



MHH

Centre for Health Economics and Health
System Research

Forschungsstelle für Gesundheitsökonomie
und Gesundheitssystemforschung

Diskussionspapier Nr. 9

**Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen
Versorgung**

Christian Krauth***
Friedrich Wilhelm Schwartz***
Matthias Perleth**
Kurt Buser**
Reihard Busse***
J.-Matthias Graf v.d. Schulenburg*

Dezember 1997

* Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung der Universität Hannover in Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover

** Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, im Norddeutschen Forschungsverbund Public Health

Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

Christian Krauth***, Friedrich Wilhelm Schwartz***
Matthias Perleth**, Kurt Buser** Reinhard Busse***
J.-Matthias Graf von der Schulenburg*

*Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung der Universität Hannover in
Kooperation mit der Medizinischen Hochschule Hannover

**Abteilung Epidemiologie und Sozialmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, im Norddeutschen
Forschungsverbund Public Health

Gliederung

1 EINLEITUNG: KRITISCHE ANMERKUNGEN ZUM BESTEHENDEN VERGÜTUNGSSYSTEM	4
2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER VERGÜTUNGSFORMEN	6
2.1 Mengen- und Wertkomponente	6
2.2 Steuerung des Anbieterverhaltens	7
2.3 Ergebnisorientierte Vergütung	9
3 ERFOLGSORIENTIERUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	10
4 ERFOLGSORIENTIERUNG INTERNATIONAL	13
4.1 Erfahrungen in Großbritannien	13
4.2 Erfahrungen aus den USA	15
4.3 Erfahrungen in den Niederlanden	18
4.4 Auswirkungen für Anbieter und Nachfrager	20
5 VORSCHLAG FÜR EIN MODULARES ERFOLGSORIENTIERTES VERGÜTUNGSSYSTEM	22
6 UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN ERGEBNISORIENTIERTER VERGÜTUNG	24
6.1 Strukturelle Voraussetzungen	24
6.2 Medizinische Ansatzpunkte	26
6.3 Ergebnisorientierte Vergütungsanreize	31
6.3.1 Bonus- und Anreizsysteme	31
6.3.2 Abstaffelungen	39
7 FAZIT UND AUSBLICK	39
8 LITERATUR	40

1 Einleitung: Kritische Anmerkungen zum bestehenden Vergütungssystem

Das Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte ist in den letzten Jahren zunehmend kritisiert und in der Folge ständig reformiert worden - bei abnehmender Lebensdauer der Reformen. Die Kritik kommt dabei überwiegend aus der Ärzteschaft selbst und entzündet sich insbesondere an dem Preisverfall (Punktwertverfall) bei ärztlichen Leistungen.

Das bestehende Vergütungssystem im ambulanten Sektor ist charakterisiert durch eine gegebene Gesamtvergütung der Vertragsärzte einer Region und Honorierung der einzelnen Ärzte überwiegend nach Einzelleistung. Der einzelne Arzt kann in einem solchen System seinen Anteil an der Gesamtvergütung über die Einzelleistungsabrechnung beeinflussen. Er befindet sich in einer klassischen Gefangenen-Dilemma-Situation. Wie auch immer sich die Konkurrenten - also die ärztlichen Kollegen - verhalten, der einzelne Arzt kann seinen Anteil an der Gesamtvergütung (und damit im allgemeinen auch seinen Ertrag) steigern, indem er mehr Leistungen an den Patienten erbringt. Bei kollektiv rationalem Verhalten der niedergelassenen Ärzte würden Leistungssteigerungen vermieden. Sobald der Strategie, über Leistungsausdehnungen den eigenen Anteil am Gesamtbudget zu vermehren, eine hinreichend große Anzahl der Ärzte folgt, wird eine Leistungsspirale ausgelöst (der sogenannte Hamsterradeffekt). Der Leistungsausdehnung können sich immer weniger Ärzte entziehen, denn andernfalls gewärtigen sie Einkommensverluste, indem ihr Anteil am Budget sinkt.

Allerdings lassen sich Leistungsausdehnungen nicht allein mit der budgetierten Gesamtvergütung erklären, wie dies häufig gerne von ärztlichen Standesvertretern behauptet wird. In Frankreich, wo im ambulanten Sektor ebenfalls überwiegend nach Einzelleistung honoriert wird - allerdings ohne Budgetierung -, wurden die Leistungsmengen ähnlich stark wie in Deutschland ausgedehnt (Krauth & Schwartz 1997).

Die ständigen Änderungen des Vergütungssystems taten ein übriges, um die Leistungsausdehnung zu beschleunigen. Mit den Reformen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) von Anfang 1996 und Mitte 1997 sollte der Punktwertverfall gestoppt und die Verteilung zwischen den Arztgruppen gerechter gestaltet werden. Tatsächlich führte die EBM-Reform 1996 zu einem sprunghaften Punktwertverfall. Denn die Ärzte antizipierten den Preisverfall und dehnten die nunmehr besser honorierten Leistungen - insbesondere Gesprächsleistungen - extrem aus (oder rechneten sie zumindest vermehrt ab). Bezüglich der gerechteren Aufteilung des Budgets auf Arztgruppen war die EBM-Reform 1996 durchaus erfolgreich, denn Arztgruppen mit unterdurchschnittlichem Einkommen (z.B. Allgemeinärzte und Kinderärzte) realisierten Einkommenszuwächse, Arztgruppen mit überdurchschnittlichem Einkommen (z.B. Radiologen und Orthopäden) mußten Einkommenseinbußen hinnehmen (Busse & Schwartz 1996). Dies führte jedoch zu einer

Eskalation der bereits lange schwelenden Spannungen zwischen den Arztgruppen, insbesondere Hausärzten und Fachärzten, mit dem Ergebnis, daß der EBM Mitte 1997 erneut reformiert wurde. Dabei sind neue Spannungen zu erwarten, da mit der neuen Reform eine noch stärkere Angleichung der durchschnittlichen Arztgruppeneinkommen angestrebt wird.

Ordnungspolitisch könnte man sich auf den Standpunkt zurückziehen, daß die Vergütung ein innerärztliches Problem ist und von der Ärzteschaft selbst gelöst werden sollte. Und tatsächlich war dies zumindest bisher auch die Linie der Krankenkassen, die kaum Handlungsbedarf im ambulanten Sektor sahen, da die Gesamtvergütung budgetiert und die jährliche Steigerungsrate des ambulanten Budgets weitgehend gesetzlich geregelt - und damit nicht Gegenstand von Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen - war.

Das bestehende Vergütungssystem ist jedoch auch aus der Perspektive der Patienten und der Versicherungsgemeinschaft suboptimal. Problematisch an dem bestehenden Vergütungssystem (überwiegend Einzelleistungen) ist, daß

- tendenziell unnötige - potentiell sogar gesundheitsschädigende - Leistungen erbracht werden;
- eine Verschiebung hin zu delegierbaren, die ärztliche Arbeitszeit wenig beanspruchende Leistungen erfolgt;
- das Ergebnis der ärztlichen Handlungen bei der Vergütung nicht berücksichtigt wird und
- bei vorgegebener Gesamtvergütung die ärztlichen Anbieter korrumpieren (so der Präsident der Ärztekammer Berlin, Ellis Huber). Der einzelne Arzt ist genötigt, wenn er bei allgemeiner Leistungsausdehnung nicht bereit ist, Einkommensverluste hinzunehmen, die Leistungsausdehnung mitzumachen, unnötige Leistungen zu erbringen oder zumindest abzurechnen. Dies kann sich negativ auf das ärztliche Ethos auswirken.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen streben mit ihren Reformen insbesondere eine Stabilisierung des Punktwertes an. Die Interessen der Patienten werden bei den Reformüberlegungen bisher weitgehend vernachlässigt. Dies bedingt die Unterrepräsentation der sprechenden Medizin, die geringe Orientierung an dem Ergebnis der ärztlichen Leistungen und die geringe Transparenz des Systems. Dies läßt es gerechtfertigt erscheinen, eigene Überlegungen zu einer Reform des ambulanten Vergütungssystems anzustellen.

2 Theoretische Grundlagen der Vergütungsformen

Es existiert eine große Anzahl unterschiedlicher Vergütungsformen für ärztliche Dienstleistungen, die sich weitgehend auf die folgenden Grundformen zurückführen lassen (Schulenburg 1981, Abholz 1992):

- Gehalt
- Kopfpauschale
- Fallpauschalen
- Einzelleistungsvergütung
- Erstattung der Istkosten

Die Grundformen werden sämtlich in bestehenden Versorgungssystemen zur Steuerung des ärztlichen Verhaltens eingesetzt, so daß ihre Wirkungen auch empirisch überprüft werden können (Scott & Hall 1995).

2.1 Mengen- und Wertkomponente

Jedes Vergütungssystem setzt sich aus einer Mengenkomponeute und einer Wertkomponente zusammen. Die Mengenkomponeute beinhaltet die Leistungen, die vergütet werden sollen. Dies sind bei den oben angeführten Grundformen der Vergütung:

- Zeitraum (Gehalt);
- Anzahl potentieller Patienten, für die eine Verpflichtung zur Versorgung im Bedarfsfall übernommen wird (Kopfpauschale);
- Anzahl Patienten bzw. Behandlungen in einem Zeitraum (Fallpauschale);
- Einzelleistungen (Einzelleistungsvergütung);
- Faktoreinsatzmenge (Kostenerstattung).

Die Wertkomponente kann grundsätzlich mittels zweier Verfahren ermittelt werden: Kosten und Preise. Preise können von der staatlichen Administration (administrative Preise) festgelegt, durch Verhandlungen von Gruppen bzw. Verbänden (Verhandlungspreise) ermittelt oder über

wettbewerbliche Marktprozesse (Marktpreise) gefunden werden. Bei Kosten wird der tatsächliche Ressourcenverzehr bestimmt.

2.2 Steuerung des Anbieterverhaltens

Das ärztliche Verhalten wird durch ein Geflecht unterschiedlicher Anreizelemente beeinflusst. Neben ethischen Normen und nicht-monetären Anreizen wird das Angebot an ärztlichen Leistungen auch durch das Vergütungssystem beeinflusst. Dem liegt die Verhaltenshypothese zugrunde, daß ärztliches Handeln nicht allein am Patienteninteresse ausgerichtet ist, sondern durch Eigeninteresse überlagert wird.

Ein Grundproblem der vorherrschenden Honorierung ärztlicher Leistungen ist, daß es sich grundsätzlich um input- oder prozeßorientierte Vergütungsformen handelt. Das gesundheitliche Ergebnis des ärztlichen Handelns - der aus Patientenperspektive entscheidende Parameter - geht i.d.R. nicht in die Vergütungsdefinition ein und damit kann ein zumindest partieller Konflikt zwischen Eigeninteresse des Arztes und Patienteninteresse bestehen.

