereichen zu adressieren. Obwohl die Pauschalen für elektive Eingriffe sowie chronische Behandlungsfälle eingesetzt werden können, sind sie aufgrund ihrer Komplexität jedoch **ungeeignet**, um längerfristig sämtliche **Vergütungssysteme vollständig ersetzen** zu können. Dies hat mit dem starken **Patientenbezug** zu tun. In der Konsequenz führt dies dazu, dass die Vergütung eines einzelnen Patienten mit zahlreichen,



unterschiedlichen und sich womöglich überlappenden Pauschalen erfolgt. Mit ihrem **Versichertenbezug** sind risikogerechte Kopfpauschalen die konsequentere Lösung, die bestehende Vergütungslandschaft zu harmonisieren.

Funktionsweise von Komplexpauschalen an einem Beispiel erklärt

Wie eine solche Komplexpauschale im Einzelnen aussehen könnte, wird in Abbildung 1 ersichtlich. Dargestellt sind eine akute Behandlungsepisode für einen chirurgischen Eingriff an einem Patienten (z.B. Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk) und der Behandlungskomplex für die ambulante Behandlung und Betreuung eines chronischen Patienten (z.B. Grundversorgung eines Diabetikers).

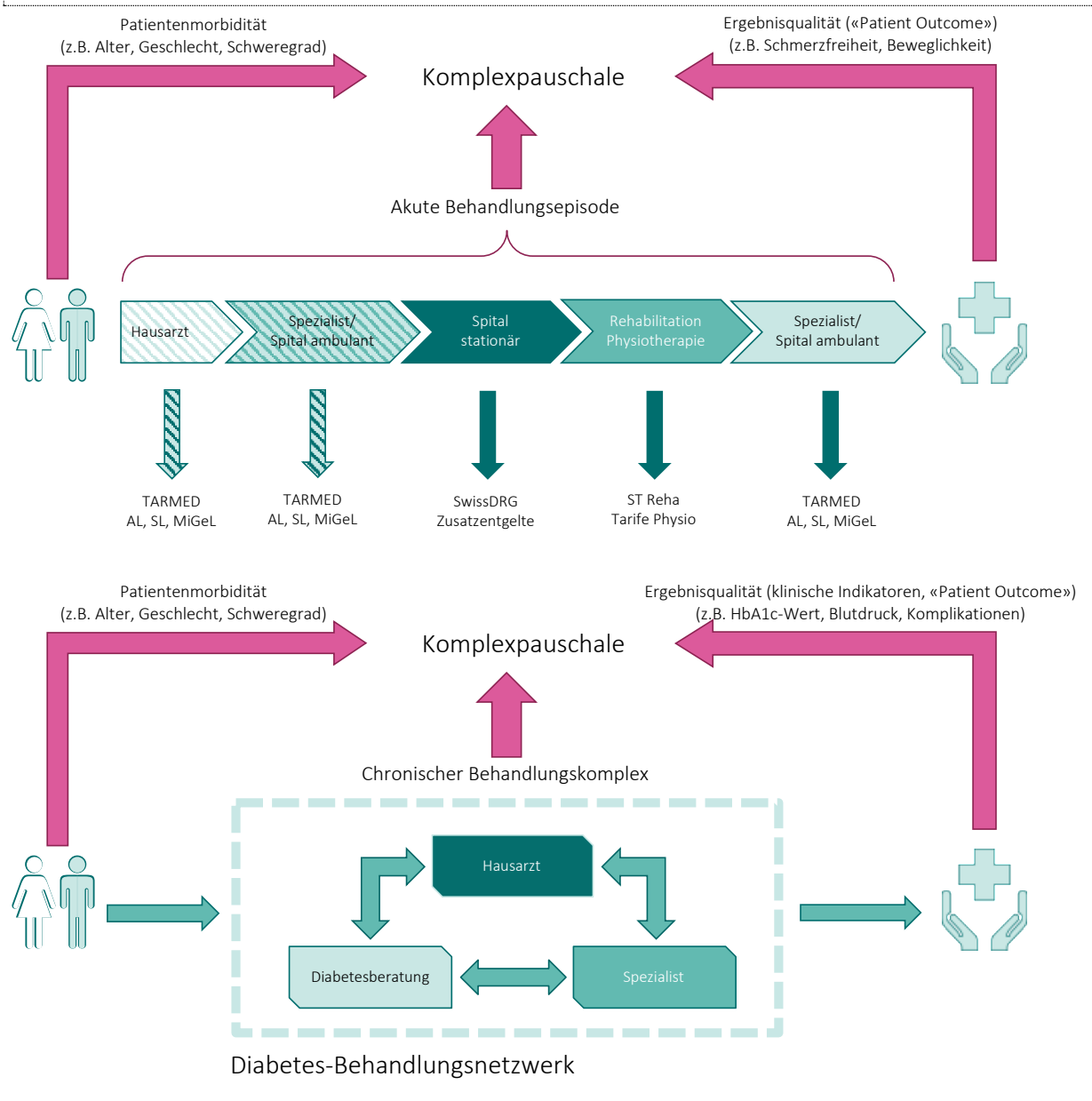
Die Basis einer Komplexpauschale bildet der Behandlungskomplex. Wie hoch der Betrag einer Komplexpauschale ausfällt, hängt natürlich zunächst davon ab, wo und wann der eigentliche Behandlungspfad beginnt und endet, und welche Leistungen damit vergütet werden. Im vorliegenden Fall würden sämtliche Leistungen gebündelt erstattet, welche in Zusammenhang mit dem Eingriff stehen; von der Anamnese über den Eingriff bis hin zu den Kontrolluntersuchungen. In der heutigen Vergütungslandschaft wird dagegen lediglich der eigentliche Eingriff pauschal vergütet. Dieser ist hier dunkelgrün dargestellt und entspricht der Fallpauschale im SwissDRG-System. Möglich wäre es daher auch, den Behandlungskomplex dort zu starten, wo heute die Fallpauschale beginnt.

Die Höhe der Vergütung ergibt sich jedoch nicht ausschliesslich aus den Leistungen, die Teil des Behandlungskomplexes sind, sondern sie richtet sich auch nach den **Eigenschaften des behandelten Patienten** und dem **Ergebnis der Behandlung**. Einerseits sind für die Vergütung der allgemeine Gesundheitszustand des Patienten und der Schweregrad der Erkrankung relevant. Diese Faktoren haben einen direkten Effekt auf die zu erwartenden Kosten der Versorgung. Die Komplexpauschale wird demnach schweregradbereinigt berechnet. Andererseits berücksichtigt eine Komplexpauschale den Nutzen der Behandlung für den Patienten. Die Komplexpauschale trägt dieser Ergebnisqualität Rechnung, indem sie die Leistungserbringer für die zusätzlich gewonnene Lebensqualität des Patienten belohnt. Wie die Ergebnisqualität zu messen ist, und ob dabei Selbsteinschätzungen des Patienten oder klinische Indikatoren zum Einsatz kommen, hängt vom Anwendungsgebiet der Komplexpauschale ab. Hat sich die Schmerzbelastung nach einer Hüftoperation stark reduziert, erhöht dies die Vergütung der Leistungserbringer.¹ Stellt der Patient nach einer gewissen Zeit keine Verbesserung fest, fällt die Vergütung entsprechend niedriger aus. Im Falle eines Diabetespatienten könnten bspw. Zielvorgaben beim HbA1c-Wert festgelegt und der «Bonus» nur dann ausbezahlt werden, wenn der Zielwert auch erreicht bzw. überschritten wird².

¹ NHS England nutzt standardisierte Fragebogen, welche die Patienten vor und rund sechs Monate nach einem erfolgten Eingriff erhalten. Darin werden die Personen u.a. zu ihrem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand befragt. Fragebogen existieren bspw. für Hüftoperationen, Knieoperationen, Eingriffe an der Leiste und Krampfaderoperationen (NHS England, 2017).

² Bei «Accountable Care»-Organisationen (ACO), die eine fixe Anzahl von Versicherten betreuen, kommen bei der Qualitätsbeurteilung meist Durchschnittswerte des gesamten Versichertenstamms zum Einsatz (z.B. Zufriedenheit der Versicherten mit der Behandlung, erreichte Test- bzw. Impfbedeckung, Rate an Rehospitalisierungen etc.). Im Falle der Komplexpauschalen und insbesondere bei elektiven Eingriffen scheint es jedoch zentral, den individuellen Behandlungserfolg bei der Berechnung der Vergütung zu berücksichtigen. Damit rückt das Wohlergehen des einzelnen Patienten in den Vordergrund und ein Leistungserbringer bezieht die zu erwartende Verbesserung für den Patienten direkt in die Entscheidung mit ein, einen Eingriff durchzuführen oder weiterhin konservativ zu behandeln. Dieser Anreiz ist insofern von zentraler Bedeutung, wenn durch die Komplexpauschalen die Indikationsqualität für die ausgesuchten Eingriffe verbessert werden soll.

ABBILDUNG 1 SCHEMATISCHE DARSTELLUNG EINER KOMPLEXPAUSCHALE BEI EINER AKUTEN BEHANDLUNGSEPISEDE (OBEN) SOWIE BEI EINEM CHRONISCHEN BEHANDLUNGSKOMPLEX (UNTEN)



Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Fünf Bedingungen, welche Komplettpauschalen erfüllen sollten

Porter und Kaplan (2016) haben in einem Aufsatz die fünf wesentlichen Voraussetzungen festgehalten, welche Komplettpauschalen in der Praxis erfüllen müssen, damit sie ihr Potenzial hinsichtlich Qualität und Kosten entfalten können und neue Fehlanreize im Vergütungssystem vermieden werden.

Eine Komplettpauschale:

- 1 beinhaltet die Vergütung **aller notwendigen Leistungen** für die Behandlung einer Erkrankung,
- 2 knüpft die Vergütungshöhe an die **Ergebnisqualität**,
- 3 macht die Vergütungshöhe vom **Schweregrad der Erkrankung** und dem **Zustand des Patienten** abhängig,
- 4 bietet den effizientesten Leistungserbringern eine **vernünftige Gewinnmarge** und



- 5 macht die Leistungserbringer **nicht verantwortlich** für extreme **Hochkostenfälle** und Behandlungskosten **ohne direkten Zusammenhang** mit der vorliegenden Erkrankung.

Die drei erstgenannten Bedingungen, also die Definition des Behandlungsumfangs, die Berücksichtigung des Behandlungserfolgs und der Eigenschaften des Patienten, wurden oben bereits beschrieben. Die vierte Bedingung spezifiziert die Notwendigkeit einer Preisbildung, die sich nach den effizienten Leistungserbringern richtet und nicht einfach die durchschnittlichen Kosten der Leistungserbringer erstattet. Die abschliessende fünfte Bedingung schützt den Leistungserbringer vor zufälligen Ereignissen, die er nicht beeinflussen kann. Ein Absicherungsvertrag mit dem Kostenträger soll sicherstellen, dass der Leistungserbringer ein hinreichendes Interesse daran hat, die Behandlung des Patienten zu übernehmen.

2.2 Festlegung der medizinischen Anwendungsgebiete

2.2.1 Herleitung der Eignungskriterien für die Identifikation von Anwendungsgebieten

Komplexpauschalen eignen sich grundsätzlich für die Vergütung akuter und chronischer Behandlungsepisoden (Porter & Kaplan, 2016). Dennoch müssen die Anwendungsbereiche gewisse Eignungskriterien erfüllen, um für die Abgeltung mit Komplexpauschalen in Frage zu kommen. Diese Kriterien weisen eine medizinische, ökonomische und politische Komponente auf.

Damit eine pauschale Vergütung eines gesamten Behandlungskomplexes überhaupt möglich wird, sollte das erbrachte Leistungsvolumen eine gewisse Grösse erreichen. Die **Prävalenz** der Erkrankung bzw. der medizinischen Eingriffe sollte mithin ein **kritisches Mass überschreiten**. Dies ist zum Beispiel bei vielen chronischen Erkrankungen, aber auch bei einigen orthopädischen und kardiologischen Eingriffen der Fall. Für die Festlegung eines Schwellenwertes bei der Häufigkeit des Behandlungskomplexes sprechen sowohl Nutzen- als auch Kostenüberlegungen. Nur wenn von der Ergebnisqualität oder von der Kostenseite her erhebliche Verbesserungen zu erwarten sind, lohnt sich die Anwendung von Komplexpauschalen.

Ein hinreichend hohes Volumen erleichtert es den Tarifpartnern zudem, die durchschnittlichen Behandlungskosten für die Leistungserbringung genügend präzise zu bestimmen. Dies erlaubt auch, das finanzielle Risiko für die Leistungserbringer zu begrenzen, das mit dem neuen Vergütungssystem entsteht. Beispielsweise kann bei einer sehr kleinen Anzahl von chirurgischen Eingriffen bereits ein aussergewöhnlich teurer Patient genügen, um dem Arzt einen finanziellen Verlust zu bescheren. Daher werden die Leistungserbringer nur dann gewillt sein, eine Komplexpauschale zu akzeptieren, wenn dieses finanzielle Risiko über eine Risikoprämie zusätzlich vergütet wird. Ist der Patientenstamm jedoch gross genug, gleichen sich die «guten» und «schlechten» Risiken im Mittel aus, so dass sich die finanzielle Unsicherheit für die Leistungserbringer in der Folge verringert.

Nebst einer hohen Fallzahl ist die Anzahl und die Spezialisierung der beteiligten Leistungserbringer wichtig, damit Komplexpauschalen ihr Potenzial richtig entfalten können. Sobald ein interprofessionelles Team an der Behandlung beteiligt ist (z.B. Hausarzt, Spezialarzt, Spital, Apotheke, Physiotherapeut), steigt die Notwendigkeit zur Koordination und Kooperation bei der Versorgung markant und eröffnet das Potenzial für eine Verbesserung der Behandlungsqualität sowie für eine Senkung der Kosten. Mit den heutigen sektoriell getrennten Vergütungssystemen sind Schnittstellenprobleme wie Doppelspurigkeiten bei der Diagnostik und Therapie, eine unzureichende Kontinuität der Behandlung und ein fehlendes Kostenbewusstsein wahrscheinlich. Eine Integration der Leistungserbringer löst die Probleme nicht automatisch. Rechte und Pflichten der beteiligten Leistungserbringer müssen so austariert werden, dass sie dem Ziel einer qualitativ guten und kostengünstigen Behandlung möglichst gerecht werden.

Möchte man die Einsparungen aus der Implementierung von Komplexpauschalen maximieren, empfiehlt es sich bei jenen Indikationen anzusetzen, die für einen **massgeblichen Teil der Gesundheitskosten** verantwortlich sind. Es sind vor allem Krankheiten mit einer hohen Prävalenz (z.B. Bluthochdruck, Arthrose, Depression, Diabetes), wie auch Krankheiten mit einer mittleren Prävalenz, die pro Patienten sehr hohe Kosten verursachen (z.B. Krebs). Schätzungen gehen davon aus, dass die Gruppe der nichtansteckenden Krankheiten in der Schweiz für

rund 80 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben verantwortlich ist. Angeführt wird die Statistik von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gefolgt von muskuloskelettalen Erkrankungen, psychischen Störungen und Krebs (Wieser u. a., 2014).

Eine Konzipierung von Komplexpauschalen wird erheblich erleichtert, falls der **Ressourcenaufwand** für die Behandlung einer Erkrankung über die Patienten hinweg **vergleichsweise homogen** ist. Homogenität kann einerseits erreicht werden, wenn ausgehend vom Schweregrad einer Erkrankung unterschiedliche Komplexpauschalen gebildet werden. Ein Beispiel dafür kann die Klassifikation der COPD-Patienten in vier Schweregradstufen sein (Mannino & Buist, 2007). Dadurch reduziert sich das finanzielle Risiko für die Leistungserbringer, so dass diese eher bereit sein werden, auf eine Komplexpauschale umzusteigen. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist jedoch, dass Patienten anhand klinischer Kriterien verlässlich kategorisiert werden können.

2.2.2 Beschreibung der möglichen Anwendungsgebiete

Eine Abgeltung über Komplexpauschalen bedingt eine genaue Definition des Leistungs- bzw. Behandlungskomplexes, welcher damit vergütet werden soll. Das Projektteam erachtet es deshalb als zielführend, sich bei der Analyse von Komplexpauschalen auf **ausgewählte medizinische Bereiche** mit hoher Relevanz zu konzentrieren. Auf dieser Basis fällt es zudem leichter, zu einem späteren Zeitpunkt mögliche Schwierigkeiten und Hindernisse bei der Implementierung zu diskutieren.

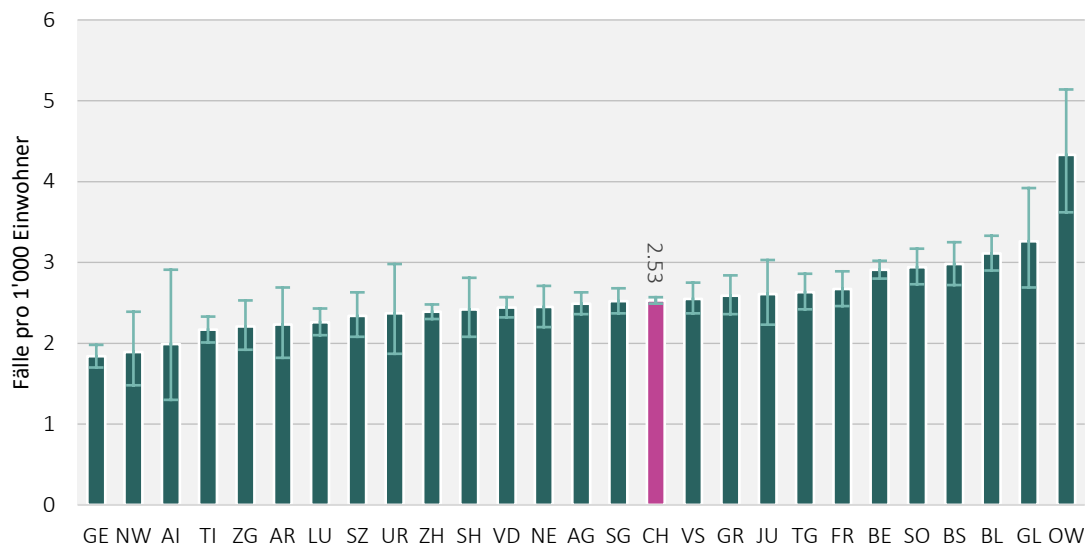
Im Austausch mit dem medizinischen Experten des Projektteams wurden **vier grob definierte Anwendungsfelder** festgelegt, welche sich grundsätzlich für eine Anwendung von Komplexpauschalen eignen (in absteigender Reihenfolge):

- 1 elektive orthopädische und kardiologische Eingriffe;
- 2 chronische Erkrankungen wie Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Diabetes Typ I und II, COPD;
- 3 psychiatrische Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf wie bipolare Störungen und chronische Schizophrenien;
- 4 Schwangerschaft, Geburt und Neugeborene.

Elektive orthopädische und kardiologische Eingriffe

Gewisse orthopädische und kardiologische Eingriffe stehen heute im Verdacht, selbst dann von den Ärzten durchgeführt zu werden, wenn der Nutzengewinn für den Patienten nur gering ist. Im internationalen Vergleich mit über 30 OECD-Ländern rangiert die Schweiz bei den Knie- und Hüftprothesen jeweils auf dem ersten Platz (OECD, 2017). Hierzulande kommen auf jeden Einwohner beinahe doppelt so viele Eingriffe wie im OECD-Durchschnitt (Hüftgelenk: +85.5 Prozent; Kniegelenk: +90.5 Prozent)

Der Schweizer Versorgungsatlas gibt Auskunft darüber, dass es auch innerhalb der Schweiz grosse Unterschiede bei der Zahl der Eingriffe gibt. Bei vielen chirurgischen Prozeduren zeigt sich eine starke kantonale und regionale Variation selbst dann, wenn die Raten für das Alter und Geschlecht der regionalen Bevölkerung standardisiert werden (Obsan & ISPM, 2017). Dies wird anhand Abbildung 2 deutlich, welche die Kantone am Beispiel der Totalendoprothesen des Kniegelenks vergleichend darstellt. Landesweit fielen im Jahr 2015 auf 1'000 Einwohner gerechnet 2.53 Fälle an. Die Kantone Bern (+15 Prozent) und Basel-Stadt (+18 Prozent) liegen weit oberhalb dieses Durchschnittswerts, während die Kantone Tessin (-14 Prozent) und Genf (-27 Prozent) eine relativ geringe Rate aufweisen. Diese Beobachtung lässt Zweifel aufkommen, dass überall dieselben evidenzbasierten Indikationskriterien zur Anwendung gelangen.


ABBILDUNG 2 ANZAHL TOTALENDOPROTHESEN DES KNIEGELENKS | FÄLLE PRO 1'000 KANTONSEINWOHNER (2015)


Quelle: Obsan / ISPM 2017. Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Anmerkung: n = 17'299; die Werte sind mit dem 95 Prozent-Vertrauensintervall dargestellt; die Fälle beziehen sich auf eine Standardpopulation und sind daher über die Kantone hinweg direkt vergleichbar.

Die Variation bei den stationären Eingriffen weist gleichzeitig auf eine zweite Problematik hin. Das ambulante Potenzial, das heute bei kurzstationären Fällen vorhanden ist, wird regional unterschiedlich konsequent genutzt. Ein indirekter Hinweis darauf sind die kantonal stark unterschiedlichen Hospitalisierungsraten. So kamen etwa im Kanton Basel-Landschaft im Jahr 2016 auf 1'000 Einwohner 165.9 Akutfälle, wohingegen die Hospitalisierungsraten im Kanton Genf lediglich 130.3 betrug (-21.5 Prozent) (Obsan, 2018).

Letztlich kam mit der Einführung der neuen Spitalfinanzierung, welche die stationäre Vergütung fortan mithilfe von Fallpauschalen regelte, Kritik auf, die Behandlungskosten könnten sich in den vor- bzw. nachgelagerten Bereich verschieben. Dadurch können zwar Kosten im stationären Akutbereich eingespart werden, gleichzeitig kommt es aber im ambulanten Sektor und in der Rehabilitation zu Mehrkosten. Die Begleitforschung zur Einführung von SwissDRG fand zumindest teilweise Evidenz für eine Verlagerungshypothese in den ambulanten Bereich. Eine häufigere oder längere Rehabilitation zeigte sich dagegen in den Daten nicht (Felder, Kägi, Lobsiger, Tondelli, & Pfinninger, 2014).

Chronische Erkrankungen

Unbestrittenermassen verursachen chronische Erkrankungen einen substanziellen Teil der Gesundheitskosten in der OKP. Chronisch kranke Patienten weisen sehr heterogene Vorstellungen und unterschiedlich ausgeprägte Bedürfnisse bezüglich ihrer medizinischen Versorgung auf. Dennoch haben die chronischen Krankheiten allesamt gemein, dass bei der Behandlung der **langfristige Erfolg** und die **Patientenedukation** im Vordergrund stehen. Dafür ist es notwendig, dass die verschiedenen Leistungserbringer, die sich am Behandlungspfad beteiligen (d.h. Hausärzte, Spezialisten, Apotheken, Spitex etc.), eine integrierte und nahtlose Versorgung anbieten und eine gemeinsame Vorstellung über die Ziele der Behandlung entwickeln.

Das Schweizer Gesundheitswesen ist heute allerdings noch stark auf die Behandlung akuter Behandlungsepisoden ausgerichtet. Es bestehen Zweifel, ob unser hochspezialisiertes sektorales Gesundheitssystem in der Lage ist, den heterogenen Versorgungsbedürfnissen von chronisch Kranken gerecht zu werden. Doppelspurigkeiten und eine allgemein fehlende Koordinierung über die Schnittstellen hinweg können zu einer Über- bzw. Unterversorgung der Patienten führen (Djalali & Rosemann, 2015) und erhöhen die Gesundheitskosten. Somit ist bei den chronischen Erkrankungen nicht nur ein Qualitäts-, sondern auch ein Kosteneinsparpotenzial zu verorten.

Psychiatrische Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf

Viele psychische Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf sind in der Versorgung sehr teuer und zeichnen sich durch häufige Wechsel zwischen ambulant betreuten Phasen und stationären Aufenthalten aus (z.B. bei der chronischen Schizophrenie). Dabei gilt in der Regel, dass ein günstiger Krankheitsverlauf auch davon abhängt, ob der Patient in seinem angestammten Umfeld bleiben kann.

Heute werden viele Patienten (zu) oft stationär betreut und behandelt, da intermediäre Angebote wie Tages- und Nachtkliniken, aufsuchende Angebote («Home Treatment») und die institutionelle Ambulanz teilweise stark unterfinanziert sind. In diesem Zusammenhang hat der Kanton Basel-Stadt soeben ein Projekt gutgeheissen, das aufsuchende Angebote für Personen mit psychischen Erkrankungen finanziell unterstützt. Darin enthalten sind auch Dienstleistungen von ambulant tätigen «Pflegefachpersonen Psychiatrie» und Sozialarbeitern. Viele dieser Leistungen werden heute von TARMED gar nicht oder nur beschränkt abgedeckt. Die baselstädtische Regierung geht davon aus, dass die TARMED-Ansätze lediglich 39 Prozent der damit verbundenen Kosten decken (Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt, 2018).

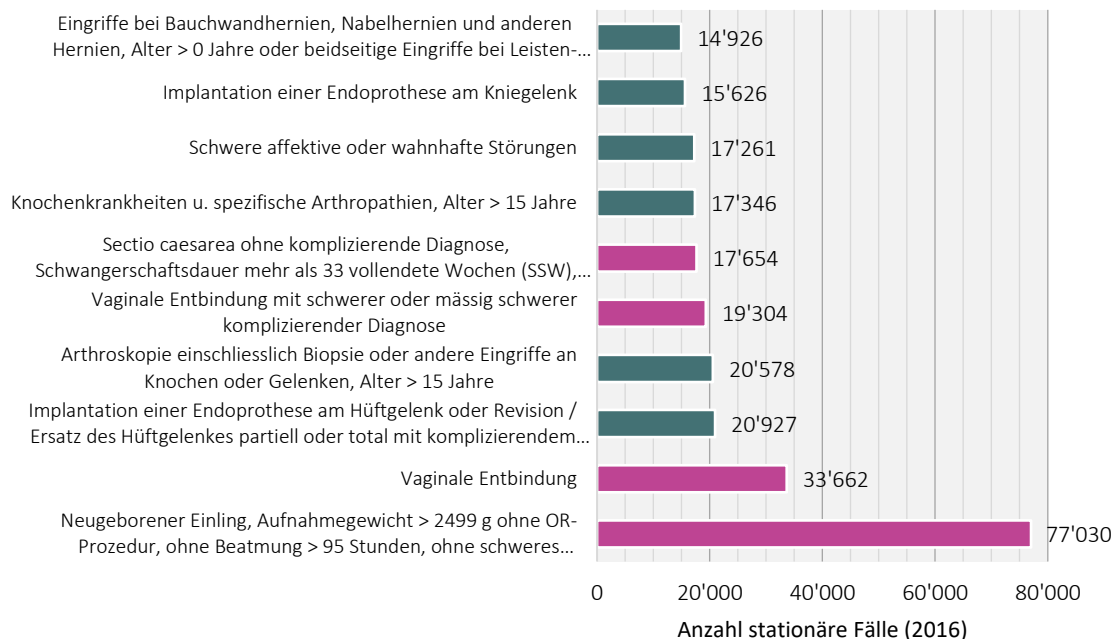
Aufgrund der offensichtlich fehlenden Angebote besteht im Bereich der Psychiatrie ein ungenutztes Verlagerungspotenzial. Die Einführung aufsuchender Angebote und anderer niederschwelliger ambulanter Behandlungsmethoden bzw. Beratungsleistungen gingen mit qualitativen Vorteilen für die Patienten einher. Wenn dadurch auch (teure) stationäre Aufenthalte verhindert werden können³, besteht ebenfalls ein nicht zu unterschätzendes Kosteneinsparpotenzial im Bereich der psychiatrischen Erkrankungen.

Schwangerschaft, Geburt, Neugeborene

Im Gegensatz zu den oben genannten Bereichen besteht bei der Geburtshilfe kein Handlungsbedarf im selben Ausmass. Trotzdem zeigt sich mit Blick auf die SwissDRG-Statistik, dass sich unter den «Top 10» der stationären Fallgruppen vier Positionen befinden, welche einen direkten Zusammenhang zur Geburt haben (d.h. vaginale Entbindung, Sectio caesarea und neugeborener Einling).

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Anzahl Fälle in den fallstärksten Diagnosegruppen für das Jahr 2016 ab. Neugeborene mit einem Gewicht von mehr als 2'499 Gramm stellen mit Abstand die grösste Fallgruppe dar. Erstaunlich ist hingegen die hohe Zahl an Kaiserschnitten ohne komplizierende Diagnose (17'654). Nimmt man sämtliche Fälle mit einem Bezug zu Geburt und Kleinkindern zusammen, ergeben sich für das Jahr 2016 insgesamt 200'111 Fälle (BFS, 2016). Im Verhältnis zur Gesamtproduktion der Schweizer Spitäler sind dies 13.9 Prozent aller stationären Fälle (1'442'466 Fälle). Da die Kosten pro Fall im Bereich der Geburt und der Neugeborenen relativ niedrig sind, entsprechen diese Fälle jedoch «nur» rund 9.7 Prozent der gesamten Fallkosten im akutsomatischen Bereich (BFS, 2014b).

³ Dass sogenannte «Home Treatment»-Angebote tatsächlich zu einer Vermeidung von stationären Eintritten aufgrund psychischer Erkrankungen führen kann, wurde unlängst an anderer Stelle gezeigt (vgl. Cervello, Pulcini, Massoubre, Trombert-Paviot, & Fakra, 2018).


ABBILDUNG 3 «TOP 10» DER SWISSDRG-FALLGRUPPEN (2016)


Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Ähnlich wie bei den Krankheiten gilt aber auch hier, dass eine integrierte Versorgung während und nach der Schwangerschaft ein gewisses Qualitätspotenzial mit sich bringt. Was jedoch vorderhand für die Anwendung von Komplexpauschalen in der Geburtshilfe spricht, ist die hohe medizinische Homogenität bei einem überwiegenden Teil der Schwangerschaften, welche ein geringes Komplikationsrisiko aufweisen. Typischerweise folgen einem Erstkontakt mit der Gynäkologin monatliche Routinekontrollen und einige Ultraschalluntersuchungen. Je nach Bedarf werden weitere, vorwiegend ambulante Leistungen in Anspruch genommen (z.B. andere Spezialisten, Ernährungsberatung, Geburtsvorbereitungskurse). Diese Leistungen lassen sich relativ problemlos zu einem Leistungsbündel zusammenfassen. Ähnliche Überlegungen gelten auch für die Geburt⁴ und die periodischen Nachuntersuchungen.

2.2.3 Beurteilung der vier Anwendungsgebiete

Gemeinsamkeiten der ausgesuchten Indikationen und Eingriffe

Auf den ersten Blick scheinen chronische Leiden wie bspw. COPD oder Diabetes wenig mit Schwangerschaften oder orthopädischen Eingriffen am Knie- oder Hüftgelenk gemein zu haben. Auf den zweiten Blick zeichnen sich die Bereiche aber durch eine **Vielzahl von Gemeinsamkeiten** aus:

- Beteiligung eines **interdisziplinären Teams** aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen,
- **Koordination** zwischen den Leistungserbringern als wichtiges Element für den Behandlungserfolg,
- hohe **Prävalenz** der Erkrankungen bzw. hohe **Rate an Eingriffen**,
- **Kostenrelevanz** aus Sicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP),
- Möglichkeit der Anwendung **evidenzbasierter Behandlungsleitlinien**,
- Verfügbarkeit von Indikatoren bzw. Surrogaten für die **Messung der Ergebnisqualität** («Patient Outcome»).

⁴ Bei der Geburt eines Einlings würde eine Komplexpauschale zwar das Risiko der schwangeren Frau bei der Höhe der Vergütung berücksichtigen. Konsequenterweise wäre die Vergütung danach aber unabhängig davon, ob die Geburt natürlich stattfindet oder mithilfe eines Kaiserschnitts. Heute erhalten die Spitäler bei gesunden Frauen eine höhere Vergütung für einen Kaiserschnitt als bei einer natürlichen Geburt.

Die Anwendungsgebiete zeichnen sich dadurch aus, dass sie aufgrund der interprofessionellen Leistungserbringung ein grosses **medizinisches Potenzial** im Hinblick auf eine kontinuierliche Versorgungsstruktur mit sich bringen. Voraussetzung dafür ist ein hohes Mass an Integration der involvierten Versorgungsstufen. Im Falle der chronischen Erkrankungen und der elektiven Eingriffe besteht zudem ein substanzielles **ökonomisches Potenzial**. Dies resultiert daraus, dass die Kosten für die Behandlung dieser Erkrankungen einen erheblichen Anteil der OKP-Prämien ausmachen und allfällige Einsparungen für die Prämienzahler somit direkt spürbar werden.

Letztlich existieren für zahlreiche chronische Krankheitsbilder und Eingriffe evidenzbasierte Behandlungsleitlinien, klinische Behandlungspfade und Indikationskriterien. Die klinische Dokumentation ist eine zentrale Voraussetzung, um einen Konsens bei der Abgrenzung des für die medizinische Behandlung notwendigen Leistungspakets («Bundle») zu finden. Auf dieser Basis können danach auch die Tarifverhandlungen erfolgen. Damit ist die **medizinische Machbarkeit** bei der Bildung chronischer und elektiver Behandlungskomplexe weitgehend gegeben.

