

Pay for Performance

Ein strategischer Ansatz für mehr Versorgungsqualität im Gesundheitswesen?

Von Roger Jaeckel*

Einleitung

Eigentlich eine Binsenweisheit, dass die Qualität einer erbrachten Leistung auch sehr maßgeblich von der vorhandenen Struktur des geltenden Vergütungssystems abhängt. Was für den Dienstleistungssektor im Allgemeinen gilt, findet im Bereich der Gesundheitsversorgung noch lange keine Anwendung. Eine Vergütung medizinischer Leistungen also ohne Qualitätsorientierung? Tatsache jedenfalls ist, dass die Honorierung medizinischer Leistungen auch im internationalen Vergleich selten davon abhängig gemacht wird, ob bestimmte messbare Ergebnisparameter im Verlauf einer Behandlung auch tatsächlich erreicht wurden.

Damit wären wir auch schon beim Problem dieser behandelten Thematik angekommen, nämlich wie soll eine medizinische Leistungsperformance objektiv abgebildet und damit sachgerecht in der zugrunde liegenden Vergütungssystematik sich wiederfinden. Im Ergebnis wird der Performance-Begriff in vier direkte Bewertungsdimensionen unterteilt: Klinische Indikatoren, Patientenzufriedenheit, Praxisorganisation und Kosteneffizienz.

Vor diesem Hintergrund stellt sich natürlich die berechtigte Frage, warum dieses Thema zum gegenwärtigen

Zeitpunkt gerade Hochkonjunktur erfährt? Zur Beantwortung werden zum einen internationale Lernerfahrungen herangezogen. Zum anderen soll der aktuelle gesundheitspolitische Diskussionsstand aufgegriffen und näher beschrieben werden.

Internationale Lernerfahrungen im Umgang mit Pay for Performance-Vergütungsmodellen

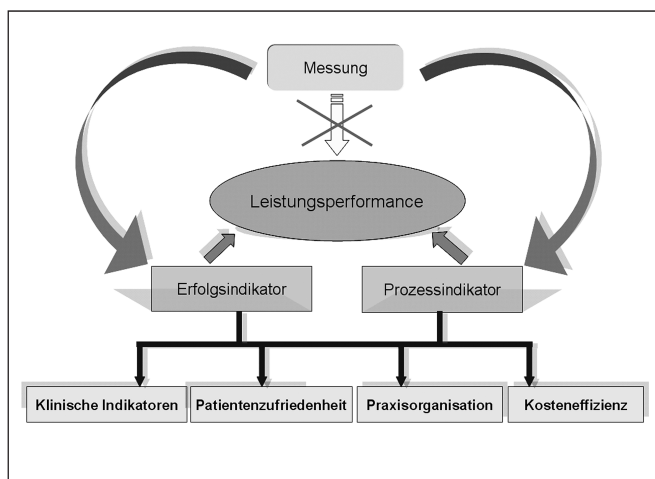
Der Ursprung von Programmen zur qualitätsbezogenen Vergütung liegt in den USA. Der Bericht „Crossing the Quality Chasm“ des Institute of Medicine (IOM) beinhaltet den Gedanken, dass sich die Behandlungsqualität in der Höhe der Entlohnung widerspiegeln sollte und gab somit den Anstoß zu Pay for Performance-Programmen. Dabei war die Ausgangssituation durch eine große Kluft zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand in der Versorgungsqualität geprägt. Um dieser Diskrepanz entgegenzuwirken, wurde dem Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und Anreizsystem mehr Beachtung geschenkt.

Obwohl das in Kalifornien angesiedelte Pay for Performance-Projekt der Integrated Healthcare Association (IHA) nicht die erste Initiative in diesem Bereich war, gilt es international als Referenzmodell. In Europa setzte der britische National Health Service (NHS) im Jahr 2004 ein Zeichen in Richtung Pay for Performance. Angestoßen wurde die Betrachtung von Qualitätsaspekten durch Studien, die national eine vergleichbare Situation aufzeigten.

