Stefan Klatt

Die Reformierung der ambulanten Versorgung

Zu Stand und Chancen gesetzlicher Modellvorhaben in der Bundesrepublik

Über viele Jahre konzentrierte sich der politisch-ökonomische Druck auf den stationären Versorgungssektor. In diesem Zusammenhang wurden sowohl Vergütungsstrukturen modifiziert (Bsp.: Fallpauschalen) wie auch Versorgungskapazitäten »politisch« reduziert.

Dagegen konnte sich der ambulante Bereich seine höhergradige Selbstständigkeit im wesentlichen bewahren und sich auf die Bewältigung seiner inneren Verteilungsaufgaben (und -kämpfe) konzentrieren. Unter weitestgehender Schonung der kassenärztlichen Gesamtertragslage sollte der ambulante Versorgungssektor in dieser Phase insbesondere über die Beeinflußung der Heil- und Hilfsmittelkosten sowie die angestrebte Ersetzung »teurer« stationärer Leistungen (ambulante Operationen) einen Beitrag zur Kostendämpfung leisten.

Bedeutende Effizienz- und Qualitätsdefizite des ambulanten Bereiches werden jedoch selbst von gesundheitspolitisch verantwortlicher Seite weiterhin eingestanden. So weist das Sachverständigengutachten des Jahres 1995 (Sachverständigenrat 1995) u.a. folgende Kritikpunkte aus:

- Ermangelung von ausformulierten und praxisnahen Behandlungs- und Therapiestandards;
- schlechte Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (unter maßgeblicher Mitverantwortung des ambulanten Bereiches);
- Defizite in Prävention und Rehabilitation;
- Zugangsprobleme (behandlungsbedürftige Krankheiten erreichen das Versorgungssystem nicht oder zu spät);
- unangemessene Inanspruchnahme von Fachärzten, gerade bei unkomplizierten Erkrankungen (Zunahme durch den Einsatz der Chipkarte seit 1993).

Drei Hauptparameter bestimmen den gesundheitspolitischen Umgang mit diesen Problemen des ambulanten Sektors: Das Paradigma der »ambulanten Autonomie« (I) steht neben einer angestrebten Stärkung des Einflusses der gesetzlichen Krankenversicherungen (II). Beide Aspekte wiederum unterliegen der Idee wettbewerblicher Optimierung (III). Diese Elemente finden in Änderungen des SGB V ihren Ausdruck, die es

Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen erlauben, auf vertraglicher Basis Varianten der ambulanten Versorgung regional zu erproben.

1. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Nach einem durch Eingriffe des GRG (Gesundheitsreformgesetzes) bedingten vorübergehenden Rückgang der GKV-Ausgaben im Jahre 1990 wurde das zunehmende Versagen der »klassischen« Interventionsinstrumente durch einen erneuten Ansteig der durchschnittlichen Beitragssätze zur GKV in den folgenden Jahren (1991: 12,2%, 10/93: 13,12%) erkennbar.

Daher wurde in den parteienübergreifenden »Lahnsteiner Gesprächen« des Oktobers 1992 eine grundsätzliche Reform der GKV angestrebt, die die bestehenden Defizite beseitigen sollte. Unterschiedliche Elemente, wie die Einführung von Kassenwahlfreiheit mit Risikostrukturausgleich, die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung sowie das Globalbudget für die ambulante Versorgung wurden beschlossen.

Diese Ansätze fanden im GSG (Gesundheitsstrukturgesetz) ihren Niederschlag. Das SGB V (§ 63f.) eröffnete jetzt im Rahmen von *Erprobungsregelungen* den Krankenkassen die Möglichkeit, neue Modellvorhaben der ambulanten Versorgung zu entwickeln.

Das zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV (2. NOG) eröffnete dann zusätzliche Möglichkeiten. Hiernach haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen den Freiraum, im Rahmen sogenannter *Strukturverträge* nach § 73a SGB V neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zu vereinbaren. Der Gesetzgeber hat hiermit die Möglichkeit geschaffen, daß Versorgungsmodelle in die Regelversorgung integriert werden können. Diese Modellprojekte, vormals Erprobungsregelungen, können seit dem 1.7.1997 zeitlich auf acht Jahre befristet werden. Die Modellvorhaben sind wissenschaftlich zu begleiten und im Hinblick auf die Zielsetzung nach § 65 SGB V auszuwerten. Einsparungen, soweit diese in den Modellversuchen erwirtschaftet werden, können an die eingeschriebenen Versicherten z.B. in Form von Beitragssenkungen weitergegeben werden (§ 63 Abs. 3 und 5 SGB V). Hierbei ist zwischen Bonuszahlungen bei Teilnahmeeinwilligung und Beitragsrückvergütungen bei Nichtinanspruchnahme medizinischer Leistungen zu unterscheiden.

2. *Übersicht*

Während Mitte 1997 ca. 35 Modellversuche gemäß SGB V zu beobachten waren (Der Gelbe Dienst 1997), deuten aktuelle Angaben auf annähernd 200 begonnene oder in Gründung befindliche Projekte. Allerdings basieren die meisten dieser Vorhaben nicht auf den o.g. gesetzlichen Rahmenbedingungen. Statt dessen entstehen sie oft aus vertragsärztlicher Eigeninitiative, teilweise mit (pharma-)industrieller Unterstützung. Ebenso werden spezielle medizinische Themenfelder (z.B. Kardiologie) unter dem identischen »Arbeitstitel« der *vernetzten Versorgung* bearbeitet. Allgemein bedürfen diese Projekte einer mühsamen und sorgfältigen Abgrenzung gegenüber großen Gruppenpraxen und Ärztehäusern.

