

# Neue Formen der Versorgung suchen

*Die ungewisse Zukunft von Strukturverträgen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen als Instrument der Qualitätssicherung und der ergebnisorientierten Vergütung für Ärzte*

von **Leonhard Hansen\***

**A**m 1. Januar 1999 ist das „Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung“ – kurz: das „GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz“ – in Kraft getreten, das vor seiner Verabschiedung zu erheblichen Irritationen führte und Anlaß gab, die Patienten im Rahmen eines Aktionstages am 18. Dezember 1998 über seine potentiellen Folgen zu informieren (*siehe auch „Thema“ Seite 11*). In diesem Beitrag soll am Beispiel der „Strukturverträge“ nach § 73a SGB V verdeutlicht werden, daß trotz gesetzlicher Neuregelungen konstruktive Bemühungen der verfaßten Ärzteschaft zur Optimierung der ambulanten Versorgung fortzusetzen sind. Auch unter veränderten Randbedingungen gilt es, Chancen zu nutzen, und mehr Patienten als bislang optimierte Versorgungsstrukturen im Rahmen flächendeckender Strukturverträge anzubieten.

Der frühere Gesetzgeber gab im Rahmen der Neuordnungsgesetze im letzten Jahr der Selbstverwaltung Möglichkeiten an die Hand, neue Formen sowohl der Kooperation und Koordination als auch neuer Leistungsangebote und Honorierungsformen zu etablieren. Strukturverträge nach § 73a SGB V hatten explizit das Ziel, die hausärztliche Versorgung bzw. die Kooperation und Vernetzung von Haus- und Fachärzten auf freiwilliger Basis un-

ter der Maßgabe von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu fördern. Leider läßt sich für alle Kassenärztlichen Vereinigungen mit Blick auf die Vergangenheit sagen, daß Verhandlungen mit unseren Vertragspartnern zur Einführung neuer flächendeckender Strukturelemente äußerst zögerlich abliefen. Dies erklärt sich aus dem Interesse der einzelnen Kasse an der Nutzung relativer Wettbewerbsvorteile durch kassenspezifische Angebote, die sich gegenüber den traditionellen Versorgungsformen abheben. Aus Sicht des Arztes jedoch lassen sich neue Versorgungsformen nicht von Kasse zu Kasse (und damit von Patient zu Patient) unterschiedlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung etablieren. Für die Kassenärztlichen Vereinigungen hat der Erhalt einer homogenen, flächendeckenden Versorgung absolute Priorität – ein Flickenteppich unterschiedlichster Versorgungsformen bedeutet in der Konsequenz Intransparenz und Unsicherheit für den Patienten und seinen Arzt.

## Neue Versorgungsformen suchen

Dies birgt auch Gefahren vor dem Hintergrund soziodemographischer Veränderungen in unserer Gesellschaft und einem sich wandelnden Krankheitspanorama mit einer stetigen Zunahme chronischer

Erkrankungen und – vor allem bei alten Menschen – Multimorbidität, in deren Folge eine Medikalisierung sozialer und pflegerischer Probleme eintritt. Die Auswirkungen dieser Faktoren und darüber hinaus ein zunehmend wachsender ökonomischer Druck im Gesundheitswesen führten dazu, nach Lösungen im Rahmen der Etablierung neuer Versorgungsformen zu suchen. Hinreichend bekannt aus anderen Politikbereichen ist in diesem Zusammenhang, daß die Akzeptanz und Steuerungskraft neuer Instrumente oftmals entscheidend davon abhängt, inwiefern zu ihrer Umsetzung geeignete Anreizstrukturen geschaffen werden können.

## Mehr Effektivität und Effizienz

Neue Versorgungsstrukturen sind grundsätzlich dahingehend auf den Prüfstand zu stellen, ob sie zu mehr Effektivität und Effizienz der Versorgung führen, d.h. ob bei gleichbleibender Qualität Kosten reduziert oder aber bei konstanten Kosten eine bessere Qualität der gesundheitlichen Versorgung erreicht werden kann. Qualitäts- und Informationsmanagement sind zentrale Herausforderungen an die verfaßte Ärzteschaft, um sowohl medizinisches und soziales Case-Management als auch eine ökonomische Steuerung durchführen zu können.