Aufgrund des medizinischen und ökonomischen Potenzials der oben beschriebenen Leistungsbereiche wird auch die **politische Machbarkeit** als ausreichend eingestuft. Denn einerseits zielen die Komplexpauschalen bei den chronischen Erkrankungen auf eine bessere Versorgungsqualität für diese Patientengruppen. Letztlich sind es ebendiese Personen, welche die heute stark sektoriell ausgestaltete Gesundheitsversorgung negativ erfahren. Bei den elektiven Eingriffen besteht der politische Handlungsbedarf darin, die Mengenausweitung im stationären Bereich zu bremsen, die Verlagerung in den ambulanten Bereich zu fördern und verbindliche Indikationskriterien für die Eingriffe festzulegen. Ein Vergütungsmodell, welches den Patientennutzen und den Wert der Behandlung in den Vordergrund stellt, sollte auf eine positive Grundstimmung in der Politik stossen.

Ob sich die heutigen Versorgungsstrukturen und die Organisationsformen im Schweizer Gesundheitswesen allerdings für Komplexpauschalen eignen, ist eine separate Frage, auf die im Detail in Kapitel 4 dieses Gutachtens eingegangen wird.

Abschliessende Beurteilung der vier Anwendungsgebiete

Die nachfolgende Tabelle 2 gibt Auskunft darüber, wie sich die vier Anwendungsgebiete in einer Gesamtbetrachtung für die Vergütung mit Komplexpauschalen eignen. Die einzelnen Indikatoren wurden vom Projektteam erarbeitet, wobei der «Handlungsbedarf» im Zuge der elektronischen Umfrage bei den Stakeholdern abgefragt wurde (vgl. Kapitel 4.4).

TABELLE 2 GESAMTBEURTEILUNG DER ANWENDUNGSGBIETE

Indikator für die Beurteilung	Elektive Eingriffe	Chronische Erkrankungen	Psychiatrische Erkrankungen	Schwangerschaft und Geburt
Systemische Relevanz (OKP)	++	++	++	+
Handlungsbedarf (Umfrage)	+	++	++	0
Potenzial (Qualität)	+	++	++	+
Potenzial (Kosten)	++	+	+	0
Homogenisierbarkeit des Leistungsbündels	++	+	+	++
Gesamtbeurteilung	++	++	++	+

Darstellung: Universität Basel/IWSB. Legende: ++ = gross bis sehr gross; + = gering bis mässig; 0 = nicht vorhanden/unklar

Die **systemische Relevanz** reflektiert nicht nur den Kostenanteil der Leistungsbereiche an den Gesamtausgaben der OKP (**statische Betrachtung**). Vielmehr bedingt eine hohe systemische Relevanz auch, dass das medizinische



Gebiet über die letzten Jahre einem substanziellen Kosten- bzw. Mengenwachstum unterworfen war (**dynamische Betrachtung**). Alle vier diskutierten Leistungen sind in der statischen Betrachtung zwar relevant, bei den chronischen Erkrankungen (inkl. psychische Erkrankungen) und den elektiven Eingriffen war zudem jedoch die Wachstumsrate bei den Kosten relativ hoch. Daten des BFS weisen beispielsweise darauf hin, dass zwischen 2002 und 2012 die Zahl der Implantationen von Hüftprothesen um rund 40 Prozent zugenommen hat (BFS, 2014a).

Das **Potenzial** wird zweidimensional anhand der **Qualität** und der **Kosten** abgeschätzt. Ein grosses Potenzial im Hinblick auf die Behandlungsqualität besteht bei der Betreuung chronischer Patienten. Dies unter der Annahme, dass eine integrierte Vergütung der Leistungserbringung ebenfalls mit einer integrierten Versorgungsstruktur für die Betroffenen einhergeht. Etwas anders sieht es bei elektiven Eingriffen aus. Dort spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit eine untergeordnete Rolle. Der Behandlungspfad vom Hausarzt, über den Spezialisten und den Spitalaufenthalt, bis hin zur Rehabilitation und zu den Nachkontrollen ist dort stark vorgegeben und sektoriell gut abgrenzbar. Nichtsdestotrotz bringt eine engere Zusammenarbeit über die Schnittstellen hinweg und der Einbezug der Ergebnisqualität ein moderates Qualitätspotenzial mit sich. Ähnliches gilt für die Geburt und die vor- sowie nachgelagerte Betreuung der Patientinnen.

Das Kosteneinsparpotenzial resultiert bei den elektiven Eingriffen und den chronischen Leiden zum einen aus der verbesserten Kooperation und Koordination der involvierten Leistungserbringer. Damit können Doppelspurigkeiten abgebaut und die teilweise fehlende Koordinierung über die Schnittstellen hinweg verbessert werden. Bei den kardiologischen und orthopädischen Eingriffen wird zudem die Annahme getroffen, dass die Indikationsqualität zunimmt und dadurch die Zahl der chirurgischen Fälle mithilfe der Komplexpauschalen gesenkt werden kann. Dies primär aufgrund der Tatsache, dass sich für den Leistungserbringer eine Operation nur noch dann rentiert, wenn der Zugewinn des Patienten an Lebensqualität genug hoch ausfällt. Damit können, so die Vermutung, mehr Patienten über eine längere Zeit vorwiegend konservativ behandelt und der Trend hin zu einer immer früheren chirurgischen Behandlung gebrochen werden.

Umgang mit Multi- und Komorbiditäten

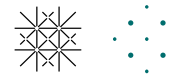
Komplexpauschalen sind darauf ausgerichtet, die Vergütung von medizinischen Leistungen zu regeln, welche in Zusammenhang mit einer **einzelnen Erkrankung eines Patienten** angezeigt sind. Gemäss Auswertungen von Moreau-Gruet (2013) treten chronische Erkrankungen aber vor allem im hohen Alter oft gemeinsam auf. Häufige Kombinationen sind (in absteigender Häufigkeit) Arthrose und Depression, Arthrose und grauer Star, Arthrose und Osteoporose, Depression und Herzkrankheit, Depression und Diabetes sowie Depression und grauer Star (Moreau-Gruet, 2013).

Bei multimorbiden Personen, wo lediglich eine chronische Krankheit über Komplexpauschalen abgegolten wird, sollte die Komorbidität in Form eines Aufschlags auf die Pauschalzahlung berücksichtigt werden, vorausgesetzt, dass die Komorbidität den zu erwartenden Ressourcenaufwand erhöht. Da sich der Behandlungsablauf auch bei Vorliegen von weiteren Krankheitsbildern nicht von Grund auf ändert, ist dieses Vorgehen auch medizinisch angezeigt. Die eigentlichen Behandlungsleistungen der Komorbidität werden weiterhin über das bestehende Tarifwerk vergütet.

Eine solche Regelung der Komorbiditäten ist gemäss Porter und Kaplan (2016) eine Grundvoraussetzung dafür, dass Komplexpauschalen ihre Wirkung überhaupt entfalten können (vgl. Kapitel 2.1). Diese Strategie im Umgang mit Komorbiditäten ist im Schweizer System nicht neu und findet zurzeit mit SwissDRG auch Anwendung. Es versteht sich von selbst, dass Komorbiditäten (z.B. Depression) nur dort Berücksichtigung finden sollten, wo diese in einem direkten Zusammenhang zum Behandlungsaufwand innerhalb der Komplexpauschale (z.B. Diabetes) stehen. Identische Überlegungen gelten auch für elektive Eingriffe im kardiologischen und orthopädischen Bereich.

Leidet ein Patient an zwei oder mehreren chronischen Krankheiten, die jeweils über Komplexpauschalen vergütet werden, ist die Situation anders. Hier erhielten die jeweiligen Leistungserbringer für die Behandlung des Patienten konsequenterweise zwei unterschiedliche Pauschalen (z.B. Diabetes-Pauschale und COPD-Pauschale). Bei der Berechnung der Höhe der Pauschale werden jeweils die vorliegenden Komorbiditäten berücksichtigt. Bei der Anwendung von Komplexpauschalen im polymorbiden Fall ist sicherzustellen, dass die Kooperation und

Koordination der Behandlung zwischen den Leistungserbringern der unterschiedlichen Behandlungskomplexe gefördert werden. Bei zwei oder mehr parallel laufenden Komplexpauschalen erhöht sich die Schwierigkeit exponentiell, die Leistungsbündel präzise voneinander abgrenzen zu können. Klar definierte Behandlungsleitlinien sind in dieser Situation hilfreich.



3 Wirkung von Komplexpauschalen auf Qualität und Kosten

Komplexpauschalen («bundled payments») führen die Vergütung der mit einer Erkrankung eines Patienten in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten in eine einzige Pauschale über und überwälzen das Kostenrisiko so auf die Leistungserbringer (Bach, Mirkin, & Luke, 2011). Komplexpauschalen schaffen damit Anreize, sowohl die **Menge** der erbrachten Leistungen als auch deren **Preise zu reduzieren** (Hussey u. a., 2009). Gleichzeitig sollen Komplexpauschalen die **Behandlungsqualität** aufgrund der besseren Standardisierung der Behandlungswege und der engeren Kooperation zwischen den Versorgungsstufen **positiv beeinflussen** (OECD, 2016).

Ob Komplexpauschalen in der Praxis allerdings tatsächlich Kosten einsparen und die Versorgung der Patienten verbessern, ist **Gegenstand der aktuellen Forschung**. In der Literatur finden sich einige Beispiele, welche Kostensenkungen identifizieren konnten, jedoch auch solche, die gar keine oder keine relevanten Kostenreduktionen durch die Einführung pauschaler Vergütungsformen finden. Die wissenschaftlich dokumentierte **Evidenz von Komplexpauschalen in der Praxis** wird im folgenden Kapitel zusammengefasst, um darauf aufbauend eine Einschätzung zum Potenzial von Komplexpauschalen im Schweizer Kontext vorzunehmen.

3.1 Internationale Erfahrungen mit Komplexpauschalen

3.1.1 Methodisches Vorgehen

Die Wirkung von Komplexpauschalen auf die Qualität und Kosten der Gesundheitsdienstleistungen wird auf Basis einer systematischen Auswertung der internationalen Literatur untersucht. Obwohl die Idee der Komplexpauschalen in der Gesundheitsökonomie an sich nicht neu ist, wird sie aktuell an der Forschungsfront intensiv diskutiert. Die **potenzielle Kombination aus Qualitätsverbesserungen und Kostenersparnissen** hat diverse Industrieländer dazu veranlasst, solche Vergütungssysteme in der Praxis zu testen (z.B. Kanada, die USA, die Niederlande, Schweden und Grossbritannien). Die damit verbundenen Erfahrungen sollen im Rahmen der Literatursauswertung zusammengetragen werden.

Die Literaturrecherche wurde zunächst thematisch breit gefasst und im Rahmen des Recherche- und Auswertungsprozesses laufend verfeinert. Es wurden zunächst allgemeine Schlüsselartikel zu «bundled payments» gesucht. Zur Suche wurden dabei in erster Linie die Suchmaschine *Google Scholar* und die akademische Datenbank *ScienceDirect*⁵ verwendet und dort auf die am meisten zitierten Artikel aus Zeitschriften mit «peer review» abgestützt. Ausserdem wurden die für den Forschungsbereich zentralen wissenschaftlichen Zeitschriften *Health Affairs*⁶ und *New England Journal of Medicine (NEJM)*⁷ direkt durchsucht. *ScienceDirect* und *Health Affairs* sind insbesondere deshalb sehr wichtige Quellen, weil sie die **gesundheitsökonomische** (im Gegensatz zur medizinischen) Forschungsdiskussion wiedergeben. Auch Verweise in zentralen Publikationen führten zu weiteren wichtigen Forschungsarbeiten zum Thema. Auf diese Weise konnte in dieser ersten Etappe vor allem Literatur zu **elektiven Eingriffen aus dem orthopädischen Bereich** (d.h. Gelenk-Arthroplastik) und zu **kardiologischen Behandlungen** zusammengetragen werden.

Um die Literaturrecherche stärker auf die in Kapitel 2.2.2 definierten Anwendungsgebiete für Komplexpauschalen auszurichten, insbesondere die Unterteilung in a) **elektive Eingriffe**, welche episodisch-basiert abgegolten werden, und b) **chronische Erkrankungen**, welche zeit- oder patientenbasiert entschädigt werden, wurden diese Schlagwörter in einer zweiten Etappe in die vorgängig erwähnten Abfragen aufgenommen. Die Suche nach «episode-based payment» ergab dabei mit Ausnahme des *NEJM* in allen Datenbanken die höchste Anzahl von Treffern. Gezielt wurde auch nach Literatur aus den Anwendungsbereichen **Schwangerschaft/Geburt** und **psychische**

⁵ *ScienceDirect* ist eine webbasierte Suchplattform, die einen abonnementbasierten Zugriff auf eine umfangreiche Datenbank für wissenschaftliche und medizinische Forschung bietet. Sie umfasst über 12 Millionen Artikel aus 3'500 akademischen Zeitschriften und 34'000 E-Books. *ScienceDirect* wird vom anglo-niederländischen Verlag *Elsevier* betrieben.

⁶ *Health Affairs* ist die führende Zeitschrift für gesundheitspolitische und gesundheitsökonomische Forschung zu Themen wie Gesundheitsreform, Gesundheitskosten und Innovation im Gesundheitswesen.

⁷ Das *New England Journal of Medicine (NEJM)* ist eine wöchentlich erscheinende medizinische Zeitschrift, die von der *Massachusetts Medical Society* herausgegeben wird. Sie ist eine der renommiertesten medizinischen Fachzeitschriften.

Erkrankungen gesucht. Wobei in diesen Bereichen jedoch nur sehr wenige spezifische Studien gefunden werden konnten.

Im Hinblick auf den Untersuchungszeitraum wurden im Rahmen der Recherche keine strikten Grenzen gesetzt, sondern die gesamte Historie durchsucht. Da die wissenschaftliche Diskussion und vor allem die empirische Forschung noch «jung» bzw. erst in Gang sind, sind die als relevant identifizierten Artikel alle eher **neueren Datums**. Die Suche wurde ausschliesslich in **Englisch** durchgeführt, da die internationale wissenschaftliche Diskussion zum Thema überwiegend in Englisch stattfindet und sich häufig auf Daten oder Politikmassnahmen aus den USA beziehen. Aus Europa gibt es vor allem aus den Niederlanden wissenschaftlich dokumentierte Erkenntnisse zu Anwendungen von Komplexpauschalen. Die folgende Tabelle 3 gibt einen Überblick zu den verwendeten Suchbegriffen und der resultierenden Anzahl von Treffern.

TABELLE 3 BERÜCKSICHTIGTE DATENBANKEN, SUCHBEGRIFFE UND TREFFERZAHL

Datenbank	Suchbegriffe	Trefferzahl
Google Scholar	Bundled Payment*	ca. 49'600
	Episode Based Payment*	ca. 203'000
	Bundled Payment* health care	ca. 37'400
	Bundled Payment* care improvement	ca. 40'000
	Bundled Payment* for chronic disease	ca. 24'900
	Bundled payment* diabetes care	ca. 15'100
	Bundled payment* pregnancy	ca. 3'800
Science Direct	Bundled Payment*	14'526
	Episode Based Payment*	15'347
Health Affairs	Bundled Payment*	473
	Episode Based Payment*	623
New England Journal of Medicine (NEJM)	Bundled Payment*	246
	Episode Based Payment*	229

Darstellung: Universität Basel/IWSB

Die mittels der Suchabfragen gefundenen Treffer wurden nach Relevanz geordnet (die Datenbanken bieten eine solche Sortiermöglichkeit typischerweise an) und jeweils die ersten 50 Resultate gesichtet. Die Auswahl der relevanten Literatur wurde basierend auf der Anzahl Zitierungen und der Durchsicht der Zusammenfassung (Abstracts) vorgenommen. Direkt-Referenzen aus Literaturverzeichnissen und die zielgerichtete Suche zu Pilotprojekten haben die mittels Suchabfrage gefundene Literatur ergänzt. So wurden schliesslich rund 25 relevante Artikel der internationalen wissenschaftlichen Literatur identifiziert. Eine Auflistung dieser Artikel findet sich im Anhang auf Seite 53.

In einer kritischen Beurteilung der untersuchten Literatur ist anzumerken, dass der Suche nach empirischer Evidenz mittels systematischer Literaturrecherche gewisse Grenzen gesetzt sind. Dies insbesondere deshalb, weil die Implementierung von Komplexpauschalen erst seit einigen Jahren vermehrt vorgenommen wird, die Untersuchung der empirischen Effekte **noch in Gang** ist (wodurch noch wenig Datenmaterial vorliegt) und der Aufbau an erhärteten Erkenntnissen daher erst im Entstehen ist. Es besteht daher die Gefahr, dass neuste Erkenntnisse teilweise noch nicht identifiziert werden können. Um dieses Problem zumindest partiell zu entschärfen, wurde gezielt nach aktuellen Evaluationsberichten oder ähnlichem Material zu den gefundenen empirischen Beispielen gesucht. Da derartiges Material jedoch oftmals in der jeweiligen Landessprache erscheint, sind auch hier klar gewisse Grenzen vorhanden.



3.1.2 Erkenntnisse aus der empirischen Literatur

Komplexpauschalen und Gesundheitskosten

Eibner u. a. (2009) untersuchen die Wirkung von 21 Politikoptionen zur Senkung der Gesundheitsausgaben für den US-Bundesstaat Massachusetts, indem sie eine Szenario-basierte Bewertung vornehmen. Sie fokussieren auf Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren und untersuchen nebst anderen Massnahmen auch den Effekt von Komplexpauschalen **sowohl für chronische Erkrankungen** wie Diabetes, Herzinsuffizienz und Erkrankungen der Herzkrankegefässe, Asthma und Bluthochdruck **als auch für Behandlungsepisoden** wie Hüft- und Kniegelenkersatz, bariatrische Chirurgie sowie akute Herzinfarkte. Sie erwarten, dass durch den Einsatz gebündelter Zahlungen im Vergleich zum Status quo für den Zeitraum 2010–2020 kumulierte Einsparungen von 685 Mio. US-Dollar (-0.10 Prozent, unteres Szenario) bis 39 Mrd. US-Dollar (-5.87 Prozent, oberes Szenario) erzielt werden können. Komplexpauschalen werden von den Autoren dabei als eine der vielversprechendsten Massnahmen erachtet, um Kosten zu senken. Beim unteren Szenario, welches lediglich eine Einführung von Komplexpauschalen für drei stationär durchgeführte Eingriffe vorsieht, ist das Einsparpotenzial relativ klein (Hüft- und Kniegelenkersatz, bariatrische Chirurgie). Dies hat damit zu tun, dass in Massachusetts relativ wenig Eingriffe dieser Art durchgeführt werden, während die chronischen Erkrankungen wie Bluthochdruck, Diabetes oder COPD weit verbreitet sind.

In einem anderen Artikel extrapolieren die Autoren die Ergebnisse aus dem Bundesstaat Massachusetts auf die nationale Ebene und schätzen, dass sich durch die Einführung von Komplexpauschalen für sechs chronische Erkrankungen und vier akute Behandlungsepisoden, welche einer Hospitalisierung bedürfen, im Zeitraum 2010–2019 Einsparungen von bis zu **5.4 Prozent der gesamten nationalen Gesundheitsausgaben** hätten erzielen lassen (Hussey u. a., 2009). Sie unterstellen dabei, dass bei den Leistungserbringern ein Kosteneinsparpotenzial von zwischen 20 und 50 Prozent vorhanden ist. Durch eine bessere Qualität und bessere Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Leistungserbringern könnten vermeidbare Komplikationen verhindert werden.

Wirkung von Komplexpauschalen bei elektiven Eingriffen

Die bessere Koordination der Pflege, eine Erhöhung der Pflegequalität und Kosteneinsparungen sind die typischen Faktoren, die als Vorteile von Komplexpauschalen hervorgehoben werden. Verschiedene Studien finden Hinweise für diese Faktoren.

Berry u. a. (2009) dokumentieren die Erfahrungen mit dem Programm «ProvenCare», ein Pilotprojekt eines grossen, privaten US-Gesundheitsversorgers im Bundesstaat Pennsylvania zum Einsatz von informatikgestützter, evidenzbasierter Versorgung bei **koronaren Bypass-Behandlungen**. Sie stellen einen wesentlichen Anstieg der Qualität fest – etwa einen Anstieg der Befolgung der Behandlungsstandards von 60 Prozent auf 100 Prozent, bessere Ergebnisse bei 8 von 9 gemessenen klinischen Parametern, einen Rückgang der Wiedereinweisungsrate und eine Reduktion der Sterblichkeit – bei gleichzeitigem Rückgang der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (DAD) im stationären Bereich und einer Reduktion des Ressourceneinsatzes.

Bolz und Iorio (2016) untersuchen die Wirkung von behandlungsepisoden-basierten Komplexpauschalen beim **Ersatz von Hüft- oder Kniegelenken** in einem universitären New Yorker Gesundheitszentrum, dem *New York University Langone Medical Center (NYULMC) Hospital for Joint Diseases (HJD)*. Im Zuge der Initiative «Bundled Payment for Care Improvement» (BCPI) war im Jahr 2011 vom US-amerikanischen *Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)* die Einführung verschiedener Arten von Komplexpauschalen entschieden worden. Hüft- und Kniegelenkersatz wurden dabei als ideale Behandlungen erachtet, um die Wirkung von Komplexpauschalen zu testen. Diese Eingriffe werden in frühen Implementierungsphasen nicht zuletzt deshalb oft ausgewählt, da sie ein grosses Patientenvolumen und gleichzeitig hohe Kosten aufweisen. Die Pauschalen für Hauptgelenkersatz oder -wiederanbringung an unteren Extremitäten (MS-DRG 469 und 470) wurden am NYULMC HJD im Jahr 2013 eingeführt. Bereits im ersten Jahr konnten im Rahmen des Programms 721 Patienten behandelt werden.⁸

⁸ Die Komplexpauschale wird standardmässig auf alle Patienten angewendet, die sich am NYULMC HJC einem Eingriff gemäss MS-DRGs 469 oder 470 unterziehen.

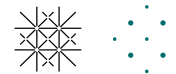
Die Resultate waren insofern positiv, als Kosteneinsparungen von 8.1 Prozent (bei Fällen mit grösseren Komplikationen oder Komorbiditäten, MS-DRG 469) bzw. von 17 Prozent (MS-DRG 470, ohne Komplikationen oder Komorbiditäten) festgestellt werden konnten. Die DAD sank von 5.31 (2010), 4.60 (2011) und 4.43 (2012) Tagen in den Jahren vor Einführung des Komplexpauschalsystems auf 3.53 (2013) und 3.2 (2014). Es wurden markant weniger Patienten in stationäre Rehabilitationseinrichtungen überwiesen (70 Prozent der Austritte im Jahr 2012; 29 Prozent im Jahr 2014). Demgegenüber wurden viel mehr Patienten nach Hause entlassen und ambulant versorgt. Die Wiedereintrittsrates änderte sich nicht signifikant und ging von 10 Prozent (2010), 15 Prozent (2011) und 14 Prozent (2012) in den Jahren vor Einführung eher noch zurück (12 Prozent im Jahr 2013; 8 Prozent 2014). In die erfolgreiche Einführung hatte das NYULMC HJD allerdings einiges an Ressourcen investiert. In multidisziplinären Teams wurden evidenzbasierte Behandlungsprozesse entwickelt, die Patientenversorgung gestrafft und über alle drei Phasen der Pflegeepisode – vor, während und nach dem Spitalaufenthalt – über einen Zeitraum von 90 Tagen überwacht und kontrolliert. Konkret konnten zum Beispiel die Nebenwirkungen der Anästhesie reduziert oder das perioperative, multimodale Schmerzmanagement verbessert werden, indem den präoperativen Risikofaktoren besser Rechnung getragen wurde oder auch (kostspielige) Implantatabfälle reduziert wurden.

Auch Slover (2016) dokumentiert die Erfahrungen und den Umgang am NYULMC HJP mit der Einführung der Komplexpauschalen für Hüft- und Kniegelenkersatz. Insbesondere beschreibt er detailliert, wie durch den Einsatz von klinischen Pflegekoordinatoren (typischerweise ein Krankenpfleger mit «Registered Nurse-Degree») positive Ergebnisse erzielt werden. Die Versorgungs koordinatoren nehmen schon vor der Operation Kontakt mit den Patienten auf und begleiten den gesamten Behandlungsprozess bis 90 Tage nach der Entlassung des Patienten. Sie optimieren insbesondere die Nachversorgung mit Hilfe eines Risikoabschätzungs- und Vorhersage-Tools. Eine stationäre Rehabilitation kann die Kosten für die Gelenkersatzepisode um bis zu 30 Prozent erhöhen. Je nach Fall wird ein etwas längerer Verbleib im Akutspital mit anschliessender Entlassung nach Hause einer stationären Rehabilitation deshalb vorgezogen. Das Programm der Versorgungs koordinierung wurde von den befragten Patienten positiv bewertet. Es sei wichtig, auch bei Abgeltung via Komplexpauschale auf die individuellen Bedürfnisse der Patienten in Bezug auf die Krankenhausaufenthaltsdauer und die nachoperative Behandlung eingehen zu können.

Bozic u. a. (2014) untersuchen die verschiedenen Kostenkomponenten von Behandlungsepisoden im Zusammenhang mit einem **Knie- oder Hüftgelenkersatz** zur Ermittlung von Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung und Kostensenkung auf Basis von 250 Fällen aus einem spezifischen Spital. Sie stellen eine grosse Variabilität an Kosten und Verfahren fest. Die Kosten reichen von 25'568 US-Dollar (Patienten ohne Komorbiditäten) bis 50'648 US-Dollar (bei grösseren Komorbiditäten und Komplikationen). Zudem heben auch sie hervor, dass im Mittel 36 Prozent der Gesamtkosten für die Versorgung nach der Entlastung aufgewendet würden. Rund 50 Prozent der Patienten wurden in stationäre Pflegeeinrichtungen verlegt – 13.6 Prozent in Rehabilitationszentren, 35.6 Prozent in qualifizierte Pflegeeinrichtungen und 0.8 Prozent in Institutionen der Langzeitpflege. Die ungeplante Wiedereintrittsrates betrug 10 Prozent. Die Autoren empfehlen, dass die Spitäler die verschiedenen Komponenten der Behandlungszyklen unbedingt genauer untersuchen sollten, um Qualitäts- und Kostenverbesserungen anzustreben und kommen auf Basis ihrer Feststellungen zum Schluss, dass insbesondere die nachoperative Behandlungsphase dabei im Fokus stehen sollte.

Fromson u. a. (2013) geben einen generellen Überblick über Komplexpauschalen in den USA im Bereich **Hüft- und Kniegelenkersatz** und beschreiben die Erfahrungen an CMS-Pilotprojektstandorten in Tulsa und Albuquerque sowie in San Antonio. An allen Standorten konnten Kosteneinsparungen verzeichnet werden (Tulsa 10 Prozent, Albuquerque 10 Prozent, San Antonio 15 Prozent). Zu den Einsparungen trugen dabei verschiedene Kostenkategorien bei: allgemeine Beschaffungskosten, Personalkosten, Implantatskosten – je nach Standort mit unterschiedlichem Gewicht. Die Aufenthaltsdauer der Patienten ging an allen drei Standorten zurück.

Miller u. a. (2011) analysieren die Kostenverteilung von Behandlungsepisoden für **Hüftgelenkersatz, koronare Bypass-Operation, Rückenoperation und Kolektomie** (Entfernung des Dickdarms) bei älteren Patienten zwischen



65 und 69 Jahren im gesamten US-Medicare-System⁹ und nehmen ein Benchmarking vor. Einer Behandlungsepisode zugeordnet werden die Kosten vom Zeitpunkt des Spitaleintritts für die entsprechende Behandlung bis 30 Tage nach Spitalaustritt. Die Kostenvarianz sei erheblich. Je nach Behandlung überstiegen die Kosten der teuersten Spitäler (teuerstes Quintil) die Kosten der günstigsten um zwischen 48.4 und 130.0 Prozent. Ein grosser Teil der beobachteten Kostenvarianz sei auf regionale Preisunterschiede zurückzuführen, ein wesentlich geringerer Teil auf unterschiedliche Schweregrade der Erkrankungen. Preis- und Casemix-bereinigt verbleiben Kostendifferenzen von 10.1 bis 38.9 Prozent. Für diese verbleibenden Kostenunterschiede seien hauptsächlich Unterschiede in der Behandlung nach Spitalaustritt und Unterschiede in der Behandlungspraxis der Chirurgen verantwortlich. Bei Kolektomien wurden zudem grosse Unterschiede bei den Kosten für Wiedereintritte festgestellt. Aus diesen Beobachtungen schliessen die Autoren, dass Komplexpauschalen durchaus ein erhebliches Sparpotenzial erschliessen können. Sie weisen jedoch gleichzeitig darauf hin, dass die Kosteneffizienz eines Spitals zwischen den unterschiedlichen Arten von Behandlungen nur sehr schwach korreliert – zwischen 0.219 und 0.280. Die Einführung von Komplexpauschalen für die vier erwähnten Behandlungen könnte somit aus Sicht der Spitäler vor allem eine Verschiebung der Einnahmen zwischen den Bereichen zur Folge haben und nicht unbedingt Anreize zur besseren Koordination und für Effizienzsteigerung auslösen.

Bach, Mirkin und Luke (2011) entwickeln einen Vorschlag zur Anwendung von Komplexpauschalen bei **metastatischem Lungenkrebs** in Medicare. Krebsbehandlungen seien besonders gut für Komplexpauschalen geeignet, weil es klare allgemein anerkannte und stets aktualisierte evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen gebe, diese Standards die teuersten Behandlungselemente betreffen und ein gutes Behandlungs-(Qualitäts)-Monitoring vorhanden sei. Als Behandlungsepisode schlagen sie einen Behandlungsmonat mit Chemotherapie vor. Die Pauschale würde dabei die Medikamentenkosten sowie deren Verabreichung und medizinische Begleitung umfassen. Verschiedene Therapien kosteten unterschiedlich viel und seien gleichermassen erfolgsversprechend. In einem Einzelleistungsvergütungssystem bestehe hingegen kein Anreiz, eine kosteneffiziente Behandlung zu wählen. Pauschalen hätten deshalb erhebliches Sparpotenzial. Sie würden zudem den Druck auf die Medikamentenpreise erhöhen.

Cutler und Ghosh (2012) schätzen und vergleichen in ihrer Studie die Kosteneffekte von Komplexpauschalen für Behandlungsepisoden gegenüber zeitbasierten Pauschalen. Sie stützen sich dabei auf detaillierte Versorgungsdaten von zufällig ausgewählten 5 Prozent der älteren Medicare-Teilnehmer im Jahr 2007. Zur Schätzung des Potenzials von episodensbasierten Komplexpauschalen ordnen sie alle stationären und ambulanten Leistungen Behandlungsepisoden zu, wobei eine neue Episode immer dann beginnt, wenn in den 180 Tagen vor Leistungsbezug keine Hospitalisation stattgefunden hat. Sie unterscheiden total 245 Arten von Behandlungsepisoden, wobei die fünf wichtigsten bereits rund 25 Prozent und die 17 wichtigsten mehr als die Hälfte der totalen Gesundheitsausgaben ausmachten.¹⁰ Um die Ersparnisse von episodensbezogenen Komplexpauschalen zu schätzen, summieren sie über alle 206 Krankenhausregionen die Kosten über dem 25 Prozent- bzw. 50 Prozent-Quartil auf. Analog errechnen sie das Kostensparpotenzial von zeitbasierten Pauschalen als Summe aller über dem 25 Prozent- bzw. 50 Prozent-Quartil liegenden Gesundheitsausgaben pro Patienten. Sie kommen auf dieser Basis zum Schluss, dass episodensbezogene Pauschalen fast so viel einsparen können wie personenbezogene Zahlungen, wobei Pauschalen für Behandlungsepisoden aber wesentlich einfacher zu verwalten und zu implementieren sind – gegeben eine nicht zu starke vertikale Integration der Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Porter, Marks und Landman (2014a und 2014b) dokumentieren das schwedische Komplexpauschalen-Programm OrthoChoice für **Hüft- und Kniegelenkersatz** und die beobachteten Effekte. Das Beispiel wurde in Form

⁹ Patienten, welche in speziellen Managed-Care-Programmen eingeschrieben sind, wurden ausgeschlossen. Solche Patienten machten im Jahr 2005 rund 16 Prozent aller Medicare-Patienten aus.