Die versorgungspolitisch relevanten Projekte finden sich derzeit vor allem innerhalb der »gesetzlichen« Modellvorhaben. Im folgenden werden sieben dieser Modellvorhaben gemäß ihrem jeweils erkennbaren Hauptansatzpunkt typisiert. Die erstgenannten Projekte (2.1) zielen hierbei auf die regionale Umorganisation des ambulanten Versorgungsangebotes unter Herausbildung einer veränderten Kooperationsweise im bestehenden Einzelpraxensystem. Die unter Punkt 2.2. geführten Projekte konzentrieren sich hingegen auf die Ersetzung stationärer Leistungen unter Anwendung direkter Anreizverfahren. Die beiden darauf folgenden Kategorien beschreiben Umsetzungsversuche von Prinzipien, die auch im US-amerikanischen *Managed Care* zentrale Bedeutung haben. Die Versorgungslenkung durch speziell beauftragte Ärzte (Primärarztkonzept: 2.3) wird dort im Zusammenspiel mit ökonomischen Anreizen, die beispielsweise in einer Erfolgsbeteiligung bei Gesamtkosteneinsparung bestehen (2.4), eingesetzt. Tabelle 1 weist den Umfang und zeitlichen Rahmen dieser Modelle aus.

Tabelle 1: Übersicht über bedeutende Modellversuche der ambulanten Versorgung

Projekt/ Kriterium	Rendsburg	Ried	Hausarzt (Frankfurt)	Berlin	Kodex (Berlin)	Hippokates (Hamburg)	Baden
Kranken-kassen	VdAK	VdAK	AOK	BKKs/ TKK	AOK	AOK	AOK
Teilnehmende Ärzte	120	30 Praxen	60	410	1800	10% aller Ärzte	240
Beginn	12/96	1/97	1/97	6/96 (?)	8/95	7/95	1/96
Betreute Patienten	?	max. 43000	500	3000 (Ziel)	?	?	?

2.1 *Modelltyp »Vernetzung«*

Die Modelle aus *Ried*, *Rendsburg* und *Baden-Württemberg* basieren auf kleinräumigen und relativ sanften Konzepten, die unter anderem das ambulante Versorgungsangebot erweitern sollen. Eine der zentralen Methoden hierfür ist die Präsenzausdehnung durch unterschiedliche Maßnahmen wie die Einrichtung von Leitstellen, Schaffung einer zentralen Anlaufpraxis oder die Absprache von Öffnungszeiten. Ergänzt wird dieses Konzept durch die Ausdehnung ambulanter Pflege und die mögliche Integration von Ambulanzen. Weitere kooperationsorientierte Maßnahmen bestehen in der Organisation von Konferenzen und Qualitätszirkeln sowie in der Koordination des Praxismanagements (Personalpools, Einkaufsgemeinschaften, koordinierte Heilmittelversorgung). Diese »vernetzte« Patientenbetreuung soll durch unterschiedliche Informationsmedien wie die Einrichtung von Patientenbegleitbüchern (für behandlungsintensive Patienten) und Begleitbriefe (in Papier und Faxform) ermöglicht werden. Die Honorierung der beteiligten Ärzte erfährt durch die Einführung neuer Honorierungselemente (z.B. für Präsenz, Begleitbriefschreiben oder Konferenzteilnahme) zunächst nur wenig Modifikationen. Jedoch sollen in allen Modellen die Ersparnisse aus reduzierten stationären Versorgungskosten und aus Heilmitteleinsparungen (z.B. über eine Stabilisierung der Einzelleistungspunktwerte) zurückgekoppelt werden. Im Rahmen regionaler Honorarbudgets wird den beteiligten Ärzten zudem die Chance eröffnet, durch kooperative Änderung ihres Leistungserbringungsverhaltens dem sogenannten »Hamsterradeffekt«[1] zu entkommen.

2.2 *Modelltyp »Vermeidung von Krankenhausbehandlung«*

Unter den Bezeichnungen *Kodex* und *Hippokrates* betreibt die AOK in Berlin und Hamburg miteinander eng verwandte Konzepte. Im *Kodex*-Konzept werden Hausärzte durch spezielle Honorierungs- und Verhaltensregeln dazu angeleitet, bei umschriebenen Indikationsstellungen zunächst einen Facharzt zu konsultieren. Dieser entscheidet dann, ob er bei der zugrundeliegenden Indikation eine eigenständige ambulante Behandlung durchführen kann, oder ob er (im Sinne einer »second opinion«) der Krankenhauseinweisung zustimmt. Der beteiligte Hausarzt wird für die Einschaltung des Facharztes in Form einer Pauschale honoriert und kann zudem mit der Rücküberweisung nach vollzogener fachärztlicher Behandlung rechnen. Dagegen unterliegen die teilnehmenden Fachärzte einer deutlich veränderten Honorierungsform, bei der sie für die

krankenhausersetzende Behandlung unterschiedliche Pauschalen (pro Krankheitsfall, Behandlungswoche und/oder -tag) erhalten. Diese Pauschalen ihrerseits setzten sich aus einer garantierten Komponente zuzüglich eines variablen Anteils (abhängig von den indikationsbezogenen Gesamteinsparungen) zusammen.

Im *Hippokrates*-Modell werden die beteiligten Hausärzte unter identischer Zielsetzung auf der Basis von festgelegten Diagnosenkatalogen für folgende Leistungen einzelfallbezogen honoriert:

- krankenhausvermeidende Über- und Rücküberweisung an einen Facharzt,
- krankenhausvermeidende Eigenbehandlung,
- Kontaktaufnahme mit den Kollegen des Krankenhauses während einer stationären Behandlung mit der Maßgabe, eine möglichst frühzeitige Entlassung des Patienten zu ermöglichen.