Ökonomische Anreize sind in diesem Zusammenhang ein Instrument, Maßnahmen der Qualitätssicherung umfassend zu etablieren. Im Zusammenhang mit neuen Versorgungsformen und Forderungen nach ergebnisorientierter Qualitätssicherung wird auch die Frage gestellt, inwiefern das Vergütungssystem im ambulanten Sektor falsche Anreize setzt und in der Zukunft ergebnisorientiert zu gestalten ist. Dahinter steht die Vorstellung einer Fokussierung der Vergütung mittels geeigneter Anreizstrukturen auf „erfolgreiche“ Behandlungsergebnisse. Dieser Frage widmeten sich

\*Dr. med. Leonard Hansen ist Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Mitglied des Vorstandes der Ärztekammer Nordrhein.

im vergangenen Jahr zum einen ein im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN erstelltes Gutachten als auch das Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Beide verbinden – grob skizziert – Prinzipien der Ergebnisorientierung mit der ärztlichen Vergütung und plädieren für ein modulares Vergütungssystem, innerhalb dessen unterschiedliche Vergütungsmechanismen und -komponenten zur Qualitätssicherung im Rahmen anerkannter Standards verknüpft werden.

Die niedergelassene Ärzteschaft greift Forderungen zur Etablierung von Elementen einer ergebnisorientierten Vergütung prinzipiell auf, weist jedoch deutlich auf ihre Grenzen hin und lehnt in diesem Zusammenhang eine Erfolgshaftung des Arztes wie auch Maluszahlungen entschieden ab. Dies vor allem aufgrund der Problematik, therapeutische Erfolge nicht eindeutig messen und aufgrund vielfach fehlender Kausalitätsketten zwischen ärztlicher Behandlung und deren Ergebnis u.a. aufgrund fehlender Eigenverantwortung des Patienten entsprechend zuordnen zu können.

## Qualitätsorientierte Vergütung

Entsprechende Einwände stehen jedoch nicht im Gegensatz zu einer grundsätzlichen Befürwortung einer qualitätsorientierten Vergütung, die Bemühungen um eine verbesserte Versorgungsqualität auf der Basis geeigneter Anreizmechanismen belohnt. Wesentliche Elemente können in diesem Zusammenhang auf der Basis einer gesicherten Indikationsstellung eindeutig definierte Handlungskorridore für die Leistungserbringung auf abgestuften Versorgungsebenen sein.

Diese Elemente sind Bestandteil des zunächst zwischen dem BKK-Landesverband NW und der KV Nordrhein geschlossenen Strukturvertrages zur „Intensivierung der interdisziplinären Kooperation von Vertragsärzten in der ambulanten

Versorgung von Diabetikern“. Er ist zu sehen im Kontext des Bemühens um das medizinische und soziale Management spezieller, vor allem chronischer Erkrankungen und zielt über Maßnahmen zur Sicherung der Struktur- und der Prozeßqualität auf die nachweisbare Verbesserung der ambulanten Langzeitversorgung von Diabetespatienten hin (vgl. *Rheinisches Ärzteblatt 11/98 Seite 14ff.*).

Der Vertrag kann als Paradebeispiel dafür gelten, wie die zu dokumentierende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Ärzten in diabetologischen Schwerpunktpraxen unter Einbezug klar formulierter Leitlinien und eindeutig definierter Schnittstellen der Kooperation optimal gestaltet werden kann. Eindeutig beschriebene Aufgabefelder sowie Maßnahmen zur Optimierung der Koordination des gesamten Behandlungsverlaufs haben im Sinne der Ergebnisqualität das Ziel, die ambulante Langzeitversorgung von Diabetikern nachweislich zu optimieren. Hinsichtlich der skizzierten ergebnis- bzw. qualitätsorientierten Vergütung ist in diesem Zusammenhang anzuführen, daß die Vergütung erst nach einer vollständigen Dokumentationsleistung erfolgt. Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat sich im vergangenen Jahr engagiert und kontinuierlich darum bemüht, diesen Strukturvertrag auch mit anderen Kassen zu vereinbaren, die Tendenz für weitere Abschlüsse ist sicherlich auch heute noch positiv zu bewerten.

