



eSV
1031 Wien, Kundmanngasse 21
Telefon: 01/711 32
E-Mail: presse@hvb.sozvers.at

AKTUELL → SOZIALE SICHERHEIT ONLINE → Aktuelle Ausgabe

Honorierung von Leistungen: Zahlungsmethoden und ihre Auswirkungen auf das ärztliche Verhalten



Der Autor:
Mag. Georg Ziniel

ist Referent im Büro der Sbg. Landesregierung für Krankenanstalten, Landeskliniken, Gemeinde- und Fondsspitäler. Sein sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Schwerpunkt: Wohlfahrtsökonomie und Sozialpolitik.

KURZFASSUNG

Die Bedingungen für die Honorierung von Leistungen festzulegen, ist der Kern der Vertragsgestaltung mit Ärzten. Angesichts der Bedingungen im Gesundheitswesen, namentlich dem Bestehen asymmetrischer und unvollständiger Information, kann der monetäre Wert ärztlicher Leistungen nicht gleich am Arbeitsergebnis gemessen. Die Auswahl einer konkreten Zahlungsmethode hat aber weitreichende Konsequenzen auf das ärztliche Verhalten. Einzelleistungsabrechnung fördert die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, sie liefert aber hohe ökonomische Anreize für einen überzogenen und ineffizienten Einsatz knapper Ressourcen. Dieser Zusammenhang kann auch empirisch für Österreich bestätigt werden. Im Artikel wird auf die theoretischen und empirischen Zusammenhänge zwischen Art der Honorierung und ärztlichem Verhalten eingegangen. Insbesondere interessiert das Spannungsfeld zwischen Qualität und Effizienz.

1. Problemstellung

Die jeweils wirksamen Anreize erklären sich aus dem Anknüpfungskriterium für die Abrechnung. Bei der Einzelleistung ist es die erbrachte Einzelleistung, bei der Kopfpauschale die Zahl der Mitglieder einer Praxis, die Fallpauschale bewertet eine Diagnose mit Geldeinheiten und für das Gehalt ist das bewertete Ausmaß der vereinbarten Arbeitszeit Grundlage für die Bezahlung.

Diese Zahlungsformen können auch unerwünschte Anreize auslösen. Für die Bezahlung nach Einzelleistungen wird argumentiert, dass dadurch nicht notwendige Behandlungen forciert werden. Bei der Kopfpauschale wird der gegenteilige Effekt ausgelöst, Patienten bekommen weniger an ärztlicher Behandlung als notwendig. Die Fallpauschale ist mit dem Risiko der Über- oder Unterbezahlung behaftet, die Zahlung eines fixen Gehalts wiederum wird als nachteilig für die Produktivität patientenorientierter Behandlung angesehen. Die Kombination verschiedener Zahlungsmethoden, ergänzt durch nicht-monetäre Anreize, soll die mit den einzelnen Methoden verbundenen Nachteile ausgleichen, sowie deren Vorteile erhalten.

2. Empirische Ergebnisse zur Bewertung von Zahlungsmethoden

Die Ergebnisse von Untersuchungen über die Wirkungsweise verschiedener Abrechnungsformen sind oft nur von beschränkter Aussagekraft. Es werden mangelhafte Daten verwendet, die Untersuchungen selbst haben methodische oder konzeptionelle Schwächen. Reine Abrechnungsformen sind selten, meist bestehen gemischte Systeme, deren kombinierte Effekte vernachlässigt werden. Der enorme Einfluss nicht-monetärer Faktoren auf die Beziehung Arzt-Patient, die prohibitiven Wirkungen eines Monitoring, die Gruppenkultur innerhalb der Ärzte sind in ihrer Wirksamkeit schwer darstellbar.

Dennoch bestätigen die vorliegenden empirischen Untersuchungen weitgehend die theoretischen Annahmen: die Abrechnung nach Einzelleistung begünstigt einen hohen Ressourcenverbrauch, die Kopfpauschale bewirkt das Gegenteil. Eine Fallpauschale fördert produktives Verhalten, die Gehaltszahlung unterminiert Produktivität.