¹⁰ Die wichtigsten der rund 245 unterschiedenen Behandlungsepisoden waren (basiert auf ihre Kosten) in abnehmender Reihenfolge: (1) Arthrose, (2) koronare Atherosklerose und andere Herzkrankheiten, (3) Fraktur des Oberschenkelhalses (Hüfte), (4) Herzinsuffizienz (nicht hypertensisch), (5) akute cerebrovaskuläre Erkrankung, (6) Lungenentzündung, (7) Herzrhythmusstörungen, (8) akuter Myokardinfarkt, (9) Komplikation von Gerät, (10) Implantat oder Transplantat, (11) Spondylose / Bandscheibenerkrankungen / andere Rückenprobleme, (12) Septikämie (ausser bei Wehen), (13) COPD und Bronchiektasie, (14) Harnwegsinfektionen, (15) Atemstillstand / Insuffizienz, (16) akutes und nicht näher bezeichnetes Nierenversagen, (17) andere Frakturen und Herzklappenerkrankungen.

einer Fallstudie auch im IWSB-Grundlagenbericht (Felder u. a., 2017) beschrieben. Im Fall Schweden stand weder die Verbesserung der Pflegequalität noch die Erzielung von Kosteneinsparungen im Vordergrund. Vielmehr waren es die langen Wartezeiten durch die Kapazitätsengpässe. Die Einführung der Komplexpauschalen ging deshalb auch mit einer Zulassung neuer Marktteilnehmer einher. Folgende Effekte wurden dabei beobachtet:

- Das Volumen an Gelenkersatzoperationen nahm in der Folge allein im ersten Jahr nach Einführung um 20 Prozent zu, wobei sich spezialisierte Orthopädiezentren einen grossen Marktanteil sicherten und die Anzahl an Behandlungen in Spitälern der Grundversorgung um 17 Prozent zurückging.
- Die Behandlungskosten pro Fall nach Einführung der Pauschale lagen 17 Prozent unter den durchschnittlichen Vergütungen, die die Spitäler vorher erhalten hatten.
- Dank geringerer Wartezeiten konnte zudem das krankheitsbedingte Fehlen der Patienten am Arbeitsplatz vor der jeweiligen Operation deutlich gesenkt werden – von durchschnittlich 50 (2008) auf 39 (2010) Tage.

Private Anbieter führten im Rahmen der Einführung des Pauschalsystems markante Veränderungen am Behandlungsprozess durch. Um die Kosten besser zu kontrollieren, wurde der Behandlungsablauf stärker standardisiert. Drei von vier Anbietern führten Nachuntersuchungen ein. Physiotherapie wurde früher begonnen und die Patienten wurden früher aus dem Spital entlassen. Negative Effekte auf die Qualität konnten keine festgestellt werden. Die von Kritikern geäusserten Befürchtungen, dass minderwertige Prothesen zum Einsatz kämen, wurden nicht erhärtet. Die Spitäler konnten allerdings Mengenrabatte erzielen und so die Einkaufspreise für Prothesen senken. Die Komplikationsraten gingen statistisch signifikant zurück. Die Patientenzufriedenheit bei den Patienten sei hoch.

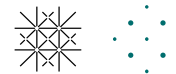
Auffallend ist die Häufigkeit, mit der Pilotprojekte von episodensbasierten Komplexpauschalen im Bereich des Hüft- und Gelenkersatzes unternommen werden. Dies sei nebst dem hohen Patientenvolumen und der hohen Kosten der relativ homogenen Patientenpopulation zu verdanken (Bozic u. a., 2014).

Eine **Schwangerschaft inklusive Geburt** stellt in gewisser Weise ebenfalls eine Behandlungsepisode dar, für die eine integrierte Versorgung entlang des Behandlungszyklus und eine Optimierung der verschiedenen Leistungen durchaus ein gewisses Potenzial für Qualitätsverbesserungen und Kosteneinsparungen mit sich bringen könnte. Es zeigt sich, dass einzelne Länder bereits Projekte in diesem Bereich gestartet haben. So werden etwa in den Niederlanden, wo Komplexpauschalen vorher vor allem für chronische Erkrankungen (Typ-2-Diabetes, COPD und kardiovaskuläre Risikofälle) mit Erfolg eingeführt wurden, solche Überlegungen angestellt (Struijs, Kooistra, Heijink, & Baan, 2017). 2018 sind in sechs Regionen Komplexpauschalenprojekte im Bereich Schwangerschaft/Geburt initiiert worden (Cellissen u. a., 2018). Carrol u. a. (2018) beschreiben die Erfahrungen mit einem Komplexpauschalsystem im US-Bundesstaat Arkansas. Die Behandlungsepisode orientiert sich dabei am Zeitpunkt der Geburt; sie beginnt 40 Wochen vor der Geburt und endet 60 Tage danach. Gestützt auf ein ökonometrisches Modell schätzen die Autoren die Kostenersparnisse im Vergleich zu den umliegenden Bundesstaaten auf insgesamt 3.5 Prozent. Die grössten Kosteneinsparungen liessen sich gemäss den Autoren bei den ambulanten Ausgaben, den Personalkosten im stationären Bereich und am ausgeprägtesten beim Betriebsaufwand erzielen.

Evidenz Komplexpauschalen bei chronischen Erkrankungen

Komplexpauschalen für chronische Erkrankungen zielen besonders auf die Verbesserung der Pflegekoordination zwischen den verschiedenen Leistungserbringern und die Prävention ab, um so ein besseres Gesamtergebnis für die Gesundheit des Patienten und eine Reduktion der Gesundheitsausgaben zu erzielen. Dies aus der Überlegung heraus, dass Patienten mit chronischen Erkrankungen komplexe Pflege- und Behandlungsbedürfnisse aufweisen.

Tsiachristas u. a. (2016) untersuchen die Wirkung von leistungsabhängigen Abgeltungsmechanismen zur Förderung der integrierten Versorgung im Bereich der Betreuung chronischer Erkrankungen in Europa – etwa Zusatzentgelte wie «Pay-for-performance» und «Pay-for-Coordination» sowie sogenannte «All-inclusive-Agreements» (d.h. Komplexpauschalen [«bundled payments»] und bevölkerungsbezogene Abgeltungsmodelle ([«global payments»])). Mit Hilfe eines ökonometrischen Modells schätzen sie die Veränderung im Trend der



Gesundheitsausgaben vor und nach Einführung der neuen Vergütungsmodelle. Die Analyse stützt sich dabei auf Daten aus neun Interventionsländern und 16 Kontrollstaaten im Zeitraum 1996-2013.¹¹ Die Autoren stellen fest, dass Länder mit «Pay-for-Performance»-Vereinbarungen einen Rückgang der Krankenhaus- und Verwaltungsaufwendungen verzeichneten. Komplexpauschalen, Globalzahlungen sowie «Pay-for-Coordination» scheinen indes besonders das Wachstum der ambulanten Ausgaben substanziell zu verringern. Bei gewissen Kostenkomponenten zeigen sich bereits im Jahr der Einführung klare Effekte, bei anderen wurde eine zeitliche Verzögerung beobachtet. Tsiachristas u. a. (2016) betonen wie bereits in einer früheren Untersuchung (vgl. Tsiachristas u. a. 2013), dass sich politische Entscheidungsträger vor allem an Erfahrungen in Ländern mit ähnlichem Gesundheitssystem und Kontext orientieren sollten und dass in der Praxis wohl Massnahmen, welche Elemente aus verschiedenen Vergütungsansätzen enthalten, am erfolgversprechendsten seien.

Die Niederlande heben sich in der Literatur als Vorreiter für Komplexpauschalen im chronischen Bereich hervor. Im Jahr 2007 wurde ein gebündeltes Entgelt im Bereich **Diabetes** getestet und drei Jahre später auf **COPD** und **kardiovaskuläre Erkrankungen** erweitert. Im Fokus der Zahlungsreform war dabei die Verbesserung der Koordination, die Förderung von «Disease-Management-Programmen», die verstärkte Einhaltung medizinischer Empfehlungen und die Erhöhung der Qualität der Patientenakten. Die Pauschale wird von einer sogenannten «Care Group» koordiniert, welche die benötigte Betreuung gemäss einem national vordefinierten Leistungskatalog¹² für ein Jahr abdeckt und mit den Versicherern frei ausgehandelt. Die Versicherer sind frei, die Komplexpauschale abzuschliessen oder nach Einzelleistungssystem zu vergüten. Patienten können ihren Hausarzt frei wählen und die Versicherungsgesellschaft jährlich wechseln, wobei sie das relevanteste, aber kostengünstigste Paket wählen, das ihren medizinischen Bedürfnissen entspricht.

Erste Evaluationen stützen sich auf Gesundheitsakten von zehn Care Groups, Interviews mit verschiedenen Anspruchsgruppen und Patientenbefragungen (Struijs und Baan, 2011; de Bakker u. a., 2012). Die Untersuchungen halten fest, dass

- starke und persistierende Unterschiede in den verhandelten Preisen festzustellen seien, welche nur teilweise durch den Betreuungsumfang erklärt werden könnten,
- der Betreuungsprozess (Koordination, Einhaltung von Empfehlungen) sowie die medizinische Dokumentation verbessert wurden,
- Care Groups eine dominante Rolle einnehmen – was aufgrund der starken Position der Hausärzte gegenüber anderen Berufsgruppen nicht unproblematisch sei – und
- die Patientenwahlfreiheit insofern eingeschränkt werde, dass diese nun nicht mehr den einzelnen Arzt, sondern nur noch die von der Care Group kontrahierten Leistungserbringer wählen könnten.

Verschiedene Verbesserungen bei Prozessindikatoren (z.B. Abdeckung der Patienten mit bestimmten Tests) sowie teilweise bei Output-Indikatoren (z.B. Erreichen persönlicher Zielwerte für Cholesterin) seien feststellbar (Struijs u. a., 2012). Tsiachristas u. a. (2013) schreiben, dass das Engagement und die Verpflichtung der politischen Entscheidungsträger, der Leistungserbringer und Krankenversicherer für die erfolgreiche Einführung der Komplexpauschalen für chronische Patienten in den Niederlanden sehr wichtig waren und auch die Flexibilität, Leistungen unter den verschiedenen medizinischen Berufen zu delegieren. Die Komplexpauschalen hätten, gemäss Ansicht der für die Untersuchung interviewten Personen, die Einhaltung der Protokolle und die Protokollführung verbessert und gleichzeitig den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern gefördert. Was die Kosten anbetreffe, werde es Jahre dauern, bis sichtbare Einsparungen (z.B. Vermeidung von stationären Spitaleintritten) erzielt werden könnten (de Bakker u. a., 2012). Rutten-van Mölken (2014) erwähnt, dass die Kosten gemessen am selbstdeklarierten Leistungsbezug innerhalb der ersten zwei Jahre nach Einführung bei Diabetes und kardiovaskulären Erkrankungen zunahmen, während sie bei COPD offenbar zurückgingen. Mohnen, Baan und Struijs (2015)

¹¹ Interventionsländer sind u.a. Österreich, Dänemark, Ungarn, Deutschland und Frankreich («Pay-for-Coordination»), Grossbritannien, Estland, Portugal und Frankreich («Pay-for-Performance»), die Niederlande («All-inclusive-Agreements», genauer: «bundled payments»), und Deutschland («All-Inclusive-Agreements», genauer: «global payments»).

¹² Ausgenommen sind stationäre Aufenthalte, Medikamente, Medizinprodukte und Diagnostika.

untersuchen die Kosten von mehr als 64'000 Patienten mit Typ-2-Diabetes in drei Abgeltungssystemen (Komplexpauschale, Einzelleitungsvergütung, Einzelleitungsvergütung mit «Management Fee»¹³) im Zeitraum von 2007 bis 2009. Sie halten fest, dass Patienten im Komplexpauschalensystem in diesem Zeitraum die höchsten Kosten aufwiesen. Zwei Jahre seien aber womöglich ein zu kurzer Zeitraum, um den tatsächlichen Effekt zu messen. Auch die von Tsiachristas u. a. (2013) interviewten Experten gaben an, dass durch die Komplexpauschalen zwar neue finanzielle Einschränkungen eingeführt wurden, das Wachstum der Gesundheitsausgaben aber bisher nicht gesunken sei.

Nelson (2012) untersucht die Wirkung von 34 Medicare DMP für chronische Erkrankungen – nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Einsatz von Komplexpauschalen. Er hält jedoch fest, dass in den meisten Fällen kein Effekt auf die Gesundheitsausgaben oder eher ein leichter Anstieg der Ausgaben durch die Programme festzustellen sei. Die Hospitalisierungsraten gingen vor allem jenen Fällen zurück, wo eine intensive, direkte Interaktion zwischen Care Manager, Arzt und Patient stattgefunden hätte.

Shih, Chen und Nallamotheu (2015) tragen die Evidenz mit Komplexpauschalen im Bereich Herz-Kreislaufkrankungen in den USA zusammen und halten fest, dass diese nur moderate Kosteneinsparungen mit sich bringen und die empirische Evaluierung der Programme überraschend limitiert sei. Mehr als auf die fundierte Analyse der Wirkung der Programme fokussiere sich die wissenschaftliche Diskussion auf das Thema der Herausforderung im Rahmen der Implementierung.

In Portugal wurden Komplexpauschalen für chronische Krankheiten ebenfalls im Jahr 2007 erstmals eingeführt (Lourengo 2016). Als Pilot fungierten Patienten mit HIV/AIDS. Später kamen andere Krankheiten wie multiple Sklerose, pulmonale Hypertonie, lysosomale Speicherkrankheiten, die familiäre Amyloid-Polyneuropathie und verschiedene Krebsformen hinzu. Erste Untersuchungen zeigten, dass die Durchschnittskosten für die Behandlung von HIV/AIDS-Patienten nach Einführung der Komplexpauschalen sanken. Bei den Infektionsraten, der Adhärenz und der Einhaltung der Behandlungsleitlinien wurden keine Veränderungen beobachtet, was darauf hinweist, dass (zumindest bisher) eine spürbare Qualitätsverbesserung für die betroffenen Patienten ausblieb.

O'Byrne u. a. (2013) nehmen eine retrospektive Einteilung und Berechnung von Daten zu den Gesundheitsausgaben von mehr als 50'000 Personen in einem selbstfinanzierten US-Gesundheitsplan vor und untersuchen Diabetesfälle sowie Fälle koronarer Herzkrankheiten. Sie halten fest, dass die Definition eines Diabetespatienten sehr heterogen ausfällt und erhebliche Unterschiede in den Kosten festzustellen seien, die der chronischen Erkrankungen zuzuordnen sind.¹⁴ Ein grosser Teil der Gesundheitsausgaben der Patienten mit chronischen Erkrankungen stünden nicht direkt mit der Haupterkrankung in Zusammenhang (je nach Definition zwischen 20 Prozent und 50 Prozent). Daraus schliessen sie, dass die Definition und Ausgestaltung von Komplexpauschalen im chronischen Bereich sehr viel anspruchsvoller seien, als diejenigen für einzelne, elektive Eingriffe.

Zum Einsatz von Komplexpauschalen bei psychiatrischen Erkrankungen mit einem chronischen Verlauf wurde im Rahmen der systematischen Literaturrecherche keine spezifische Literatur gefunden. Dies könnte aber damit zusammenhängen, dass die Diskussion zu evidenzbasierter Versorgung und Anpassung der Anreize in diesem Versorgungsbereich weniger unter ökonomischen Gesichtspunkten, sondern vor allem vor dem Hintergrund des Zugangs, Prävention, Koordination und/oder Qualitätsverbesserung im Gange ist. Perelman u. a. (2017) analysieren die Anreizprobleme im Bereich der psychischen Gesundheit in Portugal und sehen in einem Modell mit Kopfpauschalen und «Pay-for-Performance»-Elementen am meisten positive Anreize. Die Autoren zitieren drei empirische US-Studien älteren Datums, welche Kosteneinsparungen von Abgeltungssystemen mit Kopfpauschalen gegenüber

¹³ Die sogenannte «Management Fee» dient dazu, jene Kosten zu decken, welche nicht direkt bei der Leistungserbringung am Patienten entstehen. Ein Beispiel dafür sind Koordinationsbemühungen im Zuge der integrierten Versorgung.

¹⁴ Neuere Studien haben gezeigt, dass Diabetespatienten unterschiedlich stark von DMP profitieren; dies gilt ebenfalls für die Kosteneffekte dieser Programme. Beispielsweise haben Simcoe, Catillon, & Gertler (2019) beobachtet, dass sich die Testroutine bei jenen Patienten verbessert, welche im ersten Jahr des Untersuchungszeitraums keinen HbA1c-Test erhielten. Bei dieser Personengruppe reduzierten sich während des DMP ebenfalls die Kosten. Die zuvor nicht getesteten Personen senkten ihre Kosten im Vergleich mit der Kontrollgruppe auf Jahresbasis um 1'104 US-Dollar. Über alle Patienten hinweg resultierte eine Einsparung von «nur» 208 US-Dollar pro Person und Jahr.



Einzelleistungsvergütungsmodellen festgestellt haben (Bloom u. a., 2002; Chou, Wallace, Bloom, & Hu, 2005; Dwyer, Mitchell, Cole, & Reed, 1995).

3.1.3 Kritische Bemerkungen

Nebst dem in der wissenschaftlichen Literatur beschriebenen Potenzial von Komplexpauschalen und der empirischen Evidenz für positive Effekte – vor allem für elektive Eingriffe, weniger klar für chronische Behandlungen – weisen viele Autoren auch auf kritische Faktoren und unbeabsichtigten Folgewirkungen (Zweitrundeneffekte) im Zusammenhang mit der Ausgestaltung von Komplexpauschalen hin.

Froimson u. a. (2013) fanden zum Beispiel heraus, dass Komplexpauschalen mit erheblichen finanziellen Risiken einhergehen – besonders im Fall von wenig strukturierten und organisierten Behandlungszyklen. Ein Schutz der Ärzte vor diesen Risiken, wie er in den Pilotprojekten teilweise implementiert worden sei, sei langfristig nicht aufrechtzuerhalten. Vielmehr sollten die Ärzte in die Definition optimaler Behandlungsprozesse eingebunden werden. Weiter erachten sie es als wichtig, auch eine einheitliche Praxis in der Abweichung vom ordentlichen Behandlungsprozess zu definieren. Die **gerechte Aufteilung der Pauschale** und der Risiken auf die verschiedenen beteiligten Leistungserbringer stelle generell eine grosse Herausforderung dar (Shih u. a., 2015).

Weeks u. a. (2013) stellen nachhaltige Kosteneinsparungen mittels Komplexpauschalen klar in Frage. Zwar könnten gebündelte Zahlungen durchaus zu Optimierungen führen, es sei aber zu erwarten, dass die Leistungserbringer ihr Verhalten entsprechend anpassen werden. Dass Einsparungen insbesondere im Bereich der postakuten Pflege möglich seien, wo weniger klar definiert ist, was unnötiger oder vermeidbarer Aufwand ist, liege auf der Hand, zumindest da, wo bereits implementierte DRG-Pauschalen für die Eliminierung der offensichtlichsten Ineffizienzen gesorgt hätten.

Komplexpauschalen bergen lediglich Anreize, die **Leistung innerhalb des jeweiligen Behandlungszyklus** zu optimieren und könnten so, anstatt die Schwächen eines Einzelleistungsvergütungssystems zu mildern, diese einfach auf eine andere Ebene heben. In der kurzen Frist seien die Kosten der Leistungserbringer relativ fix und viele Optimierungen führten vor allem zu freiwerdenden Kapazitäten und weniger zu echten Einsparungen. Zusätzliche Kapazitäten können u.U. gewünscht sein, wenn in diesen Bereichen eine echte Unterversorgung droht. In der Schweiz wäre dies zum Beispiel im hausärztlichen Sektor der Fall, wo die demografische Entwicklung bei den Leistungserbringern den Nachfrageüberhang in Zukunft noch verschärfen wird.

In jenen Sektoren aber, wo keine Unterversorgung droht, könnten die Leistungserbringer versuchen, die Mengen der jeweiligen Behandlungsepisoden zu erhöhen, mehr Leistungen zu erbringen, die ausserhalb der Pauschalen abgegolten werden können, oder sich auf besser entschädigte Behandlungsepisoden zu spezialisieren. Ähnliche Effekte wurden bei der Implementierung von SwissDRG befürchtet. Eine Fallpauschale setzt starke Anreize für eine Reduktion der Verweildauer. Dies wiederum erhöht die Zahl der freien Betten und damit den Verdacht, dass die Behandlungsschwelle sinkt.

Sollten freiwerdende Kapazitäten in einem Wettbewerbssystem gefüllt werden, ist es sogar denkbar, dass die Leistungserbringer in neue Infrastruktur investieren, deren Kapitalkosten sie wiederum über lange Zeit belasten. Um ihre Erträge zu garantieren, könnten die Leistungserbringer einerseits die Schwelle für die Behandlungen senken, andererseits auf Patienten mit geringen Risiken fokussieren. Eine beunruhigende Konsequenz wäre dann die Gefahr einer schlechteren Versorgung kranker Patienten und letztlich ein Anstieg der Gesundheitskosten. Um echte Kosteneinsparungen zu erzielen, müssten klare Anreize zu einer Kapazitätsreduktion geschaffen und Kopfpauschalen («Capitation») angestrebt werden.

In ähnlicher Weise warnen Shih, Chen und Nallamotheu (2015) vor «Cream skimming» (Fokussierung auf die Behandlung kostengünstiger Patienten), «Upcoding» (Verrechnung einträglicher Pauschalen) und der Verschiebung der Diagnose von Komplikationen auf einen Zeitpunkt nach Ende der Pauschale, um mehr Erträge zu erzielen. Wie jedes Abgeltungssystem birgt auch das Komplexpauschalsystem einen Spielraum, der mitunter zuungunsten der Patienten ausgenutzt werden könne. Es sei nicht immer klar, wann eine Episode ende und eine andere beginne – speziell bei Behandlungszyklen mit chronischem Charakter. Ohne entsprechende Vorgaben, sei es zudem nicht ausgeschlossen, dass in einem Komplexpauschalsystem notwendige Leistungen eingeschränkt würden. Weiter

reduzierten Komplexpauschalen nicht die Wahrscheinlichkeit, dass unnötige Behandlungszyklen vermieden und Patienten einer Überbehandlung ausgesetzt würden.

Tsiachristas u. a. (2013) warnen im Fall der chronischen Behandlungspauschalen in den Niederlanden davor, dass die «Care Groups» versuchen könnten, kostspielige Patienten **unnötigerweise in Spitäler zu überweisen**, um ihr Budget nicht zu strapazieren. Mangelnde Kostentransparenz, Misstrauen zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren und das Fehlen eines systematischen Konzepts im Umgang mit **Patienten mit Mehrfacherkrankungen** seien weitere Herausforderungen.

Es wird somit deutlich, dass Komplexpauschalen trotz ihres grundsätzlichen potenziellen Nutzens unter gewissen Umständen auch einen Anstieg der Gesundheitsausgaben und eine Überbehandlung der Patienten bewirken können. Nämlich dann, wenn sie nur finanzielle Vorgaben einführen, jedoch nicht sinnvoll ausgestaltet sind und die Koordinierung der Leistungserbringer sowie das Wohlbefinden des Patienten nicht angemessen garantieren können.

3.2 Einschätzung des Potenzials von Komplexpauschalen im Schweizer Kontext

Auch wenn die internationale Literatur zumindest teilweise auf positive Erfahrungen mit Komplexpauschalen hinweist, können die Ergebnisse nicht eins zu eins auf die Schweiz übertragen werden. Ob und in welchem Ausmass Komplexpauschalen ihre Erwartungen an tiefere Kosten und eine besser koordinierte Versorgung erfüllen können, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Einige Beispiele dabei sind:

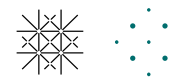
- **Zugrundeliegendes Gesundheitssystem:** *Welche Vergütungsformen wurden vor der Implementierung der Pauschalen verwendet? Welche Versorgungsstruktur weist die Gesundheitsversorgung auf und wie ist die Arbeitsteilung zwischen den Sektoren organisiert? Wo sind Fehlanreize in der Versorgung vorhanden? Wie funktioniert das Versicherungswesen und was ist die Rolle des Staats?*
- **Ausgestaltung der Pauschalen:** *Für welche Behandlungen werden Komplexpauschalen in Betracht gezogen? Wird der Behandlungserfolg bei der Berechnung der Pauschale berücksichtigt und erfolgt die Vergütung morbiditätsorientiert? Inwiefern werden die Leistungserbringer für hohe Kosten finanziell verantwortlich gemacht und wie partizipieren sie an den Gewinnen?*
- **Prävalenz und Inzidenz:** *Wie hoch sind die Prävalenz und die Anzahl der Neuerkrankungen in der Zielbevölkerung? Wie entwickelt sich die demografische Zusammensetzung der Bevölkerung? Welche kulturellen und sozioökonomischen Umstände bestehen, die einen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ausüben können?*

Aus wissenschaftlicher Sicht bestehen dadurch eine Vielzahl an Unsicherheiten, welche eine Prognose auf Basis einer **Übernahme von Zahlen aus dem Ausland verunmöglichen**. Zumal bereits die Literaturstudie ergeben hat, dass die beobachteten Wirkungen auf Kosten und Qualität über die untersuchten Studien hinweg äusserst heterogen ausgefallen sind.

Die Autoren der vorliegenden Studie möchten sich aus diesen Gründen bei der folgenden Analyse darauf beschränken, eine **qualitative Einschätzung über das kosten- und qualitätsseitige Potenzial** für die Schweiz vorzunehmen, welche getrennt für Komplexpauschalen bei elektiven Eingriffen und bei chronische Erkrankungen ausweisen werden.

Direkte medizinische Kosten nichtansteckender Erkrankungen in der Schweiz

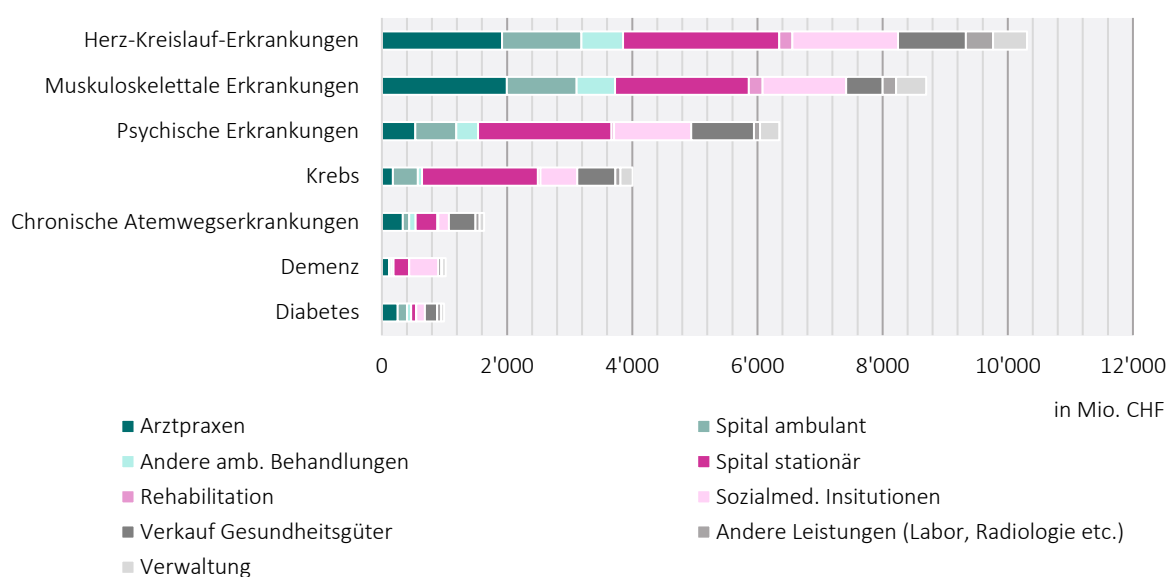
Für die Schweiz existiert bislang nur eine Studie, welche die Gesundheitskosten häufiger Erkrankungen auf die unterschiedlichen Behandlungsleistungen heruntergebrochen hat. Wieser u. a. (2014) haben mit dem Ziel, die Kosten nichtübertragbarer Krankheiten (NCD) in der Schweiz zu berechnen, zahlreiche Datenquellen verwendet und diese für ihre Analyse verknüpft. Für das Datenjahr 2011 kommen die Autoren zum Schluss, dass alle NCD



zusammen etwa **80 Prozent der Gesundheitskosten in der Schweiz** verantworten. Hochgerechnet auf die Gesundheitskosten im Jahr 2016 sind dies rund 64 Mrd. Franken.

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Kosten der 7 NCD, die im Jahr 2011 insgesamt 51 Prozent der Gesundheitsausgaben in der Schweiz ausmachten. Die Herz-Kreislauf- und muskuloskelettalen Erkrankungen sind die mit Abstand grössten Krankheitsgruppen was die Behandlungskosten betrifft. Beide Bereiche verursachen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor hohe Ausgaben. Demgegenüber fallen die Ausgaben für psychische Erkrankungen und für Krebsbehandlungen zu überwiegenden Teilen im Spitalbereich und in den sozialmedizinischen Institutionen an.

ABBILDUNG 4 KOSTEN DER DIREKTEN BEHANDLUNG VON KRANKHEITEN | 7 NCD-GROUPEN (2011)



Quelle: Wieser u. a. (2014). Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Auf den ersten Blick erstaunen vor allem die offensichtlich relativ geringen Kosten der Demenz- und Diabetespatienten. Bei der **Demenz** ergeben sich für die Zuordnung der Kosten gewisse Schwierigkeiten, was zu einer wahrscheinlichen Unterschätzung der tatsächlichen Kosten führt. Bei **Diabetes** kommt ein weiterer wichtiger Faktor hinzu: Die Berechnungen decken lediglich die Kosten der direkten Behandlung von Diabetes ab, nicht aber die hohen Kosten der **Folgeerkrankungen**. So werden die Kosten der kardiovaskulären Folgeerkrankungen vorwiegend der Kostengruppe «Herz-Kreislauf-Erkrankungen» zugeordnet. Werden die Komplikationen, welche auf Diabetes zurückzuführen sind, hinzugenommen, schätzen die Autoren die direkten medizinischen Kosten auf 1'561 Mio. Franken. Damit sind rund 43 Prozent der medizinischen Kosten von Diabetes auf mikro- und makrovaskuläre Komplikationen zurückzuführen.

Beurteilung des Potenzials von Komplexpauschalen für chronische Erkrankungen

Komplexpauschalen für chronische Behandlungskomplexe könnten sich in einem ersten Schritt auf den ambulanten Versorgungsbereich beschränken und bspw. die Leistung der Haus- und Spezialärzte, Physiotherapien, Laboranalysen sowie Medikamente und KVG-pflichtige Beratungsleistungen einbeziehen. Maurer u. a. (2017) treffen bei ihren Berechnungen dieselbe Annahme und beschränken die Pauschale auf ambulante OKP-Leistungen.

Die Qualitäts- und Effizienzpotenziale bei chronischen Erkrankungen resultieren einerseits daraus, dass mit Komplexpauschalen integrierte Versorgungsnetzwerke entstehen und damit ein gesamtheitliches Verantwortungsbewusstsein für die Patienten. Dadurch werden potenziell **unnötige Untersuchungen und Behandlungen** reduziert und **Doppelspurigkeiten** bei den ambulanten Leistungen verhindert. Maurer u. a. (2017) gehen davon aus,

dass diese unmittelbaren Einsparungen rund 2 Prozent der ambulanten Kosten oder 109 Mio. Franken (Basisjahr 2011) betragen könnten.¹⁵

Bei den chronischen Krankheiten ist durch die pauschalierte Abgeltung ein zweiter, nicht zu unterschätzender Effekt zu erwarten. Da die Leistungserbringer finanziell davon profitieren, dass ihre Patienten langfristig gesund bleiben und «gut eingestellt» sind, ist davon auszugehen, dass spätere **Folgeerkrankungen** und damit **teure stationäre Spitalaufenthalte** teilweise **vermieden** werden. Diese Annahme gilt u.a. bei Diabetes oder für Osteoporose (eine muskuloskelettale Erkrankung), wo die Krankheitsfolgen und Folgeerkrankungen einen substanziellen Teil der Gesamtkosten ausmachen.¹⁶ Die längerfristigen Einsparungen bei chronischen Krankheitsbildern dürften daher höher ausfallen als die kurzfristigen Ersparnisse, die aufgrund einer Optimierung des Behandlungspfads generiert werden. Davon profitieren letztlich die Patienten, die ihren Gesundheitszustand und damit ihre Lebensqualität über einen längeren Zeitraum stabil halten können.

Ohne eine genaue Zahl abschliessend festlegen zu wollen, soll eine **Beispielrechnung** zeigen, wie gross das Potenzial bei ambulant eingesetzten Pauschalen für die Behandlung chronischer Patienten in etwa ausfallen könnte. Für vier Bereiche, in welchen in Deutschland bereits DMP bestehen (Asthma, COPD, Diabetes Typ I/II, KHK), ergeben sich in der Schweiz gemäss Wieser u. a. (2014) direkte medizinische Kosten von 6.6 Mrd. Franken (2011). Dabei sind die Kosten für Komplikationen im Falle von Diabetes miteinbezogen. Eine Reduktion der Gesamtkosten um nur 2, 3 oder 5 Prozent entspricht einer jährlichen Einsparung von 132, 198 oder 330 Mio. Franken – oder zwischen 0.2 und 0.5 Prozent der gesamten Gesundheitskosten in der Schweiz (2011).

Beurteilung des Potenzials von Komplexpauschalen für elektive Eingriffe

Bei den elektiven Eingriffen spielen andere Mechanismen eine Rolle, welche dafür sorgen, dass Komplexpauschalen ihre Wirkung entfalten. Bei jenen Eingriffen mit einem ungenutzten ambulanten Potenzial ist damit zu rechnen, dass eine **Verlagerung in den spitalambulantem Bereich** stattfindet. Dies rührt daher, dass die Vergütung unabhängig davon gezahlt wird, ob sich das Spital für einen ambulant oder stationär durchgeführten Eingriff entscheidet.

