

## **„Gehaltserhöhung = Qualitätsverbesserung?“ - Qualitätsbezogene Vergütung von Leistungserbringern**

Markus Mayr  
Juni 2008

Ob durch Krankenhaus- oder Ärzt rankings, durch qualitätsorientierte Praxissiegel oder durch die unter dem Begriff pay for performance bekannt gewordene, qualitätsbezogene Vergütung – mehr und mehr wird versucht, dem Faktor Qualität zusätzliche Geltung zu verleihen. In Kombination mit der vermehrten Wettbewerbsorientierung des deutschen Gesundheitssystems führt die Qualitätsorientierung logischerweise zu Forderungen nach der Verknüpfung der beiden Komponenten Qualität und Wettbewerb. Diesen „Qualitätswettbewerb“ soll das Konzept des pay for performance u.a. fördern. Es wird in verschiedensten Ausprägungen bereits in den USA, Großbritannien oder den Niederlanden praktiziert. (1)

In Deutschland wird dieser Ansatz beispielsweise im Pilotprojekt A-QUIK (2) (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) aufgegriffen. Die KBV möchte „über die Vergütung einerseits Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität [...] setzen, andererseits aus Fairnessgründen solche Ärzte besser [...] vergüten, die ein höheres Qualitätsniveau vorhalten“ (3). Es stellt sich aber die Frage, in wie weit der pay for performance-Ansatz hierzu in der Lage ist.

Unter pay for performance bzw. qualitätsbezogener Vergütung ist „ein Finanzierungssystem [zu verstehen], das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt“ (4). Das Konzept setzt primär auf externe Anreize in Form von finanziellen Vorteilen für den Leistungserbringer, um eine Qualitätsverbesserung zu erreichen bzw. ein bereits erreichtes hohes Niveau zu halten. Hier wird jedoch die erste Schwierigkeit bei der Ausgestaltung des Konzeptes sichtbar: Werden die finanziellen Anreize ab einer gewissen Qualitätsstufe wirksam oder kommen die relativ Besten in den Genuss der Zusatzvergütung? Vorstellbar wäre zudem eine Vergütung für die Verbesserung des individuellen Qualitätsniveaus. Festzulegen ist also, erstens, ob Verbesserungen oder das Erreichen festgelegter benchmarks vergütet werden sollen und, zweitens, ob die Vorgabe eine relative oder absolute sein soll (mehr zum Vergütungsdesign hier & hier).

Grundsätzlicher als die Frage der Vergütungsrichtlinien, ist jene, nach den Kriterien der Qualitätsbeurteilung. Qualität, die sowohl als Struktur- und Prozess- als auch als Ergebnisqualität verstanden wird, verlangt nach entsprechend entwickelten Indikatoren.

Eigenschaften, welche diese Indikatoren erfüllen müssen, sind u.a. Validität, Reliabilität, Sensitivität und Praktikabilität (5). Demnach sollte die Entwicklung der Indikatoren auch möglichst unter Einbeziehung verschiedenster Perspektiven erfolgen. Hierzu dienen Erfahrungen mit bereits existierenden Indikatorensystemen, medizinischen Leitlinien, Anwenderinput und Einbindung von Experten. (6)

In Bezug auf die Datenerhebung bietet sich an, auf regelmäßig erhobene Werte und die dafür existierende Infrastruktur zurückzugreifen. Dadurch kann sowohl der zusätzliche Organisationsaufwand als auch die finanzielle Zusatzbelastungen gering gehalten werden. (7)

Im Rahmen des Pilotprojektes AQUIK der KBV wurde durch Befragung von Berufs- und Patientenverbänden, medizinischen Fachgesellschaften sowie der Recherche nach bereits vorhandenen ambulanten Qualitätsindikatoren versucht, diesen Ansprüchen gerecht zu werden. (8)

Neben den bereits angesprochenen Aspekten der Versorgungsrichtlinien und Qualitätsbeurteilung, muss bei der Ausgestaltung von pay for performance-Modellen auf Fragen der Freiwilligkeit, der Individual- oder Gruppenmotivation (9), der Höhe der zu gestaltenden Anreize und der Transparenz eingegangen werden. (10)