2.3 Modelltyp »Primärarztkonzept«

Das hier beschriebene Modellvorhaben wird in Frankfurt mit einem zunächst eng begrenzten Patientenkollektiv (500 Patienten) umgesetzt. Es ist in enger Anlehnung an das sogenannte Hausarztmodell des AOK konzipiert. Die freiwillig teilnehmenden Patienten erklären sich bereit, in der Folgezeit primär einen ausgewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen, und diesen im Falle eigenständiger Facharztkontakte umgehend zu informieren (»weicher Gatekeeper«). Der betreffende Hausarzt wird bei seinem Auftrag durch sogenannte *Gesundheitsberater* (Krankenpflegepersonal) der Krankenkasse unterstützt. Diese sollen koordinierende und vermittelnde Aufgaben (Selbsthilfegruppen, Gesundheitskurse, Pflegedienste, Hilfsmittel, Koordinierung ambulant-stationäre Schnittstelle) wahrnehmen, und auch insbesondere den Patienten in Fragen der Lebensführung und Therapieunterstützung beraten. Ergänzend sollen die teilnehmenden Hausärzte im Rahmen von »Hausarztzirkeln« die interkollegiale Kooperation verbessern. Dieses Modell verkörpert durch seine Konzentration auf definierte Krankheiten (Diabetes und Herz-Kreislauferkrankungen) und den Ansatz der nichtärztlichen Therapiebegleitung auch gewisse Prinzipien des sogenannten *Disease Managements*.[2]

2.4 Modelltyp »Gesamtkostenverantwortung«

Über die in Punkt 2.1 beschriebenen Anreizmechanismen hinaus wird im *Praxisnetz Berliner Ärzte* eine weitergehende Modifikation von

Vergütungsregelungen erprobt. Der in diesem Projekt zentrale Begriff der *prospektiven Budgets* stellt eine neue sektorenüberwindende ökonomische Sichtweise dar. Unter Nutzung von Kriterien des Risikostrukturausgleiches wird hier für die im Modellvorhaben eingeschriebenen Patienten eine vorausschauende Gesamtkostenrechnung durchgeführt, die alle Kostenarten (ambulant/stationär/Heil- und Hilfsmittel) beinhaltet. Die teilnehmenden niedergelassenen Ärzte werden bei Unterschreitung dieser Kostenkalkulation am Erfolg beteiligt, wobei bestimmte kostenintensive Erkrankungen von diesem Prinzip ausgeschlossen werden. Zudem erhalten die teilnehmenden Ärzte eine Reihe von Sonderhonoraren für projektspezifische Leistungen (Präsenz, Dokumentation, Kommunikation, Netzkonferenzen, Zweitmeinungsverfahren, Gruppenschulungen), die das breit angelegte Verfahrensspektrum mit bestimmen. Daneben befindet sich die Intensivierung des ambulanten Pflegeangebotes ebenso im Konzeptschwerpunkt wie die Verstärkung hausärztlicher Strukturen.

3. *Intentionen*

Die Modelle nutzen ein großes Spektrum von Verfahrensweisen, die in unterschiedlichem Maße auch den Prinzipien von *Managed Care* (Gesamtkostenverantwortung, Primärarzt- und Gatekeeperprinzip) entnommen sind. Auch lassen sich auf einzelne Krankheitsbilder orientierende Strategien im Sinne von *Disease Management* beobachten. Die konkreten Modellphilosophien sind jedoch äußerst unterschiedlich. Regional orientierte Modelle (2.1) mit kooperationsfördernder Komponente stehen im Gegensatz zu den eher »funktionell« angelegten Ansätzen unter 2.2 und 2.3. Das Berliner Modell (2.4) nimmt durch die Vielzahl der eingesetzten Verfahren, zu denen auch die Einrichtung bezirklicher Arbeitsgruppen zählt, eine Art Mittelposition ein.

Aus der Sicht der *Krankenkassen* sind gleich mehrere positive Erwartungen zu erkennen:

- Die niedergelassene Ärzteschaft agiert zunehmend als »Krankenkassenagent« gegenüber dem stationären Sektor. Reale Gesamtersparniseffekte werden in der angestrebten Substitution stationärer Behandlungen vermutet.
- Die mögliche Herausbildung regional konkurrierender Anbietergruppen unterhalb der Ebene der kassenärztlichen Vereinigungen stärkt möglicherweise die Marktmacht der Kostenträger.
- Die zunehmend instabilen Eigensteuerungspotentiale der kassenärztlichen Vereinigungen werden durch neue »unverbrauchte« Strukturen

ergänzt oder ersetzt. Der hierdurch mögliche Erneuerungsprozeß bietet neue, möglicherweise kreative, Handlungsspielräume.

Auf der *Leistungsanbieterseite* sind folgende Motivationen auszumachen:
- Übernahme stationärer Kompetenzen und Ertragsquellen;
- Erlangung von Konkurrenzvorteilen gegenüber dem übrigen etablierten Einzelpraxissystem;
- Verminderung oder Aufhebung der Abhängigkeit von den bestehenden Vergütungsformen (Budget) und der Rolle der KV (Kassenärztlichen Vereinigung);
- positive ökonomische Synergien durch z.B. verbesserte Arbeitsteilung und Gerätenutzung;
- Steigerung der professionellen Zufriedenheit durch Abnahme ökonomischer Handlungszwänge, Verbesserung der kollegialen Kooperationsformen, Gewährleistung kontinuierlicher Versorgungsleistungen sowie gesteigerte Arbeitsteiligkeit.

In den letzten Monaten zeigt sich zudem im Zusammenhang mit der zunehmenden Diskussion von Einkaufsmodellen[3], daß der frühzeitige regionale Zusammenschluß niedergelassener Ärzten auch als strategische Maßnahme zu bewerten ist.

Unter dem letztgenannten Aspekt wird bereits die unterschiedliche Brisanz der betriebenen Konzepte erkennbar. Im bestehenden politischen Kontext haben diejenigen Modelle eine möglicherweise wegbahnende Bedeutung, denen es gelingt, neue Steuerungsmodelle zu etablieren (2.1, 2.4). Die generelle Infragestellung der bisherigen kassenärztlichen Rahmenbedingungen ist hierbei ein entscheidender Schritt. Demgegenüber vermeiden die unter 2.2 und 2.3 geführten Ansätze einen Systembruch durch punktuelle Ansätze.

