



Die Antwort auf die Frage, welche Vergütungssysteme für die Versorgung kranker Menschen gelten sollen, fällt je nach Interessenlage unterschiedlich aus. In der Regel befürworten Kostenträger Fallpauschalen, während Ärzte und Spitäler die Vergütung nach tatsächlich erbrachter Leistung favorisieren. Während Kostenträger argumentieren, dass man die Gesamtkosten im Blick behalten müsse, damit das Geld für viele Patienten reicht, warnen Ärzte und Spitäler, dass individuell eigentlich notwendige, aber über das Durchschnittsmass hinausgehende Massnahmen künftig mangels Vergütung unterlassen werden müssten. So weit, so umstritten.

Wirtschaftsfachleute der Universität Bonn haben nun in einem Experiment herauszufinden versucht, ob objektiv messbare Unterschiede für die Patientenversorgung

0 (nichts) bis 7,5 (alle Massnahmen). Bei der Pauschalabrechnung bekommt der Arzt immer 12 Franken, egal ob er überhaupt nichts verordnet oder alles. Das heisst aber auch, dass sein Gewinn sinkt, wenn er mehr verordnet, in diesem Fall von 12 (nichts verordnet) über 9.50 Franken (5 Massnahmen) bis auf 2 Franken (alles). Bei der Abrechnung nach Leistung sieht es so aus: Für nichts gibt es nichts, für alles gibt es 23 Franken vom Kostenträger. Nach Abzug der Kosten für die Massnahmen verbleiben dem Arzt in diesem Beispiel 0 Franken (nichts verordnet), 5.10 Franken (5 Massnahmen) oder 13 Franken (alles). Die Ärzte durften ihren Gewinn behalten, hatten also ein direktes wirtschaftliches Interesse. Der Patientennutzen wurde als Geldsumme an die Christoffel Blindenmission ausgezahlt. Insofern gab es für die Ärzte – wie im richtigen Leben – auch einen Anreiz, auf Gewinn zu verzichten, wenn ein Patient davon profitiert.

Und was zeigte sich nun? Die Experimentatoren hatten eine genau Vorstellung davon, wie viele Massnahmen

Pauschalen – o.k. für die meisten, schlecht für schwer Kranke

zu erwarten sind, wenn Ärzte nach Leistung oder per Pauschale bezahlt würden. Sie verliessen mit ihrem Experiment zwar nicht den Elfenbeinturm universitärer Forschung, die Resultate sind jedoch auch für die Praxis sehr interessant.

Die Probanden waren (noch) keine Ärzte, sondern Medizinstudenten höherer Semester. Ihnen wurden auf Papier 15 Patientenfälle vorgelegt, 5 davon mit einer leichten Erkrankung, 5 mit einer mittelschweren und 5 mit einer schweren. Sodann hatten die angehenden Ärzte zu entscheiden, wie viele Massnahmen von 0 (nichts) bis 10 (alles) sie jeweils veranlassen würden. Dabei handelten sie im Bewusstsein, wie viel sie als behandelnder Arzt verdienen würden und in welchem Ausmass der Patient davon profitierte.

Tönt abstrakt? Ist es auch, aber in einem Beispiel wird anschaulich, wie die Wirtschaftswissenschaftler die Kosten-Nutzen-Rechnung in ihrem Experiment konstruierten: Der Nutzen für den Patienten wird in beiden Abrechnungsmodellen gleich definiert, er reicht von

bei den drei Patientengruppen jeweils nötig waren: Für die leichten Fälle waren es 3, für die mittelschweren 5 und für die schweren Fälle 7 Massnahmen. Die Testärzte entschieden hingegen tatsächlich je nach Abrechnungsmodus unterschiedlich. Wurde nach Leistung vergütet, verordneten sie für die leicht und mittelschwer Erkrankten zu vieles, nur die schwer Erkrankten erhielten eine angemessene Versorgung. Wurde hingegen pauschal vergütet, erhielten nur die leicht und mittelschwer Erkrankten eine angemessene Versorgung, die schwer Erkrankten hatten Pech und wurden unterversorgt.

Sicher, das war nur ein Experiment mit virtuellen Patienten, aber die Resultate scheinen von der empfundenen Wirklichkeit nicht allzu weit entfernt zu sein.

Renate Bonifer

Hennig-Schmidt H, Selten R, Wiesen D: How payment systems affect physicians' provision behaviour – an experimental investigation. *Journal of Health Economics* 2011; 30(4): 637–646.