Von entscheidender Bedeutung sind natürlich die Auswirkungen von pay for performance-Modellen auf die Versorgungsqualität im eingesetzten Bereich. Eine ausreichende empirische Fundierung für die Effektivität entsprechender Modelle im Gesundheitswesen existiert laut Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen noch nicht. Die Mehrzahl der vorliegenden Studien weist aber einen positiven Effekt aus (11). Entsprechend vereinbaren auch in Deutschland immer mehr Krankenkassen mit Ärztesgruppen oder Kliniken Verträge, die am pay for performance-Modell orientiert sind. Beispielsweise bezahlt der Verband der örtlichen Betriebskrankenkassen dem „Kinderwunsch Centrum München“ bei gelungener Befruchtung mit gesundem Schwangerschaftsverlauf einen Bonus in Höhe von 2152 €. Der Vorteil der Krankenkasse besteht darin, dass sich Ärzte auf zusätzliche Qualitätsstandards verpflichten. Ein ähnliches Modell existiert auch zwischen der AOK Bayern und dem Ärztenetz Nürnberg Nord. Für überdurchschnittliche Behandlungsergebnisse chronisch Kranker, Vorsorgeuntersuchungen und ökonomischen Arzneimittelverbrauch profitieren dort die beteiligten Ärzte in Form zu-

sätzlicher Vergütung. Hierdurch versuchen die Krankenkassen, auf steigende Gesundheitsausgaben zu reagieren, indem „Geld [...] nur noch für gute Medizin fließen“ (12) soll. Die Bundesärztekammer äußert sich in Bezug auf die Einführung von pay for performance-Konzepten für die gesamte ambulante Versorgung ebenfalls sehr positiv. (13)

Qualitätsbezogene Vergütung bietet also sowohl Ärzten als auch Krankenkassen Vorteile. Es stellt aber noch zu klären, von welchen Faktoren der Erfolg der pay for performance-Modelle abhängt bzw. unter welchen Bedingungen Fehlanreize entstehen können.

Essenziell für den Erfolg der qualitätsbezogenen Vergütung ist die Einbeziehung der Anwendergruppen. Planung, Organisation, Betreuung und Evaluation muss in enger Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern erfolgen. Zusätzlich sind die organisatorische Umsetzung, die IT-Struktur im angewandten Bereich sowie der damit verbundene Datenzugang von entscheidender Bedeutung im Hinblick auf die Bereitschaft der Leistungserbringer, den vermehrten Dokumentations- und Kostenaufwand zu tragen.

Neben diesen Anforderungen muss das pay for performance-Konzept „as part of a multi-dimensional set of strategies designed to change physicians behaviour so as to achieve quality and cost goals“ (14) umgesetzt werden. Pay for Performance kann also als alleinige Maßnahme die Qualitäts- und Kostenziele nicht erreichen. (15) Es entsteht die Notwendigkeit, den finanziellen mit einem nicht-finanziellen Anreiz zu verbinden.

Public disclosure wird als mögliche Ergänzung zur qualitätsbezogenen Vergütung gesehen. Hierunter wird eine Strategie verstanden, welche beabsichtigt, durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten ein qualitätsbezogenes Patienten- und Einweiserverhalten zu induzieren versucht. Zudem soll eine Motivation zur Qualitätsverbesserung auf Seiten der Ärzte erreicht werden, da ihre Reputation hier direkt von der Veröffentlichung betroffen ist. (16) Public disclosure in Verbindung mit pay for performance kann somit dem Faktor Qualität sowie dem Faktor Wettbewerb gerecht werden. Das kontroverse Thema der Veröffentlichung von Qualitätsdaten diskutiert der „gesundheitsmonitor“ (03/2007) der Bertelsmann-Stiftung sowohl in Bezug auf die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland als auch in Bezug auf entsprechende Veröffentlichungen im internationalen Vergleich.