Die Honorierung setzt - so wird argumentiert - an der Inputseite an, weil die durch ärztliche Leistungen erzielten gesundheitlichen Effekte häufig nicht eindeutig zurechenbar sind und/oder sich nur schwierig messen lassen. Dies ist auch eine wesentliche Begründung, warum marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen bei der Bestimmung von Leistungsumfang und -struktur nur bedingt greifen. In transaktions-kostenökonomischer Sicht kann man die ärztlichen Leistungserbringer als plastische Produktionsfaktoren (Alchian & Woodward, 1987) bezeichnen, die einen breiten Ermessensspielraum benötigen, um gute Ergebnisse zu produzieren. Der Prozeß der Leistungserstellung ist nur begrenzt formalisierbar und kontrollierbar, und entsprechend läßt sich der effiziente Einsatz eines plastischen Produktionsfaktors vertraglich häufig nicht erzwingen. Die wesentlichen Stärken und Schwächen der Vergütungsformen - aus der Perspektive der Patienten und der Gesellschaft - sind in der folgenden Übersicht zusammengestellt:

Tabelle 1: Stärken und Schwächen von Vergütungsformen in Gesundheitssystemen

<i>Vergütungsform</i>	<i>Stärken</i>	<i>Schwächen</i>
Gehalt	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten und zuwendungsorientierte Versorgung - macht unabhängig von Patientenforderungen - administrativ einfaches Vergütungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> - wirkt tendenziell produktivitäts-/leistungsenkend - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - tendenziell Bildung von Warteschlangen und Abweisung von Patienten wegen "Überlastung" - rasche Überweisung an andere Behandler - Patientenbedürfnisse tendenziell vernachlässigt
Kopfpauschale	<ul style="list-style-type: none"> - fördert kontinuierliche Patientenbetreuung - bietet Anreize zur Senkung der Versorgungskosten - (prospektive) Budgetsteuerung möglich - administrativ einfaches Vergütungssystem 	<ul style="list-style-type: none"> - Anreiz zur Selektion von Patienten nach Gesundheitsrisiken (Abweisung von kostenintensiven Patienten) - tendenziell unzureichende Versorgung von Patienten möglich
Fallpauschale	<ul style="list-style-type: none"> - Entlohnung grundsätzlich gut mit den zu erbringenden Leistungen verknüpfbar - bietet Anreize zu effizienter Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> - Anreiz zur Selektion nach dem Schweregrad (Abweisung von schweren Fällen) - tendenziell unzureichende Behandlung von Patienten möglich - Tendenz zu Diagnoseverschiebung, d.h. zu gravierenderen Diagnosen mit höher vergüteten Fallpauschalen (up-grading) - leichte Tendenz zur Fallausweitung - für viele Leistungsbereiche nur schwierig festzulegen
Einzeleistungsvergütung (bzw. Vergütung kleinerer Leistungskomplexe)	<ul style="list-style-type: none"> - leistungsbezogene Vergütung grundsätzlich möglich (aber Problem der Kostenbestimmung) - tendenziell produktivitäts- bzw. leistungssteigernd - Setzen von Anreizwirkungen für gewünschte Leistungen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> - Anreiz zur Leistungsausweitung (überzogene Leistungen) - Anreiz zu Leistungsverschiebungen (Tendenz zu delegierbaren und technischen, also die Arbeitszeit des Arztes wenig beanspruchenden Leistungen) - löst tendenziell eine Kostenspirale aus
Kostenerstattung	<ul style="list-style-type: none"> - ermöglicht grundsätzlich gediegenes Arbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> - verlangt wenig wirtschaftliches Handeln - führt tendenziell zu ineffizienter Leistungserbringung - eventuell Abrechnung nicht leistungsbezogener Kosten

Die Vergütungsformen sind letztendlich erst unter Berücksichtigung der spezifischen Rahmenbedingungen zu verstehen. Kopfpauschalen sind nur in einem Hausarztmodell möglich mit Einschreibung von Patienten bei einer Praxis. Bei Kopf- und Fallpauschalen wird das Überweisungsverhalten zu Fachärzten und Krankenhäusern sowie die Verordnung von Arzneimitteln u.a. davon beeinflusst, ob der Arzt ein Budget für entsprechende Leistungen verwaltet und ob das Budget mit seiner eigenen Vergütung gekoppelt ist, also Kopf- oder Fallpauschalen sich als Residualgröße aus Budget abzüglich der veranlaßten Leistungen ergeben.

Ebenso beeinflusst die Verbindung mit nicht-monetären Anreiz- und Kontrollstrukturen die Auswirkungen der Vergütungsformen. Ein ausgeprägtes Haftungsrecht unterstützt tendenziell bei allen Vergütungsformen eine gediegene Behandlung, induziert jedoch gleichzeitig eine Tendenz zu Überdiagnostik insbesondere bei Gehalt und Einzelleistungsvergütung ("Defensivmedizin"). Plausibilitätsprüfungen von Leistungen und Verordnungen können die Möglichkeit zu falschen Angaben über Diagnosen bei Fallpauschalenvergütung einschränken oder auch die Leistungsausweitung bei Einzelleistungsvergütung reduzieren. Qualitäts- und Leistungskontrollen können bei Vergütungen über Gehalt die leistungsreduzierenden Wirkungen teilweise auffangen. Insgesamt besitzen Kontrollen jedoch nur eine begrenzte Reichweite. Damit sie überhaupt wirken, müssen sie mit Sanktionspotentialen ausgestattet sein.

2.3 Ergebnisorientierte Vergütung

Ein erfolgversprechender Ansatzpunkt, die Leistungserbringung an den Präferenzen von Patienten und Gesellschaft auszurichten, ist die ergebnisorientierte Vergütung. Indem die Produktion guter gesundheitlicher Ergebnisse (Outcomes) honoriert wird, können starke Anreize für ergebnisorientiertes ärztliches Handeln geschaffen werden. Eigeninteresse des Arztes und Patienteninteresse sind dann kongruent.

Da zwischen ärztlichem Handeln und Ergebnis der Behandlung häufig ein eher schwach ausgeprägter und/oder erst langfristig wirksamer Zusammenhang besteht, wird die ergebnisorientierte Vergütung nur eine von mehreren Komponenten eines umfassenden Vergütungssystems sein können. Je größer der Anteil der Ergebniskomponente an der Gesamtvergütung, desto stärker sind die Anreize für eine ergebnisorientierte Versorgung. Ansatzpunkte können Modifikationen von Vergütungen anhand des erzielten bzw. des erwarteten gesundheitlichen Ergebnisses sein. Dabei wird man sich - gerade wegen des schwachen Zusammenhangs - auf Bonuszahlungen für überdurchschnittlich gute Ergebnisse beschränken und keine Maluszahlungen für besonders schlechte Ergebnissen fordern. Analog wird die Auszahlung von Bonuszahlungen nicht am individuellen Ergebnis eines behandelten Patienten ansetzen, sondern sich immer auf größere Gruppen oder aggregierte Ergebnisse beziehen müssen. Dies können die Patienten eines einzelnen Arztes oder einer Arztgruppe sein. Die Anreize wirken stärker auf das ärztliche Verhalten, je kleiner die Anzahl der Anbieter ist, die in die ergebnisorientierte Vergütungsformel einbezogen ist, denn um so enger ist der Zusammen-

hang zwischen eigenem Handeln und Vergütung. Dies gilt zumindest, wenn der Bonus bei kollektiver Vergütung gleichmäßig auf die beteiligten Ärzte umgelegt wird. Starke Anreize für ergebnisorientiertes Verhalten bleiben auch bei Vergütung einer Arztgruppe erhalten, wenn die interne Verteilung des Bonus auf die einzelnen Ärzte entsprechend deren Beitrag zum kollektiven Ergebnis erfolgt.

Durch Kombination unterschiedlicher Vergütungsformen in einem modularen Vergütungssystem können die Anreizwirkungen tendenziell so austariert werden, daß die Nachteile der Vergütungsformen deutlich gemildert werden. Das Gesamteinkommen eines Arztes setzt sich dann z.B. aus Grundpauschale, Fallpauschalen, Komplexgebühren, einem Honorar je Einzelleistung und ergebnisabhängigen Bonuszahlungen zusammen (siehe Abschnitt 5). Durch die Kombination können die Vergütungen nach Einzelleistung gegenüber ausschließlicher Einzelleistungsvergütung erheblich reduziert werden und entsprechend der Anreiz für eine übermäßige Ausdehnung der Leistungsmenge begrenzt werden. Fallpauschalen und Komplexgebühren bewirken, daß das Interesse an der Versorgung des Patienten erhalten bleibt. Die Grundpauschale ist als Deckungsbeitrag zu den Fixkosten der Praxisführung gedacht. Sie sollte allerdings nur eine Teildeckung der Praxiskosten garantieren, um Anreize für die Produktion gesundheitlicher Leistungen zu erhalten. Außerdem sollte die Grundpauschale an eine Mindestfallzahl geknüpft sein, um "Briefkastenpraxen" zu verhindern.

3 Erfolgsorientierung in der ambulanten Versorgung

Ergebnisorientierung ist im bundesdeutschen Gesundheitssystem bisher nur gering ausgeprägt. Die gesundheitspolitische Diskussion kreist häufig einseitig um die Ausgaben für Gesundheit. Eine umfassende, die Ergebnisse der Gesundheitsversorgung einbeziehende Analyse wird nur selten durchgeführt. Weite Teile der medizinischen Versorgung sind hinsichtlich der resultierenden Wirkungen nicht geprüft.

Mit der Forderung, die medizinische Versorgung konsequent am gesundheitlichen Ergebnis zu orientieren, stehen (a) medizinische Behandlungsprozeduren hinsichtlich der Wirksamkeit (auch relativ zu alternativen Prozeduren) und (b) medizinische Einrichtungen hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit auf dem Prüfstand. Ergebnisorientierung ist eine notwendige Bedingung, um die Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen - verstanden als Relation von Ergebnis zu Kosten der Intervention - einschätzen zu können und um die Ressourcenallokation im Gesundheitssystem auf eine rationale Basis zu stellen. Ergebnisorientierung schafft außerdem die Voraussetzungen für eine leistungsbezogene Vergütung.

Um eine stärker ergebnisorientierte Versorgung im Gesundheitssystem umsetzen zu können, ist (1) zu definieren, was unter Ergebnis zu verstehen ist, sind (2) Indikatoren für das gesundheitliche Ergebnis zu entwickeln und (3) Methoden und Quellen für die Ableitung von Daten zu gesundheitlichen Ergebnissen zu implementieren.

Zunächst kann allgemein festgehalten werden, daß das gesundheitliche Ergebnis eine der medizinischen Intervention zuschreibbare Gesundheitsänderung beschreibt. Das Ergebnis kann als ein mehrdimensionales Konstrukt angesehen werden, das sich insbesondere aus

- der somatischen Dimension (klinische Endpunkte);
- der physischen, psychischen und sozialen Funktion;
- der Lebensqualität und
- der Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung

zusammensetzt. Es kann sich auf Individuen, bestimmte Kollektive (z.B. Patienten einer Versorgungseinrichtung) und lokale, regionale oder nationale Populationen beziehen. Zu

unterscheiden ist zwischen den kurzfristigen und langfristigen gesundheitlichen Erträgen. Das gesundheitliche Ergebnis, also die einer Behandlung zuschreibbare Änderung des Gesundheitszustandes, kann unterschiedlich spezifiziert und gemessen werden (Schwartz et al. 1995):

1. Differenz des Gesundheitszustandes nach der Behandlung gegenüber dem Ausgangszustand des Patienten;
2. Vergleich des Gesundheitszustandes nach der Behandlung mit dem optimal erzielbaren Gesundheitszustand.