3.1 Versorgungsleistung und Qualitätsaspekte

In Analogie zum US-amerikanischen *Managed Care* stellt sich auch für die deutschen Modellvorhaben die Frage, ob veränderte Anreiz- und Steuerungsstrukturen nicht zu einer Gefährdung der Versorgungsqualität, beispielsweise aufgrund der Einsparung notwendiger medizinischer Maßnahmen, führen können. Zudem ist zu beachten, daß bedeutende Korrektive der Versorgungsqualität unter zunehmenden Vernetzungs- und Formalisierungsbedingungen aufgehoben werden. Die heutige Segmentierung zwischen Einzelpraxen bietet Patienten auch die Möglichkeit, nach eigener Präferenz Angebote zu wählen und suboptimalen Versorgungsleistungen durch Anbieterwahl »zu entkommen«.

Benötigten gerade »vernetzte« Versorgungssysteme eventuell aus diesen beiden Gründen ein spezielles Qualitätsmanagement?

Die initiierten Modelle weisen derzeit noch verhältnismäßig sanfte Interventionensgrade auf, und verzichten – scheinbar plausibel – auf qualitätssichernde Maßnahmen. Realisiert werden derzeit nur erste Ansätze einer über das etablierte kassenärztliche Setting (Qualitätszirkel, formelle Praxis- und Arztstandards) hinausgehenden Bearbeitung der Qualitätsfrage. Eine diesem Artikel mit zugrundeliegende Untersuchung (Klatt 1997) zeigt innerhalb der Modellversuche als hauptsächliches Verfahren die Durchführung von Zufriedenheitsbefragungen. Ergänzt werden diese in speziellen Einzelfällen durch die Erhebung einzelner Qualitätsindikatoren, die im derzeitigen Versorgungssystem durch aktive Akquisitionsmethoden (Telefonbefragung von Patienten, standardisierte Dokumentation stationärer Behandlungen) recht aufwendig erarbeitet werden müssen. Auf der Basis heutiger Dokumentationsverfahren (z.B. Praxis-EDV) sind kontinuierliche Quaitätssicherungsverfahren nach US-amerikanischem Standard (Pauly et al. 1990), deren Wertigkeit allerdings gerade im Bereich kostenintensiver Schwersterkrankungen diskutiert werden muß, noch nicht umsetzbar.

In positiver Sichtweise sind allerdings auch bedeutende Potentiale zu erwähnen. So stellt die ambulante Versorgung auch aus Patientensicht oftmals die präferierte Versorgungsform dar, und der Sachverhalt »stationärer Freiheitsberaubung« wird (mit Recht?) oft beklagt.

3.2 Veränderungs- und Erfolgspotentiale

Von zentraler Bedeutung ist die Frage, inwiefern innerhalb der Projekte konkrete Struktur- und Prozeßmerkmale erkennbar sind, die im etablierten Versorgungskonzept nicht umsetzbar wären und die eine grundlegende Variation heutiger Versorgungskonzepte begründen. So stellen weder die Durchführung von Qualitätszirkeln noch die Optimierung der Verschreibungstätigkeit auf der Basis von Prüfverfahren wirkliche Neuerungen dar. Niedergelassene Ärzte verkehren seit jeher auf der Basis informeller Netzwerke miteinander und gestalten durch ihr Zuweisungs- und Empfehlungsverhalten eigene »Versorgungskontinua«. Die Beantwortung dieser Frage erfordert also die Suche nach den eigentlichen Potentialen der verschiedenen Modellelemente.

3.2.1 Anreizverfahren

Die Möglichkeiten unterschiedlicher Honorierungsformen sind gerade im Kontext des US-amerikanischen *Managed Care* seit langem untersucht

worden (Pauly et al. 1990). Von ausschlaggebender Bedeutung erscheint hier die situative Relevanz eines Anreizes zu sein. Der Vergleich kollektiver Haftungsregelungen (Kosten aller Patienten in einem Zeitraum) mit den Auswirkungen einzelfallbezogener Ansätze (Einhaltung fall- oder diagnosenbezogener Kostengrenzen, Kontrolle durch *concurrent review*) zeigt höhere Ersparnispotentiale bei denjenigen Regelungen, die »nahe« am einzelnen Behandlungsfall wirken (Hillman et al. 1989). Eine hiermit einhergehende Zunahme von Qualitätsrisiken ist jedoch zu befürchten.

Somit stellen die in den deutschen Modellen verwendeten fallbezogenen Honorierungsregelungen (z.B. Belohnung bei krankenhausersetzenden Behandlung) einen ökonomisch »sichereren« Ansatz dar, als die Beteiligung an kumulativen mittelfristigen Modellerfolgen. Die bestehenden Mißbrauchsgefahren, so beispielsweise bei der Bewertung von Einweisungsentscheidungen, sind jedoch bedeutsam. So zeigen beispielsweise Angemessenheitsbeurteilungen häufig durchgeführter medizinischer Verfahren Diskrepanzen von über 50% (Parks et al. 1986).

Beschäftigt man sich mit den strukturellen Erfolgspotentialen, so stehen die zu erwartenden Effekte aus einer verbesserten Kooperationspraxis im Vordergrund. Wie und auf welchen Wegen verändert sich nun die Kooperation unter Modelleinfluß?

3.2.2 Gezielte Strukturbeeinflussung

Diese geschieht durch Regeln, durch Ausdehnung der Versorgungspräsenz sowie durch unterschiedliche »Werkzeuge«. Zu den auf Kooperationsänderungen zielenden Regeln gehören sowohl die im Abschnitt 2.2 erwähnten Über- und Rücküberweisungsverfahren aber auch *second opinion*-Methoden. Allerdings zielen diese Verfahren nicht auf eine grundlegende Änderung der Kooperationsweisen und weisen nur wenig Stabilitäts- und Selbstverstärkungspotenz aus. Demgegenüber zeigen die Ansätze zur Präsenzverbesserung (Absprache von Öffnungszeiten, Anlaufpraxis) und Informationsverbesserung (Patientenbücher, Verbesserung der Berichtskultur) dann weitergehende Potentiale, wenn es gelingt, Versorgungsprozesse wirklich » koordiniert « zu gestalten. Auch hier steht die Frage im Vordergrund, ob die propagierten Effekte tatsächlich höherwertige ambulante Versorgungsleistungen im Vergleich zum herkömmlichen Setting, in dem ja beispielsweise bereits eine Notfallversorgung in kassenärztlicher Verantwortung besteht, erreichen können. Zur Beantwortung dieser Frage sind die Modellmerkmale auf *Werkzeugebene* besonders bedeutsam.