In den Prozeß der Feinabstimmung platzten die Vorstellungen

der rot-grünen Koalition, die im Rahmen des Solidaritätsstärkungsgesetzes auch den Bereich der Strukturverträge thematisieren: In Artikel 13 wird geregelt, daß das Vergütungsvolumen für Strukturverträge nach § 73a SGB V als Bestandteil der Gesamtvergütung für das Jahr 1999 begrenzt ist. Ausnahmen sind Verträge, die vor dem 30. November 1998 abgeschlossen wurden – bezogen auf das gesamte Bundesgebiet erfüllen nur 15 Strukturverträge diese Voraussetzungen, davon wurden drei in Nordrhein abgeschlossen.

Zu ihrer Vergütung kann die Gesamtvergütung um bis zu 0,6% erhöht werden. Konkret bedeutet dies, daß neue Strukturvorhaben, die die Voraussetzungen einer außerbudgetären Regelung nicht erfüllen, künftig im Rahmen der Gesamtvergütung abzudecken sind.

## Zukunft der Strukturverträge

Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Neuregelungen müssen künftige Bemühungen um Abschlüsse mit weiteren Vertragspartnern gesehen werden. Über den angeführten Diabetesvertrag hinaus gilt dies auch für Strukturverträge zur Förderung des ambulanten Operierens sowie für die Etablierung vernetzter Strukturen analog zum „Praxisnetz Erft“. Dabei sollte sich die Selbstverwaltung trotz der zweifelsohne gegebenen und prinzipiell nicht akzeptablen neuen Beschränkungen im Rahmen der Strukturverträge nicht dazu verleiten lassen, eigene Bausteine einer von beiden Regierungsparteien gewollten Strukturreform im Jahre 2000 im Vorfeld „einzufrieren.“ Der gewählte Ansatz ist beizubehalten und entspricht im übrigen explizit rot-grünen Grundüberzeugungen: Beide Parteien forderten in der Vergangenheit nachhaltig eine Ausrichtung an der sog. Evidence-based Medicine und beide Parteien plädierten in diesem Zusammenhang dafür, eine derartige Orientierung mit entsprechenden Anreizmecha-



*Dr. Leonhard Hansen: Optimierung des Behandlungsverlaufs  
Foto: Archiv*

nismen, auch im Rahmen der Vergütung, auszustatten. Unbestritten und in der politischen Diskussion nachhaltig zu thematisieren ist, daß eine optimierte und koordinierte Betreuung z.B. von Diabetikern zunächst Mehrausgaben verursacht. Setzt man diese ins Verhältnis zur Reduktion von Spätfolgen, so tritt neben einer Verbesserung der Versorgung mittel- bis langfristig ein Einspareffekt ein. Wenn man berücksichtigt, daß sowohl die SPD als auch Bündnis 90/DIE GRÜNEN die Weiterentwicklung der Evidence-based Medicine nachdrücklich fordern und gleichzeitig jedoch das Postulat der Beitragsstabilität über allem steht, dann ist schon die Frage zu stellen, unter welchen Voraussetzungen innovative Konzepte in der Zukunft Bestand haben. Die Lösung bestehender Probleme im Gesundheitswesen kann nicht darin liegen, neue Versorgungsformen in Verbindung zu setzen mit hinreichend bekannten – und eben nicht bewährten – Instrumenten einer rigiden Kostendämpfungspolitik. Vielleicht stimmt in diesem Zusammenhang eine Aussage des renommierten Sozialmediziners und Politikberaters Prof. Raspe nachdenklich, wonach die finanzielle Situation im Gesundheitswesen noch ungünstiger aussähe, würden alle Diabetiker, Rheumatiker und Hochdruckkranke in der Weise versorgt, wie es die Evidence-based Medicine nahelegt. Seiner Ansicht nach könnte das Instrument in naher Zukunft dazu verwendet werden, „unter steigendem Kostendruck eine Begrenzung des über die Solidarsysteme finanzierten medizinischen Leistungsangebots zu begründen.“ Dabei, so Raspe, könne die Evidence-based Medicine „uns die Last der Priorisierung und Rationierung medizinischer Leistungen nicht abnehmen, hoffentlich aber erleichtern.“