Die Bestimmung des Outcomes setzt eine Zusammenführung von Daten aus unterschiedlichen Quellen voraus. Dies sind insbesondere:

- Laborbestimmungen klinisch-physiologischer Parameter (z.B. der Entzündungsaktivität);
- Funktionstests durch Dritte (z.B. zur Feststellung der Erwerbsfähigkeit);
- Patientenbefragungen (u.a. zum subjektiven Wohlbefinden, Schmerzen oder Gesundheitsverhalten);
- epidemiologische Daten (z.B. zur Lebenserwartung) sowie
- Daten der Sozialversicherungen (u.a. zur Arbeitsunfähigkeit oder vorzeitigen Berentung).

Die Einführung einer ergebnisorientierten Versorgung kann nur gelingen, wenn die Akteure im Gesundheitssystem, insbesondere die Leistungserbringer, die Philosophie der Ergebnisorientierung für sich übernehmen. Es müssen Anreizstrukturen geschaffen werden, die ein Eigeninteresse der Akteure an ergebnisorientiertem Verhalten fördern. Ein erfolgversprechender Ansatz ist es, entsprechende Anreize im Vergütungssystem zu implementieren, da von dem Vergütungssystem stark verhaltenslenkende Wirkungen ausgehen. Nicht-monetäre Steuerungselemente wie Anweisungen, Kontrollen etc. können nur ergänzend wirken. Da zwischen ergebnisorientierter Vergütung, ärztlichem Handeln und Ergebnis der Behandlung häufig ein eher schwacher Zusammenhang besteht und/oder ein längerer Zeitraum zwischen ärztlichem Handeln und einem feststellbaren Ergebnis liegt, wird das Behandlungsergebnis nur eine von mehreren Komponenten eines Vergütungssystems darstellen.

4 Erfolgsorientierung international

Nicht nur Deutschland, sondern auch zahlreiche andere Länder sehen sich mit Schwierigkeiten bei der Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen konfrontiert. Die Ursachen dafür sind vielfältig und werden in den einzelnen Ländern je nach Strukturvoraussetzungen unterschiedlich angegangen. Einig sind sich viele Reformvorschläge in der Forderung nach mehr Rationalität in der Angebots- und Finanzstruktur des Gesundheitssystems. Auch die ärztlichen Vergütungsformen sollten daraufhin überprüft werden, wie die weitgehend prozeßorientierte ärztliche Vergütung in Deutschland durch ergebnisabhängige Vergütungsformen ergänzt werden könnte. Mit der stärkeren Ergebnisorientierung sollte erreicht werden, daß nicht alles medizinisch Mögliche angeboten wird, sondern nur das, was im Vergleich zu anderen Leistungen geeignet ist, das bessere Ergebnis zu liefern. Diese Orientierung entspricht dem Kalkül der Wirtschaftlichkeit, die auch im SGB V grundsätzlich gefordert ist.

Mit der erfolgsorientierten Vergütung sind auch die Intentionen verbunden, zur Qualitätssicherung und zur Kostendämpfung beizutragen. Die Grundintention der erfolgsorientierten Vergütung besteht jedoch darin, durch gezielte Anreiz- und Regulierungssysteme das medizinische Versorgungssystem auf den Behandlungserfolg hin auszurichten. Was nun unter Erfolg zu verstehen ist und welche Auswirkungen unterschiedliche Vergütungsformen auf verschiedene institutionelle und gesellschaftliche Strukturen haben, kann eine Analyse ausländischer Erfahrungen klären helfen.

Die bekannte Systemabhängigkeit der Wirkungen von bestimmten Strukturmaßnahmen im Gesundheitssystem legt es nahe, solche Länder auszusuchen, die die Strukturvariationsbreite von Gesundheitssystemen abdecken können. Großbritannien als Repräsentant für ein vorrangig steuerfinanziertes staatliches Gesundheitssystem läßt sich sehr gut kontrastieren zu den USA, die stark privatwirtschaftlich organisiert sind und den Niederlanden, die, ähnlich wie Deutschland, ein Sozialversicherungssystem haben.

4.1 Erfahrungen in Großbritannien

In Großbritannien existieren trotz der zentralistischen staatlichen Regie des Gesundheitswesens vielfältige Möglichkeiten, über finanzielle Anreize die gesundheitliche Versorgung zu steuern und zu beeinflussen.

Die im NHS (National Health Service) Großbritanniens verbreitete Kopfpauschale (capitation) ist eine Vergütungsform, die nur die Sicherung der Grundversorgung der Patienten gewährleisten soll. Sie kann dem Prinzip der Erfolgsorientierung zuwiderlaufen, weil sie weder den Zustand des Patienten noch das Ergebnis der ärztlichen Intervention berücksichtigt bzw. zur Vorenthaltung von potentiell notwendigen Leistungen führen kann.

Parallel dazu werden über Einzelleistungsvergütung (fee-for-service) bestimmte, vom NHS gewünschte Leistungsangebote, erfolgsorientiert zusätzlich vergütet. Solche sind etwa:

- Präventive Leistungen wie Impfungen, Immunisierungen und Screeningmaßnahmen, falls sie bei mindestens 70% bzw. 80% des entsprechenden Patientenkontingents durchgeführt werden;
- gesundheitsunterstützende Programme für Raucher, Alkoholiker, Übergewichtige und Streßpatienten;
- Langzeitbetreuung von chronisch Kranken (z. B. Asthma, Diabetes), falls u.a. eine leitlinienorientierte Dokumentation der Behandlung durchgeführt wird.

Die Vergütung von Leistungen, die zu einem bestimmten angestrebten Erfolg geführt haben (Immunisierung eines bestimmten Bevölkerungsanteils, gezielte Screeningmaßnahmen) sind Beispiele für erfolgsorientierte Vergütung. Soweit jedoch nur die gewünschte Durchführung einer Maßnahme ohne vergütungswirksame Überprüfung des Erfolgs speziell vergütet wird, kann nur von einer prozeßorientierten Vergütung gesprochen werden, die aber die Erreichung gewünschter Ergebnisse wahrscheinlicher macht. Seit einigen Jahren beschäftigen sich einige Institutionen in Großbritannien mit der methodischen Erfassung von Ergebnisorientierung in der Medizin und ihrer versorgungspolitischen Umsetzung.

Die in Großbritannien bei fast 50% der Bevölkerung durchgeführte Versorgung durch Hausärzte mit eigenem Budget (GP fundholders), mit dem sie bestimmte Leistungen für ihre Patienten einkaufen können (u.a. Arzneimittel, elektive chirurgische Eingriffe,

physiotherapeutische und pflegerische Leistungen) entspricht mehr dem Ziel der Kostenkontrolle als dem Ziel der Erfolgsorientierung.

Potentiell stärker erfolgsorientiert ist die für Großbritannien typische Vertragsstruktur zwischen den District Health Authorities und den Leistungsanbietern, insbesondere den Krankenhäusern und den GPs. Dazu zählen die oben schon erwähnten präventiven Leistungen, aber auch regelmäßige Check up-Untersuchungen bei Personen über 75 Jahren, in denen die altersspezifischen Risiken, insbesondere Krebs- und Herzkreislaufrisiken, überprüft werden. Den Erfolg für diese Maßnahmen zu berücksichtigen, ist theoretisch über epidemiologische Untersuchungen möglich, jedoch wegen der Prüfung der Langzeiteffekte und wegen des Einflusses vieler, den Erfolg beeinflussender Faktoren, kaum praktisch durchführbar.

Mit dem grundsätzlichen Problem der Meßbarkeit der Erfolgsorientierung, zu entscheiden, was als Erfolg betrachtet werden und wie der definierte Erfolg gemessen werden kann, haben sich verantwortliche Behörden in Großbritannien auseinandergesetzt und für eine Reihe medizinischer Leistungsbereiche Indikatoren für Erfolge medizinischer Leistungen entwickelt. Dazu zählten: Asthma bronchiale, Bluthochdruck, Depression, Schizophrenie, Oberschenkelhalsbrüche, Herzinfarkt, Diabetes mellitus, Darm- und Brustkrebs, Schwangerschaft und Geburt sowie Inkontinenz. An diesen Arbeitsgruppen waren Patienten, Personen der Gesundheitsverwaltung und Ärzte beteiligt.

Als ein weiteres Kriterium für erfolgsorientierte Vergütung wird das erfolgreiche Bemühen einer Versorgungseinrichtung betrachtet, das unterdurchschnittliche Versorgungsniveau auf einem bestimmten Gebiet dem landesweiten Niveau wieder anzupassen. Wenn beispielsweise die Krankenhausaufnahmen für Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten oder für bestimmte Operationen wie Blinddarmentfernung oder Hernien ansteigen oder die Säuglingssterblichkeit und Mißbildungen zunehmen, gibt es eine zusätzliche Vergütung, wenn die Ursachen für die überdurchschnittlichen Erscheinungen erkannt und Maßnahmen ergriffen worden sind, um sich dem Landesdurchschnitt wieder anzunähern.

Ergebnis-basierte Vertragsabschlüsse ("outcome based contracting", "results-based purchasing") stellen eine weitere Entwicklung dar, die im NHS vor allem im Bereich der

Primärversorgung getestet wird. Einkäufern von Dienstleistungen werden Indikatorensets zur Verfügung gestellt, mit deren Hilfe Verträge gestaltet werden können.

4.2 Erfahrungen aus den USA

Die gesundheitliche Versorgung in den USA zeigt - bedingt durch seine sehr dezentrale und marktwirtschaftliche Struktur - vielfältige Ansätze zu einer erfolgsorientierten ärztlichen Vergütung. Insbesondere die nach dem Managed Care-Konzept arbeitenden Health Maintenance Organizations (HMO) haben neben der Zusicherung eines Grundgehältes für Ärzte (im "staff model") ein breites Spektrum von erfolgsorientierten Vergütungsformen entwickelt, die das Ergebnis der ärztlichen Tätigkeit nach drei Gesichtspunkten beurteilt:

- Fachliche Qualität
- Wirksamkeit
- Patientenzufriedenheit

Die Managed Care-Organisationen setzen bei den Ärzten gezielt ökonomische Anreize zur Erreichung bestimmter Ergebnisse durch die Wahl entsprechender Vergütungsformen. Ziel der Versorgungsinstitution ist es, daß im Interesse einer sparsamen Mittelverwendung und einer hohen Qualität nur die Leistungen erbracht werden, die dem Fall angemessen und für ihn ausreichend sind. Um den möglichen negativen Wirkungen der Einzelleistungsvergütung, 1. zu viele und 2. unabhängig vom Nutzen einer Leistung und ihren gesellschaftlichen Kosten Leistungen anzubieten, entgegenzuwirken, setzen die Managed-Care-Organisationen pauschalierte Vergütungsformen in Form von Kopfpauschalen verbunden mit gezielten, anreizorientierten Einzelleistungsvergütungen ein. Darüber hinaus werden in unterschiedlichen Ausprägungen weitere ergebnisorientierte Vergütungsformen angewendet:

Über eine Reihe von Ergebnisprüfungen der von der ärztlichen Tätigkeit abhängigen Bonusregelungen erhält der Arzt über die pauschalierte Grundvergütung hinaus zusätzliche Einkünfte. Zwei verschiedene Regelungen finden Anwendung:

- Alle Ärzte ab einem bestimmten Erfolgsscore erhalten einen Bonus;
- die besten 10%, 20% oder 30% der Ärzte erhalten einen Bonus.