3.2.3 »Werkzeugebene«

Als konzeptionelles Kernmerkmal wird in einigen Modellen die Umsetzung einer EDV-technischen Praxisvernetzung angesehen. Auf diesem Wege sollen Behandlungsprozesse arbeitsteiliger gestaltet werden. Durch den Wegfall von Doppeluntersuchungen und die Minimierung von Informationsverlusten soll so die Effektivität steigen. Allerdings zeigt bereits die Analyse der bestehenden Möglichkeiten, daß dieser Ansatz zur Zeit nicht umsetzbar ist. Zum Zeitpunkt dieses Artikels existiert in Deutschland lediglich eine einzelne kommerzielle Softwarelösung (IDT), welche praxisübergreifende kooperative Arbeitsweisen unterstützen soll. Diese Software wird durch eine große Pharmafirma finanziert, befindet sich allerdings noch nicht im Routineeinsatz. Sie stellt ihrem Charakter nach eher ein fortentwickeltes E-Mail-System dar und überschreitet nur beschränkt die Potentiale einer optimierten Faxkommunikation. Im wesentlichen ist die enorme Unterschiedlichkeit etablierter Praxiscomputersysteme ein bedeutender Hemmschuh auf dem Weg zu Informationssystemen mit therapeutisch-qualitativer Relevanz. Jedoch besteht seit kurzem auf der Basis des deutschen Signaturgesetzes, der absehbaren Verfügbarkeit des elektronischen Arztausweises und der Entwicklung geschützter medizinischer Kommunikationsnetze ein neues Potential, zumindest für die Umsetzung datenschutzrechtlich unbedenklicher E-Mail-Verfahren. Derzeitig relevant sind jedoch ausschließlich papiergestützte Kommunikationsmedien (ggf. unter Verwendung des Faxweges). So feiert beispielsweise das DDR-Sozialversicherungsausweisheft[4] in Form von »Patientenbüchern« eine überraschende Auferstehung.

3.2.4 Beziehung zum stationären Sektor

Diese wird potentiell stark negativ beeinflußt. Die Bedrohung durch ambulante Angebotsausweitung und unterschiedliche Einweisungsvermeidungsstrategien setzt den stationären Sektor unter bedeutenden Druck. Entstehen sogar im Rahmen von ambulanten Vernetzungskonzepten kartellartige Anbieterstukturen, so wird dieser verstärkt der Interessenmacht der zuweisenden Ärzte ausgeliefert. Als Gegenreaktion propagieren die Vertreter der Krankenhausinteressen bereits zunehmend, daß vernetzte Versorgungskonzepte durch den stationären Sektor organisiert werden sollten (Korzilius 1998).

3.2.5 Ärztliche Sozialisation

Hierunter sind Effekte zu benennen, die informell aus einigen der Modellvorhaben mit bereits längerer Laufzeit berichtet werden. Durch vermehrte Kollegenkontakte wird die bestehende Angst- und Konkurrenzhaltung abgebaut, und es bilden sich vermehrte, zunächst informelle Kooperationsbeziehungen. Derartige Effekte sind bereits aus ärztlichen Qualitätszirkeln bekannt, gewinnen aber unter der bestehenden Umbruchsituation eine neue Dimension. Ebenso werden die Beziehungen zum stationären Sektor teilweise neu geordnet. In einem »friedlichen« Szenario, welches beispielsweise im Rendsburger Modell zustandegekommen zu sein scheint, werden von beiden Seiten neue Beziehungsebenen aufgebaut (Severus 1998). So verlagern z.B. niedergelassene Fachärzte ihr Versorgungsangebot an regionale Krankenhäuser. Demgegenüber werden unter anderen Ausgangssituationen zunehmende Konfliktpotentiale berichtet, die sich auch durch ein zunehmendes außerklinisches Leistungserbringungsinteresse des Krankenhaussektors ergeben.

3.3 Evaluation der Modellvorhaben

Die Evaluation steht prinzipiell vor der Aufgabe, ökonomischen *Input* und Versorgungsleistung (*Output*) in Relation zueinander zu setzen. In einer bereits erwähnten Analyse bedeutender Modellvorhaben (s. Abschnitt 3.1) wurde erkennbar, daß derzeit die Versorgungskosten den maßgeblichen Untersuchungsgegenstand darstellen. In insgesamt 4 (von 7) untersuchten Modellen wird der Versuch einer Versorgungsgesamtkostenrechnung unternommen, während in den weiteren Projekten die stationären und medikamentösen Verordnungen zum hauptsächlichen Untersuchungsgegenstand werden.

Derartige gesundheitsökonomische Evaluationen wurden in der Bundesrepublik gegenüber dem US-amerikanischen Stand bislang verhältnismäßig selten durchgeführt. So weist eine Übersichtsarbeit zur »Ökonomischen Evaluation von Gesundheitsleistungen« (Lohn et al. 1996) nur 74 Veröffentlichungen im engeren Sinne aus. Davon sind 26 *Kosten-Wirksamkeits-Analysen*, 16 *Kosten-Nutzen-Analysen* und 2 *QALY*- bzw. *Nutzwertanalysen*. Des weiteren finden sich u.a. 14 *Krankheitskostenanalysen*. Die Autoren der Übersichtsarbeit weisen aus, daß 70% der Studien auf sekundärstatistischen Kostendaten beruhen und sich der Mangel bundesdeutscher epidemiologischer Daten insbesondere auch in der häufigen Verwendung ausländischer Daten bei der Erstellung von Simulationsmodellen äußert.