Für Österreich sind besonders lange Arbeitszeiten bei frei praktizierenden Ärzten feststellbar. Im Durchschnitt arbeiten Ärzte in der Allgemeinmedizin über 60 Stunden wöchentlich, wobei rund zehn Stunden für andere Aktivitäten wie Administration oder Ausbildung anfallen.

Im Durchschnitt werden täglich rund 48 Patienten von einem Allgemeinmediziner behandelt, der Wert ist vergleichbar mit Deutschland, liegt aber deutlich über dem

Durchschnitt anderer Länder mit Einzelleistungsvergütung (30 Patienten täglich). Demgegenüber ist die Zahl der Einwohner je Arzt mit 1.532 Patienten relativ niedrig. Der Anteil der Ärzte mit vorheriger Terminvereinbarung ist in Österreich mit 34 % relativ niedrig. (Schweiz 78 %, Deutschland 66 %, Belgien 63 %, Frankreich 69 %). Für die durchschnittliche Behandlung wenden Allgemeinmediziner rund 15 Minuten je Patient auf (Schweiz 15 min, Deutschland 13 min, Belgien 19 min, Frankreich 20 min). Bei den Wartezeiten auf einen Termin liegt Österreich im unteren Bereich: nur bei 15 % der Ärzte beträgt die Wartezeit länger als zwei Tage (37 % Schweiz, 12 % Frankreich).

Die Ergebnisse der Untersuchung belegen die höchsten Werte für die Intensität der Patientenkontakte bei der Abrechnung nach Einzelleistungen, sie sind bei der Zahlung eines fixen Gehalts am niedrigsten. Dies gilt für unmittelbare Besuche in der Arztpraxis, für telefonische Kontakte und das Ausmaß der Hausbesuche. Die durchschnittliche Behandlungszeit ist am niedrigsten, wenn nach Kopfquote abgerechnet wird.

3. Schlussfolgerungen

Es besteht eine Evidenz für den erwarteten Zusammenhang von Zahlungsmethode und ärztlichem Verhalten. Jedoch können ohne Bezug auf den Gesundheitszustand der Patienten keine Schlussfolgerungen auf Konsequenzen von medizinisch nachweisbaren Unterschieden in den Folgen der Behandlung getroffen werden.

In dem Ausmaß, als die Höhe der Bezahlung direkt an die erbrachte Leistung gebunden wird, entsteht ein Anreiz, möglichst viele Leistungen anzubieten und damit das erzielbare Einkommen zu erhöhen. Um ein angestrebtes Einkommensziel zu erreichen, wird die Differenz zwischen den eigenen Kosten und dem Ertrag je Leistungseinheit maximiert. Solange die Grenzkosten niedriger sind als der Grenzerlös, trägt die Ausweitung des Behandlungsumfangs zu einem erhöhten Profit bei. Die Anwerbung zusätzlicher Patienten oder der Einsatz längerer Arbeitszeit sind mögliche Mittel zum Zweck.

Asymmetrische Information im Verhältnis zwischen Arzt und Patienten, Unsicherheit auch auf Seiten der Ärzte über wirksame Behandlungsmethoden, die Kompensation niedriger Patientenzahlen, ein Überangebot an Ärzten sind mögliche Triebkräfte für eine angebotsinduzierte Behandlung. In Fällen, wo Ärzte an einem Zieleinkommen orientiert sind, werden sinkende Tarife durch zusätzliche Behandlung ausgeglichen.

Das derzeitige Vergütungssystem führt mit Sicherheit nicht zu einem sparsamen Einsatz von Ressourcen. Dies gilt für Leistungen, die unmittelbar von Ärzten erbracht werden und für die von ihnen veranlassten Folgekosten.

 DRUCKEN  SCHLIESSEN