Die Erfolgsscores werden über die Erfassung mehrerer Kriterien berechnet. Zur Konkretisierung des individuellen ärztlichen Erfolges werden auch Prioritäten für die Beendigung oder Fortführung der ärztlichen Beschäftigung gesetzt und z. B. in den Vertragsverhandlungen über das Beschäftigungsverhältnis berücksichtigt. Je nach Bewertung der ärztlichen Tätigkeit wird gegebenenfalls über Weiterbeschäftigung oder Entlassung des Arztes entschieden.

Zur Einschätzung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit wird ein Qualitätsindex erstellt, der sich aus mehreren Komponenten zusammensetzt. Beispiele für statistische Qualitäts- und Erfolgsindikatoren sind:

Für Internisten:

- Prozentsatz von Frauen über 45, bei denen eine Mammographie durchgeführt wurde;
- Prozentsatz von Bluthochdruckpatienten, deren Bluthochdruck unter Kontrolle ist;
- Prozentsatz von Diabetespatienten, die im letzten Jahr keinen Krankenhausaufenthalt wegen Diabetes hatten.

Für Kinderärzte:

- Prozentsatz der Kinder im Alter von 5 Jahren, die eine Vollimmunisierung haben;
- Prozentsatz von Kindern, bei denen Screeninguntersuchungen für Seh- bzw. Hörfähigkeit durchgeführt wurden;
- Prozentsatz von Kindern mit Asthma, die im letzten Jahr keinen Krankenhausaufenthalt wegen Asthma hatten.

Für Chirurgen:

- Krankenhausbedingte Infektionsraten;
- Rate der ungeplanten Krankenhauswiederaufnahmen im Zeitraum von 30 Tagen nach einem chirurgischen Eingriff;
- Mortalitätsrate im Zeitraum von 30 Tagen nach dem chirurgischen Eingriff.

Für Psychiater:

- Rate der ungeplanten Krankenhauswiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung aus der psychiatrischen stationären Behandlung.

Die Einschätzungen des Erfolgs der ärztlichen Tätigkeit in den obigen Beispielen beziehen sich auf die Arbeit von Behandlungsteams und setzen dabei psychologisch auch auf gruppeninterne Kontrollmechanismen, die sich einerseits auf die kontinuierliche Entwicklung und Beachtung von qualitätssichernden Maßnahmen und andererseits auf das gemeinschaftliche Reflektieren der Kriterien, die den Erfolg der ärztlichen Intervention ausmachen, konzentrieren.

Neben den gruppenbezogenen Maßnahmen, die Behandlungsstrukturen im Team voraussetzen, werden in den HMOs auch individuelle Qualitätsparameter für die erfolgsorientierte Arbeit des Arztes angewendet, z.B. in Form des Provider Assessments. Jeden Monat oder jedes Quartal erfolgt eine Prüfung der Behandlung einiger nach Zufall erfaßter Patienten (Generic Chart Review). Unter Qualitätssicherungsaspekten werden anhand von Behandlungsleitlinien Akten von Patienten mit bestimmten Erkrankungen wie Asthma oder Bluthochdruck geprüft (Targeted Chart Review). Gegenseitige Bewertungen der Behandlungsteam-Mitarbeiter hinsichtlich Behandlungsqualität, Kooperation im Team, Patientenkommunikation u.ä. (Surveys) ergänzen in einigen HMOs die Prüfung des individuell zurechenbaren Erfolgs der ärztlichen Arbeit. In sog. Feedbackprogrammen wird der einzelne Arzt mit Verlaufsbeurteilungen der ärztlichen Tätigkeit im Zeitablauf und im Verhältnis zu den anderen Ärzten der HMO konfrontiert. Ständige Gruppenauseinandersetzungen sollen hier das Niveau der ärztlichen Tätigkeit diskutierbar und steuerbar machen.

Neben fachlich objektiven Erfolgs- und Ergebnisbeurteilungen finden auch subjektive Beurteilungen der behandelten Patienten (Patient Surveys) statt. In regelmäßigen Abständen wird von den Patienten die empfundene Behandlungsqualität erfragt und in die ärztliche Behandlungsbewertung einbezogen. Diese die fachliche Behandlungsqualität ergänzende Beurteilung des differenzierten therapeutischen Umgangs mit den Patienten wird in der Regel in keinem Behandlungsprotokoll erfaßt und gehört meist auch nicht zu den Beurteilungskriterien eines medizinischen Fachgutachters, kann aber wesentliches zum Behandlungserfolg aussagen.

4.3 Erfahrungen in den Niederlanden

Im niederländischen Gesundheitssystem existieren wie in Deutschland unterschiedliche Vergütungsformen, die je nach Versichertenstatus - gesetzlich oder privat versichert - unterschiedlich geregelt sind. Die gegenwärtige Situation in den Niederlanden ist durch eine Vielfalt von Modellen gekennzeichnet, die noch nicht vergütungsgesteuert sind, aber nach erfolgreicher Prüfung einen differenzierten Einsatz von erfolgsorientierten Vergütungsformen ermöglichen.

Als vorrangige Ziele der Versorgungsmodelle werden betrachtet:

- Fachliche Qualität
- Kostenkontrolle bzw. Kosten-Wirksamkeit
- Orientierung am Bedarf des Patienten

Insbesondere im präventiven und akut kurativen Leistungsbereich ist die Einzelleistungsvergütung verbreitet, wobei für gesetzlich Versicherte im Grundversorgungsbereich über Kopfpauschalen und für Privatversicherte über Einzelleistungsvergütung abgerechnet wird. Erfolgsorientiert werden nur im präventiven Leistungsbereich einerseits programmatische Präventionsleistungen (z.B. Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Gripeschutzimpfungen) und andererseits kasuistische Präventionsleistungen (z.B. halbjährliche Zahnkontrollen) zusätzlich honoriert.

Im Gegensatz zu den arztgesteuerten Budgetmodellen in den USA und in Großbritannien existieren in den Niederlanden Budgetmodelle für Leistungen bei chronisch kranken Patienten, in denen der Patient entscheiden kann, welche Leistungen er aus seinem patientenbezogenen, vom Arzt verwalteten Budget, in Anspruch nehmen möchte. Das therapeutische Ergebnis, das bei chronisch Kranken nicht mehr die Wiederherstellung der Gesundheit, sondern nur noch das Erreichen einer beschränkten Lebensqualität beinhalten kann, wird vom Patienten nach seinen individuellen Bedürfnissen und Prioritäten ausgewählt und festgelegt. Niederlande ist damit das erste Land, das die gesundheitliche Ergebnisorientierung und -festlegung nicht nur dem professionellen Anbieter, sondern auch dem Nachfrager von medizinischen Leistungen anheimstellt.

Die angestrebte Zielsetzung der Krankenversicherer in der Budgetierung liegt neben der Kostenkontrolle in einer differenzierteren Ergebnisorientierung, an der Ärzte wie Patienten beteiligt sind. Die Besonderheit in den Niederlanden im Vergleich zu den USA und Großbritannien ist in der strukturell verankerten Kundenorientierung im Gegensatz zu der alleinigen professionellen Anbieterorientierung zu sehen. Über bei den Krankenversicherern vorhandene Budgets für bestimmte Leistungsbereiche sind so strukturelle Voraussetzungen geschaffen, die Kostenkontrolle und Leistungsqualitäts- und Ergebnisoptimierung anregen sollen. Inwieweit die Patienten sich kompetent fühlen, die für sie relevanten Leistungen bestimmen zu können, ist hier weniger die Frage, als die Tatsache, daß strukturelle Voraussetzung zur kommunikativen Auseinandersetzung mit dem Arzt geschaffen sind, durch die die Bedürfnisse des Patienten eine besondere Berücksichtigung erfahren können.

Viele derartige Modelle sind noch in der Erprobung und noch nicht durch erfolgsorientierte Vergütungsmodelle ergänzt bzw. gesichert.

4.4 Auswirkungen für Anbieter und Nachfrager

An den dargestellten ausländischen Systemen ist hervorzuheben, daß kein System nur eine Vergütungsform, sondern in der Regel mehrere anwendet, weil jede Vergütungsform Möglichkeiten enthält, die intendierte Angemessenheit von Leistung und Vergütung zu Ungunsten der Leistung zu verschieben. Mit geringerem Aufwand die gleiche Vergütung zu erhalten, entspricht allgemein menschlichen und ökonomischen Maximen. Durch den kombinierten Einsatz mehrerer Vergütungssysteme sollen deshalb die angestrebten Anreize optimiert und die möglichen systemabträglichen Wirkungen minimiert werden.

Wie sind nun die Wirkungen der einzelnen Maßnahmen einzuschätzen? Die in den USA am stärksten erfolgsorientiert ausgerichteten Vergütungssysteme zeigen erstaunliche Wirkungen. Der kombinierte Einsatz von gruppenbezogenen und individuellen Erfolgsbewertungsmaßnahmen hat in diesem Wirtschaftsbereich 20 - 30%ige Gewinnmargen entstehen lassen. Der Gesundheitsbereich gilt als einer der am stärksten wachsenden Wirtschaftsbereiche. Hinsichtlich der Kosten der Versorgung (gemessen am Anteil am Bruttosozialprodukt) ist die USA immer noch mit großem Abstand führend. Andererseits ist die bevölkerungsbezogene gesundheitliche Versorgung nicht besser geworden.

Wie ist dieses Phänomen zu erklären? Die HMOs sind privatwirtschaftlich geführte Unternehmen, die durch enorme Kosteneinsparungen in der Leistungserstellung bei steigenden Preisen für die Nachfrager die Gewinnzonen vergrößern können. Fehlende staatliche Preisbindungen und das verbreitete System der Kostenrückerstattungsinstitutionen in Form von Versicherungen verhindern tendenziell eine angemessene Kontrolle von Angebot und Nachfrage.

Könnten die im privatwirtschaftlichen System wirksamen erfolgsorientierten Maßnahmen in einem Solidarsystem durchgeführt werden, würden sich bedeutsame Kosteneinsparungen bei kontrollierter Ergebnisqualität ergeben, d.h. befriedigendere Ergebnisse bei günstigeren Kosten.

Was zeigen die Erfahrungen aus den Niederlanden? Der besondere Denkanstoß ist hier die institutionelle Einbindung der Patientenmitsprache und -verantwortung in die medizinische Versorgung chronisch Kranker. Der Umgang mit chronisch Kranken war für das naturwissenschaftlich ausgerichtete System der Schulmedizin immer schon ein den generellen Anspruch, heilen zu können und zu wollen, in Frage stellender Problembereich, der durch die voraussehbare demographische Entwicklung noch verschärft wird. Die immer breiter werdende Diskussion um die Lebensqualität zeigt die Unmöglichkeit der alleinigen professionellen Definition und weist auf das noch zu wenig genutzte Potential der Selbstbestimmung. Die Bemühungen, mehr Gleichrangigkeit in Deutschland auch am Krankenbett und in der Arztpraxis herzustellen, könnten auch zur Lösung medizinischer Probleme beitragen.

Als dritte Anregung kann das Bemühen im Ausland betrachtet werden, Leitlinien für die ärztliche Arbeit vorzugeben. Daß diese Leitlinien nicht nur die Qualität der jeweiligen ärztlichen Maßnahme, sondern auch den angestrebten Erfolg der Maßnahme beinhalten müssen, wird sowohl aus den amerikanischen wie auch aus den englischen Erfahrungen deutlich.