Unter den neuen Rahmenbedingungen ist jedoch zukünftig mit einer Flut entsprechender Studien zu rechnen. Welche Aussagekraft ist zu erwarten? Können Evaluationsaussagen eine Basis für optimierende Systemänderungen bieten?

Mehrere Forderungen sind unter Kenntnis des aktuellen Methodenstandes zu formulieren:

Geeignete Datenlage: Für die Beantwortung versorgungsqualitativer Fragestellungen, so bei der Bestimmung der Angemessenheit stationärer Behandlungen, ist eine begleitende aktive Datenakquisition, beispielsweise auf der Basis detaillierter Dokumentationsverfahren, erforderlich. Dagegen erscheint die Bestimmung der Versorgungskosten im wesentlichen problemloser, da die verschiedenen Kostenaspekte bei den beteiligten Krankenkassen vorliegen. Problematisch ist jedoch die Beurteilung von Verschiebungseffekten in den Selbstbeteiligungssektor. So liegen annähernd 50 % der ärztlich verordneten Medikamente unter der Eigenanteilsgrenze und gelangen bei Verordnung über Privatrezepte (zur Budgetschonung) nicht zur Kenntnis der Krankenkassen. Probleme werden auch dann berichtet, wenn unterschiedliche Einzelkassen (relevant bei Betriebskrankenkassen und VdAK) ihre Daten zu Analysezwecken bereitstellen müssen. Zwischen diesen Einzelkassen bestehen oftmals bedeutende organisatorische und EDV-technische Unterschiede.

Eingeschränkte Kostensicht: Nichtmonetäre Kostenanteile stellen eine weitere Einschränkung der bestehenden ökonomischen Betrachtungsweisen dar. Beispielhaft sind die durch Krankenhausvermeidung oder frühzeitige Entlassung entstehende betreuerische Belastungen von Familienangehörigen ebenso zu nennen wie die Langzeiteffekte »sparsamer« Akuttherapie. So wird unter den als Pflegefällen aus stationärer Behandlung entlassenen Patienten ein Anteil von 40 % ausgemacht, der nach rechtzeitiger und angemessener Rehabilitation zu einem selbständigen Leben in der Lage sein würde (Knieps 1996). Eine entsprechend intensive (medizinisch »teure«) Rehabilitationspraxis würde beispielsweise primär zu einer Entlastung der Pflegeversicherung führen.

Zuverlässige Berechnungsverfahren: Auch die auf der Basis von Kassendaten ermittelbaren Versorgungsausgaben unterliegen verschiedenen Einschränkungen. So entsprechen beispielsweise tagessatzorientierte Krankenhauskosten nicht den tatsächlichen Behandlungskosten im stationär/ambulanten Vergleich. Auch ist die Korrektur von Budgetauswirkungen durchaus kritisch. Sollen beispielsweise unkorrigierte Leistungszahlen des ambulanten Sektors als Berechnungsgrundlage dienen, oder ist die rechnerische Berücksichtigung der komplexen Praxisbudgetregelungen (Timm 1997) erforderlich?

Taugliche Vergleichsverfahren: In der erwähnten Untersuchung wies die Mehrzahl der Modelle (5 von 7) als hauptsächlichen analytischen Bezug den Vergleich zum Zustand vor Modellbeginn aus. In vier Fällen (Doppelnennungen waren möglich) wird der Vergleich mit einer strukturähnlichen Vergleichsgruppe vorgenommen. Zudem war ein Fall-Kontroll-Design vorhanden. Aus der US-amerikanischen Literatur (Miller/Luft 1994) ergibt sich die Forderung nach der Nutzung der beiden letztgenannten Ansätze, da die Verwendung »historischer« Vergleiche unter der Gefahr konkurrierender Entwicklungen leidet. In diesem Fall können parallele Entwicklungen, so beispielsweise die zeitgleiche Reduktion stationärer Angebotskapazitäten, die Ergebnisse verzerren.

Erfassung kritischer Versorgungsaspekte: Wenn auch die exakte Outcomebestimmung der produzierten Versorgungsleistungen einen methodisch nicht zu erfüllenden Anspruch darstellt, so sollte die Erfassung kurzfristig wirksamer Versorgungsfehlleistungen – auch in Indikatorsicht auf das Gesamtsystem – als Minimum gefordert werden Unter den Bedingungen des US-amerikanischen *Managed Care* werden entsprechende Probleme durch die hohe Klage- und Beschwerdefreudigkeit relativ gut sichtbar, während die deutsche Versorgungslandschaft entsprechende Fragestellungen weiterhin vermeidet.

3.4 US-amerikanische Entwicklungen

Im US-amerikanischen *Managed Care* wird die »Optimierung« von Modellalternativen sowohl durch »Überlebenskonkurrenz« als auch durch vergleichende Evaluationsstrategien betrieben. So weisen *Managed Care*-Organisationen im einheitlichen Indikatorsatz HEDIS ökonomische und qualitative Ergebnisse in scheinbar großer Breite aus. Tabelle 2 zeigt einige der qualitätsorientierten Indikatoren, deren Wertigkeit jedoch äußerst differenziert diskutiert werden muß (Druss/Rosenheck 1997; Retchin 1997).

Sehen wir hier Vorbilder für ein bundesdeutsches Versorgungsszenario, in dem wettbewerblich agierende Anbieter Versorgungsangebote kalkulieren, verkaufen und schlußendlich auch bewerben müssen?