Ein überwiegender Teil der orthopädischen und kardiologischen Eingriffe, für welche Komplexpauschalen in einem ersten Schritt eingeführt werden könnten, beherbergen kein Verlagerungspotenzial in den ambulanten Bereich. Trotzdem sind Einsparungen realisierbar. Diese entstehen zum Beispiel dann, wenn die **Zahl der Eingriffe** aufgrund der besseren Indikationsqualität reduziert wird. Eine solche Reduktion ist durchaus realistisch, wenn die Leistungserbringer am Behandlungserfolg partizipieren und dadurch einen Anreiz erhalten, vor einem Eingriff abzuschätzen, ob die invasive Therapie im vorliegenden Fall indiziert ist oder nicht. Bei jenen Patienten, bei denen mit einem Eingriff keine substanzielle Verbesserung der Lebensqualität zu erwarten ist, sinkt der finanzielle Anreiz, diese invasiv zu behandeln. Konservative Therapien sind demgegenüber meist kostengünstiger (z.B. Physiotherapie, Patientenedukation und Schmerzmittel anstelle eines operativen Eingriffs).

Letztlich ist aufgrund der Komplexpauschale eine positive Wirkung auf **potenziell vermeidbare Komplikationen** zu erwarten. Einerseits sorgt eine Pauschale, welche die Nachbehandlung miteinbezieht, dafür, dass die Kostenverantwortung für den Eingriff bei den Leistungserbringern verbleibt. Dies ist mit dem heutigen SwissDRG-System nur ansatzweise gelöst.¹⁷ Gleichzeitig partizipieren die Leistungserbringer am Behandlungserfolg aufgrund des qualitätsgebundenen Vergütungsanteils. In der Kombination können die neuen Anreize dafür sorgen, dass vermeidbare Rehospitalisierungen und ähnliche Folgekosten weiter reduziert werden.

¹⁵ Die Berechnungen schliessen Diabetes, COPD und Herz-Kreislaufferkrankungen mit ein.

¹⁶ Diabetes ist ein bedeutsamer Risikofaktor für Herz-Kreislaufferkrankungen. Demgegenüber ist das Sturzrisiko bei Osteoporose-Patienten häufig erhöht, was die Wahrscheinlichkeit für teure, stationäre Spitalaufenthalte erhöht (vgl. Huber & Wieser, 2018).

¹⁷ Erfolgt innerhalb von 18 Kalendertagen seit Austritt eine Wiederaufnahme in dasselbe Spital und dieselbe MDC, werden die Fälle zusammengeführt (vgl. SwissDRG AG, 2018)



Auch bei den elektiven Eingriffen wird auf eine Prognose verzichtet. Trotzdem soll eine Beispielrechnung hier ebenfalls zeigen, welches Kosteneinsparpotenzial Komplexpauschalen mit sich bringen (vgl. Tabelle 4). Bei einer Revision des Vergütungsmodells für **Hüft- und Knieprothesen** besteht die Hoffnung, dass die Anzahl der Eingriffe reduziert wird, da die Leistungserbringer in jenen Fällen auf invasive Therapieformen verzichten werden, bei denen keine bedeutende Zunahme an Lebensqualität zu erwarten ist. Gemäss Statistik des BFS wurden im Jahr 2016 total 36'553 Fälle in den beiden SwissDRG-Fallgruppen I43B und I47Z gezählt. Multipliziert mit den durchschnittlichen Kosten, welche allerdings aus dem Jahr 2014 stammen, ergeben sich stationäre Gesamtkosten von 648 Mio. Franken. Einer Reduktion der Fallzahl von 5 bzw. 10 Prozent des heutigen Aufkommens stünden Einsparungen von 32 bzw. 65 Mio. Franken gegenüber.¹⁸ Bezogen auf die Gesamtkosten des Gesundheitswesens sind die Einsparungen zwar gering. Man sollte sich dabei jedoch stets vor Augen halten, dass es sich hierbei lediglich um zwei ausgesuchte Prozeduren handelt. Andere Eingriffe im kardiologischen und orthopädischen Bereich könnten folgen.

TABELLE 4 BEISPIELRECHNUNG FÜR ENDOPROTHESEN AM KNIE- UND HÜFTGELENK | STATIONÄRE FÄLLE (2016)

SwissDRG	Anzahl Fälle (2016)	Kosten pro Fall (2014)	Kosten insgesamt	Kostenreduktion stationär	
				-5% der Fälle	-10% der Fälle
I43B – Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	15'626	19'371	302'691'246	15'134'562	30'269'125
I47Z – Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk oder Revision / Ersatz des Hüftgelenkes partiell oder total mit komplizierendem Eingriff oder Implantation oder Wechsel einer Radiumkopprothese	20'927	16'507	345'441'989	17'272'099	34'544'199
Gesamt	36'553	17'731	648'133'235	32'406'662	64'813'324

Quelle: BFS – Medizinische Statistik der Krankenhäuser 2016 / Statistik diagnosebezogener Fallkosten 2014. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

¹⁸ Ohne Berücksichtigung eines potenziellen Rückgangs der Komplikationsrate und der zusätzlichen Kosten der konservativen Therapieformen für die nicht stationär behandelten Patienten (d.h. Schmerztherapie, Physiotherapie, Patientenedukation).

4 Einführung von Kompletpauschalen im Schweizer System

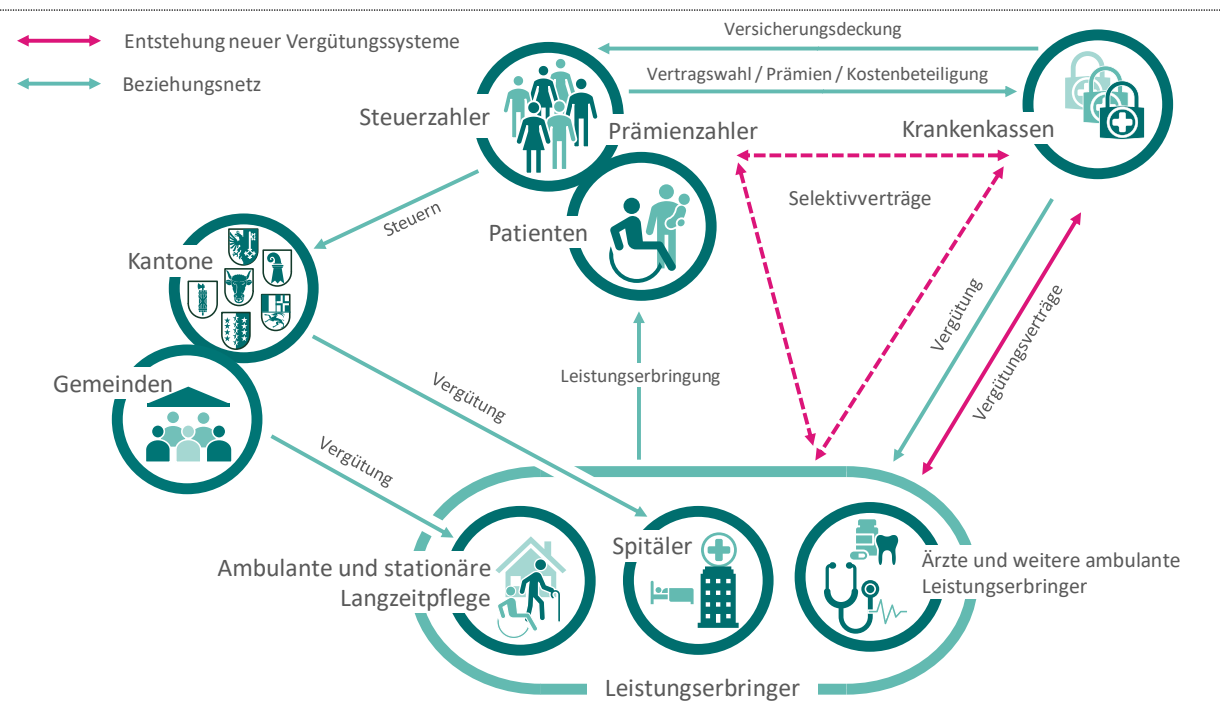
Das Projektteam hat sich für die Beurteilung der Umsetzbarkeit von Kompletpauschalen für zwei Szenarien entschieden, welche sich als «Top-Down»- und «Bottom-Up»-Ansätze beschreiben lassen. Nach einer einleitenden Analyse der Beziehungsstruktur zwischen den Stakeholdern im Gesundheitswesen werden nachfolgend die beiden alternativen Vorgehensweisen kurz beschrieben. Im Anschluss folgt eine Beurteilung der Umsetzungsszenarien aus rechtlicher und (politisch-) ökonomischer Sicht. Schliesslich werden die notwendigen Arbeitsschritte in einem letzten Teil konkretisiert und ein Umsetzungsfahrplan vorgestellt.

4.1 Beziehungsstrukturen und Vergütungsverträge im Schweizer Gesundheitswesen

Beschreibung der Beziehungsstrukturen im Schweizer Gesundheitswesen

Im Zentrum des Beziehungsnetzes im Gesundheitswesen stehen die Anbieter und die Nachfrager der Gesundheitsleistungen (vgl. Abbildung 5). Auf der Seite der Nachfrage sind dies die Patienten, welche für medizinische Anliegen einen Leistungserbringer aufsuchen. Der Patient zahlt die entstandenen Kosten für die Behandlung aber nicht selbst, sondern fragt eine Versicherungsdeckung bei einem Grundversicherer seiner Wahl nach. Als Gegenleistung zahlt er eine monatliche Prämie und beteiligt sich im gesetzlich festgelegten Rahmen mit einer Franchise und einem Selbstbehalt an den Kosten der OKP.

ABBILDUNG 5 SIMPLIFIZIERTE DARSTELLUNG DER BEZIEHUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN



Darstellung: Universität Basel/IWSB.

Die Krankenversicherer andererseits sind verpflichtet, mit allen zugelassenen Leistungserbringern vorgegebene Vergütungsverträge zu schliessen. Diese Verträge regeln mithilfe von Tarifen die Art und Weise, wie die Leistungserbringer für die jeweilige Behandlungsleistung vergütet werden. Die **Vergütungsverträge** beruhen schweizweit weitgehend auf **einheitlichen Strukturen**. So erfolgt die Vergütung von Akutspitälern und psychiatrischen Einrichtungen auf der Basis von Fallpauschalen («SwissDRG») bzw. leistungsbezogenen Tagespauschalen («TARPSY»). Auch im spital- und praxisambulanten Bereich, bei der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie bei der



Physiotherapie, Ergotherapie, den Apotheken, Hebammen, Ernährungsberatern und Chiropraktikern wurden in den vergangenen Jahrzehnten einheitliche Tarifstrukturen vereinbart, welche landesweit gelten.

Während die Tarifstrukturen und damit die relative Bewertung der einzelnen Leistungen vertraglich fixiert sind, wird die Höhe der Vergütung in einigen Bereichen direkt zwischen den Tarifpartnern vereinbart. Dies gilt insbesondere bei denjenigen Spitälern, die den geltenden Basisfallwert («Baserate») mit den Einkaufsgesellschaften der Krankenversicherer aushandeln. Im praxisambulanten Bereich verhandeln die Ärztesgesellschaften und die Krankenversicherer die Höhe des Tarifs («TARMED-Taxpunktwert») auf kantonaler Ebene.

Die Komplexität des Systems wird dadurch erhöht, dass die Kantone mindestens 55 Prozent der stationären Tarife vergüten (Art. 49a Abs. 2 KVG), während die Gemeinden im Bereich der Langzeitpflege einen wesentlichen Teil zur Finanzierung beitragen. Im Gegensatz zum Spitalbereich zahlen die Gemeinden jedoch nicht einen fixen Anteil der OKP-Tarife, sondern sind verantwortlich für die gesamte «Restfinanzierung» der Pflegekosten.

Im heutigen System können neue Vergütungssysteme grundsätzlich auf **zwei Arten** entstehen (vgl. magenta-farbene Linien in Abbildung 5). Einerseits ist es möglich, dass die **bestehenden Vergütungsverträge revidiert oder ersetzt** werden. Wie das jüngste Beispiel aus dem ophthalmologischen Bereich aber zeigt, können alternative Tarifstrukturen auch parallel zu den bestehenden Verträgen aufgebaut werden. Augenärzte sowie die Krankenversicherer haben sich geeinigt, für bestimmte ambulante Eingriffe am Auge (z.B. Operationen des grünen Stars) Pauschaltarife zu vereinbaren (santésuisse und FMCH 2018; Curafutura und SOG 2018). Der Beitritt zum neuen Tarifwerk ist für die Leistungserbringer und die Krankenkassen freiwillig. Diese können entscheiden, ob sie bei der Einzelleistungsvergütung bleiben möchten oder auf ambulante Pauschaltarife setzen. Die Möglichkeit, einen schweizweit geltenden «Parallelvertrag» zu vereinbaren, ist nicht neu – allerdings wurde dieses Mittel in der Vergangenheit selten genutzt.

Ein zweiter Weg, wie neue Tarifmodelle entstehen können, führt über die Einführung von sogenannten **Selektivverträgen**. Krankenversicherer haben die Möglichkeit, besondere Versicherungsverträge anzubieten, welche das Wahlrecht der Versicherten hinsichtlich der Leistungserbringer einschränkt (Art. 41 Abs. 4 KVG). Bekannte Vertreter solcher Verträge sind Hausarzt- und HMO-Modelle sowie Modelle mit einer telefonischen Vorabklärung. Im Jahr 2017 wählten 69 Prozent der Versicherten eine andere Versicherungsform, wobei die Hausarztmodelle mit Abstand am beliebtesten sind (BAG, 2018). Die Versicherer vereinbaren mit den Ärztenetzwerken und den HMOs teilweise alternative Vergütungsverträge, welche bspw. eine Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer vorsehen (Beck, 2013). Damit werden die aus solchen Modellen resultierenden Einsparungen zwischen den Tarifpartnern aufgeteilt. Gemäss Bundesgerichtspraxis sind solche Modelle nur zulässig, wenn der Nachweis tieferer Kosten auf der Seite der Leistungserbringung erbracht werden kann.

Vergütungsverträge im Spannungsfeld zwischen Krankenversicherern, Leistungserbringern und Patienten

Unabhängig davon, über welchen Pfad neue Vergütungsverträge entstehen, ist es zentral, sich über die Anreize der beteiligten Parteien im Klaren zu sein. Für die **Grundversicherer** sind alternative Tarifsysteme dann reizvoll, wenn sie zu **effektiven Kosteneinsparungen** führen oder mit dem alternativen Versicherungsmodell **neue Kunden** gewonnen werden. Da die Zahlungen in und aus dem kantonalen Risikoausgleich unabhängig von der Versicherungsform sind, verbleiben die effektiven Einsparungen bei den Versicherern, die diese wiederum an die Versicherten weitergeben können. Da die Erarbeitung neuer Versorgungs- und Vergütungsmodelle zusammen mit den Vertragsverhandlungen mit einem **Initialaufwand** verbunden sind, werden die Versicherer nur dann in neue Modelle investieren, wenn der Nutzen der Modelle deren Kosten rechtfertigt.

Etwas komplexer ist die Situation bei denjenigen Versorgungsmodellen, die vor allem auf die effiziente und qualitativ gute Versorgung von **chronisch Kranken** (z.B. Komplexpauschalen für Diabetes) oder **multimorbiden Patienten** ausgerichtet sind. Die Krankenversicherung erzielt mit diesen Modellen womöglich Einsparungen bei den Gesundheitsausgaben, allerdings werden damit vor allem **Hochkostenfälle anstelle kostengünstiger Kunden** angeworben. Dies kann dann ein Problem sein, wenn der kantonale Risikoausgleich das Kostenrisiko dieser

Versicherten nur unvollständig abdeckt und der Versicherer in der Netto-Betrachtung schlechter dasteht. Mit der weiteren **Verfeinerung des Risikoausgleichs** möchte das Parlament diesem Effekt allerdings entgegenwirken.¹⁹

Die Grundversicherer sind selbstverständlich darauf angewiesen, dass sie die entsprechenden **Leistungserbringer** rekrutieren können, welche von der bestehenden Vergütung abweichen und eine alternative Vergütungsform akzeptieren. Durch den Beitritt eines Hausarztes zu einem Ärztenetzwerk, welches für die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten eine Kopfpauschale («Capitation») erhält, kann der einzelne Hausarzt womöglich seinen **Patientenstamm vergrössern**. Andererseits ändert sich durch den Beitritt zum Vertrag seine Ertragssituation und sein Versorgungsansatz. Meist beinhalten die alternativen Vergütungssysteme eine gewisse Beteiligung der Ärzte am finanziellen Ergebnis des Modells.

Solche Selektivverträge sind vor allem für jene Ärzte finanziell interessant, die ihre **Vergütung** gegenüber dem Standardvertrag **erhöhen** können. Es sind dies die Leistungserbringer, die sich bereits heute relativ kostenbewusst verhalten und pro Patienten unterdurchschnittlich viele Leistungen abrechnen. Daher kommt es seitens der Leistungserbringung zu einer Selektion bestimmter Gruppen von Ärzten. Die Budgetmitverantwortung setzt zudem gewisse Anreize, dass sich die Leistungserbringer zu **Netzwerken** zusammenschliessen und auf diese Art und Weise das **finanzielle Risiko zu bündeln vermögen**.

Letztlich sind die Krankenversicherer und die Leistungserbringer darauf angewiesen, dass sich der entsprechende Versicherungsvertrag am Markt behaupten kann und von einer hinreichend grossen Anzahl von Versicherten gewählt wird. Versicherte in der Schweiz haben nämlich stets die Möglichkeit, sich statt eines Standardvertrags für ein Modell mit einer eingeschränkten Wahl der Leistungserbringer zu entscheiden.

Alternative Versicherungsformen können für die **Versicherten** vorteilhaft sein, da diese aufgrund der damit einhergehenden Kostenersparnisse zu einer **niedrigeren Prämie** angeboten werden als die entsprechenden Standardverträge mit einer identischen Franchise. Vor allem für gesunde Personen, die Leistungen nie oder nur selten in Anspruch nehmen, sind potenzielle Unterschiede in der Versorgungs- und Behandlungsqualität zwischen den Modellen irrelevant. Für ältere Versicherte oder Personen mit chronischen Erkrankungen ist dies nicht der Fall. Ihre Inanspruchnahme ist in der Regel höher, was den Schluss zulässt, dass ihr Anreiz steigt, auf ein alternatives Modell umzusteigen, wenn sich dadurch die **Qualität der Behandlung** verbessert (z.B. durch eine engere Zusammenarbeit dem Leistungserbringer). Dieser potenzielle Zugewinn an Qualität muss von den Versicherten mit der eingeschränkten Wahl bei den Leistungserbringern abgewogen werden.

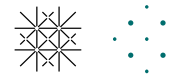
4.2 Die beiden Umsetzungsszenarien im Detail

4.2.1 «Top-Down» – bundesrechtliche Einführung von Komplexpauschalen in der OKP

Beim «Top-Down»-Ansatz kommt dem Bund eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung zu. Mit dem Ziel, die Vergütung der OKP bei den genannten Krankheitsbildern in Zukunft über Komplexpauschalen zu regeln, erlässt der Bund **zwingende Vorschriften** für die Tarifpartner.

Zu unterscheiden sind aus Versorgungssicht die Komplexpauschale für chronische Erkrankungen und für elektive Eingriffe. Der Bund verpflichtet die Spitäler und die Grundversicherer, Komplexpauschalen für die entsprechenden Wahleingriffe zu entwickeln und legt dabei einen Termin für die Einführung des neuen Tarifmodells vor. Er legt zudem Mindestvorgaben fest, welche Eingriffe jeweils über Komplexpauschalen abzugelten sind. Für die chronischen Behandlungskomplexe bestimmt der Bund, dass die Ärzteverbände und die Grundversicherer ein Konzept für die Einführung von Komplexpauschalen ausarbeiten. Der Bund legt dabei Mindestvorgaben fest, welche chronischen Erkrankungen künftig ausschliesslich über Komplexpauschalen vergütet werden sollen.

¹⁹ Nebst dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten, werden die Pflegeheim- und Spitalaufenthalte im Vorjahr (seit dem Jahr 2012) und die Arzneimittelkosten (seit dem Jahr 2017) bei der Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigt. Ab dem Jahr 2020 treten die pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) an die Stelle der Arzneimittelkosten, um spezifische, kostenintensive Krankheitsbilder akkurater abbilden zu können und den Risikoausgleich damit fairer zu gestalten (Trottmann u. a., 2015).



Die **Entwicklung der pauschalierten Tarifsyste**me in beiden medizinischen Bereichen kann an eine geeignete Institution delegiert werden, wie dies in der Vergangenheit beispielsweise mit der SwissDRG AG der Fall war. Der Bund beteiligt sich an den Betriebskosten der Organisation. Können sich die Tarifpartner nicht auf ein geeignetes Gefäss einigen, kann der Bund eine entsprechende Institution bestimmen.

Da die Komplexpauschalen naturgemäss jeweils nicht nur die Ärzteverbände und die Spitäler betreffen, sind **alle betroffenen Typen von Leistungserbringern** in den Entwicklungsprozess **miteinzubeziehen**. Der Bund lässt offen, ob die Leistungserbringer gegenüber den Grundversicherern als **integrierte Versorgungseinheit** auftreten (z.B. Diabetesversorgung Zürich), welche den gesamten Behandlungskomplex anbieten, oder ob die Ärzte und Spitäler einen Teil der benötigten Leistungen bei anderen Leistungserbringern **über Verträge** einkaufen.

Ein zentraler Stolperstein bei einer «Top-Down»-Implementierung ist die **duale Spitalfinanzierung**. Der Bund entwickelt zusammen mit den Kantonen Strategien, wie die verhältnismässige Finanzierung der stationären Spitalleistungen und die Vergütung über Komplexpauschalen zu handhaben sind. Er schlägt vor, die anteilmässige Finanzierung des Spitalsektors (55 Prozent zu 45 Prozent) durch einen Pro-Kopf-Beitrag der Kantone an den jeweiligen kantonalen Risikoausgleich zu ersetzen (vgl. «EFAS»). Die Summe der Pro-Kopf-Beiträge entsprechen mindestens den heutigen Kantonsbeiträgen an die stationäre Leistungserbringung.

4.2.2 «Bottom-Up» – selektive Einführung von Komplexpauschalen durch die Tarifpartner

Beim «Bottom-Up»-Ansatz sieht der Bund davon ab, eine flächendeckende Einführung von Komplexpauschalen zwingend vorzuschreiben. Vielmehr möchte der Bund das **Experimentieren mit Komplexpauschalen fördern**, indem er den Tarifpartnern positive Anreize dafür gibt und mögliche rechtliche Hindernisse aus dem Weg räumt. Um dies zu erreichen, verabschiedet er verschiedene Massnahmen.

Den Leistungserbringern und Grundversicherern soll es **gesetzlich erleichtert** werden, alternative Vergütungsverträge mit Komplexpauschalen zu entwickeln und regional bzw. kantonal einzuführen. Der Bund ergänzt das KVG entsprechend mit dem Experimentierartikel (Art. 59b, vgl. Massnahme 2 des EDI-Expertenberichts vom 24. August 2017 «Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung»). In der entsprechenden Verordnung des EDI wird zu einem späteren Zeitpunkt festgehalten, in welchen Bereichen die Tarifpartner von den Regeln des KVG abweichen können, um Komplexpauschalen versuchsweise einzuführen. Beispiele dafür, welche in Zusammenhang mit Komplexpauschalen relevant sein können, sind

- das Abweichen vom Prinzip der **dualen Spitalfinanzierung** (Art. 49a KVG),
- eine Einschränkung der freien **Wahl des Leistungserbringers** (Art. 41 KVG),
- ein Verzicht auf die zwingende Anwendung der in der KLV **hoheitlich festgesetzten Tarife** (z.B. Pflgetarife),
- ein Verzicht auf die zwingende Anwendung der im KVG erwähnten **Fallpauschalen** für Spitäler (Art. 49 KVG),
- mehr Flexibilität bei der Gründung **integrierter Formen der Leistungserbringung** und bei der Bildung von **Tarifpartnergemeinschaften** aus Leistungserbringern unterschiedlicher Art,
- ein grösserer Spielraum bei der **Ausweitung oder Einschränkung der Leistungen** gemäss Art. 25-31 KVG,
- eine Abkehr vom **Zulassungsstopp** nach Art. 55a KVG – zur Gewinnung junger und nach neuesten Methoden ausgebildeter Fachkräfte,
- die Einrichtung eines besonderen, fachlich ausgerichteten Organs – anstelle der Kantone (Art. 46 Abs. 4 KVG) – für die **Genehmigung der Tarifverträge** und
- die Möglichkeit einer Ausrichtung der **Vergütungshöhe** an die **Ergebnisqualität** der Leistungserbringung.

Der Bundesrat schafft auf diese Weise Rechtssicherheit, damit es für die Tarifpartner möglich wird, gemeinsam Komplexpauschalen zu entwickeln, welche die Leistungserbringer für eine festgelegte Behandlungsepisode morbiditäts- und qualitätsorientiert vergütet. Er klärt zudem, ob dahingehend regulatorische Hürden bestehen, die einen Zusammenschluss der Leistungserbringer für die Bereitstellung einer integrierten Versorgung zu interprofessionellen Netzwerken behindern.

Weiter erarbeitet der Bundesrat parallel dazu Massnahmen, um neue Vergütungssysteme gezielt zu fördern. Er konstatiert, dass die Tarifpartner ohne zusätzliche finanzielle Anreize nicht gewillt sein werden, verstärkt in neue Vergütungssysteme zu investieren. Hierzu konzipiert er einen **Experimentierfonds**, den er bspw. mit Bundesgeldern, Kantonsbeiträgen oder Prämienumlagen der OKP speist. Damit fördert er in erster Linie innovative Vergütungsprojekte der Tarifpartner und Kantone im Rahmen der OKP.

Die finanziellen Mittel des Fonds können auch dazu verwendet werden, die geförderten **Projekte** durch eine unabhängige Stelle zu **evaluieren**. Dieser Schritt ist für den Bund essenziell, um die Wirksamkeit der Komplexpauschalen hinsichtlich Qualität und Kosten beurteilen zu können. Damit soll eine breite Wissensgrundlage aufgebaut und eine spätere flächendeckende Einführung erfolgsversprechender Modelle initiiert werden.

Als dritte wesentliche Massnahme zur Förderung neuer Modelle schlägt der Bundesrat vor, dass die Grundversicherungen bei den besonderen Versicherungsverhältnissen eine **Mindestlaufzeit des Versicherungsvertrags von bis zu 3 Jahren** vorsehen können. Aus Sicht des Bundes ist dies eine sinnvolle Ergänzung des KVG, um der zeitverzögerten Wirkung solcher Vergütungsmodelle gerecht zu werden und für die Krankenkassen zusätzlich Anreize zu setzen, pauschalierte Vergütungssysteme zu entwickeln.

4.3 Rechtliche Beurteilung der Umsetzbarkeit

4.3.1 Rechtliche Anknüpfungspunkte

Ausgangspunkt für die rechtliche Beurteilung zur Umsetzbarkeit von Komplexpauschalen bildet die in Kapitel 2.1 aufgeführte Definition. Dabei sind die einzelnen Elemente der Komplexpauschale von Bedeutung. Nämlich die

- 1 pauschalierte,
- 2 sektorenübergreifende Vergütung
- 3 von medizinischen und pflegerischen Leistungen,
- 4 die in Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen.

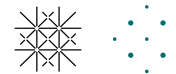
Aus rechtlicher Sicht sind damit mehrere Aspekte zentral. Die Komplexpauschale

- 5 beinhaltet die Vergütung aller notwendigen Leistungen für die Behandlung einer Erkrankung,
- 6 knüpft die Vergütungshöhe an die Ergebnisqualität,
- 7 macht die Vergütungshöhe vom Schweregrad der Erkrankung und dem Zustand des Patienten abhängig,
- 8 bietet den effizientesten Leistungserbringern eine vernünftige Gewinnmarge und
- 9 macht die Leistungserbringer nicht verantwortlich für extreme Hochkostenfälle sowie für Behandlungskosten ohne direkten Zusammenhang mit der vorliegenden Erkrankung.

Die genannten, insgesamt neun Elemente bzw. Aspekte werden nachfolgend in Kapitel 4.3.3 unter rechtlichen Gesichtspunkten beurteilt.

4.3.2 Vereinbarkeit mit dem Krankenversicherungsgesetz (KVG): Überblick

Das KVG ist bezüglich der Ausgestaltung der Tarife relativ offen und lässt Raum für **mannigfaltige Lösungen**. So sieht es nur für den stationären Bereich und die Geburtshäuser eine einzige Tarifart vor (in der Regel Pauschaltarif, Art. 49 Abs. 1 KVG). Für alle anderen Bereiche besteht **Organisationsautonomie**, wobei Art. 43 Abs. 2 KVG beispielhaft und nicht abschliessend drei Tarifarten nennt, den Zeittarif, den Einzelleistungstarif und den Pauschaltarif. Zudem können die Tarife über die Zulassungsanforderungen des KVG hinausgehende Kriterien aufstellen, wenn dies zur Sicherung der Qualität der Vergütung notwendig ist. Dies bildete die rechtliche Verankerung der qualitativen Dignitäten gemäss der TARMED-Tarifstruktur.



Interessant sind hier die Pauschalen, als erstes die **Patientenpauschale**. Danach wird ein bestimmter Betrag pro Patienten geleistet, und zwar unabhängig von der Diagnose.²⁰ Differenzieren lässt sich dann etwa nach dem Alter des Patienten oder der Spezialisierung des Arztes. **Versichertenpauschalen** werden dann gar unabhängig von einem Krankheitsfall für eine ganze Gruppe von Versicherten ausgerichtet («Capitation»). Sie finden sich bei Globalbudgets im Managed-Care-Bereich. Fallpauschalen erfassen sodann relativ homogene Patientengruppen und/oder Eingriffe, wobei hier häufig pflegerischer und ärztlicher Aufwand zusammengefasst wird. Entgegen einer verbreiteten Ansicht können Fallpauschalen auch im ambulanten ärztlichen Bereich anstelle der TARMED-Tarifstruktur eingesetzt werden. Zu erwähnen sind gleichzeitig auch **Tagespauschalen**, die, veranlasst durch das Bundesverwaltungsgerichtsurteil «Nebenleistungen in Pflegeheimen» vom 2. Juli 2015 (C 1190/2012), zwischen der tarifsuisse und diversen kantonalen Pflegeheimverbänden vereinbart wurden. Darin wurden auf einer Tagesbasis die zu leistende pauschale Zahlungen vereinbart, unabhängig davon, ob tatsächlich bestimmte (z.B. ärztliche) Leistungen konkret beansprucht wurden oder nicht.

Zeittarife stützen sich auf die aufgewendeten Zeiteinheiten und finden vor allem in der Pflege sowie bei den nicht-ärztlichen Medizinalpersonen Anwendung (ausser der Physiotherapie, die eine – wenn auch recht pauschalierende – Einzelleistungstarifordnung kennt).

Tarifverträge werden zwischen Versicherern (oder deren Verbänden) und Leistungserbringern (oder deren Verbänden) abgeschlossen (Art. 46 Abs. 1 KVG). Die heutigen Verträge werden zumeist von einer **homogenen Gruppe von Leistungserbringern** abgeschlossen, so etwa der Ärzteschaft, von Ophthalmologen, von Spitälern oder Physiotherapeutinnen. Im Bereich der besonderen Versicherungsmodelle sind jedoch Verträge mit Netzwerken heterogener Leistungserbringer denkbar. Die Tarifverträge müssen alsdann (betriebs-) wirtschaftlich bemessen sein und eine sachgerechte Struktur aufweisen. Sie sollen eine qualitativ hochstehende Versorgung zu möglichst günstigen Kosten sicherstellen (Art. 43 Abs. 4 und Abs. 6 KVG).

4.3.3 Konkrete Beurteilung

(1) Pauschalierung

Das KVG lässt **Pauschalierungen verschiedenster Art** zu. Insofern spricht nichts dagegen, dass man nach verschiedensten Kriterien pauschaliert: Nach Zeit (Behandlungseinheiten wie Monat, Jahr), nach medizinischen Kriterien (Komplexfall), nach Behandlungspfaden, nach Anzahl Versicherter oder nach Anzahl Patienten. Die vorstehenden Kriterien lassen sich auch kombinieren.

Ein Tarifvertrag bedingt auf der Leistungserbringerseite zumindest einen Leistungserbringer. Den Leistungserbringer «Komplexfälle» kennt das KVG nicht. Am ehesten kommt diesem ein Spital nahe, das unter einem Dach mehrere Leistungen integriert. Allerdings gelten dann für das Spital andere Regeln (SwissDRG und ambulante, separate Tarife). Das KVG schliesst jedoch nicht aus, dass sich mehrere Leistungserbringer zu einer **Tarifpartnergemeinschaft** zusammenschliessen.

Hierbei ist jedoch zu beachten, dass es für die Pflege etwa in der KLV **hoheitlich festgesetzte Pflegetarife** gibt und für den stationären Bereich **zwingend** die **Fallpreispauschalen** nach SwissDRG zur Anwendung kommen. Man kann nun – wie vorliegend – die Ansicht vertreten, diese Regelungen erfassten nur die spezifisch isoliert erbrachten Leistungen und nicht einen in sich geschlossenen Komplexfall. Dieser steht den Vertragsparteien gemäss der offenen Regelung des KVG nach wie vor zur Regelung offen, wobei bei der Tarifaufarbeitung darauf zu achten ist, dass die Sachgerechtigkeit der Struktur dem Komplexfall entsprechend gewährleistet wird. Oder man vertritt die Auffassung, dass die jeweiligen Tarifordnungen in den Komplexpauschal-Tarifvertrag zu integrieren sind. Dies würde jedoch den integrativen und qualitätshebenden Sinn einer Komplexpauschale und deren Vorteile erheblich in Frage stellen; die Komplexpauschale ist vom Ansatz mehr als eine blosser Addition von einzelnen Tarifordnungen. Die radikalste Auffassung würde dahingehen, dass die Komplexpauschalen von der heutigen KVG-Regelung ausgeschlossen sind, was vorliegend jedoch verneint wird.