5 Vorschlag für ein modulares erfolgsorientiertes Vergütungssystem

Internationale Erfahrungen haben gezeigt, daß jedes Honorierungssystem neben der Erreichbarkeit intendierter positiver Effekte auch immer nicht intendierte negative Auswirkungen nach sich zieht. So sollte ein optimiertes Honorierungssystem in seinen Konstruktionsprinzipien einerseits Komponenten berücksichtigen, die erwünschte Ziele erreichen lassen, andererseits aber Komponenten enthalten, die unerwünschte Auswirkungen minimieren können. Eine Möglichkeit, die Stärken und Schwächen verschiedener Vergütungssysteme zu integrieren, ist ein Modulsystem.

Dieses System sollte Vergütungsformen verwenden, die es ermöglichen, folgende drei Ebenen zu berücksichtigen:

- Patientenbezug (Honorierung nach individuellem Behandlungserfolg);
- Bevölkerungsbezug (Honorierung nach Änderung des Gesundheitszustands einer Population);
- Arzt- bzw. Fachkompetenzbezug (Honorierung nach Qualifikationsbesonderheiten).

Die Honorierung mit Patientenbezug beinhaltet die im engeren Sinn ergebnisorientierte Vergütung, d.h. die Honorierung nach erreichbarer positiver Veränderung bezogen auf klinisch-somatische, aber auch psychische und soziale Parameter (Lebensqualität) und Behandlungszufriedenheit.

Auf Bevölkerungsebene wird als zusätzliches Element die über den einzelnen Arzt hinausgehende Perspektive der Gesundheit von Teilpopulationen, z. B. die Durchimpfungsrate, berücksichtigt.

Der Fachkompetenzbezug fordert die Honorierung der strukturellen Voraussetzungen (Qualifikationsvoraussetzungen) für die erwünschten ärztlichen Leistungen hinsichtlich sowohl der medizinischen Kompetenz wie auch der ärztlich-psychologischen und Managementkompetenz.

Ergebnisorientierten Vergütungsansätzen im ambulanten ärztlichen Sektor können entweder auf den einzelnen Arzt oder arztgruppenbezogene Ergebnisindikatoren zugrundegelegt werden. Auf den individuellen Arzt bezogen könnte zum Beispiel die Häufigkeit erwünschter

Leistungen gesondert honoriert werden (etwa Hausbesuche, Vorsorgeuntersuchungen, zielgruppenspezifische Assessments). Auf der Ebene von Arztgruppen (z. B. alle Hausärzte einer Region) könnten Gesundheitsindikatoren oder beispielsweise Inanspruchnahmeraten für bestimmte Gesundheitsleistungen der Bevölkerung einer Region die Grundlage für erfolgsorientierte Bonuszahlungen liefern.

Erfolgsorientierte Anreize ließen sich am ehesten in einem modularen Vergütungssystem integrieren, weil auf diese Weise am besten zwischen struktur-, prozeß- und ergebnisbezogenen Ansätzen differenziert werden kann. Als Beispiel diene ein modulares Vergütungssystem mit folgenden Elementen (Abbildung 1)¹:

- Auf betriebswirtschaftlicher Basis kalkulierte Grundpauschale;
- Fallzahl- und diagnoseabhängige Grundvergütung (Fallpauschale);
- Komplexgebühren für arztgruppenspezifische Leistungen bzw. Zusatzqualifikationen;
- Spezialleistungen aufgrund besonderer bzw. selten durchgeführter Maßnahmen, die jeweils ein zusätzliches Budget eröffnen;
- Bonus für erfolgsorientierte Maßnahmen.

Fallpauschalen werden für die Durchführung von Operationen, Interventionen oder Prozeduren bzw. für die Betreuung einer Krankheitsepisode (bei chronisch Kranken pro Quartal) gezahlt. Die Fallpauschale sollte auf der betriebswirtschaftlichen Grundlage einer Ist-Analyse der tatsächlichen Kosten für die verschiedenen Arztgruppen kalkuliert werden. Diese Analyse muß vor allem die jeweilige Arbeitszeit und die Personalstruktur standardisiert erfassen, um die Ermittlung der Kosten einer Leistung zuverlässig zu ermöglichen. Eine Grundvergütung für Geräte muß unabhängig von der Fallzahl (anhand von Durchschnittswerten für die jeweilige Facharztgruppe) erfolgen, um die Vergütung technischer Leistungen reduzieren zu können, und um damit Anreize für die Ausweitung delegierbarer Leistungen abzubauen. Die Balance zwischen hausärztlicher und spezialärztlicher Fallpauschale wäre durch den bei Hausärzten höheren Personal- bzw. Arbeitszeitaufwand und den bei Spezialisten höheren Gerätebestand gegeben.

Komplexgebühren sind für die Vergütung aus Einzelleistungen aggregierter Leistungskomplexe vorgesehen. Sie fallen im Verlauf einer Konsultation an und sind weniger um-

¹ Ein weiteres Beispiel für ein modulares Vergütungssystem ist der Vorschlag von Henker (1997).

fangreich als Fallpauschalen. Sie beinhalten zum Beispiel die einmalige symptomorientierte Erhebung der Krankengeschichte einschließlich Untersuchung und Beratung bzw. Erstellung eines Therapieplans. Sie eignen sich beispielsweise für typische problembezogene Konsultationen neu aufgetretener Gesundheitsstörungen.

Spezialleistungen umfassen einerseits die übliche Auftragsbehandlung in Form von Einzelleistungsabrechnung bei Fachärzten. Diese sind nicht beliebig ausweitbar und gut abgegrenzt. Andererseits können auch erwünschte Leistungen wie Hausbesuche oder präventive Maßnahmen auf diese Weise honoriert werden, die ebenfalls zum Teil besondere Qualifikationen erfordern.



Abbildung 1: Modulsystem der ärztlichen Vergütung

6 Umsetzungsmöglichkeiten Ergebnisorientierter Vergütung

6.1 Strukturelle Voraussetzungen

Die Einführung erfolgsorientierter Vergütungsformen setzt im Grunde ein Gatekeepingsystem voraus, um verzerrende Effekte von Patienten, die gleichzeitig bei mehreren Ärzten in (unkoordinierter) Behandlung sind, auszuschließen. Die gegenwärtigen Regelungen im SGB V

schließen ein solches System grundsätzlich nicht aus. Im §76 wird zwar freie Arztwahl garantiert, die Versicherten sind jedoch angehalten, sich einen Hausarzt zu wählen, der im Quartal nicht ohne triftigen Grund gewechselt werden soll. Die - bisher nur unvollständig umgesetzte - Gliederung in eine haus- und eine fachärztliche Versorgung (§73) beinhaltet auch die Koordination ärztlicher Maßnahmen. Hausärzte sind deshalb berechtigt, bei weiterbehandelnden Ärzten die relevanten Daten und Befunde zu erheben.

Es gibt mittlerweile eine Reihe von Ansätzen in Deutschland, die versuchen, ein solches Modell nach ausländischen Vorbildern zu modellieren. Hierzu gehören z. B. die AOK-Hausarztmodelle, Vernetzte Praxen und die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg. Auch im Bereich der Privatversicherung gibt es mit dem Colonia-Hausarztssystem einen entsprechenden Ansatz. Diese Modelle basieren auf freiwilliger Teilnahme von Ärzten und Patienten, denen Beitragsermäßigungen oder Rückzahlungen zugesagt werden (Böhlert et al. 1997).

Ein Gatekeeping-System, d.h. die Vorgabe, bei gesundheitlichen Problemen prinzipiell zunächst den Hausarzt aufzusuchen, würde laut Meinungsumfragen von einer Mehrheit der Versicherten akzeptiert werden (Beske et al. 1996).

Das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) erweitert zudem die Möglichkeiten der Selbstverwaltung, bestehende Strukturen und Vergütungsformen (vgl. §85,2) der ambulanten Versorgung im Rahmen von Modellvorhaben zu modifizieren. Hier sind insbesondere die §§ 64 und 73a zu nennen, die Vereinbarungen mit Arztgruppen zur Durchführung von Modellvorhaben sowie Strukturverträge vorsehen. Strukturverträge nach §73a können den Rahmen für Gatekeeper-Ansätze mit den Möglichkeiten ergebnisorientierter Vergütung bei einer eigens zugewiesenen Budgetverantwortlichkeit der beteiligten Ärzte abgeben. Von Bedeutung ist auch die Möglichkeit, Maßnahmen zur Vermeidung von unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahmen zu ergreifen (§64,4).

Alle Ansätze der ergebnisorientierten Vergütung erfordern Dokumentationsmechanismen bzw. die Sammlung von Datenmaterial, um erbrachte Leistungen und ihre Resultate standardisiert zu dokumentieren. Hierfür gibt es bereits eine Reihe von Vorschriften im Sozialgesetzbuch. Vor allem dürfen Daten nur für den Zweck abgespeichert und genutzt werden, zu dem sie erhoben

worden sind (§284 SGB V, §67c SGB X). Vordrucke und Nachweise für zu erbringende Leistungen können Gegenstand der Bundesmantelverträge (§87,1 bzw. §295,3 SGB V) sein (vgl. z. B. die Dokumentation zur Gesundheitsuntersuchung nach §25 SGB V). KVen dürfen Daten für die Sicherstellung der Vergütung einschließlich der Überprüfung der Korrektheit der Abrechnung speichern (§285 SGB V). Auf seiten der Ärzte besteht die Verpflichtung zur Übermittlung dieser Daten (§294). Damit sind die gesetzlichen Grundlagen für Dokumentationsanforderungen im Rahmen der ergebnisorientierten Vergütung bereits gegeben.

6.2 Medizinische Ansatzpunkte

Schätzt man den Anteil, den erfolgsorientierte Vergütungen für bestimmte Prozeduren am Umsatz einer durchschnittlichen Arztpraxis erreichen können, so dürften in der hausärztlichen Versorgung folgende Annahmen realistisch sein:

Etwa 50% des Gesamtumsatzes in der ambulanten ärztlichen Versorgung entfiel 1991 auf Allgemeinärzte und Internisten, was 51% aller Arztkontakte in der ambulanten Versorgung entspricht (Leistungsreport Ärzte 1993). Ein großer Teil dieser Patientenkontakte in der hausärztlichen Versorgung entfällt auf chronisch kranke Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung befinden.

Hierzu gehören:

- Diabetes (ca. 3% aller Arztkontakte)
- Bluthochdruck (ca. 4%)
- Koronare Herzkrankheit (ca. 2%)
- Herzschwäche (ca. 1,3%) und
- Depressionen (ca. 2%)

Zu den häufigen akuten Problemen, bei denen der Hausarzt zumeist erster Ansprechpartner ist, zählen vor allem:

- Beschwerden der Lendenwirbelsäule (ca. 5%)
- Durchfall und Erbrechen (ca. 2%) und
- akute Infekte der oberen Luftwege (ca. 5%)

Insgesamt machen die häufigsten vierzehn Diagnosen in der Allgemeinarztpraxis ca. ein Drittel aller Arztkontakte aus (Perleth et al., 1997).

Wenn man in grober Näherung davon ausgeht, daß diese vierzehn Diagnosen in der hausärztlichen (allgemeinmedizinischen und internistischen) Versorgung auch etwa einem Drittel des Umsatzes entsprechen, dann erscheint es gerechtfertigt, diese Diagnosen als Ansatzpunkte ergebnisorientierter Vergütung auszuwählen. Dabei ist es sinnvoll, eine Unterscheidung in akute, chronische und präventive Behandlungsanlässe vorzunehmen.