Letztenendes sind die transatlantischen Perspektiven widersprüchlich. Einerseits bestehen innerhalb stark organisierter Versorgungsmodelle auf der Prozeßebene qualitative Potentiale. So sind die in Deutschland alltäglichen ambulant-stationären Schnittstellenprobleme durch professionelle Organisationsformen möglicherweise zu verbessern. Auch ist die Reduktion ökonomisch indizierter Versorgungsleistungen durch Schaffung von Gesamtkostenverantwortung und »intelligente«

Überprüfungsverfahren (*second opinion, peer review*) durchaus plausibel. Andererseits sind die amerikanischen Modelle nur in begrenztem Umfang »effizienzgetragen«. Im wesentlichen stellt die Einkommens- und Machtverlagerung in die Schicht der Gesundheitsmanager und -konzerne die Haupttriebfeder des Umgestaltungsprozesses dar. Die hiermit verbundene Abwertung der praktischen Arzttätigkeit bei bestenfalls gleichem *Versorgungsoutcome* (Miller 1995; Retchin 1997) bleibt hingegen zu resümieren.

Tabelle 2: Auszug aus dem HEDIS-Indikatorensatz (VS. 3.0 Effectiveness of care)

Prozentualer Anteil der Raucher im Versorgungsplan
Anteil der Raucher, die das Rauchen aufgeben
Grippeimpfungen bei Risikopatienten
Behandlungsrate erhöhter Cholesterinwerte bei koronarer Herzkrankheit
Aspirintherapie nach »Herzattacke«
Ambulante Therapie von Patienten mit Herzerkrankungen
Kontrolle von hohem Blutdruck
Vorbeugung von Schlaganfällen bei Patienten mit Vorhofflimmern
Screening nach Colon-CA
Follow-up nach verdächtigem Gebährmutterhalsabstrich
Follow-up nach verdächtiger Mammographie
Stadien, in denen Brustkrebs erkannt wird
Einfluß der Brustkrebstherapie auf die Lebensweise der Patientinnen
Versorgungskontinuität für medikamentenabhängige Patienten
Beratungsleistungen für Erwachsene
Verfügbarkeit medikamentöser und psychotherapeutischer Therapie für Patienten mit Schizophrenie
Patientenzufriedenheit mit »mentaler« Gesundheitsversorgung
Hausvisiten bei Kindern bis 12 Jahre
Screening nach stofflichen Abhängigkeiten
Versagen von Abhängigkeitstherapien
Angemessenheit psychotherapeutischer Medikation
Kontinuität der Behandlung von Depresssionen
Begleitung von Diabetes mellitus
Screening nach Clamydieninfekten
Medikamentöse Pneumonieprophylaxe bei HIV
Medikamentöse Behandlungsqualität bei Asthma

3.5 Versuch einer Situationsanalyse

Aus den gesetzlich vorgegebenen Experimentalfreiräumen haben sich mit überraschender Dynamik eine Fülle gesundheitspolitischer Perspektiven entwickelt. Die besprochenen Modellvorhaben könnten beispielsweise hinsichtlich einer stabilisierenden Wirkung auf das bestehende Einzelpraxissystem bewertet werden (Hausarztmodell, Vermeidung unnötiger stationärer Behandlungen).

Auf der Basis der besprochenen »Vernetzungsmodelle« entwickeln sich derzeit jedoch auch Vorbilder für generell neue Versorgungsstrukturen. Beispielsweise wird derzeit zwischen der KV Bayern und den Ersatzkassen ein entsprechender Strukturvertrag erarbeitet, der lokalen Praxisverbünden ein hohes Maß an organisatorischer Eigenständigkeit zugesteht (Schulte 1998). Insgesamt geraten die KVen in eine neue Ausgangslage, in der sie sich auch darauf vorbereiten, die immer schwieriger zu bewältigenden Regelungs- und Verteilungsprozesse des ambulanten Sektors an kleinräumige Strukturen zu delegieren. Ein erster Schritt hierzu war die Gestaltung regionalisierter Budgets in einigen der besprochenen Modellvorhaben. Es stellt sich zunehmend die Frage, wann fortentwickelte regionale »Arztkooperativen« die KVen als weitestgehend entbehrlich betrachten und schrittweise eigene Vergütungsvereinbarungen mit der Kostenträgerseite anstreben.

3.6 Anforderungen an »vernetzte Praxen«

Die regionale Vernetzung zwischen ambulanten Leistungsanbietern ist als einer der bedeutenden Experimentalansätze zu benennen. In Anlehnung an die Modellvorhaben aus Rendsburg und Ried und unter Nutzung neuer gesetzlicher Handlungsspielräume ist eine weitere Ausdehnung entsprechender Modelle zu erwarten. Diese werden jedoch langfristig vor völlig neuen Anforderungen stehen. So erscheint die Entstehung einer zusätzlichen *Managementebene* (unterhalb der KV) zwangsläufig. Unter der Annahme, daß sich die bestehenden KVen unter Berufung auf ihren Sicherstellungsauftrag nicht auflösen (lassen) werden, müssen diese netzinternen Managementstrukturen insbesondere auch als zusätzlicher Kostenaspekt (siehe USA) diskutiert werden.

Diesem »Netzmanagement« würden letztlich verschiedene anspruchsvolle Aufgaben obliegen, so z.B.:

- Herstellung von »Versorgungsintelligenz« (als maßgebliches Potential der Vernetzung),
- Qualitäts- und Leistungsnachweise (gegenüber Kunden und Kostenträgern),

– verantwortlicher Umgang mit dem stationären Sektor (als Folge neuer Machtverhältnisse).

Es erscheint fraglich, ob derartige Anforderungen durch innerärztliche Kapazitäten zu bewältigen sind. Ob die Herausbildung einer neuen ärztlichen »Managerschicht« oder die Bindung z.B. an industrielle Interessen (als »deutscher Weg« zu *Managed Care*) als mögliche Lösungswege beschritten werden, bleibt abzuwarten.