²⁰ Gebhard Eugster, Krankenversicherung, SBVR XIV, 3.A., Basel 2016, N 972.

Nicht vom Tarifvertrag abgedeckt wird die Rechnungsstellung nach «Preisen» (Art. 43 Abs. 1 KVG). Gemeint sind damit etwa die Preise für Arzneimittel nach der Spezialitätenliste oder für Mittel und Gegenstände (MiGeL). Dies schliesst jedoch nicht aus, dass die Komplexpauschale auch dies abdeckt, wie dies etwa bei Fallpreispauschalen für Augenlinsen (Kataraktoperationen) vorgesehen ist. Im Rahmen einer Komplexpauschale ist der Einschluss in der Regel sinnvoll.

(2) Sektorenübergreifende Vergütung

Eine sektorenübergreifende Vergütung ist im Rahmen der heutigen KVG-Regelung nicht ausgeschlossen. Allerdings dürfen nur «Sektoren» erfasst werden, die von KVG-zugelassenen Leistungserbringern abgedeckt werden und die auch zu den Leistungen aus dem KVG zählen. Hier können Schwierigkeiten entstehen bezüglich Leistungen eines Vertragsspitals, das zwar Leistungen aus dem KVG (aber nicht vom Kanton) erhält, jedoch mangels Spitalisitenplatz kein zugelassener Leistungserbringer ist. Dieses Vertragsspital wäre von der Tarifvereinbarung ausgeschlossen. Gleiches gilt für alle Nicht-KVG-Leistungserbringer, wie etwa selbständige (nicht-ärztliche) Psychotherapeuten oder ausländische Rehabilitationseinrichtungen.

(3) Medizinische und pflegerische Leistungen

Die vom KVG gedeckten Leistungen sind in Art. 25-31 KVG aufgelistet. Mit der Komplexpauschale dürfen **keine weiteren Leistungen** als die im KVG erwähnten erfasst werden. Der Klarheit halber ist festzuhalten, dass die an der Komplexpauschale mitwirkenden nicht-ärztlichen Leistungserbringer nur auf Anweisung eines Arztes ambulant, stationär oder in einem Pflegeheim tätig werden dürfen. Hierauf gilt es zu beachten, dass auch die Komplexleistungen sich nach den WZW-Kriterien ausrichten müssen (Art. 32 KVG). Hier stellt sich die Frage, ob dies für jede einzelne Handlung gilt oder ob hier ein globaler Ansatz zu verfolgen ist. Für die Wirtschaftlichkeit ist der globale Ansatz gerechtfertigt, da auch das Bundesgericht bei Wirtschaftlichkeitsverfahren für Behandlungskomplexe etwa betrachtet, ob ein mit hohem Aufwand ambulant tätiger Arzt in der Folge stationäre Kosten vermeidet. Für die Zweckmässigkeitsprüfung gilt dasselbe; ob eine Behandlung zweckmässig ist, beurteilt sich nach der Gesamtheit der Behandlung und nicht nach deren Segmenten.

Mit derselben Überlegung können Methoden oder Mittel eingesetzt werden, deren Wirksamkeit nicht wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Voraussetzung dafür ist, dass sich dies im Einzelfall im Rahmen der Therapiewahlfreiheit medizinisch rechtfertigen lässt, wenn die Methode in den Gesamtkomplex der Behandlung eingebettet und von allen Beteiligten auch mitgetragen wird.

(4) Im Zusammenhang mit einer Erkrankung stehend

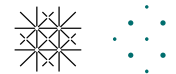
Das KVG deckt nicht nur den Krankheitsfall ab, sondern u.a. auch (subsidiär) den Unfall, die Schwangerschaft und gewisse medizinische Präventionshandlungen. Insofern könnten sich Komplexpauschalen auf den gesamten Bereich der versicherten Risiken erstrecken, wo dies Sinn macht. Die primäre Fokussierung der Komplexpauschale auf Behandlungen, die im Zusammenhang mit einer Erkrankung stehen, ist auf jeden Fall durch den Anwendungsbereich des KVG abgedeckt.

(5) Vergütung aller notwendigen Leistungen für die Behandlung einer Erkrankung

Eine Vergütung ist im Rahmen der vorstehend aufgezeigten WZW-Betrachtungen und versicherten Leistungen auch anlässlich einer Komplexpauschale abgedeckt.

(6) Abhängigkeit der Vergütungshöhe von der Ergebnisqualität

Die Tarifvertragsgrundsätze sehen ein präventives Qualitätssicherungssystem vor. Die Ergebnisqualität wird fortlaufend festgestellt und kann erst nach erfolgter Leistung (und Zahlung) berücksichtigt werden. Ein Ausgleich kann



hier auf tarifvertraglicher Ebene getroffen werden. Die Rückzahlungen beruhen dann jedoch rechtlich nicht auf dem Vertrag allein, sondern auch auf Art. 56 Abs. 5 KVG, wonach die Tarifverträge Massnahmen zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit vorsehen. Die Ergebnisqualität sollte dabei differenzierend nicht nur als Malus, sondern auch als Bonus kompensatorisch für den gesamten Leistungsbereich ausgestaltet sein. So wird vermieden, dass sich einzelne negative Ausreisser für den Leistungserbringer übermässig nachteilig auswirken, wenn seine Leistungen ansonsten im sehr guten Bereich liegen.

(7) Abhängigkeit der Vergütungshöhe vom Schweregrad der Erkrankung und dem Zustand des Patienten

Dies ist ein bei «SwissDRG» etabliertes System und kann ohne weiteres tarifvertraglich festgelegt werden.

(8) Sicherung einer vernünftigen Gewinnmarge für die effizientesten Leistungserbringer

Eine vergleichbare Regelung ist für die stationäre Spitalversorgung in Art. 49 Abs. 1 KVG vorgesehen: «Die Spitaltarife orientieren sich an der Vergütung jener Spitäler, welche die tarifierte obligatorisch versicherte Leistung in der notwendigen Qualität effizient und günstig erbringen.» Dies führt dazu, dass solche Leistungserbringer, die an der Spitze der Effizienz stehen, einen Gewinn erwirtschaften können. Das KVG gewährt den Raum, damit vergleichbare Lösungen im Tarifvertrag getroffen werden können.

(9) Ausschluss der Verantwortung für extreme Hochkostenfälle und Behandlungskosten ohne direkten Zusammenhang mit der vorliegenden Erkrankung

Dies ist im KVG ebenfalls für den Spitalbereich vergleichbar in Art. 49 Abs. 1 KVG vorgesehen: «Die Vertragsparteien können vereinbaren, dass besondere diagnostische oder therapeutische Leistungen nicht in der Pauschale enthalten sind, sondern getrennt in Rechnung gestellt werden.» Das KVG lässt auch für die Komplexpauschalen eine vergleichbare Lösung zu.

4.3.4 Rechtlicher Anpassungsbedarf

Aus der tarifvertraglichen Perspektive bestehen keine Hinderungsgründe, die Komplexpauschale auch **ohne eine Revision des KVG** einzusetzen. Allerdings sind die **Hürden** für eine möglichst **reibungsfreie Implementierung** der Komplexpauschalen bei näherer Betrachtung **ausserordentlich hoch**: Mit der Komplexpauschale werden verschiedene Leistungen tariflich zu einem Ganzen verbunden, die je für sich isoliert betrachtet andere Finanzierungsquellen besitzen. So werden ambulante Aufenthalte und Pflege anders finanziert als der stationäre Aufenthalt. Allenfalls kommt es im Rahmen der Vorlage 09.258 zur «Einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Behandlungen (EFAS)» zu einer Angleichung. Allerdings ist die Vorlage umstritten, so etwa bezüglich ihrer Ausdehnung auf den Langzeitpflegebereich. Für ein Vergütungsmodell, das sich über den ganzen Behandlungsprozess erstreckt, wäre eine Berücksichtigung sämtlicher OKP-pflichtigen Leistungen jedoch zentral. Trotzdem kann bereits eine Angleichung der Finanzierung des praxis- und spitalambulanten Bereichs und des stationären Spitalsektors wichtige Impulse generieren.

Sollte es zu keiner Angleichung der Finanzierungsarten und -höhen kommen, so stellt sich die Frage, wie die Zahlung der vereinbarten Pauschalen erfolgen würde. Nach Abzug der Franchise und des Selbstbehalts zahlen die Versicherer an die stationäre Behandlung maximal 45 Prozent der Kosten, bei den ambulanten Leistungen sind es 100 Prozent und bei der Pflege erfolgen die Leistungen der Versicherer nach der Skala von Art. 7a KLV. Zudem ist hier die Regelung von Art. 25a KVG zu beachten, wo die Kantone oder Gemeinden als Restfinanzierer für die ungedeckten Kosten auftreten. Je nach Komplexfall können sich die kombinierten Behandlungsarten trotz vergleichbarer Behandlungspfade quantitativ stark unterscheiden, mit den entsprechenden **Auswirkungen auf die Kostenträger**. So kann eine fallabhängige Verschiebung der Rehabilitation vom stationären in den ambulanten Bereich gewichtige Auswirkungen auf die finanzielle Verpflichtung des Kantons haben.

Hierbei ist davon auszugehen, dass die vom KVG aufgestellten Finanzierungsregeln über eine Komplexpauschale nicht umgangen werden können, da hierfür keine entsprechende gesetzliche Grundlage besteht. Eine mögliche Lösung ist, dass man generalisierend für jede Komplexpauschale einen Verteilschlüssel aufgrund prospektiver Annahmen festlegt. Oder es gibt einen Finanzierungsmechanismus, der *ex post* zum Tragen kommt und der den Finanzierungsanteilen der einzelnen Kostenträger Rechnung trägt. Beides erscheint zwar lösbar, aber im Ergebnis kompliziert. Zudem besteht die Gefahr, dass Streitigkeiten über die Sachgerechtigkeit der Aufteilung entstehen, was der Durchsetzung der Komplexpauschale hinderlich wäre. Auch wenn dies nicht zwingend ist, so wird doch eine entsprechende **Anpassung der gesetzlichen Finanzierungsregeln** (soweit zum gegebenen Zeitpunkt noch nötig, siehe Bestrebungen zu EFAS) empfohlen.

Weitere Schwierigkeiten kann die unterschiedliche **Festlegung des Selbstbehalts** nach Art. 64 KVG bereiten. Nach Art. 64 Abs. 5 KVG legt der Bundesrat einen finanziellen Beitrag der Versicherten fest, wobei die Festlegung nach der finanziellen Belastung der Familie erfolgt. In Art. 104 Abs. 1 KVV wird ein pauschaler Betrag von 15 Franken pro Spitaltag festgelegt. Art. 104 Abs. 2 KVV nennt Ausnahmen; es ist denkbar, dass diese auf die Komplexpauschale ausgedehnt werden, um eine wiederum mit Schwierigkeiten verbundene Aufschlüsselung zu vermeiden.

Schliesslich kennt die KLV verschiedene **Beschränkungen der Leistungen**, insbesondere der Leistungsquantität. So ist die Anzahl von Psychotherapiesitzungen nach Art. 2 ff. KLV beschränkt. Dies macht im Rahmen einer Komplexpauschale, welche über grössere Spielräume verfügen muss, wenig Sinn. Entsprechende Änderungen wären – wo sachlich ausgewiesen – durch eine Änderung der KLV anzugehen.

Wie die Beispiele aus der ambulanten Psychiatrie zudem aufzeigen, kann es aus der Sicht des Gesamtsystems sinnvoll sein, einen Teil der Komplexpauschale für gewisse Leistungen zu verwenden, welche heute nur teilweise oder gar nicht durch TARMED; SwissDRG und andere Tarifstrukturen abgedeckt sind. Beispiele dafür sind die Leistungen einer selbständigen, ambulant tätigen Pflegefachperson oder regelmässige Besuche eines Sozialarbeiters. Dieses interprofessionelle Behandlungsteam ist etwa erforderlich, um der hohen Rate an stationären Eintritten entgegenzuwirken.

4.3.5 Differenzierungen nach den beiden Umsetzungsszenarien «Top-Down» und «Bottom-Up»

Vorstehend (vgl. Kapitel 4.2) werden die beiden Umsetzungsszenarien aufgeführt: «Top-Down»-Ansatz und «Bottom-up»-Ansatz. Der «Top-Down»-Ansatz führt zu einer hoheitlichen Anordnung und überlässt den Vertragsparteien ausserhalb des normativ verbindlichen Rahmens keinen Spielraum. Eine solche Regelung bedarf einer entsprechenden **gesetzlichen Grundlage**, da sie die im KVG verankerte grundsätzliche Tarifvertragsgestaltungsfreiheit der Vertragsparteien einschränkt. Die zum «Top-Down»-Ansatz beschriebenen Wesensmerkmale müssten – ähnlich wie für den stationären Bereich in Art. 49 KVG – im KVG selbst festgehalten sein.

Anders zu beurteilen ist hingegen der «Bottom-Up»-Ansatz, soweit es nur um die Freiheit der Tarifvertragsgestaltung geht. Wenn jedoch weitergehende **Fördermassnahmen** (wie Abweichungen vom KVG über einen Experimentierartikel, Finanzierung eines Fonds oder Mindestdauer von besonderen Versicherungsmodellen) Teil des Ansatzes sind, so bedürfen diese Massnahmen entsprechender gesetzlicher Regelungen. Sie lassen sich nicht anderweitig mit dem KVG in Einklang bringen. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass so die Auswirkungen der unterschiedlichen Finanzierungsregeln mit relativ einfachen Massnahmen eingeegnet werden könnten.

4.4 Beurteilung der Umsetzbarkeit von Komplexpauschalen in der Schweiz

4.4.1 Haltung der Stakeholder gegenüber Komplexpauschalen

Qualitative Umfrage zu den Komplexpauschalen bei Tarifpartnern und Kantonen

Im Zeitraum November bis Dezember 2018 wurde bei den Tarifpartnern und in den Kantonen mit einem Universitätsspital eine Online-Befragung durchgeführt. Folgende 21 Institutionen sowie Kantone wurden befragt:



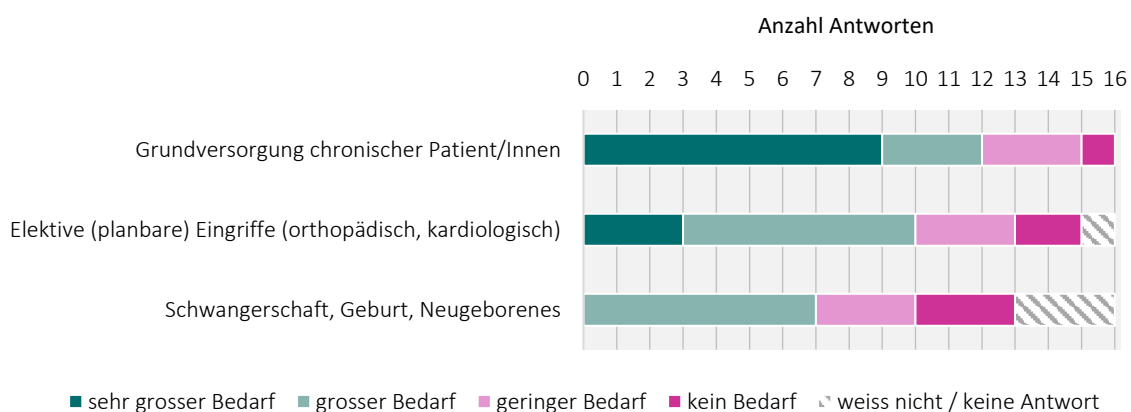
- Leistungserbringer
 - Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)
 - Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)
 - FMCH
 - Die Spitäler der Schweiz H+
 - Privatkliniken Schweiz (PKS)
 - Verband Heime und Institutionen Schweiz (CURAVIVA)
 - Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Schweiz (senesuisse)
 - Spitex Schweiz
 - Association Spitex privée Suisse (ASPS)
 - Schweizer Physiotherapie Verband (physioswiss)
 - ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz (evs)
 - pharmaSuisse
 - Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz (Interpharma)
- Krankenkassen
 - santésuisse
 - Die innovativen Krankenversicherer (curafutura)
- Kantone
 - Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK)
 - Kanton Basel-Stadt
 - Kanton Bern
 - Kanton Genf
 - Kanton Waadt
 - Kanton Zürich

Von den 21 Institutionen nahmen insgesamt 16 Verbände und Kantone an der **ersten Befragungsrunde** teil (Rücklauf: 76 Prozent). 15 Institutionen haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Die Teilnehmer wurden dabei über ihre grundsätzliche Einstellung zum Thema Komplexpauschalen befragt. Der Fragebogen beinhaltete einige Thesen, zu welchen sich die Befragten äussern konnten. Zudem wurden die Institutionen anhand offener Fragen gebeten, zu den Stärken und Schwächen sowie den Chancen und Risiken von Komplexpauschalen Stellung zu nehmen. Schliesslich sollten die Befragungsteilnehmer die Voraussetzungen definieren, unter welchen sie eine Einführung befürworten würden und welche Stakeholder sie dabei in der Verantwortung sehen.

Hauptergebnisse der Befragung in Bezug auf die Akzeptanz und Umsetzbarkeit

In einem ersten Schritt der Befragung wurden die potenziellen **Anwendungsgebiete** zur Diskussion gestellt. Die Teilnehmer wurden gefragt, inwiefern sie in den drei Bereichen «chronische Erkrankungen», «elektive Eingriffe» und «Schwangerschaft» einen Handlungsbedarf in Bezug auf das Vergütungssystem verorten. Abbildung 6 fasst die Ergebnisse je Anwendungsgebiet zusammen:

ABBILDUNG 6 ANWENDUNGSGEBIETE IM OKP-BEREICH



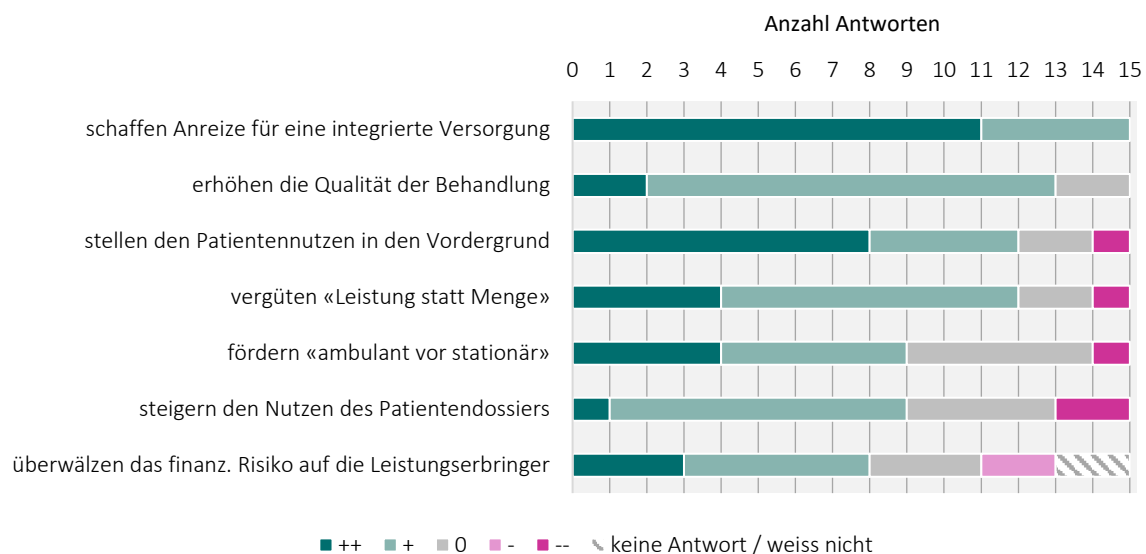
Anmerkung: n = 16. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Den insgesamt grössten Handlungsbedarf sehen die Teilnehmenden bei der Grundversorgung **chronisch kranker Personen**. 12 der insgesamt 16 befragten Institutionen verorten einen «sehr grossen» bzw. «grossen» Handlungsbedarf bei der Behandlung und Betreuung von chronischen Patienten. Weitere drei Antwortende sehen zumindest einen «geringen» Bedarf für eine Anpassung der Vergütung im Bereich chronischer Erkrankungen.

Etwas weniger eindeutig sind die Ergebnisse bei den elektiven Eingriffen und der Pauschalierung rund um das Thema Schwangerschaft und Geburt. Vor allem bei letzterem Punkt sieht eine Minderheit der Befragten einen «grossen» Handlungsbedarf im Hinblick auf das Vergütungssystem in der OKP. Dies hat womöglich damit zu tun, dass in Bezug auf die Versorgungssituation, die Qualität und Kosten in der Schweiz keine schwerwiegenden Probleme bestehen. Etwa mittig reihen sich die elektiven Eingriffe ein, wobei 10 der 15 Antwortenden einen «sehr grossen» bzw. «grossen» Handlungsbedarf sehen.

In einem zweiten Teil der Befragung wurden die Institutionen gebeten, zu ausgesuchten **Thesen** Stellung zu nehmen. Die Antworten sind in Abbildung 7 dargestellt. Die grösste Zustimmung unter den Experten fand die These, wonach Komplexpauschalen positive Anreize für die integrierte Versorgung schaffen (15 von 15 Antworten). Ebenfalls sehr positiv beurteilt wurden die Komplexpauschalen im Hinblick auf das Qualitätspotenzial (13 von 15 Antworten), die Fokussierung auf den Patientennutzen (12 von 15 Antworten) und die Vergütung von «Leistung statt Menge» (12 von 15 Antworten). Somit besteht bei den teilnehmenden Institutionen insoweit Konsens, als diese Art von Vergütungssystem zumindest als gedankliches Konstrukt in der Lage sein dürfte, einen wesentlichen Beitrag zu einem **patientenorientierten Gesundheitssystem** beizutragen.

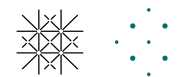
ABBILDUNG 7 BEURTEILUNG DER THESEN | «KOMPLEXPAUSCHALEN...»



Anmerkung: n = 15. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Nicht ganz einig waren sich die Teilnehmenden bei der Frage, ob es mit Pauschalen möglich ist, «ambulant vor stationär» zusätzlich zu fördern (8 von 15 Antworten). Eine Erklärung für die Zurückhaltung in diesem Zusammenhang mag die heute unterschiedliche Finanzierung der Leistungsbereiche sein, die ein wesentliches Hindernis für eine Verlagerung in den ambulanten Bereich darstellt (d.h. Kantonsanteil bei den Spittalarifen).

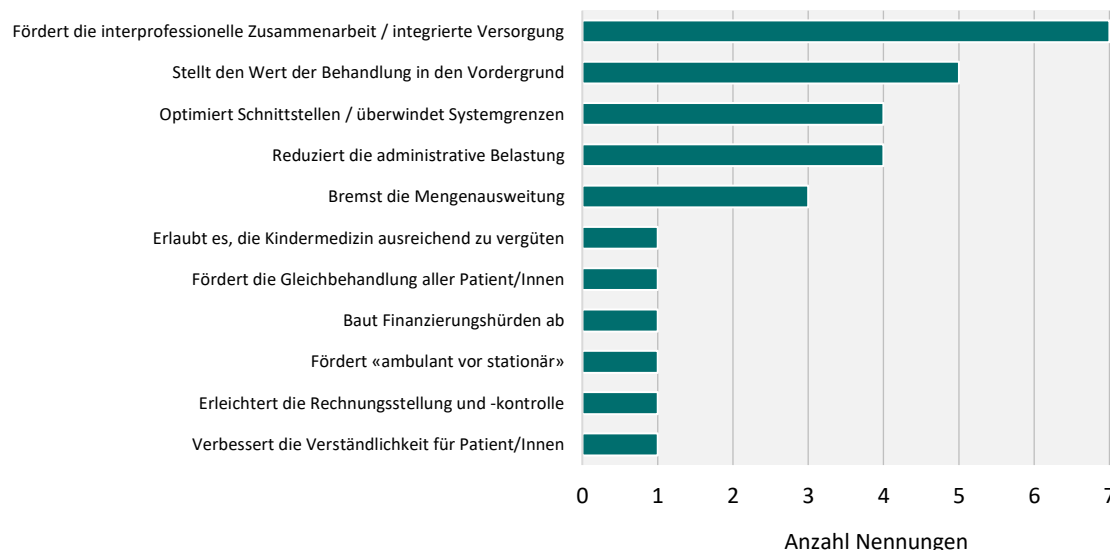
Ebenfalls eine knappe Mehrheit von acht Teilnehmenden hat das Gefühl, dass die Pauschalen den Nutzen des Patientendossiers zumindest leicht steigern könnten. Hintergrund der These ist der mit der Komplexpauschale verbundene Anreiz zur Kooperation und Koordination zwischen den diversen Leistungserbringern. Dies könnte dazu führen, dass – obwohl freiwillig – vermehrt auf das elektronische Dossier gesetzt wird, um eine möglichst nahtlose Behandlung zu gewährleisten.



In einer offenen Frage konnten sich die Institutionen zu den wesentlichen **Stärken und Vorteilen von Komplexpauschalen** äussern. Abbildung 8 zeigt die Antworten sortiert nach Anzahl Nennungen in der Umfrage. Mit sieben bzw. fünf Nennungen werden die wesentlichen Vorteile von Komplexpauschalen darin gesehen, indem die interprofessionelle Zusammenarbeit resp. die integrierte Versorgung gefördert werden und der «Wert der Behandlung» in den Vordergrund rückt. Damit in Zusammenhang steht auch die Optimierung der Behandlungskette über die Schnittstellen des heutigen Systems hinaus (vier Nennungen).

Ebenfalls mehrfach genannt wird die Möglichkeit, mit Komplexpauschalen die Mengenausweitung zu bremsen (drei Nennungen) und die administrative Belastung zu reduzieren (vier Nennungen). Vor allem der zweite Punkt ist insofern beachtenswert, als die administrativen Kosten des neuen Systems vielerorts als Nachteil betrachtet werden. Womöglich sind die entsprechenden Exponenten jedoch der Meinung, dass mit den Komplexpauschalen die administrativ aufwändigen, bestehenden Vergütungssysteme ersetzt werden können und die Rechnungsstellung vereinfacht wird (z.B. bei TARMED, SwissDRG).

ABBILDUNG 8 VORTEILE UND STÄRKEN VON KOMPLEXPAUSCHALEN | MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH

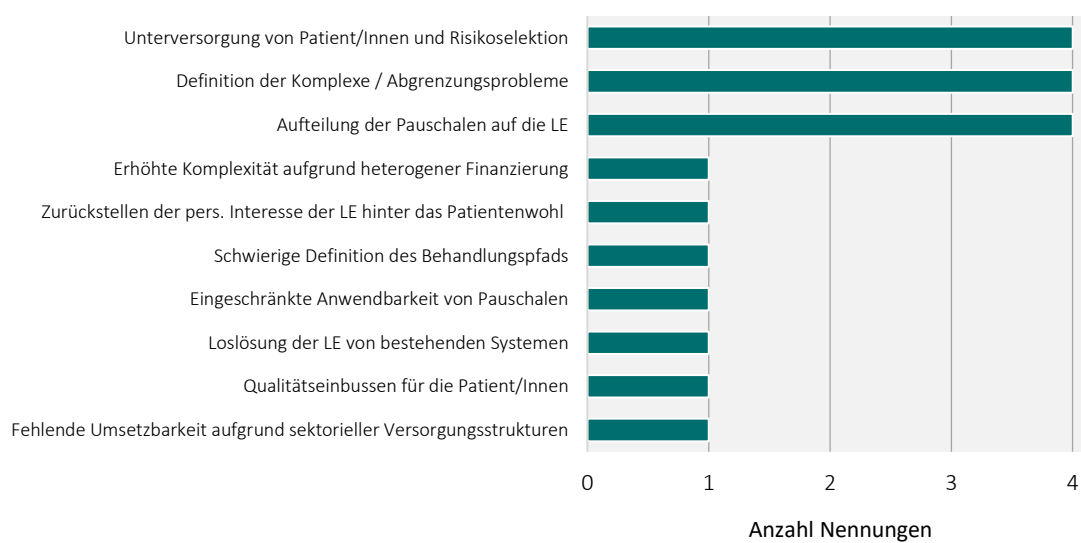


Anmerkung: n = 15. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Bei den **Schwächen und Nachteilen der Komplexpauschalen** (Abbildung 9) sind es insgesamt drei Elemente, die von den Teilnehmern mehrfach genannt werden (jeweils vier Nennungen). Eine wesentliche Befürchtung besteht darin, dass die Komplexpauschalen zu einer **Unterversorgung** führen und die Leistungserbringer versuchen könnten, «schlechte Risiken» gar nicht erst zu behandeln. Diese Vorbehalte sind ernst zu nehmen und weisen gleichzeitig auf die Wichtigkeit hin, die Komplexpauschalen entsprechend zu gestalten. Wie in Kapitel 2.1 detailliert erläutert wurde, ist es zentral, die Pauschalen risikogerecht festzulegen, damit der Schweregrad der Patienten korrekt abgebildet wird. Diesem Umstand wird bspw. auch im SwissDRG-System Rechnung getragen. Gleichzeitig hat der ergebnisorientierte Teil der Vergütung dafür zu sorgen, dass die Leistungserbringer für eine qualitativ gute Versorgung belohnt und daher potenziell negative Anreize für eine Unterversorgung minimiert werden.

Die Nachteile der Pauschalierung werden zudem in ihrer praktischen Umsetzung gesehen. Einerseits werden die **Schwierigkeiten bei der Definition von Komplexpauschalen** ins Spiel gebracht. Denn bei einer Implementierung müssen objektive Kriterien gefunden werden, wann ein Patient zu einem Behandlungskomplex gezählt wird und wann die reguläre Vergütung zum Einsatz kommt (z.B. TARMED). In Zusammenhang damit steht auch die Herausforderung, das «Leistungspaket» resp. den Behandlungskomplex klar zu definieren und eine **Abgrenzung zur regulären Versorgung** bzw. zu anderen Finanzierungssystemen zu finden. So sind bspw. Situationen denkbar, in denen a priori unklar ist, ob gewisse Beschwerden einer zugrundeliegenden chronischen Erkrankung zuzuordnen sind oder nicht.

ABBILDUNG 9 NACHTEILE UND SCHWÄCHEN VON KOMPLEXPAUSCHALEN | MEFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH

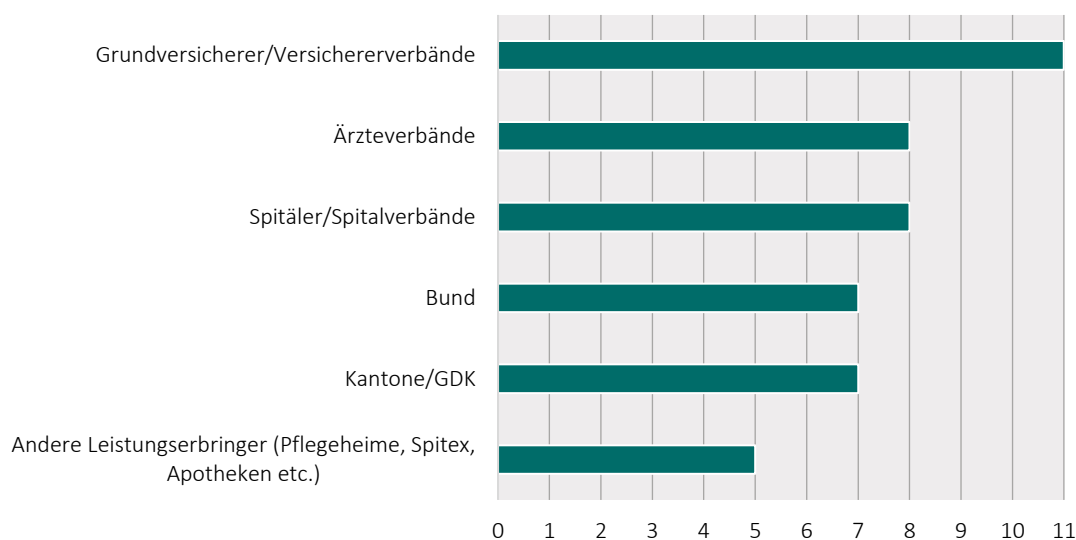


Anmerkung: n = 15; LE = Leistungserbringer. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Letztlich könnte auch einer der Vorteile der Pauschale, nämlich der Einbezug unterschiedlicher Leistungserbringer, einen **zentralen Stolperstein bei der Umsetzung der Idee in der Schweiz** darstellen. So wird mehrfach auf die Schwierigkeit hingewiesen, wie die Pauschale letzten Endes auf die unterschiedlichen Leistungserbringer aufgeteilt werden soll. In Situationen, in denen die Leistungserbringung bereits integriert erfolgt, besteht diese Problematik nicht im selben Ausmass. So ist es bspw. immer ein Spital (oder ein Geburtshaus), welches einen SwissDRG-Fall erbringt. Dies obwohl die Ärzteschaft, die Pflege, technisches und therapeutisches Personal sowie weitere Stellen an der Erbringung der Leistung beteiligt sind. Sobald bspw. jedoch unabhängige Hausärzte, Spezialisten, Physiotherapeuten, Apotheken und Spitex-Organisationen an der Behandlung und Betreuung beteiligt sind, wird die Angelegenheit entsprechend komplex («fehlende Integration der Leistungsbereiche»). Dies unabhängig davon, ob die Vergütungsanteile über **Verträge** festgelegt werden sollen oder ob dies **von gesetzlicher Seite** her geschieht.