Die Studienergebnisse der bisherigen Projekte weisen überwiegend gemischte Ergebnisse auf. Entsprechend kommen die Verantwortlichen des amerikanischen Referenzprojektes zu dem Schluss, dass die Erwartungen an das Programm nicht in vollem Umfang erfüllt wurden. Die verantwortlichen Finanziere stellen in diesem Zusammenhang ganz aktuell den „Return On Investment“ der Anreizzahlungen in Frage und fordern, dass dieses Vorhaben langfristig sich finanziell selbst tragen muss.

Auch die britischen Lernerfahrungen belegen keine eindeutig zuordenbare Qualitätssteigerung im Bereich der

Abb. 1: Messung der Leistungsperformance erfolgt auf indirektem Weg



Quelle: eigene Darstellung



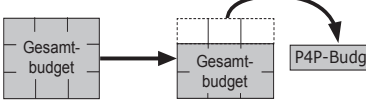
* Für die fachliche und inhaltliche Unterstützung danke ich besonders Frau Sarah-Madelaine Schmidt und Herrn Christoph Mair.

hausärztlichen Versorgung durch das Pay for Performance-Programm. Zum einen kann nicht eindeutig festgestellt werden, inwieweit das Anspruchsniveau der Zielvorgaben zu niedrig angesetzt war. Zum anderen gibt es keine eindeutigen Belege dafür, ob die neue Art der Vergütung alleine für die Verbesserung der Versorgungsqualität ausschlaggebend war.

Alternative Finanzierungsstrategien

Zur Implementierung von Pay for Performance-Konzepten gibt es unterschiedliche Finanzierungsoptionen, wobei die ökonomische Grundproblematik zwischen finanziellem Bedarf und Mittelknappheit natürlich auch bei diesem Vergütungsansatz systemimmanent gilt. Die unterschiedlichen Finanzierungsalternativen können folgender Grafik entnommen werden:

Abb. 2: Alternativen der Mittelallokation

Finanzierungsalternative	Mittelallokationsprozess aus Sicht der Leistungserbringer	Ausgabenbelastung
neues Geld: Es werden dem System zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt		Steigerung
Umverteilung: Bestehende Gelder werden neu verteilt		Keine Veränderung
Effizienzsteigerung: Einsparungen durch P4P werden qualitätsorientiert ausgeschüttet		Keine Veränderung

Quelle: eigene Darstellung

Aus Sicht der Leistungserbringer stellt das Modell „mehr Geld für mehr Leistung“ gegenüber dem bisherigen Gesamtbudget sicherlich die bevorzugte Variante dar. Das ist gleichbedeutend mit mehr Geld für mehr Qualität, ohne Restriktionen beim bisherigen Honorar. Dabei kann es keine Verlierer geben. Damit ist jedoch eine Mehrbelastung der Zahler verbunden. Vor dem Hintergrund der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise muss diesem Lösungsansatz auf Dauer die geringste Realisierungschance eingeräumt werden, wie auch die Entwicklungen im amerikanischen Referenzmodell zeigen.

Beim „Umverteilungsmodell“ wird ein Teil des bisherigen Gesamthonorars abgekoppelt und ausschließlich für die qualitätsbezogene Vergütung verwendet. So bekommen die Leistungserbringer zunächst weniger Geld für ihre

Leistungen, haben aber die Möglichkeit, über ihre Qualität auf das alte Vergütungsniveau und darüber hinaus zu kommen. Entsprechend besteht aber die Gefahr, bei geringerer Leistungsqualität auch unterhalb des bisherigen Niveaus zu bleiben.