4. *Schlußwort*

In den heutigen Modellvorhaben stellt die Erlangung konkreter ökonomischer Modellefekte nur eine von vielen Projektperspektiven dar. Die gesundheitspolitischen Auswirkungen mögen weitaus bedeutender sein, spiegelt sich doch in den unterschiedlichen Projekten der derzeitige Status des ambulanten Sektors zwischen »vernetzter« Reform und der Variation etablierter Grundkonzepte. Die Herausbildung neuer Konzepte bedient bei den desillusionierten aber immer noch maßgeblichen Ärzten des Einzelpraxissystems sowohl Ängste (Hilflosigkeit gegenüber dem etablierten Vergütungssystem) aber auch Hoffnungen. Sowohl Krankenkassen als auch KVen und Industrieinteressen arrangieren sich frühzeitig mit den neuen Optionen. Welche Ausgestaltungen die ambulante Versorgung der Zukunft aufweisen wird, kann an dieser Stelle nicht prognostiziert werden. Es bleibt aber zu hoffen, daß sowohl Qualität (in Bearbeitung der heutigen Defizite) als auch Intelligenz (zur Aktivierung sektorenübergreifender Effizienzreserven) zu maßgeblichen Parametern eines Reformierungsprozesses werden. Sollten dagegen nur neue Verteilungsregeln zwischen den bedeutenden Akteuren etabliert werden, die unter Verwendung aktueller Schlagworte »einfache« Lösungsansätze verkünden, so wäre vielleicht erneut eine Chance zu substantiellen Reformen vertan.

Korrespondenzadresse:
Dr. Stefan Klatt MPH
Institut für Arbeits- Sozialmedizin und Epidemiologie an der Charité Berlin
Wilhelmstraße 67
10098 Berlin

Anmerkungen

1 *Hamsterradeffekt:* Unter diesem etwas launigen Begriff wird die für den niedergelassenen Sektor bestehende Problematik beschrieben, daß die zahlenmäßige Ausdehnung abrechenbarer Versorgungsleistungen unter Budgetbedingungen zu einer Abnahme des letztendlichen Einzelleistungspreises führt und sich hieraus für Ärzte im Einzelpraxissystem die ökonomische Notwendigkeit erneuter Mengenausweitungen ergibt (usw.).

2 Der Begriff des *Disease Managements* stellt ein Konzept innerhalb von *Managed Care* (Gesteuerte Versorgung) dar. Für umschriebene Krankheitsbilder wird hier ein standardisiertes Behandlungskonzept unter ökonomischen Zielsetzungen definiert. Die Umsetzung erfolgt durch einen entsprechend geschulten Koordinator.

3 In Anlehnung an das US-amerikanische Szenario, in dem Managed Care-Organisationen und Arztgruppen Versorgungsverträge abschließen, wird für Deutschland ein Konzept diskutiert, in dem gesetzliche Krankenkassen mit regionalen Arztverbünden Vereinbarungen unterhalb der Ebene der derzeitigen Kassenärztlichen Vereinigungen treffen. Unter einem derartigen Ansatz verändert sich möglicherweise die Aufgabe der KV hin zu einer »Notarsfunktion« (Bangemann 1998), die den Abschluß von Versorgungsverträgen unter Einhaltung bestehender Rahmenverträge vermittelt und bestätigt.

4 In einigen Modellversuchen werden vom Patienten mitzuführende Dokumentationshefte verwendet, in denen Diagnosen, (Röntgen-)Untersuchungen, mitbehandelnde Ärzte sowie spezielle Informationen wie Impfungen, notfallrelevante medizinische Fakten und Patientenverfügungen (Organspende, Lebensverlängerung) aufgeführt sind. Gegenüber dem in der früheren DDR verbreiteten Sozialversicherungsheft sind insbesondere medizinische Sachverhalte detailierter dokumentiert.

Literatur

Der Gelbe Dienst (1997): »Mehr als 6000 Ärzte sind an über 35 Modellversuchen der KVen beteiligt: Eine dgd-Umfrage«. Der Gelbe Dienst, 12.6.1997: 14-18; 13.6.1997: 12-13

Bangemann, K. (1998): Vortrag anläßlich der Gründungsveranstaltung des Praxisnetzes Nürnberg Süd (PNS) am 15.7.1998 in Nürnberg

Druss, B.; Rosenheck, R. (1997): Evaluation of the HEDIS measure of behavioral health care quality. Health Plan Employer Data and Information Set. Psychiatric Services 48: 71-75

Hillman, A.L., et al (1989): How do Financial Incentives affect Physicians Clinical Decisions and the Financial Performance of Health Maintenance Organizations? New England Journal of Medicine 321: 86-92

Klatt, S.H. (1997): Deutsche Modellvorhaben der ambulanten Versorgung und ihre evaluative Begleitung. Magisterarbeit im Studiengang Gesundheitswissenschaften/Public Health, TU Berlin. Berlin

Knieps, F. (1996): Das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK: Ein Beispiel für neue Versorgungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vortragsmanuskript

Korzilius, H. (1998): Krankenhäuser in Not: Netzwerke sollen die Existenz sichern. Deutsches Ärzteblatt 95: 1428-1429

Lohn, J.; Hofman, U.; Nagl, H.; Schneider, M. (1996): Ökonomische Evaluation von Gesundheitsleistungen in Deutschland: Eine Bestandsaufnahme (Materialien zur Gesundheitsforschung, Bd. 30). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW

Miller, R.H.; Luft, H.S. (1994): Managed Care Plan Performance since 1980: a Literature Analysis. JAMA 271: 1512-1519

Pauly, M.V., et al. (1990): Managing Physician Incentives in Managed Care. Medical Care 28: 1013-1024

Parks, R.E., et al. (1986): Physicians' Ratings of Appropriate Indications for six Medical and Surgical Procedures. Santa Monica, CA: The Rand Corporation

Retchin, S.M.; Brown R.S.; Yeh S.C.; Chu D.; Moreno, L. (1997): Outcomes of stroke patients in Medicare fee for service and managed care. JAMA 278: 119-124

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Baden-Baden: Nomos

Schulte, G. (1998): Vernetzte Praxen – eine neue Chance für Patient und Arzt. Bayrisches Ärzteblatt 5/1998: 163-164

Severus, M. (1998): Gesprächsmitteilung Juni 1998

Timm, G. (1997): Vergabekriterien für Zusatzbudgets. KV-Blatt Berlin 44, 7: 14-15