Aus dem bisher Ausgeführten lassen sich, auch unter Berücksichtigung ausländischer Erfahrungen, die folgenden Möglichkeiten ergebnisorientierter Vergütungen ableiten:

1. Bonussysteme, gezielte Anreizsysteme;
2. an die Erreichung eines Ergebnisses gebundene Vergütung ('target payment') bzw. ergebnisorientierte Verträge;
3. Leitlinienorientierte Vergütung;
4. Abstufungen zur Vermeidung unerwünschter Mengenausweitung;

Denkbare direkt erfolgsbezogene bzw. am Endergebnis orientierte Vergütungsmodifikationen, etwa die Vergütung einer Operation nur für den Fall, daß es keine Komplikation gegeben hat, oder die Vergütung der Betreuung eines Diabetikers nur für den Fall, daß er innerhalb von X Jahren sich keiner Amputation unterziehen mußte, zeigen aber, daß eine Vergütung anhand erreichter positiver Outcomes mit den Problemen langer Beobachtungszeiträume sowie der Zuschreibbarkeit zu ärztlichem Handeln zu kämpfen hat. Die Parameter müssen kurzfristig auftreten und ausreichend eindeutig ärztlichem Handeln zuschreibbar sein. Bei chronischen Krankheiten können funktionelle Parameter oder Laborwerte eine hinreichende Basis für die Erfolgsbewertung sein.

Einige Beispiele für ergebnisorientierte Vergütungsansätze bezogen auf die Art des klinischen Problems sind in der nachstehenden Tabelle aufgelistet. Hierbei wird zwischen einzelnen Ärzten und Arztgruppen unterschieden. Arztgruppen sind im Kontext der vertragsärztlichen

Versorgung in Deutschland am besten über die Kassenärztlichen Vereinigungen zu definieren, zumal die Kontrollmechanismen für die ambulante Versorgung hier angesiedelt sind.

Tabelle 2: Beispiele für ergebnisorientierte Vergütungsansätze

	Vergütungsmechanismus (Bonus)	
	<i>auf den einzelnen Arzt bezogen</i>	<i>arztgruppenbezogen</i>
Akute Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Befolgung von symptomorientierten Leitlinien • Vermeidung unnötiger Antibiotikaverordnungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen
Chronische Krankheiten	<ul style="list-style-type: none"> • Durchführung und Dokumentation von Outcome-Monitoring bei bestimmten Krankheitsbildern bei allen Patienten einer Praxis ("Reminder"-System notwendig) 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduktion von Krankenhausaufenthalten, zum Bsp. bei psychiatrischen Patienten • Etablierung von Betreuungsnetzwerken • Anzahl von Fußamputationen bei Diabetespatienten (z. B. im Vgl. zu externen - internationalen - Raten)
Operationen, Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> • Einhaltung von Mindestanforderungen an Ausstattung, Qualifikation und Erfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • unterdurchschnittliche Infektions-, Re-Operations-, Komplikationsraten
Präventive Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • komplette Durchführung von Impfungen • Maßnahmen der strukturierten Gesundheitsförderung, z. B. Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestdurchimpfungsraten • Erhöhung der Teilnehmeraten bei Screeningverfahren und Vorsorgeuntersuchungen • niedriger DMFT-Index bei Kindern (d.h. Anzahl kariöser, fehlender oder gefüllter Zähne)

Aufgrund der prinzipiellen Bedeutung soll die Möglichkeit des Outcomes-Monitoring an einem Beispiel chronischer Krankheit (Diabetes Typ II) verdeutlicht werden. Dabei soll auch deutlich werden, daß die Heilung einer Krankheit nicht zwangsläufig Ziel ergebnisorientierter Ansätze sein muß. Insbesondere chronische Krankheiten bieten ein enormes präventives Potential (d. h. die Vermeidung von Komplikationen und Spätfolgen), das ergebnisorientierten Vergütungsansätzen durchaus zugänglich sein kann.

Befragungen aus den USA zeigen, daß besonders ältere Patienten mit Typ II-Diabetes offenbar unzureichend betreut werden. So wußte nur ein geringer Anteil dieser Patienten über wichtige Stoffwechselfparameter bescheid. Weniger als ein Drittel der Befragten hatten schon einmal von dem Begriff "HbA_{1c}" gehört (ein Laborwert, der etwas über die mittlere Stoffwechseleinstellung der vorhergehenden 6 bis 8 Wochen aussagt und damit eine wichtige Verlaufskontrolle der Stoffwechseleinstellung darstellt; er sollte unter 10% liegen). Dieser Anteil reduzierte sich mit steigendem Alter erheblich und war auch mit der Anzahl der tatsächlich durchgeführten Kontrollen assoziiert. Immerhin knapp ein Fünftel bzw. ein Drittel der Befragten erhielt in einem Jahr keine Untersuchung des Augenhintergrunds bzw. eine Fußinspektion.

Amerikanische Untersuchungen zeigen auch, daß mit der Dauer der Krankheit und der Anzahl der eingetretenen Komplikationen auch die Hospitalisierungsraten stark ansteigen (Tabelle 3). Dies unterstreicht die Wichtigkeit frühzeitiger und kontinuierlicher Therapiekontrollen. Auf der Versorgungsebene dürften Internisten und Allgemeinärzte die größte Bedeutung für die Betreuung von Diabetespatienten haben. Dazu korrespondiert, daß schätzungsweise 90% der Diabetiker bei einem Hausarzt in Betreuung sind.

Tabelle 3: Hospitalisierungen bei Patienten mit Diabetes Typ 2 in den USA 1989

	Anteil der Erwachsenen mit Typ II-Diabetes (%)
<i>Dauer der Erkrankung</i>	
<5 Jahre	21,4
5 - 15 Jahre	22,7
>15 Jahre	29,5
<i>Anzahl der Komplikationen</i>	
0	12
1	17,9
2	21,1
≥3	33,7

Quelle: National Health Interview Survey core questionnaire and diabetes supplement 1989

Mittels eines auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelten Dokumentationssystems (z. B. Fragebogen, Computerprogramm) können regelmäßig in kontinuierlicher Behandlung stehende Diabetes-Patienten untersucht bzw. für den Verlauf relevante Daten erhoben werden. Das können anamnestische Angaben, Laborwerte (z. B. HbA_{1c}) oder Untersuchungsbefunde (z. B. Untersuchung des Augenhintergrundes) sein. Aus dem Verlauf sind frühzeitig Veränderungen im Gesundheitszustand zu erkennen. Durch rechtzeitige Intervention können so zum Beispiel Krankenhausaufenthalte verhindert werden. Gegebenenfalls können therapeutische Maßnahmen intensiviert oder modifiziert werden. Durch die systematische Erfassung aller zu einer Praxis gehörenden Patienten könnten sich die Ergebnisse auf Bevölkerungsebene verbessern, insbesondere im Hinblick auf Spätfolgen. Dies wird ansatzweise bereits in den sogenannten diabetologischen Schwerpunktpraxen umgesetzt.

Den positiven Effekt von diabetologischen Schwerpunktpraxen, die eine qualitätsgesicherte standardisierte Betreuung von je ca. 250 Patienten pro Quartal leisten sollen, demonstrierte eine kürzlich vorgelegte Datenauswertung von 226 Diabetikern (Typ I und Typ II) über zwei Jahre in fünf Praxen (Hasche et al., 1997). Entsprechend der Therapie nach international anerkannten Standards,² sowie mit Hilfe von Patienten- und Angehörigenschulungen konnte eine Reihe klinisch wichtiger Ergebnisse verbessert werden (Reduktion von HbA_{1c}, Blutdruck, Gewicht [Typ II-Diabetes], Anzahl von Unterzuckerungen, Anstieg von HDL). Durch Diabetes bedingte Arbeitsunfähigkeits- und Krankenhaustage konnten sogar um bis zu 84% gesenkt werden.

6.3 Ergebnisorientierte Vergütungsanreize

Die Umsetzung der Ergebnisorientierung in Vergütungssysteme kann in Form von Bonuszahlungen oder Zuschlägen erfolgen. Anreize können durch Modifikation der Punktwerte und Bonuszahlungen erfolgen. Eine stärker bindende Unterform stellen 'target payments' dar, die vertraglich vereinbarte Mindestziele mit der Zahlung eines Bonus verbinden. Die Vergütung entlang evidenz-basierter Leitlinien setzt einen größeren Aufwand voraus, insbesondere was die Dokumentation betrifft. Schließlich sind noch Abstufungen zur Leistungsmengenkontrolle möglich.

6.3.1 Bonus- und Anreizsysteme

Bonuszahlungen bzw. Anreize setzen auf der Ebene individueller Ärzte oder Arztgruppen an. Sie haben den Vorteil der guten Akzeptanz, da negative Konsequenzen prinzipiell vermieden werden. Zudem sind sie im derzeitigen, von der Vergütung von Einzelleistungen dominierten System, relativ leicht zu implementieren.

De facto findet eine wichtige Form der Steuerung der ärztlichen Handlungen über die Höhe der Vergütung von einzelnen Leistungen (Anzahl der Punkte im EBM) statt (Bewertungsausschuß nach §87 SGB V). Über die KV-spezifischen Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) kann zusätzlich per Budgetzuweisung bzw. -abgrenzung der Punktwert gesteuert werden.

² Z. B. Richtlinien für die Behandlung des Typ-I-Diabetes (insulinabhängigem Diabetes mellitus, IDDM), Konsensus Bericht der European IDDM-Policy Group 1993, übersetzt von Nagel C, Reinhart N, Schröter W,

Die Honorarverteilung der Gesamtvergütung auf KV-Ebene wird anhand eines Verteilungsmaßstabes durchgeführt, der von der Vertreterversammlung beschlossen wird. Die Grundlage, auf der diese Verteilung basiert, hat der Gesetzgeber nicht zwingend vorge-schrieben. So können Kopfpauschalen, Einzelleistungen oder Kombinationen dieser Systeme zugrunde gelegt werden (§87 SGB V). Wichtige Einflußfaktoren sind neben der Ko-stendeckung auch Vorschläge von Aufsichtsbehörden (Sozialministerien der Länder) und die Zusammensetzungen der Vertreterversammlungen.

Das Steuerungsinstrument HVM dient bisher hauptsächlich der Honorarverteilung zwischen Facharztgruppen, wird jedoch auch schon zur Punktwertstabilisierung und damit zur Förderung bestimmter Leistungen, z.B. präventiver Art, eingesetzt. Auch die Leistungsmenge einzelner Ärzte oder kleiner kooperierender Arztgruppen kann auf KV-Ebene reguliert werden, etwa indem das Instrument der Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) weiter differenziert wird.

Eine Modifikation der Honorarverteilung für "erfolgsorientierte Leistungen" hat den Vorteil der Gruppenbezogenheit und kann eventuell auch auf freiwilliger Basis eingeführt werden ("Bonusgruppe"). Die Vergütung dieser Gruppe wird aus der Gesamtvergütung zurückgestellt, wodurch ein indirekter Abschlag für Ärzte resultiert, die nicht an dem Modell der Erfolgsorientierung teilnehmen. Die Rückstellung muß, sofern ein System floatender Punktwerte besteht, *ex ante* als fester Betrag oder Anteil erfolgen, um nicht durch Punktwertverfall entwertet zu werden.