Die teilnehmenden Verbände wurden danach zusammenfassend gefragt, ob sie den Ansatz unterstützen, für spezifische Erkrankungen und Eingriffe Komplexpauschalen einzuführen. Von den insgesamt 15 Stakeholdern, welche diese Frage beantwortet haben, halten es 13 Personen für «sehr sinnvoll» (fünf) oder «eher sinnvoll» (acht), Komplexpauschalen einzusetzen. Lediglich zwei Institutionen halten die Pauschalierung für «eher nicht sinnvoll». Damit ist zumindest unter den teilnehmenden Institutionen eine **mehrheitlich positive Grundstimmung** auszumachen.

Abschliessend konnten die teilnehmenden Verbände und Kantone beurteilen, welche Stakeholder sie in der Pflicht sehen, die Einführung von solchen neuen, innovativen Vergütungssystemen voranzutreiben. Die entsprechenden Resultate sind sortiert nach der Häufigkeit der Antworten in Abbildung 10 dargestellt. Mehrfachnennungen waren möglich:


ABBILDUNG 10 VERANTWORTUNG DER STAKEHOLDER | MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH


Anmerkung: n = 14. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Obwohl sämtliche Stakeholder zumindest vereinzelt genannt wurden, sind es doch in erster Linie die Krankenversicherer, die aus Sicht der Teilnehmenden eine Hauptverantwortung bei der Einführung neuer Vergütungsmodelle haben. Demnach sehen 11 der insgesamt 14 antwortenden Institutionen die Krankenversicherer in einer aktiven Rolle bei der Entwicklung von innovativen Vergütungssystemen. Ein Grund für diese Häufung ist sicherlich die Tatsache, dass sich unter den befragten Verbänden und Stellen anteilmässig viele Leistungserbringer befinden. Eine klare Mehrheit dieser Verbände ist der Meinung, dass der Impuls von den Grundversicherern kommen sollte.

Dahinter folgen gleichplatziert der Bund, die Kantone bzw. die GDK, die Ärzteverbände und die Spitäler. Jeweils acht der 14 Befragten weisen der öffentlichen Hand und den Tarifpartnern eine Verantwortung bei der Implementierung neuer Vergütungsmodelle zu. Nur von einer Minderheit in einer aktiven Rolle gesehen werden die weiteren Leistungserbringer, wie die Pflegeheime, die Spitex, Apotheken etc. Fünf von 14 Befragten sehen diese Gesundheitsdienstleister in der Pflicht bei der Einführung neuer Vergütungsmodelle.

Als Kommentar zur Frage der Verantwortlichkeit bei der Implementierung, wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass grundsätzlich alle «Gesundheitsfachpersonen des OKP-Bereichs», «alle Berufe des Gesundheitswesens», «alle gemeinsam», «Kanton + Versicherer + Bund» und auch «UVG/IV/MV» am Prozess beteiligt sein sollten. Dies ist ein starkes Indiz dafür, dass nur eine Lösung als sinnvoll erachtet wird, welche **von sämtlichen Stakeholdern mitentwickelt und entsprechend auch mitgetragen** wird. Dieses Ergebnis steht einer rein bundesrechtlich gesteuerten «Top Down»-Umsetzung entgegen.

4.4.2 Beurteilung des «Top-Down»- bzw. «Bottom-Up»-Ansatzes im Schweizer System

Die beiden Strategien, wie Komplexpauschalen in Zukunft bei ausgesuchten Eingriffen und Diagnosen angewendet werden können, bringen jeweils Vor- und Nachteile mit sich. Aus der kurzen, abschliessenden Evaluation beider Ansätze wird eine Umsetzungsempfehlung abgeleitet. Diese wird detailliert in Kapitel 4.5 erläutert.

Kurzbeurteilung des «Top-Down»-Ansatzes

Der wesentliche Vorteil einer bindenden Gesetzesänderung auf Bundesebene resultiert aus der Sicherheit, dass damit Komplexpauschalen **Einzug in die nationale Tarifstruktur halten** werden. Im Gegensatz zu einer Umsetzung über Selektivverträge würden Komplexpauschalen zum Standard für die Vergütung sämtlicher Behandlungsleistungen der abdeckten Krankheitsbilder innerhalb der OKP werden. Vorgegeben wäre jedoch nur die Tarifstruktur,

während die Vergütungshöhe resp. der Basispreis weiterhin regional zwischen den Tarifpartnern oder ihren Verbänden ausgehandelt würde.

Nebst einer flächendeckenden Umsetzung kann ein weiterer Vorteil darin gesehen werden, dass es auf Seiten der Leistungserbringer und der Patienten – im Gegensatz zu einer Implementierung über Selektivverträge – **nicht** zu **Selektionseffekten** kommt. So wird erreicht, dass das eigentliche Zielpublikum der Pauschalen, also mehrheitlich chronisch kranke Personen, von den Vorteilen der sich daraus ergebenden Versorgungsstrukturen profitieren kann. Andererseits wird ebenfalls einer Selektion auf der Angebotsseite entgegengewirkt. Bei einer vollständigen Freiwilligkeit, wie es bei Selektivverträgen beispielsweise der Fall ist, besteht die Tendenz, dass sich primär die bereits effizienten, kooperationswilligen und qualitativ guten Leistungserbringer am neuen System beteiligen. Das Kosteneinsparpotenzial besteht aber gerade bei jenen Gesundheitsdienstleitern, die heute kostenintensiv behandeln und möglicherweise zu wenig in die Kooperation und Koordination der Leistungserbringung investieren.

Den wenigen Vorteilen des «Top-Down»-Ansatzes stehen schwerwiegende Nachteile entgegen. Im Vordergrund steht dabei die **Machbarkeit** einer nationalen Tarifstruktur mit Komplexpauschalen. Im Vergleich zur Erarbeitung eines nationalen Spitaltarifs à la «SwissDRG» wird die Komplexität bei der sektorenübergreifenden Variante als um ein x-faches höher eingestuft (vgl. Tabelle 5).

TABELLE 5 GEGENÜBERSTELLUNG DER KOMPLEXITÄT EINES NATIONALEN KOMPLEXPAUSCHALSYSTEMS

Kriterium	Fallpauschalen (stationär)	Komplexpauschalen	
Initiative	Tarifpartner, Kantone (Verein SwissDRG)	Bund	
Konkrete Ausgestaltung des Vergütungsmodells	Evaluation von 6 bestehenden Systemen	Unklar	
Involvierte Leistungserbringer	Akutspitäler (inkl. Geburtshäuser)	Ärzte, Spitäler, weitere LE (abhängig vom KP-Typ)	
Finanzierung der Tarife	Kantone (55 Prozent) Versicherer (45 Prozent)	Unklar (ohne EFAS)	Versicherer (mit EFAS)
Einbezug der Ergebnisqualität	Nein	Ja	
Datenbasis für die Tarifstruktur	Grösstenteils vorhanden (Kostendaten Spitäler)	Unklar	
Abgrenzbarkeit der Leistungserbringung	Gut	Gut (elektive Eingriffe)	Beschränkt (chronische Erkrankungen)

Darstellung: Universität Basel/IWSB. **Legende:** EFAS = Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, LE = Leistungserbringer, KP = Komplexpauschalen.

Während die heute geltenden Spitaltarife ursprünglich aus einer Initiative der Tarifpartner und Kantone entstanden, würden sich die Komplexpauschalen aus einem bundesrätlichen Vorstoss ergeben. Da die Akzeptanz für eine **Einschränkung der Tarifautonomie** bei den Tarifpartnern nicht im selben Umfang wie bei eigener Initiative vorhanden sein dürfte, ist mit einer ablehnenden Haltung zu rechnen, zumal sich im Moment in der Tariflandschaft einiges bewegt. Nebst einer schrittweisen Überarbeitung des Tarmed und einer Einführung des «TARPSY» folgt im Jahr 2022 ein neues, nationales Vergütungsmodell im Rehabilitationsbereich («ST Reha»). Die Tarifpartner werden die Meinung vertreten, dass es insbesondere im stationären Leistungsbereich keinen **Handlungsbedarf** gibt.

Die Komplexität einer Umsetzung «Top-Down» ergibt sich zudem aus dem **Fehlen eines Vorzeigemodells** aus dem Ausland, welches ohne grosse Änderungen auf die Schweiz übertragen werden könnte. Bei der Einführung von SwissDRG, das sich stark an GermanDRG anlehnte, war dies hingegen der Fall. Für spezifische Komplexpauschalen existieren dennoch Ansätze aus anderen Ländern, auf deren Basis ein Schweizer Modell aufgebaut werden könnte. Die Schwierigkeit dabei ist allerdings, dass sich die ausländischen Systeme jeweils stark an den jeweiligen Versorgungssystemen orientieren. Nicht als ein Nachteil, aber zumindest als eine Herausforderung ist die Tatsache zu sehen, dass je nach Indikationsgebiet und Umfang der Komplexpauschale **viele unterschiedliche Leistungser-**



bringertypen an der Umsetzung beteiligt sind. Damit einher gehen auch Fragen der Aufteilung der «globalen» Komplexpauschale auf die einzelnen Gesundheitsversorger im System.

Weitere Faktoren, die bei einer «Top-Down»-Implementierung zumindest hinderlich sein können, sind eine unklare und teilweise **fehlende Datenlage** und die **schwierige Abgrenzbarkeit** der Leistungen, die der Komplexpauschale zugeordnet werden. Für die Erstellung eines Tarifmodells sind Kosten- und Leistungsdaten aus den unterschiedlichen Sektoren notwendig. Diese sind heute mit Ausnahme des stationären Spitalsektors nicht überall in einer ausreichenden Qualität vorhanden. Um aber die Behandlungskosten für einen Patienten über sämtliche Versorgungsbereiche hinweg modellieren zu können, sind nicht nur verlässliche Kosten- und Leistungsdaten aller Leistungserbringer notwendig, sondern auch der Einbezug des jeweiligen Grundversicherers, welcher die bezogenen Leistungen aus unterschiedlichen Sektoren dem entsprechenden Versicherten zuordnen kann.

Letztlich muss auch eine Lösung gefunden werden, wie mit erbrachten Leistungen umzugehen ist, die keinen eindeutigen Zusammenhang zur Grunderkrankung haben. Wie gross dieses Problem tatsächlich ist, ist ohne tiefgreifende Analyse nur schwer zu sagen. Grundsätzlich sollte der Behandlungskomplex jedoch stets die für die Behandlung des Patienten notwendigen Leistungen beinhalten, um zu vermeiden, dass sich die Leistungserbringer der Kostenverantwortung entziehen und bspw. gewisse Leistungen per Einzelleistungsvergütung abrechnen (vgl. Kapitel 2.1).

Wie die rechtliche Beurteilung gezeigt hat, sind für eine zwingende Umsetzung der Pauschalen **Anpassungen am KVG** unabdingbar. Dies ist an sich kein Nachteil, kann aufgrund des politischen Prozesses jedoch zu einem solchen werden. Eine parlamentarische Mehrheit für die Einführung von Komplexpauschalen wäre wohl schwierig zu erlangen. In jedem Fall böte ein nationaler Vorschlag für Komplexpauschalen eine grosse Angriffsfläche, da sehr viele unterschiedliche Interessensgruppen davon betroffen wären. Darüber hinaus fallen die Komplexität der Materie und die Unsicherheit darüber ins Gewicht, wie die Pauschalen letztlich umgesetzt werden sollen, so dass es zu einer mehrheitlich ablehnenden Haltung kommen könnte.

Grundsätzlich hätte der Bund jedoch die Möglichkeit, eine versuchsweise **Einführung** von Komplexpauschalen **über den Experimentierartikel** zu **erwirken**. Dieser richtet sich zwar implizit an die Tarifpartner, die Kantone und Patientenorganisationen. Der Bund hat allerdings die Möglichkeit, die Stakeholder unter gewissen Bedingungen zu einer Teilnahme zu zwingen (Art. 59b Abs. 4 KVG neu). Der Bund könnte zusammen mit den Tarifpartnern und allenfalls mit den Kantonen neue Modelle entwickeln und nach der Pilotphase darüber entscheiden, ob er das Projekt weiterverfolgen möchte (vgl. Art. 59b Abs. 5 KVG neu).

Letztlich ist der **relativ lange Zeithorizont** ein weiterer klarer Nachteil einer zwingenden Umsetzung von Komplexpauschalen. Von der Ausarbeitung der Gesetzespassagen, über den politischen Entscheidungsprozess bis hin zur Entwicklung des konkreten Tarifmodells und einer flächendeckenden Einführung können leicht **10 bis 15 Jahre** verstreichen. Erst danach kann mit der Evaluation der Wirksamkeit des neuen Modells gestartet werden. Dies ist vor dem Hintergrund der grossen Herausforderungen im Gesundheitswesen ein sehr langer Zeitraum, der durch einen weiteren Stillstand bei den Tarifverhandlungen zwischen den Tarifpartnern gekennzeichnet sein dürfte.

Kurzbeurteilung des «Bottom-Up»-Ansatzes

Der «Bottom-Up»-Ansatz setzt im Gegensatz zur «Top-Down»-Variante bei den **Rahmenbedingungen** und den **Anreizen** für die Tarifpartner an, in neue Vergütungsmodelle zu investieren. Konkret heisst dies, dass jene gesetzlichen Hürden aus dem Weg geräumt werden sollten, die der Einführung von innovativen Vergütungsmodellen im Weg stehen. Dabei ginge es nicht um rechtlich unstrittige Punkte, sondern wie im Beispiel der hoheitlichen Pflegetarife (gemäss KLV) um Aspekte, bei denen ein rechtlicher Interpretationsspielraum und damit eine Rechtsunsicherheit besteht.

Eine Berücksichtigung der Komplexpauschalen bei der Umsetzung des Experimentierartikels auf der Verordnungsebene bringt den entscheidenden Vorteil, dass **keine zusätzlichen Anpassungen am KVG** erforderlich sind. Vielmehr sollte die Verordnung des EDI transparent machen, in welchen Punkten regionale Pilotmodelle von den bestehenden Regelungen des Bundesrechts abweichen dürfen.

Beispiel 1: Disease-Management-Programme in der OKP

Eine kantonale Krankenkasse könnte im Rahmen des Experimentierartikels ein Disease-Management-Programm (DMP) für Patienten mit der Diagnose «Diabetes Typ 2» entwickeln. Für das Pilotprojekt initiiert sie ambulante Kompetenzzentren, die Hausärzte, Fachärzte Diabetologie und eine Diabetesberatung unter einem Dach vereinen. Diese Kompetenzzentren behandeln eingeschriebene Diabetespatienten und erhalten im Gegenzug eine Vergütung über **Komplexpauschalen**. Die Krankenkasse und die Leistungserbringer legen die Einzelheiten vertraglich fest (d.h. Zusammensetzung und Höhe der Vergütung, Messung der Ergebnisqualität, eingeschlossene Leistungen, verpflichtende Behandlungsleitlinien etc.)

Versicherte, bei welchen Diabetes diagnostiziert wird (z.B. durch den Hausarzt), haben neu die Möglichkeit, sich entweder konventionell behandeln zu lassen oder sich in diesem DMP einzuschreiben und für die Behandlung in Zusammenhang mit Diabetes das Kompetenzzentrum aufzusuchen.

Für medizinische Behandlungen ohne direkten Bezug zur Diabeteserkrankung ändert sich für den Versicherten hingegen nichts. Die Regeln des gewählten Versicherungsmodells im Hinblick auf die Wahl der Leistungserbringer bleiben unabhängig davon bestehen (d.h. Standard, Hausarzt, HMO). Daher wäre es auch denkbar, dass ein multimorbider Patient an mehreren DMP teilnimmt.

Beispiel 2: Erweiterte Fallpauschalen in der OKP

Ein mittelgrosses Zentrumsspital und eine angeschlossene Rehabilitationsklinik vereinbaren mit einer Versicherung für ausgesuchte chirurgische Prozeduren (z.B. orthopädische Eingriffe) ein Vergütungsmodell mit **Komplexpauschalen**. Diese Pauschalen bauen zwar auf dem SwissDRG-System auf, beinhalten jedoch zusätzlich die Leistungen der Rehabilitation und einen Vergütungsanteil, der sich an der Ergebnisqualität der Behandlung für den Patienten orientiert.

Die Komplexpauschale wird unabhängig davon ausgezahlt, ob der Akuteingriff ambulant oder stationär durchgeführt wird – dasselbe gilt für die anschliessende Rehabilitation. Die sektorielle Schnittstelle zwischen ambulant und stationär verschwindet dadurch. Mit dem Kanton treffen die Vertragsparteien eine Abmachung, wie der Kantonsanteil während des Pilotprojekts berechnet werden soll.

Eine versicherte Person, welche sich während der Projektdauer für einen Eingriff im Regionalspital entscheidet, erhält vor und einige Zeit nach der Operation jeweils einen Fragebogen zugesandt. Aus der subjektiv empfundenen Verbesserung des Gesundheitszustands errechnet sich die Zusatzvergütung des Leistungserbringers.

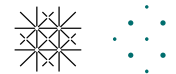
Der wesentliche Vorteil des «Bottom-Up»-Ansatzes liegt jedoch in der Möglichkeit, **unterschiedliche Umsetzungsvarianten** von innovativen Vergütungssystemen in verschiedenen medizinischen Bereichen zu erproben. Die regionalen oder kantonalen Projekte könnten nicht nur zeigen, inwiefern sie qualitäts- und kostenwirksam sind, sondern auch Aufschluss darüber geben, wie sich die Rollen der Stakeholder verändern, wo Schwierigkeiten entstehen und welche strukturellen und organisatorischen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, damit diese Modelle bei den Leistungserbringern, Grundversicherern und Kantonen überhaupt Akzeptanz finden.

Auch was den **zeitlichen Umsetzungshorizont** anbetrifft, ist dieser Ansatz klar im Vorteil. Regionale Piloten können wesentlich rascher entstehen, als dies bei einer bundesrechtlichen Umsetzung der Fall ist. In zahlreichen Kantonen werden bereits heute alternative Versorgungsmodelle gefördert und getestet. Mit den neuen Rahmenbedingungen und einer zusätzlichen finanziellen Förderung von Projektideen könnten bereits **in den nächsten fünf Jahren** neue Tarifstrukturen getestet und in rund 10 Jahren schweizweit implementiert werden. Im Vergleich zum 10 bis 15-jährigen Horizont beim «Top-Down»-Ansatz ist damit rascher mit konkreten Ergebnissen zu rechnen.

Ein Nachteil entsteht allerdings aus der **Freiwilligkeit** des Umsetzungsvorschlags. Es wäre nicht sichergestellt, dass aus den Pilotprojekten feste Tarifsysteme entstünden, die danach in der Grundversicherung Anwendung finden. Es wäre vielmehr mit neuen Tariflösungen zu rechnen, die sich auf spezifische Leistungsbereiche fokussieren und gewisse Kernideen der Komplexpauschalen übernehmen (z.B. Pauschalen für die ambulante Grundversorgung von Diabetikern, Ergänzung der stationären Fallpauschalen mit einem qualitätsorientierten Vergütungsteil; vgl. dazu die Boxen «Beispiel 1» und «Beispiel 2»).

Würden solch neue Modelle ausbleiben, ist das Konzept der Komplexpauschalen ohnehin nochmals zu überdenken. Denn wenn bereits «im

Kleinen» keine Umsetzungsideen entstehen, rückt eine gesamtschweizerische Einführung von Pauschalen in weite Ferne. Ähnliches gilt auch dann, wenn zwar Pilotprojekte entstehen, diese jedoch **in der Umsetzung scheitern** oder die erwünschte Wirkung ausbleibt. Dadurch kann eine **allgemein negative Grundstimmung** gegenüber dieser



Vergütungslösung entstehen. Damit wird die Aufgabe für den Bund in Zukunft noch schwieriger, in diesem Bereich selbst die Initiative zu ergreifen.

Sollte der Umsetzung des Experimentierartikels ein **Experimentierfonds** folgen, müssten dafür **zusätzliche Mittel** aufgewendet werden. Realistischerweise würde der Fonds zumindest teilweise mit Bundesgeldern geöffnet und mit kantonalen Mitteln oder einer Umlage von Prämien ergänzt. Dies ist allerdings nicht ein wirklicher Nachteil des «Bottom-Up»-Ansatzes, da beim «Top-Down»-Ansatz ebenfalls finanzielle Aufwendungen entstehen für die Beauftragung einer geeigneten Institution, die für die Erarbeitung des Tarifwerks zuständig ist.

Abschliessende Beurteilung und Empfehlung

Das **Hauptargument**, das für eine Umsetzung über die Tarifpartner spricht, ist die momentan hohe Dynamik in der Gesundheitspolitik des Bundes und bei der (Weiter-) Entwicklung der nationalen Tarifwerke. Mit EFAS, der weiteren Verfeinerung des Risikoausgleichs und dem Experimentierartikel macht der Bund drei wesentliche Schritte, um den Tarifpartnern die **rechtlichen Möglichkeiten** und **notwendigen Anreize** zu geben, in neue Versorgungs- und Vergütungsmodelle zu investieren. Die Ergänzung des Risikoausgleichs um die pharmazeutischen Kostengruppen (PCG) eröffnet bspw. den Versicherern mit vielen Chronikern²¹ neue finanzielle Möglichkeiten. Auf diesem Weg besteht eine grosse Flexibilität, bei Bedarf zusätzliche Instrumente (Stichwort: Experimentierfonds, Mehrjahresverträge, Lockerung des Kontrahierungszwangs) vorzusehen, um die Tarifpartner zusätzlich zu fördern.

Letztlich liegt ein gewichtiger **Vorteil des «Bottom-Up»-Ansatzes** auch darin, die **Wirkung** von Komplexpauschalen und ähnlichen, innovativen Modellen im regionalen bzw. kantonalen Rahmen **kontrolliert testen** und je nach Ergebnis später ausbauen zu können. Dies im Gegensatz einer «Top-Down»-Umsetzung durch den Bund. Denn die Machbarkeit eines von zentraler Stelle entwickelten Tarifwerks ist aus mehreren Gründen nicht gegeben. Dagegen spricht nicht nur die fehlende Evidenz, welche Wirkung ein solches Modell in der Schweiz mit einer stark sektoriell getrennten Gesundheitsversorgung überhaupt erzielen kann. Vielmehr verunmöglichen das Fehlen eines Vorzeigemodells, die Beteiligung zahlreicher und unterschiedlicher Leistungserbringer, die Frage der Abgrenzbarkeit der Leistungen, die unklare Datenbasis für die Erarbeitung eines Tarifwerks und die neuen Tarifsysteme bei sämtlichen stationären Leistungen (SwissDRG, TARPSY, ST Reha) eine «Top-Down»-Umsetzung von Komplexpauschalen in den kommenden Jahren.

Aus dieser abschliessenden Beurteilung wird die **Empfehlung abgeleitet**, die **Tarifautonomie** der Tarifpartner **nicht einzuschränken**, sondern potenzielle Hürden für eine Weiterentwicklung der Vergütungssysteme aus dem Weg zu räumen und den Tarifpartnern gleichzeitig den richtigen Anstoss zu geben, in neue Modelle zu investieren. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass das sektoriell organisierte Gesundheitswesen es zurzeit verunmöglicht, eine schweizweite, sektorenübergreifende Vergütungsstruktur aufzubauen. Deswegen kann es für den Bund durchaus von Nutzen sein, vermehrt in die **Förderung integrierter Versorgungsstrukturen** zu investieren. Denn die integrierte Versorgung und die integrierte Vergütung von Leistungen stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Eine gezielte Förderung von Gesundheitszentren, Ärztenetzen, Disease-Management-Programmen oder regionalen Initiativen der integrierten Versorgung (z.B. Gesundheitsnetz 2025) kann die Entwicklung ganzheitlicher Vergütungsmodelle zusätzlich befeuern, da die strukturelle Basis für solche Modelle im Schweizer Gesundheitswesen dadurch erst entstehen kann.

4.5 Weitere Schritte des Umsetzungsprozesses «Bottom Up»

Ergänzung des Experimentierartikels

Im vergangenen Jahr wurde die Vernehmlassung zweier Geschäfte durchgeführt, die für die Entwicklung neuer Tarifsysteme wesentlich sind. Es sind dies:

²¹ Mit der Verfeinerung des Risikoausgleichs sollen ab 2020 vor allem chronische Erkrankungen besser berücksichtigt werden. Die pharmazeutischen Kostengruppen umfassen u.a. Alzheimer, Asthma, COPD, Depression, Diabetes Typ I/II, Hypertonie und Herzerkrankungen.

- Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1); insbesondere Art 59b «Experimentierartikel» sowie
- Pa.Iv. 09.528 «Finanzierung der Gesundheitsleistungen aus einer Hand. Einführung des Monismus».

Zum Zeitpunkt der Erstellung des vorliegenden Berichts sind die Vernehmlassungsantworten noch nicht bekannt. Beim ersten Geschäft, das den Experimentierartikel beinhaltet, wird sich aber offensichtlich die Frage stellen, wer die **Kosten der Pilotprojekte finanzieren** soll. Während die Kantone Pilotprojekte aus Steuermitteln initiieren können, ist es für die Leistungserbringer und die Versicherer weitaus schwieriger, eine Anstossfinanzierung zu erhalten. Der Bundesrat hat zum jetzigen Zeitpunkt die Flexibilität, die Einführung eines Experimentierfonds aufgrund der Rückmeldungen der Vernehmlassungsadressaten in den Gesetzestext zu integrieren, bevor dieser in die parlamentarische Beratung geht. Wann die Debatte im Parlament beginnen wird, steht zum heutigen Zeitpunkt noch nicht fest.

Weiter bestünde die Möglichkeit, die vorgesehenen Bereiche, welche der Experimentierartikel unter Abs. 1 für Pilotprojekte vorsieht, zu erweitern und explizit die Erprobung **«innovativer, sektorenübergreifender und qualitätsorientierter Vergütungssysteme»** miteinzubeziehen. Die jetzige Aufzählung ist gemäss Gesetzesentwurf zwar nicht abschliessend (Art. 59b Abs. 1 Bst. f KVG neu), eine explizite Erwähnung von innovativen Tarifprojekten kann aber im Hinblick auf die Verordnung einen grösseren Spielraum ermöglichen.

Einschätzungen der Stakeholder zum Experimentierartikel und zur Idee eines «Experimentierfonds»

Die Stakeholder der ersten Befragungsrunde wurden im Januar 2019 zu einer **zweiten Befragungswelle** eingeladen. In dieser Befragung konnten sich die Exponenten zum Experimentierartikel äussern und dessen Eignung für Pilotprojekte im Vergütungsbereich beurteilen. Die Teilnehmer der Umfrage wurden ebenfalls gebeten, ihre Meinung zur Einführung eines Experimentierfonds kund zu tun. Von den 21 Verbänden und Kantonen, die eine Einladung erhielten, nahmen 11 an der Zweitbefragung teil.

Auch wenn bei gewissen Punkten der Vorlage **Vorbehalte** seitens der Stakeholder bestehen, **begrüssen** dennoch alle Befragten den **Experimentierartikel** (11 Antworten). Die geäusserten Vorbehalte beziehen sich dabei vor allem auf die Möglichkeit, gewisse Kreise zur Teilnahme an Projekten zwingen zu können, die offene Frage der Finanzierung und der momentane, zu enge Fokus der möglichen Projektthemen.

Ebenfalls als äusserst positiv wird der Experimentierartikel vor dem Hintergrund erachtet, um innovative Vergütungsmodelle – also auch Komplexpauschalen – in einem zeitlich und geografisch beschränkten Umfeld zu testen. 10 Vertreter der Anspruchsgruppen bestätigen dies in der Umfrage. Einzelne Teilnehmer weisen dennoch darauf hin, dass es stark darauf ankommt, wie der Experimentierartikel am Ende umgesetzt wird. Ebenfalls wird vereinzelt bemerkt, dass das heutige KVG bereits die Möglichkeit offenlässt, neue Vergütungsmodelle zu erproben.

Uneins sind sich die Teilnehmenden der Umfrage bei der **Rolle der Stakeholder** hinsichtlich der Initiierung neuer Projekte im Rahmen des Experimentierartikels. Am ehesten in der Verantwortung werden **einzelne Versicherer** gesehen und **verschiedene Typen von Leistungserbringern**. Darunter wurden die regionalen Spitalverbände/einzelne Spitäler und Kliniken sowie andere Leistungserbringer (d.h. die Spitex, Pflegeheime, spitalambulante Dienste, interprofessionelle Zentren und Ärztenetze).

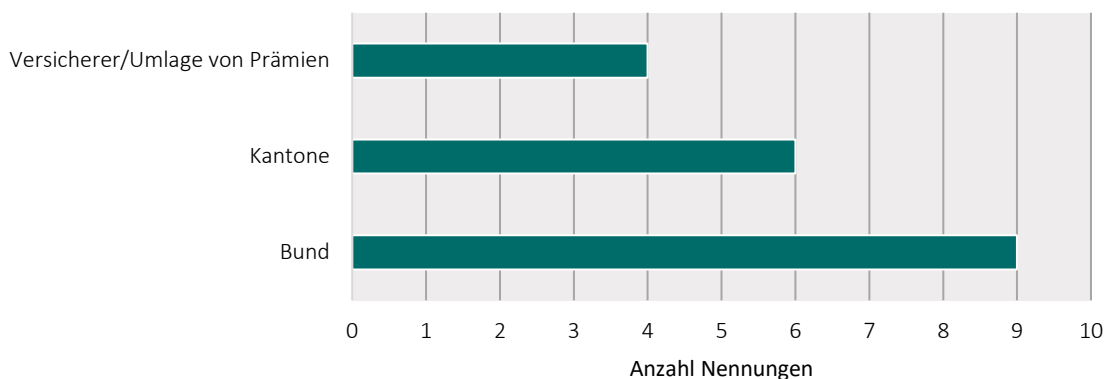
Ebenfalls divergierende Meinungen gibt es bei der Frage, ob die Kantone, Versicherer, Leistungserbringer und Versicherten **zur Mitarbeit** an Pilotprojekten **gezwungen** werden sollten. Zumindest fünf von acht Teilnehmenden sind mit der Regelung einverstanden, **einzelne Versicherer** zur Teilnahme an Projekten verpflichtet zu können. Nur eine Minderheit sieht diese Notwendigkeit bei den Leistungserbringern (drei Antworten), den Kantonen (zwei) oder den Versicherten (zwei).

Abschliessend hatten die Befragten die Möglichkeit, sich zur Idee eines **Experimentierfonds** zu äussern, der die Anstossfinanzierung von Pilotprojekten sicherstellen soll – dies vor allem für Projekte, die aus einer Initiative von Leistungserbringern und Versicherern resultieren. Mit Ausnahme eines Teilnehmenden, der die Schaffung



eines Fonds «eher schlecht» findet, beurteilen alle übrigen Stakeholder die **Idee eines Projektfonds** als «sehr gut» (sechs Antworten) oder «eher gut» (vier). Eine Mehrheit ist dabei der Meinung, dass die Finanzierung eines solchen Fonds mit **Mitteln des Bundes** (neun Antworten) und **der Kantone** (sechs) sichergestellt werden sollte. Eine Minderheit (vier Antworten) spricht sich für eine Umlage von Prämiegeldern zur Äufnung des Fonds aus. Bei dieser letzten Frage waren gegenüber den vorherigen Mehrfachantworten möglich (vgl. Abbildung 11).

ABBILDUNG 11 FINANZIERUNG DES EXPERIMENTIERFONDS | MEHRFACHNENNUNGEN SIND MÖGLICH



Anmerkung: n = 11. Darstellung und Berechnung: Universität Basel/IWSB.