Die dritte Finanzierungsalternative stellt das „Effizienzsteigerungsmodell“ dar. Aufgrund der Anreizwirkung von Pay for Performance erwartet man eine Effizienzsteigerung, die im Ergebnis Einsparpotenziale erschließt. Die durch Rationalisierungsmaßnahmen frei werdenden Mittel werden in Abhängigkeit der erbrachten Qualität ausgeschüttet. Die Summe der Einsparungen entspricht dann dem Volumen der qualitätsorientierten Vergütung. Dieses Modell setzt jedoch eine sektorenübergreifende Budgetbetrachtung voraus, so dass beispielsweise durch weniger Einweisungen im stationären Bereich die dadurch generierten eingesparten Finanzmittel dem ambulanten Bereich anteilig entsprechend den vereinbarten Qualitätsindikatoren zur Verfügung gestellt werden.

Von Seiten der Leistungsfinanzierer werden die Alternativen der Budgetumverteilung und der Mittelallokation durch Effizienzsteigerung vorgezogen, da dabei keine zusätzliche Ausgabenbelastung stattfindet.

Das Konzept der KBV

In Deutschland kommt derzeit die stärkste Forderung nach qualitätsbezogener Vergütung von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Aus ihrer Sicht ist die Implementierung von Qualitätsindikatoren sowie die Orientierung des ärztlichen Honorars ein tragendes Element einer künftigen Weiterentwicklung der Versorgung. Konkret ist es ihr Ziel, Qualitätszuschläge im Einheitlichen Bewertungsmaßstab zu verankern und dadurch eine qualitätsbezogene Vergütung zu ermöglichen. Entsprechend fordert sie die Kompetenz ein, Qualitätsindikatoren als Aspekt der Vergütung aufzunehmen sowie die Umsetzung durch qualitätsorientierte Vergütung, inklusive Datenerhebungs- und Auswertungsbefugnissen. Eine hierzu notwendige Priorisierung von Qualitätszielen soll ebenfalls in ihren Aufgabenbereich fallen.

Ein Schritt in Richtung P4P hat die KBV bereits mit ihrem Projekt „AQUIK – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ unternommen. Ziel dabei war die Erprobung und Etablierung eines validen, transparenten Satzes von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen für die vertragsärztliche Versorgung. Das Vorgehen der KBV bei der Entwicklung der Indikatoren ist jedoch nicht unumstritten. Anstatt neue, für das deutsche System spezifische Indikatoren zu entwickeln, wurden lediglich international verfügbare Indikatorensets recherchiert, in einer Datenbank zusammengefasst und hinsichtlich ih-

rer Übertragbarkeit (Relevanz und Verfügbarkeit der Daten) auf das deutsche Versorgungssystem überprüft, allerdings unter Auslassung systemspezifischer Besonderheiten wie dem freien Zugang zur fachärztlichen Versorgung.

Beim KBV-Modell dürfte der vorgeschlagene Finanzierungsmodus für ein qualitätsbezogenes Zuschlagssystem das größte Konfliktpotenzial aufweisen. Denn der Vorschlag der KBV geht von einer budgetneutralen Umsetzung aus. Das Prinzip „mehr Geld für mehr Leistung“ müsste demnach durch budgetinterne Umverteilungsmechanismen sichergestellt werden. Allerdings birgt dieser Ansatz erhebliches innerärztliches Konfliktpotenzial, weil es bei diesem gewählten Ansatz nicht nur Gewinner, sondern zwangsläufig auch Verlierer gibt. Ob und inwieweit der von der KBV gewählte Finanzierungsansatz tatsächlich Früchte trägt, hängt im hohen Maß von der Akzeptanz der niedergelassenen Ärzteschaft selbst ab. Die bisherigen internationalen Erfahrungen im Umgang mit Pay for Performance-Modellen offenbaren jedoch eine ganz andere Verhaltensmentalität. Die Bereitschaft, neue Finanzierungswege zu gehen, ist eher dann zu erwarten, wenn die Zahlungsbereitschaft der Leistungsfinanzierer für mehr Behandlungsqualität sich in Form von zusätzlichen Geldmitteln widerspiegelt.