Außerdem könnten erwünschte Leistungen auch durch eine Höherbewertung bzw. durch die Garantie eines festen Punktwertes gezielt gefördert werden. Diese Anreizwirkung ist in der Literatur, aber auch in der jüngeren Geschichte des EBM gut belegt. So führte die EBM-Reform 1996 mit der Anhebung der Punktzahlen für die sogenannte "sprechende Medizin" zu einer drastischen Steigerung der ärztlichen Gesprächsleistungen; dieser Zusammenhang veranlaßte das Bundessozialgericht anläßlich einer Urteilsbegründung zu der Feststellung, daß der Punktwert einer Leistung darüber mitentscheide, ob ein Vertragsarzt "eine bestimmte Leistung erbringen will oder nicht" (AZ: 6RKa 36/97).

6.3.1.1 'Target payments'

Eine an die Erreichung eines Ergebnisses gebundene Vergütung ('target payment') wird in Deutschland in einigen Fällen bereits praktiziert. Diese Bezahlungsform bezieht sich derzeit jedoch lediglich auf einzelne Leistungen individueller Ärzte. Mit der Verknüpfung der Bezahlung einer Maßnahme an die Dokumentation der Durchführung dieser Maßnahme wird aber nur eine Möglichkeit der zielorientierten Vergütung realisiert. Andere Möglichkeiten sind die Zahlung einer Pauschale (pro Fall) an den Arzt oder an eine Arztgruppe, die fällig wird, wenn vordefinierte Ziele der Gesundheitsversorgung erfüllt werden. Dies könnte beispielsweise auf KV-Ebene für Immunisierungen und Früherkennungsuntersuchungen facharztgruppenspezifisch erfolgen. Ein Aufschlag bei überdurchschnittlichen Leistungen wäre denkbar. Bei Unterschreitung wäre umgekehrt ein Abschlag denkbar.

Auch auf der Ebene der Behandlung individueller Patienten könnte die Vergütung anhand absoluter (z. B. Anstreben erwünschter klinischer Ergebnisparameter, wie HbA_{1c} dauerhaft unter 10%) oder relativer Vorgaben (z.B. Senkung des HbA_{1c} um 20% im Laufe eines Jahres) erfolgen. In bestimmten Fällen kann sich auch die Honorierung der gesamten Leistung an Vorgaben orientieren, zum Beispiel indem erst das Erreichen des kompletten Impfschutzes mit der dritten Impfung honoriert wird (z.B. mit dem Vierfachen der derzeitigen Vergütung für eine Einzelimpfung), nicht jedoch die erste und zweite Impfung. Dies erscheint möglich, sofern die einzelnen Leistungen in einem überschaubaren Zeitraum - bis zu einem Jahr - durchzuführen sind.

In England wurden bei Allgemeinärzten auf der Ebene von Health Authorities im Durchschnitt folgende Raten für Impfungen bzw. Früherkennungsuntersuchungen erreicht:

Tabelle 4: Raten für Impfungen und Früherkennung in England

<i>Impfung</i>	
Diphtherie	95%
Mumps/ Masern/ Röteln	91%
<i>Screening</i>	
Zervix-Karzinom	85% (in 5,5 Jahren)

Quelle: NHS

Derartige Raten könnten als Zieldefinitionen auf Bevölkerungsebene (regional bzw. KV-Bezirk) zugrundegelegt werden.

Dieser Ansatz erfordert allerdings organisierte Einbestellsysteme, um eine möglichst große Abdeckung der Bevölkerung zu erreichen. Die in den meisten Praxen vorhandenen, allerdings bisher hauptsächlich zu Abrechnungszwecken genutzten Praxiscomputer, könnten hierzu genutzt werden.

6.3.1.2 Leitlinienorientierte Vergütung

Ein modulares Vergütungssystem bietet den Vorteil vielfältiger Steuerungsmöglichkeiten. Wenn nur ein Teil der erbrachten Leistungen nach dem System der Einzelleistungsvergütung bezahlt wird, dann wirkt sich eine Änderung in diesem System auch nur auf diesen Teil der Vergütung aus. So ergeben sich auch weitere Ansatzmöglichkeiten für eine stärker ergebnisorientierte Vergütung. Eine solche Möglichkeit, Ergebnisorientierung und Vergütung stärker miteinander zu verknüpfen, ist die Kopplung von Vergütung und Leitlinien.

Unter Leitlinien versteht man auf wissenschaftliche Evidenz gestützte und lediglich normativ verbindlich Feststellungen, die Ärzten und Patienten Entscheidungs- und Orientierungshilfen für medizinische Maßnahmen unter definierten Bedingungen liefern sollen. Die Befolgung evidenzbasierter Leitlinien läßt ein verbessertes gesundheitliches Ergebnis der ärztlichen Behandlung erwarten (Field & Lohr 1992).

Leitlinien sind eine Möglichkeit, umfangreiches, systematisch strukturiertes Fachwissen in einem benutzerfreundlichen, praktikablen Format zu transportieren. Sie beruhen auf der Annahme, daß in der ärztlichen Routinepraxis bereits "implizit" Leitlinien befolgt werden, zum

Beispiel in Form von Entscheidungsregeln für Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern. Solche Entscheidungsregeln sind durch die ärztliche Sozialisation in Form der Aus-, Weiter- und Fortbildung, aber auch durch klinische Erfahrung geprägt. Allerdings können sich aufgrund fortschreitenden Wissens um die Aussagekraft von diagnostischen Tests oder die Wirksamkeit von therapeutischen Maßnahmen die Grundlagen solcher Entscheidungen verändern, so daß Patienten mit gleichen Krankheiten von verschiedenen Ärzten unterschiedlich behandelt werden - ein Problem der Anpassung dieser impliziten Entscheidungen an den Stand der Wissenschaft. Es ist daher ein wichtiges Ziel von Leitlinien, diese Praxisvariationen einzuschränken, indem sie für typische Situationen das jeweils gesicherte Wissen indikationsbezogen zusammenfassen. Damit werden Entscheidungsregeln im Grunde explizit und nachvollziehbar gemacht.

In den letzten Jahren wurden international Standards entwickelt, wie das bestehende Wissen in systematischer Form aufgearbeitet werden kann, um in Leitlinien integriert zu werden. Diese Standards sind in Deutschland bereits rezipiert und von den entsprechenden Gremien adoptiert worden (Bloch et al. 1997). Dieser Prozeß ist demnach ähnlich dem der Erstellung von systematischen Übersichten. Diese gehen von einer fokussierten Fragestellung aus, identifizieren die gesamte relevante Literatur, bewerten diese anhand vordefinierter Kriterien und stellen sie in qualitativer (z. B. tabellarische Übersichten) oder quantitativer Form (z. B. Metaanalyse) zusammen, um eine Gesamtaussage anhand der "gepoolten" Resultate von Einzelstudien zu erhalten. Leitlinien gehen noch einen Schritt weiter, indem sie alle für die Entscheidungsfindung relevanten Kriterien sowie zunehmend Kostenaspekte berücksichtigen. Ein weiteres wichtiges Merkmal besteht darin, daß Leitlinien ausdrückliche Empfehlungen abgeben, die auf der Basis des systematisch akkumulierten Wissens auch auf Expertenkonsens beruhende Bewertungen beinhalten und durch Entscheidungskorridore die Praxissituation berücksichtigen.

Daneben haben sich in den letzten Jahren wichtige Erkenntnisse hinsichtlich der tatsächlichen Wirksamkeit und Brauchbarkeit von Leitlinien ergeben. Hierzu gehört zum einen die Entwicklung von Leitlinien. Es wird kaum noch bestritten, daß Leitlinien am besten in dem Kontext entwickelt werden, in dem sie später auch eingesetzt werden sollen, um die Akzeptanz auf Seiten der Leistungserbringer zu erhöhen. Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil Leitlinien ja in einer klinischen Situation eingesetzt werden sollen, die eine klinisch-ärztliche Beurteilung

der Situation des Patienten durch den Arzt (Anamnese, Untersuchung, Diagnostik) voraussetzt. Damit hängt zum anderen auch die Frage der Dissemination von Leitlinien zusammen. Die bloße Veröffentlichung, sei es "online", sei es in Buch- oder Zeitschriftenform, scheint demnach kaum eine Wirkung zu zeigen. Die Einschaltung von lokal anerkannten Meinungsführern und die Verknüpfung mit schon bestehenden Strukturen scheint hier erfolgversprechender zu sein (vgl. Grimshaw & Russell, 1993).

Leitlinien stellen also eine Möglichkeit dar, über die Koppelung an prozeßorientierte Vergütungsformen die Wahrscheinlichkeit erwünschter gesundheitlicher Ergebnisse zu erhöhen. Der Laborwert HbA_{1c} (s. o.) beispielsweise sollte regelmäßig zur Therapiekontrolle bestimmt werden. Die Vergütung der routinemäßigen Therapiekontrolle könnte also an die Befolgung der Bestimmung dieses Laborwertes, entsprechend der Vorgabe einer Leitlinie, geknüpft werden.

Die Verwendung von Leitlinien hat im Rahmen von "Managed Care" eine Pluralisierung erfahren, deren Tragweite nur angedeutet werden kann. Zum einen gibt es international mittlerweile Tausende von Standards, Richtlinien und Leitlinien, die das ärztliche Handeln steuern sollen. In Deutschland hält die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hunderte von "Leitlinien für Diagnostik und Therapie" ihrer Mitgliedsgesellschaften vor, weitere vierhundert sind bereits angekündigt.

Zum anderen werden im Rahmen der Bezahlung von Ärzten durch US-Medicare (die Krankenversicherung für über 65jährige) Leitlinien aber auch für die Überprüfung der Angemessenheit von ärztlichen Leistungen eingesetzt. Diese Anwendung kann jedoch zu einer nachhaltigen Störung des Arzt-Patienten-Verhältnisses führen, wenn die ärztliche Entscheidungsfreiheit hinter ökonomischen Erwägungen zurückstehen soll. Leitlinien werden auch zunehmend zur Beschreibung des gesamten Verlaufs der (stationären) Behandlung von Patienten, von der Einweisung bzw. Zuweisung bis zur Entlassung oder dem Ende der Behandlung, eingesetzt. Dies geschieht unter der Annahme, daß ein großer Teil der Kosten bei optimaler Umsetzung von Leitlinien eingespart werden kann.

Schließlich sind auch "Payment Guidelines" denkbar, die in bestimmten Fällen die Vergütung regeln bzw. ausschließen. Dies wird zum Beispiel in Frankreich praktiziert; dort wurden in den

letzten Jahren sogenannte Medizinische Referenzen verabschiedet, die für niedergelassene Ärzte verbindlich sind. Diese Dokumente beziehen sich jeweils auf eine diagnostische, therapeutische oder präventive Leistung, deren Erbringung nach dem Stand der Wissenschaft nicht mehr angemessen ist.

Im Hinblick auf eine ergebnisorientierte Vergütung können Leitlinien auf verschiedene Art und Weise eingesetzt werden. Leitlinien können grundsätzlich dazu eingesetzt werden, ärztliches Handeln in bestimmten Situationen stärker zu standardisieren, um so die Qualität der Behandlung an anerkannte Standards anzupassen. Prinzipiell können Vergütungsanreize geschaffen werden, um die Befolgung von Leitlinien zu verbessern. Andererseits kann die Vergütung an die Einhaltung von Leitlinien gekoppelt werden. Die leitlinien-orientierte Vergütung bezieht sich naturgemäß auf den Prozeß der ärztlichen Handlung, wobei angenommen wird, daß durch die Einhaltung evidenz-basierter Leitlinien eine Verbesserung des gesundheitlichen Ergebnisses erreicht wird. Die Verknüpfung ergebnisorientierter Vergütung mit Leitlinien hat somit auch eine qualitätssteigernde Komponente.