Andererseits können durch die Einführung qualitätsbezogener Vergütung auch Fehlanreize geschaffen werden.

Eine Motivationssteigerung der Ärzte zur Qualitätsverbesserung durch eine finanzielle Komponente – die auch negativ ausgestaltet sein kann – muss nicht zwingend erfolgen. Hoher Bürokratieaufwand oder fehlende Zurechenbarkeit bei der Behandlung durch mehrere Ärzte können die gewonnene Motivation der Ärzte wieder relativieren. Mehr noch, bei finanzieller Abhängigkeit von Bonuszahlungen kann ein Widerspruch zum professionellen Selbstverständnis des Arztes entstehen, falls vergütete Behandlungsrichtlinien nicht mit der fachlichen Überzeugung übereinstimmen. (17)

Negative Effekte auf die Versorgungsqualität sind ebenfalls nicht auszuschließen. Die finanziellen Anreize könnten eine negative Risikoselektion durch die Leistungserbringer erzeugen und zudem eine Versorgungskonzentration auf die indikatorenrelevanten Untersuchungen und Werte fördern. (18)

Für Patienten mit niedrigem Einkommen, ethnische Minderheiten oder chronisch multimorbide Patienten werden zudem Nachteile bzw. ein Ausbleiben der Vorteile befürchtet, selbst wenn das pay for performance-Modell ansonsten erfolgreich angewendet wird. (19)

Qualitätsbezogene Vergütung als Modell für das deutsche Gesundheitssystem ist denkbar. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hält unter gewissen Voraussetzungen (20) eine Implementierung dieser Vergütungsform, zumindest in Teilen, für sinnvoll. Zudem sieht der Gesetzgeber ab 2009 die Möglichkeit vor, dass Krankenkassen und KVen entsprechende Vereinbarungen bei der kollektivvertraglichen Versorgung treffen können. (21) Die KBV zeigt durch ihr Pilotprojekt für die ambulante Versorgung (AQUIK) ihre Bereitschaft, dies auch umzusetzen. Von der flächendeckenden Umsetzung ist das Konzept jedoch noch weit entfernt. Begrenzte Erfahrungen im nationalen Gesundheitssystem, eine Vielzahl von konzeptionellen Fragen, das Fehlen von umfassenden Strategien zur Gewährleistung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, aber vor allem die Frage der Finanzierung stehen dem entgegen. Dies wird an den Äußerungen des stellvertretenden Vorsitzenden der Techniker Krankenkasse, Dr. Christoph Straub, deutlich, der, erstens, im Moment den Gesundheitsfonds als primäres Arbeitsfeld der Gesundheitspolitik sieht und, zweitens, die Finanzierung von pay for performance-Modellen über einen separaten Honorartopf vorschlägt. Dieser wäre aber nicht aus zusätzlichen Mitteln finanziert, sondern entsprechend der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung gestaltet. Dem

entgegen steht die Äußerung von Dr. med. Carl-Heinz Müller, Vorstandsmitglied der KBV, der darauf hinweist, dass „die Ärzteschaft [...] nicht mehr bereit [ist], in Vorleistung zu treten“(22). Die anfangs angesprochene Problemstellung, wer denn das Geld bekommen solle, tritt also zunächst hinter der Frage zurück, woher das Geld hierfür kommen soll.

Es bleibt also abzuwarten, ob die qualitätsbezogene Vergütung in der Lage sein wird, die gewünschte Verbesserung der Versorgungsqualität zu bewirken und zur Fairness der Ärztevergütung beizutragen. Erfolg und Misserfolg verschiedener Pilotprojekte, wie der Entwicklung „Ambulanter Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ durch die KBV, sowie der daraus abgeleiteten Erfahrungen, werden über die Zukunft der qualitätsbezogenen Vergütung im deutschen Gesundheitssystem entscheiden.

#### **Quellen:**

(1) Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Zf. 728 ff., in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(2) Siehe <http://www.kbv.de/themen/aquik.html> (05.06.2008).