Künftige Realisierungschancen und Ausblick

Im Vergleich zu den beschriebenen Referenzmodellen sind im deutschen GKV-System zum Teil ganz andere Grundstrukturen vorhanden. Hierzu gehört insbesondere die freie Arztwahl, aber auch der Zugang zur fachärztlichen Versorgung ist grundsätzlich ohne Einschränkung offen. Die Steuerung der Behandlung über einen Hausarzt stellt lediglich eine optionale Versorgungsform für den Patienten dar. In der Konsequenz ist eine direkte Zuordnung der Leistungsqualität auf die einzelnen Ärzte deshalb nur sehr eingeschränkt möglich. Hinzu kommt das hohe Gut der ärztlichen Wahlfreiheit, welches letztlich eine erforderliche Leistungszuordnung zum einzelnen behandelnden Arzt erschwert bzw. gar verhindert. Ein kollektivvertraglicher Implementierungsansatz stößt folglich an natürliche Grenzen.

Demgegenüber bietet eine selektivvertragliche Ausgestaltung ein größeres Potenzial an Patientensteuerungsmöglichkeiten, allerdings unter deutlicher Einschränkung bisher ausgeübter Wahlfreiheiten. Auf diese Weise ist es möglich, den Patienten an den Leistungserbringer zu binden und somit die Qualität der Leistung arzt-spezifisch zuzuordnen. Ferner gewährleistet das selektive Kontrahieren den Leistungserbringern die Möglichkeit, sich gegenüber den Krankenkassen mit Hilfe von Qualitätskennzahlen zu positionieren.

Ein realisierbarer Ansatz für Pay for Performance könnte in einem indikationsspezifischen, aber selektivvertraglich geregelterm Konzept liegen. Bei einer solchen Vorgehensweise ist eine gezielte Anreizwirkung für geeignete Krankheiten vorstellbar. Aber auch gesellschaftlich bedeutsame Versorgungsaufgaben wie die Durchführung von Schutzimpfungen könnten zur Stärkung des Präventionsgedankens einer solchen qualitätsorientierten Vergütungssystematik zugeführt werden. Dies entspricht im Übrigen auch den aktuellen Vorstellungen des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Sondergutachten 2009. Die Messung von Impfquoten ermöglicht eine transparente und direkte Zuordnung der erbrachten Leistung.

Abschließend bleibt zu konstatieren, dass trotz vorherrschender positiver Erwartungshaltung in Bezug auf Pay for Performance eine schnelle und flächendeckende Einführung im deutschen Gesundheitswesen nicht vorstellbar ist. Zum einen lehren die internationalen Erfahrungen, dass ein qualitätsorientierter Vergütungsansatz nicht zwangsläufig zum Erfolg führt. Zum anderen sind viele Systemelemente auf das deutsche Gesundheitswesen nicht eins zu eins übertragbar. Die besten Realisierungschancen bieten indikationsspezifische Selektivverträge oder präventiv ausgerichtete Versorgungsprogramme. Pay for Performance: ein denkbarer selektiver Ansatz für mehr Versorgungsqualität im Gesundheitswesen, allerdings verbunden mit zahlreichen Umsetzungshürden.

© gpk

Weiterführende Literatur

- KBV, Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (AQUIK), Berlin 2009; <http://www.kbv.de/themen/aquik.html>
- Amelung, V. E., Zahn, T. P., Pay for Performance (P4P), Der Business Case für Qualität? Berlin, Juni 2009; http://www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/P4P-Studie_Amelung_DxCG_v0.5.pdf
- Integrated Healthcare Association; <http://www.ihc.org/>
- Chenot, R., Leistungsbezogene Bezahlung für Allgemeinärzte: Das englische Experiment, in: Z Allg Med 2007; 83: 242–246; http://www.allgemeinmedizin.med.uni-goettingen.de/literatur/chenot_zfa.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Bonn 2009-09-06 http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA_2009-LF.pdf