Überlegungen zum zweiten Massnahmenpaket

Der Bundesrat hat bereits verlauten lassen, dass er ein **zweites Massnahmenpaket** auf der Basis des Expertenberichts noch in diesem Jahr in die Vernehmlassung schicken möchte. Von den 38 Massnahmen, die dem **Expertenbericht**²² zu entnehmen sind, haben einige einen mehr oder weniger **engen Bezug zu den Komplexpauschalen** und anderen Tarifsysteimen, welche auf eine integrierte Versorgung abzielen. Die folgenden **vier Massnahmen** können vom Bundesrat **priorisiert** werden, um die Entwicklung neuer Vergütungssysteme zusätzlich zu unterstützen:

- **M04 | Schaffung notwendiger Transparenz:** Die **Verbesserung** der bestehenden **Datengrundlage** ist ein wesentlicher Faktor bei der Erarbeitung neuer Tarifstrukturen und bei der Preisverhandlung. Hierzu sollen die fehlenden Daten zu Kosten und Leistungen im ambulanten Bereich ergänzt und die bestehenden Mängel bei den Daten zur Qualität der Leistungserbringung im gesamten Gesundheitssektor behoben werden.
- **M10 | Koordinierte Versorgung stärken:** Die Massnahme sieht u.a. vor, **Disease-Management-Programme** und **Patientenpfade** zu definieren. Dazu braucht es laut dem Expertenteam eine gezielte Förderung von Behandlungsnetzwerken und dezentraler Verträge. Die Initiierung solcher Behandlungsnetzwerke kann ein Katalysator für die Entstehung integrierter Vergütungsmodelle und damit von Komplexpauschalen sein.
- **M12 | Förderung von Behandlungsleitlinien:** Mit der Förderung der Anwendung von medizinischen Leitlinien («Guidelines») kann der Über-, Unter- und Fehlversorgung ein Riegel geschoben werden, Kosten für unnötige oder unwirksame Leistungen sowie deren Nebenwirkungen oder Zwischenfälle lassen sich vermindern. Da Guidelines **bereichsübergreifende Vorgehensweisen** bei der Versorgung der betroffenen Patientengruppen definieren und stark auf **Koordinations- und Abstimmungsbemühungen** zwischen den Leistungserbringern setzen, steht diese Massnahme ebenfalls in einem engen Zusammenhang zu den Komplexpauschalen.
- **M18 | Differenzierter Kontrahierungszwang:** Die Differenzierung des Kontrahierungszwangs sieht vor, dass die Versicherungen eine Kontrahierung von Leistungserbringern davon abhängig machen können, ob diese gewisse Kriterien erfüllen. Die neue Vertragsfreiheit soll sich positiv auf die Kosten und die Qualität der Leistungen auswirken. Als Beispiele dieser Kriterien nennt das Expertenteam die verpflichtende Übernahme einer Gatekeeper-Funktion, die Lieferung bestimmter Daten, der Beitritt zu einem Versorgungsnetz und die

²² vgl. EDI (2017)

Mitarbeit an einem Disease-Management-Programm. Viele dieser Kriterien haben das Potenzial, die **Versorgungsstruktur** mittelfristig zu **beeinflussen** und damit auch die Entwicklung neuer Vergütungssysteme wie bspw. Komplexpauschalen zu unterstützen.

Mehrjahresverträge in der OKP und der Risikoausgleich

Die parlamentarische Initiative 15.468 «Stärkung der Selbstverantwortung im KVG» wurde im November 2018 zum ersten Mal im Nationalrat behandelt. Der Entwurf der SGK-N sieht eine **verpflichtende Mindestvertragsdauer** bei besonderen Versicherungsformen von drei Jahren vor. Damit möchten die Initianten die «Selbstverantwortung der Versicherten stärken und opportunistische Wechsel von Franchisenhöhe und Modelltyp» unterbinden.

Möchte man die Versicherten bei ihrer Wahl jedoch **nicht einschränken**, wäre eine freiwillige Lösung zu bevorzugen. Dies würde bedeuten, dass man den Versicherern die **Möglichkeit** gibt, Mehrjahresverträge dort vorzusehen, wo es für sie sinnvoll erscheint. Ein Kernargument aus Sicht der Versorgung geht dahin, dass Mehrjahresverträge die Anreize der Versicherer stärken können, in **bessere Versorgungsstrukturen** zu investieren. In Zusammenhang mit Managed Care heisst dies nichts anderes, als dass jene Versicherung von den potenziellen Einsparungen eines Programms profitiert, die dieses auch betreibt. Überall dort, wo die Kosteneinsparungen erst nach einer gewissen Zeit eintreten, besteht für eine Versicherung stets das Risiko, dass ein Versicherter die Kasse bereits wieder verlassen hat und womöglich eine andere Kasse in den Genuss der kostensenkenden Effekte des Programms kommt.

Da die Versicherungen nur Mehrjahresverträge anbieten werden, welche auf eine genügend grosse Nachfrage stossen, reguliert sich das Angebot solcher Modelle durch die Marktkräfte und die freie Wahl des Versicherungsmodells bleibt gewährleistet. Gleichzeitig können sich durch die Mehrjahresverträge tatsächlich die Anreize der Versicherer verbessern, in **neue (integrierte) Versorgungsmodelle** zu investieren, was wiederum **pauschale Vergütungsmodelle** befeuern kann.

Momentan **kein Handlungsbedarf** besteht indessen **beim Risikoausgleich**. Die akkuratere Berücksichtigung chronischer Patienten erfolgt anhand der pharmazeutischen Kostengruppen PCG und tritt ab dem Jahr 2020 in Kraft. Im ersten Probelauf werden 35 PCG berücksichtigt. Die Versicherten werden aufgrund einer Verschreibung gewisser Medikamente in die Gruppen eingeteilt. Aufgrund dieser Neuregelung kommt es zu einer zusätzlichen Umverteilung von Prämienmitteln zu jenen Versicherern mit vielen chronischen Patienten. Damit ergeben sich fairere Wettbewerbsbedingungen und es wird grundsätzlich interessanter, diese Personengruppen zu versichern und adäquat sowie wirtschaftlich – bspw. in Form eines Disease-Management-Programms – zu versorgen.

Ob und wie stark diese verbesserten Anreize in der Praxis aber wirken, hängt in erster Linie davon ab, wie gut der neue Risikoausgleich die entsprechenden Patientengruppen erfasst. Mit den neuen PCG-Variablen können in Zukunft etwa 22 Prozent der Unterschiede in den Kosten der Versicherten erklärt werden; im heutigen System sind es «nur» rund 15 Prozent (Trottmann u. a., 2015). Sicherlich wird es notwendig sein, die Wirksamkeit der Anpassung laufend zu überprüfen und ggf. zu einem späteren Zeitpunkt weitere Verfeinerungen vorzunehmen.



Literaturverzeichnis

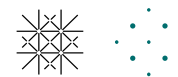
- Bach, P. B., Mirkin, J. N., & Luke, J. J. (2011). Episode-Based Payment for Cancer Care: A Proposed Pilot for Medicare. *Health Affairs*, 30(3), 500–509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0752>
- BAG. (2018). *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. Abgerufen von https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-aufsicht/stat/publications-aos/STAT%20KV%202017%20ZIP%20XLSX.zip.download.zip/_STAT%20KV%202017%20XLSX%20german%20and%20french%20V190207.zip
- Beck, K. (2013). Die Capitation-Finanzierung in der Schweiz- Praktische Erfahrungen. *G+G Wissenschaft*, 13(2), 25–34.
- Berry, S. A., Doll, M. C., McKinley, K. E., Casale, A. S., & Bothe, A. (2009). ProvenCare: Quality Improvement Model for Designing Highly Reliable Care in Cardiac Surgery. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 360. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.025056>
- BFS. (2014a). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik BFS. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/349483/master>
- BFS. (2014b). *Statistik diagnosebezogener Fallkosten* (Statistisches Lexikon der Schweiz). Neuenburg: Bundesamt für Statistik BFS. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/2422598/master>
- BFS. (2016). *Medizinische Statistik der Krankenhäuser: Anzahl der Fälle nach Altersklasse, nach dem SwissDRG Patientenklassifikationssystem* (Statistisches Lexikon der Schweiz). Neuenburg: Bundesamt für Statistik BFS.
- Bloom, J. R., Hu, T.-W., Wallace, N., Cuffel, B., Hausman, J. W., Sheu, M.-L., & Scheffler, R. (2002). Mental Health Costs and Access under Alternative Capitation Systems in Colorado. *Health services research*, 37(2), 315–340. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.025>
- Bolz, N. J., & Iorio, R. (2016). Bundled Payments: Our Experience at an Academic Medical Center. *The Journal of Arthroplasty*, 31(5), 932–935. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2016.01.055>
- Bozic, K. J., Ward, L., Vail, T. P., & Maze, M. (2014). Bundled Payments in Total Joint Arthroplasty: Targeting Opportunities for Quality Improvement and Cost Reduction. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 472(1), 188–193. <https://doi.org/10.1007/s11999-013-3034-3>
- Carrol, C., Chernew, M., Fendrick, A. M., Thomson, J., & Rose, S. (2018). Effects of Episode-Based Payment on Health Care Spending and Utilization: Evidence from Perinatal Care in Arkansas. *Journal of Health Economics*, 61, 47–62. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.06.010>
- Cellissen, E., Geffen, C. van, Struijs, J., Dorst, H. van, Moonen, M. S., Klerkx, M., ... Serrarens, V. (2018). Integrating Care by Payment Reform: A Workshop on the Implementing of Bundled Payments for Birth Care in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 18(s2), 139. <https://doi.org/10.5334/ijic.s2139>
- Cervello, S., Pulcini, M., Massoubre, C., Trombert-Paviot, B., & Fakra, E. (2018). Do Home-Based Psychiatric Services for Patients in Medico-Social Institutions Reduce Hospitalizations? Pre-Post Evaluation of a French Psychiatric Mobile Team. *Psychiatric Quarterly*. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9603-6>
- Chou, A. F., Wallace, N., Bloom, J. R., & Hu, T.-W. (2005). Variation in Outpatient Mental Health Service Utilization Under Capitation. *J Ment Health Policy Econ*, 8(1), 3–14.
- Cutler, D. M., & Ghosh, K. (2012). The Potential for Cost Savings through Bundled Episode Payments. *New England Journal of Medicine*, 366(12), 1075–1077. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1113361>
- de Bakker, D. H., Struijs, J. N., Baan, C. B., Raams, J., de Wildt, J.-E., Vrijhoef, H. J. M., & Schut, F. T. (2012). Early Results from Adoption of Bundled Payment for Diabetes Care in the Netherlands Show Improvement in Care Coordination. *Health Affairs (Project Hope)*, 31(2), 426–433. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0912>

- Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). *Neue Versorgungsmodelle für chronisch Kranke. Hintergründe und Schlüsselemente* (Obsan Dossier 49). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/neue-versorgungsmodelle-fuer-chronisch-krank>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dwyer, D. S., Mitchell, O. S., Cole, R., & Reed, S. K. (1995). *Evaluating Mental Health Capitation Treatment: Lessons from Panel Data*. National Bureau of Economic Research.
- EDI. (2017). *Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung* (Bericht der Expertengruppe). Eidgenössisches Departement des Innern EDI. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Kostendämpfung/kostendaempfungsmassnahmen-bericht-expertengruppe-24082017.pdf.download.pdf/Kostendämpfungsmaßnahmen%20Bericht%20der%20Expertengruppe%20vom%2024.08.2017.pdf>
- Eibner, C., Hussey, P. S., Ridgely, M. S., & McGlynn, E. A. (2009). *Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options* (Technical Report No. 733) (S. 240). Santa Monica, Calif.: RAND Corporation. Abgerufen von https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR733.html
- Felder, S., Kägi, W., Lobsiger, M., Tondelli, T., & Pfinninger, T. (2014). *Leistungs- und Kostenverschiebungen zwischen dem akutstationären und dem spital- und praxisambulanten Sektor*. Basel: B,S,S. Volkswirtschaftliche Beratung AG.
- Felder, S., Meyer, S., Merki, M., Plaza, C., & Gmünder, M. (2017). *Stärkung der (Ergebnis-) Qualität, der Koordination und der Interprofessionalität in bestehenden Abgeltungssystemen*. (Gutachten im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG). Basel: IWSB – Institut für Wirtschaftsstudien Basel.
- Froimson, M. I., Rana, A., White, R. E., Marshall, A., Schutzer, S. F., Healy, W. L., ... Parsley, B. (2013). Bundled Payments for Care Improvement Initiative: The Next Evolution of Payment Formulations: AAHKS Bundled Payment Task Force. *The Journal of Arthroplasty*, 28(8 Suppl), 157–165. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2013.07.012>
- Huber, C., & Wieser, S. (2018). Die Schweiz zahlt hohen Preis für nicht-übertragbare Krankheiten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 99(33), 1054–1056. <https://doi.org/10.4414/saez.2018.06916>
- Hussey, P. S., Eibner, C., Ridgely, M. S., & McGlynn, E. A. (2009). Controlling U.S. Health Care Spending — Separating Promising from Unpromising Approaches. *New England Journal of Medicine*, 361(22), 2109–2111. <https://doi.org/10.1056/NEJMp0910315>
- Lourenço, A. (2016). *Portugal Case Example – Bundled Payment Per Patient Treated*. submitted for the OECD Project on Payment Systems.
- Mannino, D. M., & Buist, A. S. (2007). Global Burden of COPD: Risk Factors, Prevalence, and Future Trends. *The Lancet*, 370(9589), 765–773. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61380-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61380-4)
- Maurer, M., Knöpfler, F., Schmid, R., & Brügger, U. (2017). *Sparpotenziale im Gesundheitswesen – Massnahmen und Instrumente zur Beeinflussung der Kostenentwicklung im Schweizer Gesundheitswesen aus der Perspektive des Kantons Zürich* (Eine Studie im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich). Winterthur: WIG – Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie. Abgerufen von https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/gesundheitskosten/studiezhaw/studie_zhaw_2017_sparpotenziale_gesundheitswesen.pdf.spooler.download.1513171314287.pdf/studie_zhaw_2017_sparpotenziale_gesundheitswesen.pdf



- Miller, D. C., Gust, C., Dimick, J. B., Birkmeyer, N., Skinner, J., & Birkmeyer, J. D. (2011). Large Variations in Medicare Payments for Surgery Highlight Savings Potential from Bundled Payment Programs. *Health Affairs*, 30(11), 2107–2115. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0783>
- Mohnen, S., Baan, C., & Struijs, J. (2015). Bundled Payments for Diabetes Care and Healthcare Costs Growth: A 2-Year Follow-up Study. *AJMC*, 14, 63–70.
- Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* (Obsan Bulletin No. 4/2013). Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf
- Nelson, L. (2012). *Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Disease Management and Care Coordination*. CBO Working Paper 2012-01.
- NHS England. (2017). *National PROMs Programme Guidance*. Leeds UK: NHS England. Abgerufen von <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/09/proms-programme-guidance.pdf>
- Obsan. (2018). *Hospitalisierungsrate in Akutspitälern: Standardisierte Rate pro 1'000 Einwohner/innen*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von <https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/hospitalisierungsrate-akutspitaeln>
- Obsan, & ISPM. (2017). *Versorgungsatlas*. Neuenburg: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Abgerufen von <http://versorgungsatlas.ch/index.php/de/>
- O'Byrne, T. J., Shah, N. D., Wood, D., Nesse, R. E., Killinger, P. J. F., Litchy, W. J., ... Naessens, J. M. (2013). Episode-Based Payment: Evaluating the Impact on Chronic Conditions. *Medicare & Medicaid Research Review*, 3(3). <http://dx.doi.org/10.5600/mmrr.003.03.a07>
- OECD. (2016). *Focus on Better Ways to Pay for Health Care*. Abgerufen von <https://www.oecd.org/els/health-systems/Better-ways-to-pay-for-health-care-FOCUS.pdf>
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Abgerufen von <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
- Perelman, J., Chaves, P., Gago, J., Leuschner, A., Lourenço, A., Mestre, R., ... Caldas de Almeida, J. (2017). Sistema português de saúde mental: avaliação crítica do modelo de pagamento aos prestadores. *Portuguese Journal of Public Health*, 35(3), 155–171. <https://doi.org/10.1159/000486052>
- Porter, M. E., & Kaplan, R. S. (2016, Juli 1). How to Pay for Health Care. *Harvard Business Review*, (July–August 2016). Abgerufen von <https://hbr.org/2016/07/how-to-pay-for-health-care>
- Porter, M. E., Marks, C. M., & Landman, Z. C. (2014a). OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (A). *Harvard Business School Supplement*, 9-714–514.
- Porter, M. E., Marks, C. M., & Landman, Z. C. (2014b). OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (B). *Harvard Business School Supplement*, 9-714–515.
- Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt. (2018). *Regierungsratsbeschluss vom 17. April 2018: Ratschlag „Staatsbeitrag für aufsuchende Angebote „Home Treatment bei High Utilizer“ und „Home Treatment bei Übergangsbehandlung nach stationärer Behandlung“ der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel (UPK) von 2018 bis 2021 (GD/P180408)*.
- Rutten-van Mölken, M. (2014). *Bundled payment for integrated chronic care: the Dutch experience*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- santésuisse, & FMCH. (2018). *Grünes Licht für Pauschalen - FMCH und santésuisse einigen sich auf ambulante Pauschaltarife* (Communiqué). Solothurn. Abgerufen von https://www.santesuisse.ch/fileadmin/sas_content/Communique_vom_09-02-2018_02.pdf

- Shih, T., Chen, L. M., & Nallamothu, B. K. (2015). Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care. *Circulation*, 131(24), 2151–2158. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010393>
- Simcoe, T., Catillon, M., & Gertler, P. (2019). Who Benefits Most in Disease Management Programs: Improving Target Efficiency. *Health Economics*, 28(2), 189–203. <https://doi.org/10.1002/hec.3836>
- Slover, J. D. (2016). You Want a Successful Bundle: What about Post-Discharge Care? *The Journal of Arthroplasty*, 31(5), 936–937. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2016.01.056>
- Struijs, J., Kooistra, M., Heijink, R., & Baan, C. (2017). Toward Integrating Birth Care by Bundled Payments in the Netherlands. Describing the Model and Expectations of Key Stakeholders. *International Journal of Integrated Care*, 17(5), A65. <https://doi.org/10.5334/ijic.3369>
- Struijs, J. N., De Jong-Van Til, J. T., Lemmens, L. C., Drewes, H. W., De Bruin, S. R., & Baan, C. A. (2012). *Three years of bundled payment for diabetes care in the Netherlands: impact on health care delivery process and the quality of care*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment. Abgerufen von <http://rivm.aws.openrepository.com/rivm/handle/10029/261356>
- Struijs, Jeroen N., & Baan, C. A. (2011). Integrating Care through Bundled Payments – Lessons from the Netherlands. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 990–991. <https://doi.org/doi:10.1056/NEJMp1011849>
- SwissDRG AG. (2018). *Regeln und Definitionen zur Fallabrechnung unter SwissDRG - Version Juni 2018* (No. Gültig ab 1.1.2019). Bern: SwissDRG AG.
- Trottmann, M., Telser, H., Stämpfli, D., Hersberger, K. E., Matter, K., & Schwenkglenks, M. (2015). *Übertragung der niederländischen PCG auf Schweizer Verhältnisse: Schlussbericht* (Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit). Olten: Polynomics AG.
- Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M. R. S., & Rutten-van Mölken, M. P. M. H. (2013). Exploring Payment Schemes Used to Promote Integrated Chronic Care in Europe. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(3), 296–304. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.07.007>
- Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M. R. S., & Rutten-van Mölken, M. P. M. H. (2016). Impact of Financial Agreements in European Chronic Care on Health Care Expenditure Growth. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(4), 420–430. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.012>
- Weeks, W. B., Rauh, S. S., Wadsworth, E. B., & Weinstein, J. N. (2013). The Unintended Consequences of Bundled Payments. *Annals of Internal Medicine*, 158(1), 62–64. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-1-201301010-00012>
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., ... Schwenkglenks, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz* (Schlussbericht). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (zhaw). Abgerufen von <https://doi.org/10.5167/uzh-103453>



Anhänge

A) Glossar

Behandlungskomplex:	Summe der im Rahmen der Grundversicherung für die Behandlung einer Erkrankung notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen am Patienten, welche auf evidenzbasierten Behandlungsleitlinien («Guidelines») beruhen.
Chronischer Behandlungskomplex:	Behandlungskomplex in Bezug auf die regelmässige Behandlung und Betreuung eines Patienten mit einer chronischen Erkrankung. Darin enthalten sind sämtliche notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen, welche im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogramms («Disease-Management-Programms» [DMP]) indiziert sind.
Disease-Management-Programm:	Disease-Management-Programme (kurz: DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme, bestehend aus einem System koordinierter Gesundheitsversorgungsmassnahmen und Informationen für Patientenpopulationen mit Krankheitsbildern, bei denen eine aktive Beteiligung der Patienten an der Behandlung zu substantziellen Effekten führen kann (z.B. Diabetes Typ I, Diabetes Typ II, Koronare Herzkrankheit, COPD, Asthma bronchiale).
Elektiver Behandlungskomplex:	Behandlungskomplex in Bezug auf einen chirurgischen oder medizinischen, elektiven Eingriff am Patienten. Darin enthalten sind sämtliche notwendigen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Leistungen vor, während und nach der Intervention mit einem direkten Bezug zum Eingriff.
Ergebnisqualität («Patient Outcome»): gemäss Donabedian (1988)	Veränderungen im gegenwärtigen oder künftigen Gesundheitszustand eines Patienten, die der vorausgegangenen (para-) medizinischen Behandlung zuzuschreiben sind. Die Ergebnisqualität wird meist anhand geeigneter Indikatoren resp. Surrogate geschätzt (d.h. Veränderung des [subjektiven] Gesundheitszustandes, Patientenzufriedenheit, gesundheitsbezogene Lebensqualität).
Komplexpauschale:	Finanzielle Abgeltung eines Behandlungskomplexes in Form eines pauschalen Tarifs, welcher unabhängig von den effektiv entstandenen Kosten für die Leistungserbringung am Patienten ausgezahlt wird. Die Tarifgestaltung erfolgt morbiditätsorientiert und sieht einen variablen Teil vor, dessen Auszahlung an die Ergebnisqualität der Behandlung («Patient Outcome») geknüpft ist. Die Tarifpartner (d.h. Leistungserbringer, Grundversicherer) können eine Aufteilung des finanziellen Erfolgs bzw. Risikos vertraglich vereinbaren.
Vergütungssystem:	Gesamtheit der vertraglich oder amtlich festgelegten Tarife für die Abgeltung einer von einem (oder mehreren) Leistungserbringer(n) erbrachten (para-) medizinischen Leistung. Die Tarife sind oft auf einen spezifischen Gesundheitssektor ausgerichtet und dürfen nur von den dafür zugelassenen Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden.

B) Literaturübersicht

Autor	Jahr	Titel	Zeitschrift	Zusammenfassung (Englisch)	KP-Art	Medizinischer Bereich	Land
Bach, P. B., Mirkin, J. N., & Luke, J. J.	2011	Episode-Based Payment For Cancer Care: A Proposed Pilot For Medicare	<i>Health Affairs</i>	The steady introduction of more and more expensive cancer treatments has prompted policy makers to explore alternative payment approaches that might rein in costs. We propose a framework for "episode-based" payment during chemotherapy treatment, which would cover the costs of drugs and their administration for a predefined period of treatment and would have the potential to reduce costs and improve patient outcomes. Using the example of metastatic lung cancer treatment, we describe an approach that Medicare could pursue in order to test our proposal as a pilot program. If successful, the concept could be expanded to encompass longer time periods, other cancer diagnoses, and additional care components.	Elektiv, aber zeitbasiert	Krebsbehandlung (Lungenkrebs)	USA
de Bakker, D. H., Struijs, J. N., Baan, C. B., Raams, J., de Wildt, J.-E., Vrijhoef, H. J. M., & Schut, F. T.	2012	Early Results from Adoption of Bundled Payment for Diabetes Care in the Netherlands Show Improvement in Care Coordination	<i>Health Affairs</i>	In 2010 a bundled payment system for diabetes care, chronic obstructive pulmonary disease care, and vascular risk management was introduced in the Netherlands. Health insurers now pay a single fee to a contracting entity, the care group, to cover all of the primary care needed by patients with these chronic conditions. The initial evaluation of the program indicated that it improved the organization and coordination of care and led to better collaboration among health care providers and better adherence to care protocols. Negative consequences included dominance of the care group by general practitioners, large price variations among care groups that were only partially explained by differences in the amount of care provided, and an administrative burden caused by outdated information and communication technology systems. It is too early to draw conclusions about the effects of the new payment system on the quality or the overall costs of care. However, the introduction of bundled payments might turn out to be a useful step in the direction of risk-adjusted integrated capitation payments for multidisciplinary provider groups offering primary and specialty care to a defined group of patients.	Chronisch	Diabetes, COPD und kardiovaskuläre Krankheiten	NED
Bolz, N. J., & Iorio, R.	2016	Bundled Payments: Our Experience at an Academic Medical Center	<i>The Journal of Arthroplasty</i>	BACKGROUND: The landscape of health care is transitioning from a fee-for-service model to value-based purchasing. METHODS: We developed evidence-based clinical pathways and risk stratification measures to effectively implement the Bundled Payments for Care Improvement model of value-based purchasing. RESULTS: We decreased patients' length of stay, discharge to inpatient facilities, and cost of an episode of patient care. CONCLUSION: The bundled care payment initiative has been successfully implemented for Diagnosis Related Groups 469 and 470, delivering high-quality patient care at a reduced price.	Elektiv	Knie- und Hüftgelenkersatz	USA
Bozic, K. J., Ward, L., Vail, T. P., & Maze, M.	2014	Bundled Payments in Total Joint Arthroplasty: Targeting Opportunities for	<i>Clinical Orthopaedics and Related Research</i>	BACKGROUND: Understanding the type and magnitude of services that patients receive postdischarge and the financial impact of readmissions is crucial to	Elektiv	Knie- und Hüftgelenkersatz	USA



		Quality Improvement and Cost Reduction		assessing the feasibility of accepting bundled payments. QUESTIONS/PURPOSES: The purposes of this study were to (1) determine the cost and service components of a 30-day total joint arthroplasty (TJA) episode of care; (2) analyze the portion of the total payment that is used for postdischarge services, including home care; and (3) to evaluate the frequency of readmissions and their impact on total episode-of-care payments. METHODS: All payments to Medicare providers (hospitals, postacute care facilities, physicians, and other healthcare providers) for services beginning with the index procedure and extending 30-days postdischarge were analyzed for 250 Medicare beneficiaries undergoing primary or revision TJA from a single institution over 12 months. Payments and services were aggregated by procedure type and categorized as index procedure, postacute care, and related hospital readmissions. RESULTS: Mean episode-of-care payments ranged from USD 25,568 for primary TJA in patients with no comorbidities to USD 50,648 for revision TJA in patients with major comorbidities or complications, with wide variability within and across procedures. Postdischarge payments accounted for 36% of total payments. A total of 49% of patients were transferred to postacute care facilities, accounting for 70% of postdischarge payments. The overall 30-day unplanned readmission rate was 10%, accounting for 11% of postdischarge payments. CONCLUSIONS: Episode-of-care payments for TJAs vary widely depending on the type of procedure, patient comorbidities and complications, discharge disposition, and readmission rates. Postdischarge care accounted for more than one-third of total episode payments and varied substantially across patients and procedures.			
Carrol, C., Chernew, M., Fendrick, A. M., Thomson, J., & Rose, S.	2018	Effects of Episode-Based Payment on Health Care Spending and Utilization: Evidence from Perinatal Care in Arkansas	<i>New England Journal of Medicine</i>	We study how physicians respond to financial incentives imposed by episode-based payment (EBP), which encourages lower spending and improved quality for an entire episode of care. Specifically, we study the impact of the Arkansas Health Care Payment Improvement Initiative, a multi-payer program that requires providers to enter into EBP arrangements for perinatal care, covering the majority of births in the state. Unlike fee-for-service reimbursement, EBP holds physicians responsible for all care within a discrete episode, rewarding physicians for efficient use of their own services and for efficient management of other health care inputs. In a difference-in-differences analysis of commercial claims, we find that perinatal spending in Arkansas decreased by 3.8% overall under EBP, compared to surrounding states. The decrease was driven by reduced spending on non-physician health care inputs, specifically the prices paid for inpatient facility care. We additionally find a limited improvement in quality of care under EBP.	Elektiv / Geburt	Schwangerschaft	USA
Cutler, D. M., & Ghosh, K.	2012	The Potential for Cost Savings	<i>New England Journal of Medicine</i>	A key question about aggregating payments to health care providers is determining whether to bundle services for individual, if extended, episodes of care	Elektiv	245 Arten von Behandlungsepisoden	USA

		through Bundled Episode Payments		or for whole patients. What are the tradeoffs of the two approaches, and how much money could be saved?			
Froimson, M. I., Rana, A., White, R. E., Marshall, A., Schutzer, S. F., Healy, W. L., Parsley, B.	2013	Bundled payments for Care Improvement Initiative: The Next Evolution of Payment Formulations: AAHKS Bundled Payment Task Force	<i>The Journal of Arthroplasty</i>	The Patient Protection and Affordable Care Act contains a number of provision for improving the delivery of healthcare in the United States, among the most impactful of which may be the call for modifications in the packaging of and payment for care that is bundled into episodes. The move away from fee for service payment models to payment for coordinated care delivered as comprehensive episodes is heralded as having great potential to enhance quality and reduce cost, thereby increasing the value of the care delivered. This effort builds on the prior experience around delivering care for arthroplasty under the Acute Care Episode Project and offers extensions and opportunities to modify the experience moving forward. Total hip and knee arthroplasties are viewed as ideal treatments to test the effectiveness of this payment model. Providers must learn the nuances of these modified care delivery concepts and evaluate whether their environment is conducive to success in this arena. This fundamental shift in payment for care offers both considerable risk and tremendous opportunity for physicians. Acquiring an understanding of the recent experience and the determinants of future success will best position orthopaedic surgeons to thrive in this new environment. Although this will remain a dynamic exercise for some time, early experience may enhance the chances for long term success, and physicians can rightfully lead the care delivery redesign process.	Elektiv	Knie- und Hüftgelenkersatz	USA
Hussey, P. S., Eibner, C., Ridgely, M. S., & McGlynn, E. A.	2009	Controlling U.S. Health Care Spending — Separating Promising from Unpromising Approaches	<i>New England Journal of Medicine</i>	-	Elektiv und chronisch	Sechs chronische Erkrankungen (Diabetes, Herzinsuffizienz, Lungenerkrankungen, Asthma, Hypertonie und Erkrankungen der Herzkranzgefäße) sowie vier akute Behandlungsepisoden (Kniegelenkersatz, Hüftgelenkersatz, bariatrische Chirurgie, akuter Herzinfarkt)	USA
Eibner, C., Hussey, P. S., Ridgely, M. S., & McGlynn, E. A.	2009	Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options (Technical Report No	<i>RAND Health</i>	Researchers evaluated more than 20 options to identify promising opportunities for controlling health care costs in Massachusetts. Long-term solutions will require significant investments in information infrastructure and primary care capacity and fundamental change in health care delivery.			
Lourenço, A.	2016	Portugal Case Example – Bundled Payment Per Patient Treated	<i>OECD Better Ways to Pay for Health Care</i>	-	Chronisch	Pilot: HIV/AIDS	POR
McClellan, M.	2011	Reforming Payments to Healthcare Providers	<i>Journal of Economic Perspectives</i>	This paper focuses on a broad movement toward a fundamentally different way of paying healthcare providers. The approach reaches beyond the old dichotomies about whether healthcare providers are reimbursed on a fee-for-service or a "capitated" or per-person payment. Instead, these reforms seek to create direct linkages between payments to healthcare providers and measures of the quality and efficiency of care. After an overview of payment reforms for healthcare providers and their welfare implications, this paper discusses a range of empirical studies. These often small-scale studies suggest	-	-	USA



				that provider payment reforms in conjunction with greater attention to improving measurements of care quality and outcomes can have a significant impact on quality of care and, in some cases, resource use and costs of care.			
Miller, D. C., Gust, C., Dimick, J. B., Birkmeyer, N., Skinner, J., & Birkmeyer, J. D.	2011	Large Variations In Medicare Payments For Surgery Highlight Savings Potential From Bundled Payment Programs	<i>Health Affairs</i>	Payers are considering bundled payments for inpatient surgery, combining provider reimbursements into a single payment for the entire episode. We found that current Medicare episode payments for certain inpatient procedures varied by 49–130 percent across hospitals sorted into five payment groups. Intentional differences in payments attributable to such factors as geography or illness severity explained much of this variation. But after adjustment for these differences, per episode payments to the highest-cost hospitals were higher than those to the lowest-cost facilities by up to \$2,549 for colectomy and \$7,759 for back surgery. Post-discharge care accounted for a large proportion of the variation in payments, as did discretionary physician services, which may be driven in turn by variations in surgeons' practice styles. Our study suggests that bundled payments could yield sizable savings for payers, although the effect on individual institutions will vary because hospitals that were relatively expensive for one procedure were often relatively inexpensive for others. More broadly, our data suggest that many hospitals have considerable room to improve their cost efficiency for inpatient surgery and should look for patterns of excess utilization, particularly among surgical specialties, other inpatient specialist consultations, and various types of postdischarge care.	Elektiv	Hüftgelenkersatz, koronare Bypass-Operation, Rückenoperation und Kolektomie	USA
Miller, H.	2018	From Volume to Value: Better ways to pay for health care	<i>Health Affairs</i>	Payment systems for health care today are based on rewarding volume, not value for the money spent. Two proposed methods of payment, "episode-of-care payment" and "comprehensive care payment" (condition-adjusted capitation), could facilitate higher quality and lower cost by avoiding the problems of both fee-for-service payment and traditional capitation. The most appropriate payment systems for different types of patient conditions and some methods of addressing design and implementation issues are discussed. Although the new payment systems are desirable, many providers are not organized to accept or use them, so transitional approaches such as "virtual bundling," described in this paper, will be needed.	Elektiv	Gelenkersatz, Bypass	USA
Mohnen, S., Baan, C., & Struijs, J.	2015	Bundled Payments for Diabetes Care and Healthcare Costs Growth: A 2-Year Follow-up Study	<i>The American Journal of Accountable Care</i>	Disease management programs for diabetes care based on bundled payment did not slow down the cost growth. Multimorbid adult patients with diabetes had largest cost growth.	Chronisch	Typ-2-Diabetes	NED
Nelson, L.	2012	Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Disease Management and Care Co-ordination	<i>CBO Working Paper</i>	This paper summarizes the results of Medicare demonstrations of disease management and care coordination programs. Such programs seek to improve the health care of people who have chronic conditions or whose health care is expected to be particularly costly, and they seek to reduce the costs of providing health care to those people. In six major demonstrations over the past decade, Medicare's administrators have paid 34 programs to provide disease	Chronisch	vor allem Herzinsuffizienz, koronare Herzerkrankungen, Diabetes	USA