(3) Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007), KBV-übergreifendes Projekt „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, in: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLA-VE&SystemType=2&LogonId=b07e5989e9a0d50be181fb324da6d127&DocId=003754427&Page=1> (25.04.2008).

(4) ) Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Zf. 732, in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(5) Vgl. Schneider, Broge, Szecsenyi (2003), Müssen wir messen, um (noch) besser werden zu können? Die Bedeutung von Qualitätsindikatoren in strukturierten Behandlungsprogrammen und Qualitätsmanagement, in: Z.Allg. Med. 2003; 79: 547 - 552. Hippokrates Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart, Stuttgart.

(6) Vgl. Szecsenyi, Joachim (2007), Qualitätsindikatoren als Instrument zur Messung und Darstellung der ambulanten Versorgungsqualität, in: <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLA-VE&SystemType=2&LogonId=5b1319ba7904890e3bc1d2b12a79bd85&DocId=003755027&Page=1> (28.04.2008).

(7) Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Zf. 733, in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(8) Vgl. Kleudgen, Susanne (2008), Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen: Anreizsystem für eine bessere Versorgung, in: Deutsches Ärzteblatt 105(18): A-930, in: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=60265> (05.06.2008).

(9) Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Zf. 733, „In erster Linie ist zu klären, ob einzelne Ärzte oder größere Organisationen (Krankenhäuser, Ärztenetze) angesprochen werden sollen. [...] Werden einzelne Ärzte angesprochen, stehen individuelle Faktoren im Mittelpunkt, wobei noch zwischen Hausärzten, Fachärzten und Ärzten in Krankenhäusern unterschieden werden muss [...]. Im Fall, dass Organisationen angesprochen werden, stehen dagegen Management- und Systemfaktoren im Vordergrund, die aufgrund der finanziellen Anreize Gegenstand der Veränderung sind.“, in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(10) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Zf. 733, in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(11) Vgl. ebd. Nr. 739.

(12) Heiny, Lukas (2008), Der Reiz des Geldes, in: Financial Times Deutschland in: <http://www.ftd.de/unternehmen/gesundheitswirtschaft/:Gesundheitswirtschaft%20Der%20Reiz%20Geldes/317418.html> (13.06.2008). Vgl. Zander, Brigitte (2008), „Bonus für erfolgreiches Handeln“, in: <http://www.stern.de/wirtschaft/finanzversicherung/finanzen/:%C4rztehonore-Bonus-Heilen/620862.html> (10.06.2008).

(14) Vgl. Bundesärztekammer (2006), Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf des GKV-WSG, Ausschuss für Gesundheit, Ausschussdrucksache 0129(52) vom 03.11.2006 in: <http://www.ausportal.de/aktuell/gesetze/media/Stellung1.pdf> (29.04.2008).

(15) Sorbero, Melony E.S. et al. (2006), Assessment of Pay-for-Performance Options for Medicare Physician Service: Final Report, S. xiv, in: RAND Health Care Working Papers, in: <http://aspe.hhs.gov/health/reports/06/physician/report.pdf> (12.06.2008).

(16) Vgl. ebd. S. xiii ff.

(17) Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Zf. 706 ff., in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(18) Vgl. ebd. Zf. 749; „Pay-for-performance measures that lack data specific to patients with co-morbidities can create perverse incentives for providers and quality problems for patients“ in: Canon, Michael F. (2007), Pay-for Performance: Is Medicare a Good Candidate? in: Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics, 7(1): 1-38.

(19) Vgl. ebd.

(20) Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Nr. 742, in: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung060707-website.pdf> (26.05.2008).

(21) Näheres hierzu in: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Nr. 749.

(22) Vgl. BMG, GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG), Reform im Überblick, in: <http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsreform/ueberblick/wettbewerbselemente/index.html> (10.06.2008).

(23) Rabbata, Samir (2008), Qualitätssicherung: Mehr Geld für gute Leistung, in: Deutsches Ärzteblatt 105(18): A-930 in: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikeldruck.asp?id=59991> (14.06.2008).