Zusammengefaßt verfolgt die leitlinienorientierte Vergütung folgende Ziele:

- Verbesserung der Qualität ärztlichen Handelns;
- Reduktion von Praxisvariationen infolge Unter- oder Übernutzung medizinischer Leistungen und damit
- Sicherstellung der angemessenen Anwendung von medizinischen Maßnahmen;
- Steigerung der Transparenz der Entscheidungsfindung bzw. informierter Entscheidungen in der Arzt-Patient-Interaktion.

Im ambulanten Sektor können Leitlinien an die Zahlung (eines Bonus in Form) von Sonderpauschalen geknüpft werden, etwa für die Betreuung chronisch Kranker oder bei diagnostischen und präventiven Maßnahmen. Diese können sich zum Beispiel auf jeweils ein Quartal beziehen und die Verpflichtung zur Erbringung bestimmter Leistungen beinhalten.

Um eine Erfolgsorientierung im bestehenden ambulanten Vergütungs- und Abrechnungssystem zu ermöglichen, bietet sich der Einstieg anhand eindeutiger Indikationen an. Dies ist vor allem bei präventiven Leistungen und bei Leistungen für Patientengruppen gegeben, deren Diagnose bzw. Indikation im EBM mit einer Ziffer kodiert werden. Hierzu gehören die Ziffern 3493 bis 3499 (Mukoviszidose, chronische Niereninsuffizienz, Erkrankungen mit systemischer

Zytostatika-Therapie, Nachsorge nach Organ- bzw. Knochenmarktransplantation, HIV-Infektion, insulinpflichtiger Diabetes, rheumatoide Arthritis unter Langzeit-Basistherapie), die nach derzeitigem Recht den Deckel für Laborleistungen für den entsprechenden Patienten aufheben und damit wie ein nicht-erfolgsorientierter Bonus wirken. Wie ihr Einsatz stattdessen vorstellbar ist, verdeutlicht das Beispiel.

Beispiel: Ein Arzt, der sich bei der Betreuung von Diabetespatienten an eine Leitlinie hält, die Vorgaben zu Wiedereinbestellungen für bestimmte Untersuchungen (z. B. Blutzucker, Fußinspektion, Blutdruck), Augenarztüberweisungen und Laborkontrollen (z. B. HbA_{1c}) macht, könnte neben der ungedeckelten Abrechnung der in der Leitlinie geforderten Maßnahmen eine erhöhte "Case Management"-Pauschale beanspruchen. Diese würde die Dokumentation der Einhaltung dieser Leitlinie voraussetzen.

Solche erhöhten Pauschalen sollen unter anderem eine optimale kontinuierliche Verlaufskontrolle chronisch Kranker fördern. Sie kombinieren eine Verlaufskontrolle der Erkrankung mit der präventiven Perspektive, bekannte Langzeitschäden zu verhindern. Sie kommen daher für das Spektrum von Indikationen in Frage, für die die Erstellung von Leitlinien erstens unter epidemiologischen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvoll ist und zweitens genügend Daten zur Verfügung stehen, die eine Verbindung von Prozeßparametern mit (erwarteten) Ergebnisparametern erlauben. Häufige und mit zum Teil vermeidbaren Langzeitfolgen behaftete Krankheitsbilder, für die solche Pauschalen in Frage kommen, sind zum Beispiel Bluthochdruck, Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Glaukom, Diabetes und Osteoporose.

Die Durchführung erwünschter präventiver Leistungen kann auch durch die Einführung eines Bonussystems für die Erreichung von Mindestraten gefördert werden. Diese könnten Impfungen, Screening-Untersuchungen für Krebs, Aktivitäten der Gesundheitsförderung und periodische Gesundheitsuntersuchungen bei bestimmten Zielgruppen umfassen. Damit wären vor allem Hausärzte bzw. Primärärzte eine vorrangige Zielgruppe für ein solches Bonussystem.

Beispiel: Dokumentationsbasierte Vergütung von periodischen Gesundheitsuntersuchungen bei Älteren anhand einer wissenschaftlich fundierten Leitlinie.

Die Leitlinie enthält eine Reihe von Tests, die bestimmte Gesundheitsstörungen (z. B. Schwerhörigkeit, Diabetes, Sehstörungen) frühzeitig erkennen und so möglicherweise Behinderungen und Unfälle mit allen Folgeerscheinungen vermeiden hilft. Zusammen mit einem elektronischen Wiedereinbestellsystem könnten auf diese Weise die gesundheitliche Versorgung Älterer verbessert und unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

6.3.2 Abstufungen

Wie können Abstufungen im Rahmen ergebnisorientierter Vergütungsansätze nutzbar gemacht werden? Die Vermeidung unerwünschter Mengenausweitung kann als Vermeidung von Überversorgung interpretiert werden. Abstufungsregelungen setzen statistische Durchschnittswerte voraus, die Abweichungsregelungen begründen.

Abstufungen stellen eine Möglichkeit der Mengenbegrenzung dar. Sie können einerseits budgetbezogen sein und alle Ärzte (einer Arztgruppe) eines KV-Bezirks betreffen. Derartige Mechanismen sind beispielsweise in Kanada etabliert (Hurley et al. 1996), aber auch im Rahmen der Fallzahlregulierung bei den jüngst eingeführten Praxisbudgets in Deutschland.

Andererseits können sie sich auf konkrete Leistungen einzelner Ärzte beziehen. Dies ist zum Beispiel bei technischen- und Laborleistungen der Fall (§87,2 SGB V). In Abhängigkeit von der Auslastung der Geräte werden Abstufungen von bis zu 40% vorgesehen.

7 Fazit und Ausblick

Anlaß für dieses Gutachten war die anhaltende Diskussion um dysfunktionale Anreize ('Flucht in die Leistungsmenge') im System der Vergütung niedergelassener Ärzte in Deutschland. Ansatzpunkt des vorgelegten Konzeptes ist die Forderung, die ärztliche Vergütung stärker an den gesundheitlichen Resultaten der behandelten Patienten zu orientieren. In diesem Gutachten wurden nationale und internationale Erfahrungen der Vergütung von Ärzten im ambulanten

Sektor analysiert. Zusätzlich wurden Prinzipien der Ergebnisorientierung und deren Verknüpfung mit der ärztlichen Vergütung aufgezeigt.

Dabei zeigt sich, daß sich eine Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütung in Richtung Ergebnisorientierung am ehesten in einem modularen System verwirklichen läßt. Hierzu müssen verschiedene Vergütungsmechanismen verknüpft werden, um dem Spektrum ärztlicher Tätigkeit und der Vielfalt der Qualifikationen gerecht werden zu können.

Als Fazit läßt sich die Forderung an die Gesundheitspolitik ableiten, die Rahmenbedingungen für ein modulares Vergütungssystem mit ausgeprägt ergebnisorientierten Vergütungsanteilen in der Fortentwicklung des SGB V (Bewertungsmaßstäbe und Honorarverteilung) und gegebenenfalls in der amtlichen ärztlichen Gebührenordnung durch Verordnung des BMG festzuschreiben.

Gesetzliche Regelungen sollten die folgenden Elemente aufgreifen:

1. Vorgabe, schrittweise ein modulares Vergütungssystem einzuführen, das insbesondere ergebnisorientierte Vergütungsanteile aufweist;
2. Erprobung modularer Vergütungsmodelle mit ergebnisorientierten Vergütungsanteilen in Modellvorhaben nach §64 SGB V in der Fassung des 2.GKV-NOG;
3. Wissenschaftliche und politische Evaluation der Erprobungsmodelle durch unabhängige wissenschaftliche Begleitforschung.

Die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in das Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte obliegt dann der Selbstverwaltung.

8 Literatur

1. Abholz HH. Wie soll man das bezahlen? - Ein Vergleich ärztlicher Honorierungssysteme. Arbeit & Sozialpolitik 1992, Heft 5-6:18-25.
2. Alchian AA, Woodward S. The market for 'lemons': Quality, uncertainty and the market mechanism. Quarterly Journal of Economics 1987, 84: 488-500.
3. Berufsverband der deutschen Urologen. Der URO-EBM - das alternative Honorierungsmodell. Manuskript. Dorfen 1997.
4. Beske F, Hallauer J, Kern AO. Rationierung im Gesundheitswesen? Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung: Leistungskatalog, Selbstverwaltung, Fremdleistung. Kiel: IGSF 1996.
5. Bloch RE, Lauterbach K, Oesingmann U, Rienhoff O, Schirmer HD, Schwartz FW. Bekanntmachungen: Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997. Deutsches Ärzteblatt 1997;94:A-2154-5.
6. Böhlert I, Adam I, Robra BP. Voraussetzungen zur erfolgreichen Umsetzung von Managed Care-Gatekeepersystemen nach dem Schweizer Muster in Deutschland. Gesundheitswesen 1997;59:555-60.
7. Busse R, Schwartz FW. Der ambulante Sektor zwischen Budgetierung, Gebührenreform und Strukturreform. In: Düllings u. a. (Hrsg.). Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Heidelberg: R. v. Decker 1996:107-29.
8. Field MJ, Lohr KN. Guidelines for clinical practice. From development to use. Washington: National Academy Press 1992.
9. Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. Lancet 1993;342:1317-22.
10. Hasche H, Flinker K, Herbold M, Lembcke, HJ, Ley HG, Schwinn GJ, Spork G, Janka HU. Multizentrische Studie zur Effektivität der diabetologischen Schwerpunktpraxis. Studie der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte (AND). Deutsches Ärzteblatt 1997;94:A:2990-5.
11. Henker O. Rahmenkonzeption für eine qualitäts- und kostenorientierte, gerechte Vergütung ärztlicher Leistungen. Ein Vorschlag für einen zukunftsweisenden Reformansatz. Reutlingen 1997.
12. Huber E. Liebe statt Valium. München: Droemer Knaur 1995.
13. Hurley J, Card R. Global physician budgets as common-property resources: Some implications for physicians and medical associations. Can Med Assoc J 1996;154:1161-8.
14. Klose J. Leistungsreport Ärzte. Arztprofile der wichtigsten Fachgruppen niedergelassener Ärzte. Stuttgart: Fischer 1993.
15. Krauth C, Schwartz FW. Kostenerstattungsprinzip und Ausgabenbegrenzung. Med Klin 1997;92 (im Druck).
16. Perleth M, Beyer M, Baum E. Kontinuität in der hausärztlichen Versorgung - Ergebnisse einer Querschnitterhebung. Manuskript Oktober 1997.

17. Schulenburg JM Graf von der. Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihrer Allokationswirkungen, Tübingen: Mohr 1981.
18. Schwartz FW, Haase I, Busse R. Erfolgsorientierung: Eine neue Dimension in der Vergütungsdiskussion. Arbeit & Sozialpolitik 1995, Heft 5-6:29-34.
19. Scott A, Hall J. Evaluating the effects of GP remuneration: problems and prospects. Health Policy 1995;31:183-195.
20. Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz - 2.GKV-NOG). BGBl. 1997;I:1520-1536.