Diese Aussage spiegelt ein Faktum wider, mit dem sich alle am Gesundheitswesen Beteiligten auseinander zu setzen haben: nicht alles medizinisch Machbare ist tatsäch-

lich auch finanzierbar. Um das Solidarprinzip jedoch nicht zu gefährden und gleichwohl eine qualitätsgesicherte Versorgung sicherzustellen, benötigen wir im besonderen klare Indikationsstellungen. Grundsätzlich bedarf es der Entwicklung und der Etablierung neuer Versorgungsansätze im Sinne bisheriger Strukturverträge, die den gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen Rechnung tragen. Einen derartigen Konsens unterstellend, sind daher die Vertragspartner auch im Hinblick auf

die jüngsten Gesetzesänderungen aufgerufen, sich des Themas weiterhin konstruktiv anzunehmen und gemeinsam nach Wegen zur Optimierung der Patientenversorgung zu suchen. Zu wünschen ist, daß der verbleibende Spielraum konstruktiv genutzt wird und die Selbstverwaltung nach wie vor bestehende Chancen nutzt, der Politik auf der Basis valider Ergebnisse von Strukturverträgen eigene Beiträge zur konkreten Ausgestaltung der Strukturreform im Jahr 2000 zu liefern.

#### EHRUNG

## Johannes-Weyer-Medaille für langjähriges Engagement

*Lindlarer Augenarzt Dr. Ingo Ossendorff ausgezeichnet*

**A**ufgrund seines besonderen und langjährigen Engagements in der ärztlichen Selbstverwaltung wurde Dr. Ingo Ossendorff die Johannes-Weyer-Medaille der nordrheinischen Ärzteschaft verliehen. Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, nahm Ossendorffs 75. Geburtstag zum Anlaß, dem langjährigen Vorstand der Kreisstelle des Oberbergischen Kreises und Mitglied des Kammervorstandes die Auszeichnung zu überreichen.

In seiner Dankesrede sagte Ossendorff rückblickend: „Die ärztliche Tätigkeit hat mir geholfen, den Krieg und das Erlebte zu überwinden und zu vergessen.“

Dr. med. Ingo Ossendorff wurde am 20.11.1923 in Bonn-Beuel geboren. Er studierte an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Im Jahr 1952 erhielt er die Approbation und wurde promoviert.

Im Jahre 1959 hat sich Dr. Ossendorff als Augenarzt in Lindlar niedergelassen. In der Zeit von 1966 bis 1996 gab er Schwesternunter-

richt und war Prüfungsvorsitzender. Von 1963 bis 1998 organisierte Dr. Ingo Ossendorff jährlich etwa zwölf Fortbildungsveranstaltungen für Augenärzte. Bis 1989 war er belegärztlich operativ tätig und gab 1997 seine Praxistätigkeit auf.

Dr. Ossendorff war auch langjähriges Mitglied des Kreisstellenvorstandes der Ärztekammer Nordrhein. Während seiner Zeit als Vorsitzender der Kreisstelle Oberbergischer Kreis war er auch Mitglied in der Kammerversammlung. In den ersten zwei Jahren seiner Tätigkeit auf Kreisstellenebene war er gleichzeitig Mitglied des Kreisstellenvorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Kreisstelle Oberbergischer Kreis. *RhÄ*



*Dr. med. Ingo Ossendorff wurde mit der Johannes-Weyer-Medaille ausgezeichnet. Foto: privat*