				management or care coordination services to beneficiaries in Medicare's fee-for-service sector. All of the programs in those demonstrations sought to reduce hospital admissions by maintaining or improving beneficiaries' health, and that reduction was a key mechanism through which they expected to reduce Medicare expenditures. On average, the 34 programs had no effect on hospital admissions or regular Medicare expenditures (that is, expenditures before accounting for the programs' fees). There was considerable variation in the estimated effects among programs, however. Programs in which care managers had substantial direct interaction with physicians and significant in-person interaction with patients were more likely to reduce hospital admissions than programs without those features. After accounting for the fees that Medicare paid to the programs, however, Medicare spending was either unchanged or increased in nearly all of the programs.			
O'Byrne, T. J., Shah, N. D., Wood, D., Nesse, R. E., Killinger, P. J. F., Litchy, W. J., Naessens, J. M.	2013	Episode-Based Payment: Evaluating the Impact on Chronic Conditions	<i>Medicare & Medicaid Research Review</i>	This study explores two currently available episode classification methods that could be used to develop episode payments for patients with chronic diseases. Episode-based payments should not be used as a payment method for treating chronic diseases until the issues analyzed here are better understood.	Chronisch	Diabetes, Herzkrankheiten	USA
Perelman, J., Chaves, P., Gago, J., Leuschner, A., Lourenço, A., Mestre, R., Caldas de Almeida, J.	2017	Portuguese Mental Health System: Critical Evaluation of the Providers' Payment Model	<i>Portuguese Journal of Public Health</i>	The 2007–2016 National Plan of Mental Health points out several limitations of the mental health Portuguese system, such as bad access, a healthcare excessively concentrated on hospitals, lack of resources, and insufficient prevention. One way of dealing with such problems is to design a new model of payment to mental healthcare providers, which is only possible if we know the current model, its strengths and weaknesses, and the incentives it creates. That is what we do in this paper, with a special focus on primary and secondary care, on the basis of the theoretical and empirical literature, and the realization of a focus group with national mental health and financing experts. We conclude that primary care services have few incentives to be involved in the prevention and treatment of mental health disorders, as they benefit from conducting a large number of short-duration consultations and from reaching goals not related to mental health. The payment of "Entidade Pública Empresarial" hospitals is highly focused on the activity level and less on care integration. It includes a fee that depends on the number of days or episodes of inpatient stays, or on the number of medical acts, which makes it difficult for hospitals to have a global view of the patients' health status. However, the indicators defined for these providers and the inexistence of a cost reimbursement mechanism favor efficiency in healthcare provision. Community healthcare, which the literature defends to be effective, is incentivized by a specific fee, which, however, does not seem to be used in practice. In general, although having some interesting features, the current payment model for mental healthcare providers will benefit from a redesign which leads providers to have a global view of the patients' health	Chronisch	Psychische Gesundheit (nicht näher spezifiziert)	POR



				status and to make an effective use of community care.			
Porter, M. E., Marks, C. M., & Landman, Z. C.	2014	OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (A)	<i>Harvard Business School Supplement</i>	It was the waiting that drew the attention of the Stockholm County Council. In 2008, patients seeking a hip or knee replacement in Stockholm County faced wait times of up to two years of sometimes debilitating pain, intermittent missed work and income, and the trials of disability. Seeking a new model to lower wait times, but also improve patient choice of care, County Council Senior Medical Adviser, Dr. Holger Stalberg, set out to create a bundled payment system for hip and knee replacements in the County. The new model, called OrthoChoice, was set to go into operation on January 1, 2009.	Elektiv	Knie- und Hüftgelenkersatz	SWE
Porter, M. E., Marks, C. M., & Landman, Z. C.	2014	OrthoChoice: Bundled Payments in the County of Stockholm (B)	<i>Harvard Business School Supplement</i>	By the end of 2008, all major hospitals (one of which was private) and three private specialized orthopedic centers signed OrthoChoice contracts. In 2009, hip and knee replacements in the County of Stockholm for relatively healthy patients began being reimbursed. By 2013, OrthoChoice had covered 12,531 hip and knee replacements, accounting for 59% of such operations for county residents. Total payments were SEK 704.5 million (\$109.4 million). Dr. Holger Stalberg and his team at the Stockholm County Council (SLL) were reviewing the results of the new payment approach and considering how to improve the model.	Elektiv	Knie- und Hüftgelenkersatz	S
Shih, T., Chen, L. M., & Nallamothu, B. K.	2015	Will Bundled Payments Change Health Care? Examining the Evidence Thus Far in Cardiovascular Care	<i>Circulation</i>	-	Elektiv	Bypass	USA
Slover, J. D.	2016	You Want a Successful Bundle: What About Post-Discharge Care? The Journal of Arthroplasty, 31(5)	<i>The Journal of Arthroplasty</i>	BACKGROUND: The postacute care strategies after total joint arthroplasty, including the use of postacute rehabilitation centers and home therapy services are associated with different costs. Providers in bundled payment programs are incentivized to use the most cost-effective strategies while maintaining quality and value for patients. METHODS: We discuss the impact of postacute care on a bundled payment program and strategies for optimizing the value of this component of the care episode using the experience of a large academic urban medical center participating in the Centers for Medicare and Medicaid Services Bundled Payments for Care Improvement Initiative. RESULTS: The results of this analysis show that efforts to increase the use of home discharge and decrease the use of postacute facilities after elective primary total hip and knee arthroplasties can lead to cost-effective quality care with a high degree of patient satisfaction. CONCLUSION: The postdischarge period is a significant part of a bundled payment episode. To manage a successful bundled payment program in total joint arthroplasty, significant efforts to coordinate care during this episode are needed for patients to receive quality care that meets their expectations.	Elektiv	Gelenkersatz	USA
Sood	2011	Medicare's Bundled Payment Pilot for Acute and Post Acute Care: Analysis	<i>Health Affairs</i>	In the National Pilot Program on Payment Bundling, a subset of Medicare providers will receive a single payment for an episode of acute care in a hospital, followed by postacute care in a skilled	Elektiv	Knie- und Hüftgelenkersatz	USA

		and Recommendations		nursing or rehabilitation facility, the patient's home, or other appropriate setting. This article examines the promises and pitfalls of bundled payments and addresses two important design decisions for the pilot: which conditions to include, and how long an episode should be. Our analysis of Medicare data found that hip fracture and joint replacement are good conditions to include in the pilot because they exhibit strong potential for cost savings. In addition, these conditions pose less financial risk for providers than other common ones do, so including them would make participation in the program more appealing to providers. We also found that longer episode lengths captured a higher percentage of costs and hospital readmissions while adding little financial risk. We recommend that the Medicare pilot program test alternative design features to help foster payment innovation throughout the health system.			
Struijs, J. N., De Jong-Van Til, J. T., Lemmens, L. C., Drewes, H. W., De Bruin, S. R., & Baan, C. A.	2012	Three Years of Bundled Payment for Diabetes Care in the Netherlands: Impact on Health Care Delivery Process and the Quality of Care	<i>National Institute for Public Health and the Environment Report</i>	Since 2007 it is possible to purchase chronic diabetes care by bundled payments. The effects of this payment reform on the health care delivery process and quality of care are described in this report. Several changes in the health care delivery process were observed. For instance, many tasks of GPs were delegated to practice nurses. Eye examinations were more often performed by optometrists than by ophthalmologists. Patient involvement in the health care delivery process is limited. In addition, patients were not always informed about their participation in a care program delivered by a care group. Also, self-management support provided by healthcare providers is still underdeveloped. The effects of bundled payments on the quality of care are not easy to interpret. After a three-year follow-up period, a modest improvement is visible on most process indicators. Most outcome indicators improved as well. For instance, the percentage of patients whose blood pressure or cholesterol level was conform the standards improved by 6 and 10 percentage points respectively. It is unclear whether these changes are clinically relevant. Long-term effects of bundled payments such as the prevention of complications cannot be determined. The transparency of care delivered increased but is still suboptimal. Current IT-systems do not fulfill the increasing information needs of stakeholders, which is partly due to a lack of uniformity how to register health care quality information. Insight in the long-term effects of bundled payments is important to estimate the potentials of bundled payments on its true value.	Chronisch	Typ-2-Diabetes	NL
Struijs, Jeroen N., & Baan, C. A.	2011	Integrating Care through Bundled Payments - Lessons from the Netherlands	<i>New England Journal of Medicine</i>	-	Chronisch	Diabetes, COPD und kardiovaskuläre Risiken	NL
Tsiachristas, A., Dijkers, C., Boland, M. R. S., & Rutten-van	2016	Impact of Financial Agreements in European Chronic Care on Health Care Expenditure Growth	<i>Health Policy</i>	Various types of financial agreements have been implemented in Europe to reduce health care expenditure by stimulating integrated chronic care. This study used difference-in-differences (DID) models to estimate differences in health	Chronisch	verschiedene	Europa



Mölken, M. P. M. H.				care expenditure trends before and after the introduction of a financial agreement between 9 intervention countries and 16 control countries. Intervention countries included countries with pay-for-coordination (PFC), pay-for-performance (PFP), and/or all inclusive agreements (bundled and global payment) for integrated chronic care. OECD and WHO data from 1996 to 2013 was used. The results from the main DID models showed that the annual growth of outpatient expenditure was decreased in countries with PFC (by 21.28 US\$ per capita) and in countries with all-inclusive agreements (by 216.60 US\$ per capita). The growth of hospital and administrative expenditure was decreased in countries with PFP by 64.50 US\$ per capita and 5.74 US\$ per capita, respectively. When modelling impact as a non-linear function of time during the total 4-year period after implementation, PFP decreased the growth of hospital and administrative expenditure and all-inclusive agreements reduced the growth of outpatient expenditure. Financial agreements are potentially powerful tools to stimulate integrated care and influence health care expenditure growth. A blended payment scheme that combines elements of PFC, PFP, and all-inclusive payments is likely to provide the strongest financial incentives to control health care expenditure growth.			
Tsiachristas, A., Dikkers, C., Boland, M. R. S., & Rutten-van Mölken, M. P. M. H.	2013	Exploring Payment Schemes Used to Promote Integrated Chronic Care in Europe	Health Policy	The rising burden of chronic conditions has led several European countries to reform healthcare payment schemes. This paper aimed to explore the adoption and success of payment schemes that promote integration of chronic care in European countries. A literature review was used to identify European countries that employed pay-for-coordination (PFC), pay-for-performance (PFP), and bundled payment schemes. Existing evidence from the literature was supplemented with fifteen interviews with chronic care experts in these countries to obtain detailed information regarding the payment schemes, facilitators and barriers to their implementation, and their perceived success. Austria, France, England, the Netherlands, and Germany have implemented payment schemes that were specifically designed to promote the integration of chronic care. Prominent factors facilitating implementation included stakeholder cooperation, adequate financial incentives for stakeholders, and flexible task allocation among different care provider disciplines. Common barriers to implementation included misaligned incentives across stakeholders and gaming. The implemented payment schemes targeted different stakeholders (e.g. individual caregivers, multidisciplinary organizations of caregivers, regions, insurers) in different countries depending on the structure and financing of each health care system. All payment reforms appeared to have changed the structure of chronic care delivery. PFC, as it was implemented in Austria, France and Germany, was perceived to be the most successful in increasing collaboration within and across healthcare sectors, whereas PFP, as it was implemented in England and France, was perceived most successful in improving other indicators of the quality of the care	Chronisch	verschiedene	Europa

				process. Interviewees stated that the impact of the payment reforms on healthcare expenditures remained questionable. The success of a payment scheme depends on the details of the specific implementation in a particular country, but a combination of the schemes may overcome the barriers of each individual scheme.		
Weeks, W. B., Rauh, S. S., Wadsworth, E. B., & Wein- stein, J. N.	2013	The Unintended Consequences of Bundled Payments	<i>Annals of In- ternal Medi- cine</i>	Consensus is building that episode-based bundled payments can produce substantial Medicare savings, and the Center for Medicare & Medicaid Innovation's Bundled Payment Initiative endorses this concept. The program generates potential cost savings by reducing the historic cost of time-defined episodes of care, provided through a discount. Although bundled payments can reduce waste primarily in the postacute care setting, concerns arise that, in an effort to maintain income levels that are necessary to cover fixed costs, providers may change their behaviors to increase the volume of episodes. Such actions would mitigate the savings that Medicare might have accrued and may perpetuate the fee-for-service payment mechanism, with episodes of care becoming the new service. Although bundled payments have some advantages over the current reimbursement system, true cost-savings to Medicare will be realized only when the federal government addresses the use issue that underlies much of the waste inherent in the system and provides ample incentives to eliminate capacity and move toward capitation.	Elektiv	- USA



C) Fragebogen der elektronischen Stakeholderbefragung

Fragebogen (Teil 1)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Komplexpauschalen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP)

Bitte wählen Sie eine Sprache aus. / Veuillez s'il vous plaît choisir une langue.



Deutsch



Français

Begrüssung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir heissen Sie im Namen des Bundesamtes für Gesundheit BAG herzlich willkommen zur Umfrage zum Thema
«**Komplexpauschalen in der OKP**».

Die Befragung zielt darauf ab, im Rahmen eines Forschungsmandats die Meinung eines ausgesuchten Adressatenkreises im Hinblick auf die Einführung von Komplexpauschalen einzufangen. Mit den Ergebnissen möchten wir eine qualitative Aussage zur **Akzeptanz innovativer Vergütungsmodelle bei den Leistungserbringern, den Grundversicherern und den Kantonen** machen können. Sie werden während der Umfrage Gelegenheit haben, sich zu den Vor- und Nachteilen resp. den Chancen und Risiken pauschalierter Vergütungssysteme zu äussern. In einem zweiten Teil werden Sie zu den **Rollen des Bundes, der Kantone und der Tarifpartner** bei der Umsetzung neuartiger Tarifsysteme befragt.

Für das Ausfüllen der Umfrage sind **max. 15 Minuten** vorgesehen. In einer zweiten, verkürzten Befragungsrunde (ca. Anfang Dez. 2018, max. 10 Minuten) werden Sie die Antworten der übrigen Befragungsteilnehmer in einer aggregierten Form erhalten (Durchschnittswerte und Tendaussagen). Danach haben Sie die Möglichkeit, Ihre Einschätzungen und Meinungen nochmals anzupassen resp. zu präzisieren. Die Endergebnisse der Befragung fliessen anonymisiert in den Schlussbericht des Gutachtens mit ein, welches im Laufe des nächsten Jahres publiziert werden wird.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Dr. Stefan Meyer
Projektleiter IWSB

Wichtiger Hinweis: Die Umfrage wird von einem unabhängigen Institut mit Sitz in Basel durchgeführt. Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat weder Zugriff auf die ausgefüllten Formulare noch auf irgendwelche Einzeldaten, die einen Rückschluss auf die befragte Institution zulassen.

Allgemeine Informationen zur Institution

Name der Institution *

Angaben zur Kontaktperson *

Vor- und Nachname

Funktion

E-Mail

Telefon

Definition von Komplexpauschalen

Im OKP-Bereich kommen heute eine **Vielzahl unterschiedlicher Vergütungssysteme** zum Einsatz wie die Einzelleistungsvergütung (Tarmed), Fallpauschalen (SwissDRG), Tagespauschalen, Sitzungspauschalen, Stundensätze, administrierte Höchstpreise etc.

Eine sogenannte Komplexpauschale (KP) **bündelt** hingegen einen Grossteil der für die Behandlung einer Erkrankung notwendigen Leistungen und vergütet diese **pauschal**. Das Projektteam hat für die Vergütung über KP anfänglich **drei Anwendungsgebiete** identifiziert:

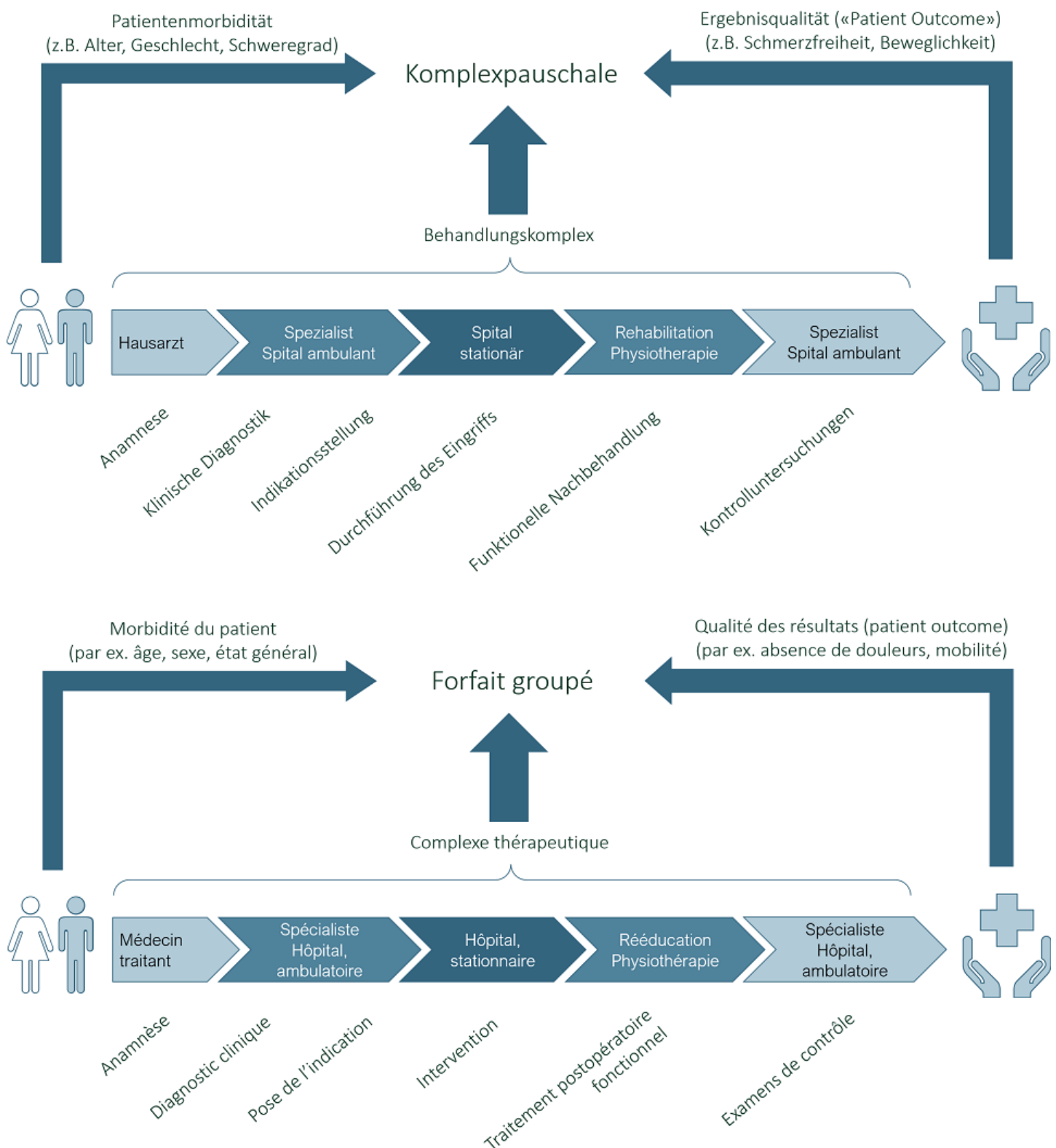
- Grundversorgung chronischer Patient/Innen (z.B. Diabetes, COPD, Hypertonie, Koronare Herzkrankheit, Asthma)
- Elektive (planbare) Eingriffe im orthopädischen und kardiologischen Bereich (z.B. Erstimplantation eines Hüftgelenks)
- Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenes

KP haben die Eigenschaft, dass sie sich auf evidenzbasierte Behandlungspfade und Guidelines stützen. Ein konkretes Beispiel für eine KP sehen Sie auf der nächsten Seite. Die Höhe der KP hängt nicht nur von der Art der Erkrankung ab (z.B. Diabetes Typ II), sondern wird an die **Morbidität des Patienten** gekoppelt (d.h. Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand).

Ein wesentlicher Unterschied zur heutigen Vergütung ist der **Einbezug der Ergebnisqualität** («Patient Outcome»). Ein Teil der Komplexpauschale wird an der **Wirkung der Behandlung** festgemacht (z.B. 10 Prozent des Betrags). Je wirkungsvoller die Behandlung für den Patienten ist, desto höher fällt der Tarif aus. Für einen elektiven Eingriff könnte dies die Veränderung bei der Schmerzbelastung oder der Beweglichkeit sein. Bei der Versorgung chronischer Erkrankungen können diverse Indikatoren herangezogen werden, welche die Langfristigkeit des Behandlungserfolgs widerspiegeln (z.B. Langzeit-Blutzucker «HbA1c» bei Diabetiker/Innen).

Funktionsweise der Komplexpauschalen im Detail

Beispiel für eine Komplexpauschale (KP) bei elektiven Eingriffen (z.B. Erstimplantation Knieprothese)



Im obigen Beispiel werden alle hier aufgeführten Leistungen - von der Anamnese bis hin zu den Nachkontrollen - zu einem Behandlungskomplex zusammengefasst. Die pauschale Vergütung der Leistungserbringer erfolgt dann unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands des Patienten vor dem Eingriff (Patientenmorbidity) und dem Zugewinn an Lebensqualität für die operierte Person (Ergebnisqualität).

Anwendungsgebiete von Komplexpauschalen

Bei welchen der drei genannten Anwendungsbereiche sehen Sie einen Handlungsbedarf in Bezug auf die Vergütung im OKP-Bereich? *

	sehr grosser Bedarf	grosser Bedarf	geringer Bedarf	kein Bedarf	weiss nicht keine Antwort
Grundversorgung chronischer Patient/Innen	☐	☐	☐	☐	☐
Elektive (planbare) Eingriffe (orthopädisch, kardiologisch)	☐	☐	☐	☐	☐
Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenes	☐	☐	☐	☐	☐

Kommentar

Grundsätzliche Einstellung zu den Komplexpauschalen

**Wie beurteilen Sie Komplexpauschalen im direkten Vergleich zu den heutigen Vergütungssystemen?
Komplexpauschalen... ***

Bitte geben Sie ihre Einschätzung zu den einzelnen Hypothesen bekannt. Sie haben unten die Möglichkeit, eigene Hypothesen zu formulieren und zu beurteilen.

	++	+	0	-	--	weiss nicht keine Antwort
stellen den Patientennutzen in den Vordergrund	☐	☐	☐	☐	☐	☐
schaffen Anreize für eine integrierte Versorgung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
erhöhen die Qualität der Behandlung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vergüten «Leistung statt Menge»	☐	☐	☐	☐	☐	☐
überwälzen das finanz. Risiko auf die Leistungserbringer	☐	☐	☐	☐	☐	☐
fördern «ambulant vor stationär»	☐	☐	☐	☐	☐	☐
steigern den Nutzen des Patientendossiers	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Vor- und Nachteile von Komplexpauschalen

Wo sehen Sie die grössten Stärken resp. die wesentlichen Vorteile von KP im Vergleich zum heutigen System?

Sie können ganze Sätze formulieren oder stichwortartig antworten.

Wo sehen Sie die grössten Schwächen resp. die wesentlichen Nachteile von KP im Vergleich zum heutigen System?

Sie können ganze Sätze formulieren oder stichwortartig antworten.

Insgesamt beurteile ich den Ansatz, für spezifische Erkrankungen und Eingriffe Komplexpauschalen einzuführen, als... *

- ☐ ...sehr sinnvoll
- ☐ ...eher sinnvoll
- ☐ ...eher nicht sinnvoll
- ☐ ...gar nicht sinnvoll
- ☐ weiss nicht/keine Antwort

Frage zur Rollenverteilung bei der Implementierung von KP

Welche(n) Stakeholder sehen Sie in der Pflicht, die Einführung neuer Vergütungsmodelle voranzutreiben?

Mehrfachnennungen sind möglich

- ☐ Spitäler/Spitalverbände
- ☐ Ärzteverbände
- ☐ andere Leistungserbringer (Pflegeheime, Spitex, Apotheken etc.)
- ☐ Kantone/GDK
- ☐ Bund
- ☐ Grundversicherer/Versichererverbände
- ☐

Stellen Sie sich zum Schluss bitte vor, es würde tatsächlich über die Einführung von KP in der OKP diskutiert. Welche rechtlichen, finanziellen, strukturellen oder organisatorischen Voraussetzungen müssten erfüllt sein, damit Ihre Institution eine Umsetzung (aktiv oder passiv) unterstützen würde?

Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben. Sobald die Ergebnisse ausgewertet wurden, erhalten Sie eine separate Einladung zur zweiten Befragungsrunde.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.

Fragebogen (Teil 2)



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Institut für Wirtschaftsstudien Basel
Fachbereich Gesundheit



Komplexpauschalen in der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP): Zweite Befragungsrunde

Bitte wählen Sie eine Sprache aus. / Veuillez s'il vous plaît choisir une langue.



Deutsch



Français

Begrüssung

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir heissen Sie im Namen des Bundesamtes für Gesundheit BAG herzlich willkommen zur zweiten Befragungsrunde zum Thema «**Komplexpauschalen in der OKP**». Für das Ausfüllen der Umfrage sind **5 bis 10 Minuten** vorgesehen.

Die erste Befragungsrunde vom November 2018 zielte darauf ab, die allgemeine Haltung der Stakeholder zu den Komplexpauschalen einzufangen. Eine **Kurzzusammenfassung** der wichtigsten Ergebnisse entnehmen Sie der **nächsten Seite**.

In dieser zweiten Befragungsrunde möchten wir gerne wissen, was Sie von einer spezifischen Förderung von Komplexpauschalen im Rahmen des **Experimentierartikels** halten. Die Endergebnisse der Befragung fliessen anonymisiert in den Schlussbericht des Gutachtens mit ein, das im Laufe dieses Jahres publiziert werden wird.

Wir danken Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Dr. Stefan Meyer
Projektleiter IWSB

Wichtiger Hinweis: Die Umfrage wird von einem unabhängigen Institut mit Sitz in Basel durchgeführt. Das Bundesamt für Gesundheit BAG hat weder Zugriff auf die ausgefüllten Formulare noch auf irgendwelche Einzeldaten, die einen Rückschluss auf die befragte Institution zulassen.

Zusammenfassung der Umfrageergebnisse der ersten Runde

Von den 21 Institutionen nahmen insgesamt 16 Verbände und Kantone an der ersten Befragungsrunde teil. 15 davon haben den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Folgende **Hauptergebnisse** lassen sich aus der Befragung ableiten:

- 13 Institutionen halten es für **sehr sinnvoll** oder **eher sinnvoll**, für spezifische Erkrankungen und Eingriffe Komplexpauschalen einzuführen. Bei der **Grundversorgung chronischer Patientinnen und Patienten** verorten 12 von 16 Institutionen einen **grossen** bzw. **sehr grossen** Handlungsbedarf in Bezug auf das Vergütungssystem. Bei den elektiven Eingriffen (10 Nennungen) und der Geburtshilfe (7) sind es weniger.
- Mehrheitlich zustimmend beurteilt wurden die **Thesen**, dass Komplexpauschalen die integrierte Versorgung fördern (15 Nennungen), die Qualität der Behandlung erhöhen (13), den Patientennutzen in den Vordergrund stellen (12), «Leistung statt Menge» vergüten (12), «ambulant vor stationär» fördern (9) und den Nutzen des Patientendossiers steigern (9).
- Als **Vorteile resp. Stärken** der Komplexpauschalen wurden die positiven Anreize für die integrierte Versorgung genannt (7 Nennungen), die Fokussierung auf den Wert der Behandlung (5), die Überwindung von Systemgrenzen (4) und die Reduktion der administrativen Belastung (4). Als gewichtige **Nachteile resp. Schwächen** wurden mehrfach genannt: eine potenzielle Unterversorgung von Patientengruppen/Risikoselektion, Abgrenzungsprobleme beim Leistungsumfang resp. der Definition der Komplexe und Schwierigkeiten bei der Aufteilung der Pauschalen auf die verschiedenen Leistungserbringer (jeweils 4 Nennungen).
- Die teilnehmenden Institutionen sehen vor allem die Versicherer/Versichererverbände (11 Nennungen), die Ärzteverbände (8) sowie die Spitäler (8) **in der Pflicht**, innovative **Vergütungssysteme voranzutreiben**. Als Kommentar zur Frage wurde mehrmals darauf hingewiesen, dass grundsätzlich alle «Gesundheitsfachpersonen des OKP-Bereichs», «alle Berufe des Gesundheitswesens», «alle gemeinsam», «Kanton + Versicherer + Bund» und auch «UVG/IV/MV» am Prozess beteiligt sein sollten. Dies wird als starkes Zeichen gedeutet, dass nur eine Lösung als sinnvoll erachtet wird, die von **allen betroffenen Stakeholdern** mitentwickelt und entsprechend auch mitgetragen wird.

Allgemeine Informationen zur Institution

Name der Institution *

Angaben zur Kontaktperson *

Vor- und Nachname	
Funktion	
E-Mail	
Telefon	

Hintergrund

Der Bundesrat hat im vergangenen Jahr die **Massnahmen zur Kostendämpfung - Paket 1** in die Vernehmlassung geschickt. Ein Schwerpunkt liegt auf der Einführung eines **Experimentierartikels**, der innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» KVG-Rahmens ermöglichen soll. In einer **Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI)** soll zu einem späteren Zeitpunkt geregelt werden, in welchen Bereichen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer **vom KVG abweichen** dürfen, um die Pilotprojekte durchführen zu können.

Das Projektteam kommt in seiner bisherigen Analyse zum Schluss, dass der Experimentierartikel ein **gutes Instrument** darstellt, um Komplexpauschalen zeitlich und räumlich begrenzt zu testen und deren Wirkung zu beurteilen. Wir haben nun einige Fragen an Sie, was die Umsetzung des Experimentierartikels in Zusammenhang mit Komplexpauschalen anbetrifft.

Allgemeine Haltung zum Experimentierartikel

Sie wurden als Verband/Kanton ebenfalls zur Vernehmlassung der «KVG-Revision: Massnahmen zur Kostendämpfung – Paket 1» eingeladen. Wie stehen Sie dem Experimentierartikel ganz allgemein gegenüber? *

Sie können Ihre Auswahl im Kommentarfeld erläutern.

- ☐ positiv
- ☐ negativ
- ☐ weder noch
- ☐ weiss nicht / keine Antwort

Kommentar

Halten Sie den Experimentierartikel für ein zielführendes Instrument, um neue Vergütungsmodelle wie Komplexpauschalen zu erproben? *

Sie können Ihre Auswahl im Kommentarfeld erläutern.

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiss nicht / keine Antwort

Kommentar

Beurteilung einer konkreten Projektidee «Disease-Management-Programm»

Nehmen Sie nun an, eine kantonale Krankenkasse lanciert im Rahmen des Experimentierartikels ein **Disease-Management-Programm (DMP)** für Patienten mit der Diagnose «Diabetes Typ 2». Für das Pilotprojekt initiiert sie **ambulante Kompetenzzentren**, die Hausärzte, Diabetologen und eine Diabetesberatung unter einem Dach vereinen. Diese Kompetenzzentren behandeln eingeschriebene Diabetespatienten und erhalten im Gegenzug eine Vergütung über **Komplexpauschalen**. Die Krankenkasse und die Leistungserbringer legen die Einzelheiten vertraglich fest (d.h. Zusammensetzung und Höhe der Vergütung, eingeschlossene Leistungen, Behandlungsleitlinien etc.)

Versicherte, bei welchen Diabetes diagnostiziert wird, haben neu die Möglichkeit, sich entweder konventionell behandeln zu lassen **oder** sich in diesem DMP einzuschreiben und für die Behandlung in Zusammenhang mit dem Diabetes ein Kompetenzzentrum aufzusuchen. Für medizinische Behandlungen ohne direkten Bezug zur Diabeteserkrankung ändert sich für den Versicherten hingegen nichts. Die Regeln des gewählten Versicherungsmodells bleiben unabhängig davon bestehen (z.B. Standard, Hausarzt, HMO).

[illegible]

Kommentar

Einführung eines «Experimentierfonds»

Das Projektteam macht den Vorschlag, die Pilotprojekte im Rahmen des Experimentierartikels zusätzlich finanziell zu fördern (z.B. anhand eines Experimentierfonds). Dieses Geld soll als eine Art Anstossfinanzierung genutzt werden, um die anfänglichen Investitionskosten solcher Piloten zu decken. Die Idee eines Experimentierfonds beurteile ich als... *

Bitte beurteilen Sie den Experimentierfonds unabhängig davon, wer diesen finanzieren soll.

- ☐ ...sehr gut
- ☐ ...eher gut
- ☐ ...weder gut noch schlecht
- ☐ ...eher schlecht
- ☐ ...sehr schlecht
- ☐ weiss nicht / keine Antwort

Wer kommt für die Finanzierung eines Experimentierfonds in Frage? Bitte beantworten Sie die Frage auch dann, wenn Sie der Einführung eines Fonds negativ gegenüberstehen.

Mehrfachnennungen sind möglich.

- ☐ Bund
- ☐ Kantone
- ☐ Versicherer/Umlage von Prämien
- ☐

Kommentar

Wir danken Ihnen herzlich, dass Sie an der zweiten Befragungsrunde teilgenommen haben. Sobald die Studie vom BAG publiziert wurde, werden wir Sie davon in Kenntnis setzen.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.