

Gute Basis

Dr. Nikolai von Schroeders, Prof. Dr. Steffen Gramminger

Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) hat sechs Thesen zur Gestaltung von Pay for Performance-Systemen erarbeitet. Grundsätzlich begrüßt der Verband die Idee, Leistungserbringung guter Qualität zu stärken, fordert aber die inhaltliche Planung stationärer Angebote.

Der Begriff „Qualität“ taucht in öffentlichen Aussagen zur medizinischen Versorgung in Deutschland inflationär auf. Man muss davon ausgehen, dass die Autoren oder Redner oft nicht in der Lage wären, konkret zu definieren, was sie denn mit medizinischer Qualität überhaupt meinen. In der stationären Krankenversorgung scheint Konsens jedoch zu sein, dass eine Ausweitung der Leistungsmenge das Gegenteil medizinischer Qualität ist. Vor dem

Hintergrund der mit einer Überversorgung verbundenen Risiken für Mensch und System ist das sicher richtig. Ärzte müssen sich immer wieder vor Augen führen, dass nicht indizierte Interventionen oder Diagnostik stets dem Tatbestand der Körperverletzung nahekommt. Unstrittig ist auch der durch unnötig erbrachte Leistungen entstehende wirtschaftliche Schaden für das Solidarsystem der Krankenversicherung in Deutschland. Andererseits ist die Entwicklung

zur Überversorgung logisch nachvollziehbar: Durch den Versuch, die stationäre Krankenhausversorgung mit marktwirtschaftlichen Systemen zu organisieren, entsteht die klinikindividuelle Notwendigkeit, das wirtschaftliche Ergebnis zu verbessern. Bei hart regulierten Faktoren auf der Ausgabenseite (Personalkosten) und fix definierten Preisen für einzelne Leistungen auf der Einnahmenseite bleibt die Leistungsmenge damit als einziger Faktor zur Verbesserung der



Foto: Fotolia

Ergebnissituation eines Krankenhauses übrig. Keinem Geschäftsführer ist vorzuwerfen, dass er versucht, an dieser Variable zu drehen.

Vor diesen Hintergründen ist der Gedanke entstanden, Leistungen nicht mehr pauschal nach Inhalt und Menge zu bezahlen, sondern ihre Qualität als einen wesentlichen Faktor für die Höhe des Entgelts einfließen zu lassen. Ganz offensichtlich war bei der Festlegung auf diese Stoßrichtung aber unüberlegt geblieben, wie konkret eine qualitätsorientierte Vergütung (Pay for Performance) ausgestaltet werden soll und welche Grundvoraussetzungen dafür zu schaffen sind. So entzündeten sich an den Fragen zur Vorbereitung dieser Systemanpassung nun auch die Diskussionen und Widerstände.

Status: Sehr vieles gibt es schon

Die bestehenden Vergütungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland enthalten überraschend viele Aspekte in Bezug auf qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile. Nicht nur unterschwellig war der Einbezug von Qualität schon in den letzten Jahren Thema. Nur haben die hier entwickelten Instrumente keinen entsprechenden Namen bekommen. Ganz wesentlich auf (Struktur-)Qualität ausgerichtet sind sämtliche stationären Leistungen, die über sogenannte Komplexcodes abgerechnet sind. Beispielhaft hier zu nennen sind die geriatrische, die intensivmedizinische sowie die neurologische Komplexbehandlung oder die palliativmedizinische Behandlung. Ebenso werden die für Zertifizierungen zu schaffenden Voraussetzungen immer mehr mit Vergütungen verbunden, die über die reine Strukturqualität in der Regel hinausgehen und für die auch Prozessqualität in vielen Faktoren nachzuweisen ist. Jeder, der mit der praktischen Arbeit in spezialisierten Zentren zu tun hatte, weiß, dass die gemeinsame Festlegung auf einheitliche Prozesse für Diagnostik, Befundinterpretation, Therapieplanung und Durchführung der Therapie sehr wesentlich zu einer Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung beiträgt. Es ist also nahelie-

gend, den Zusammenhang zwischen (starken) Zertifikaten für Fachzentren und der Vergütungssituation weiter auszubauen. Auch die kontrovers geführte Diskussion um die Mindestmengen hat im Fokus, umfassende Erfahrung in spezifischen Themen zur Voraussetzung einer Vergütung zu machen. Nach wie vor ist unklar, inwieweit sehr große Fallzahlen in Zusammenhang mit Qualität stehen. Dennoch ist für alle Beteiligten vollkommen eindeutig, dass bei sehr kleinen Fallzahlen systematisch keine gute Qualität der Leistungserbringung realisierbar ist.

Wenig gewagt wurde bisher der Blick über den Tellerrand der Bundesgrenze. Sowohl das nahe europäische Ausland als auch beispielweise Kanada oder die Vereinigten Staaten von Amerika haben umfangreiche Erfahrungen mit Pay for Performance-Systemen gemacht. Nicht alle waren erfolgreich, einige haben sich jedoch durchaus etabliert. Vor dem Fällen eines Urteils über die Möglichkeiten leistungsorientierter Vergütung ist hier genaueres Hinsehen notwendig.

Besonders kritisch ist die Debatte über den Zusammenhang zwischen Ergebnisqualität und Vergütung. Hintergrund ist die nach wie vor intensive Fachdiskussion über die Belastbarkeit der zahlreich vorhandenen Indikatoren zur Ergebnisqualitätsmessung in Deutschland. Diese wurden in den letzten zehn Jahren mit hohem Engagement entwickelt, auf ihre Tauglichkeit zur Information von Patienten bewertet und auch relativ breit veröffentlicht. Die Systeme sind dabei aber so komplex und kompliziert geworden, dass nur noch Fachexperten eine Interpretation möglich ist. Die extreme Kleinteiligkeit der Indikatoren hat dazu geführt, dass viele nur fraglich belastbar und aussagekräftig

sind. Die Gegner einer qualitätsorientierten Vergütung nehmen diese Situation dann gern als Beispiel für die völlige Untauglichkeit des Themas Ergebnisqualität für die Vergütung. Dies ist zu hinterfragen.

Vorschläge für die P4P-Weiterentwicklung

Vor diesem Hintergrund hat die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) im Herbst 2013 eine Arbeitsgruppe gebildet, die aus Sicht von Praxisexperten der Krankenhausvergütung in Deutschland essenzielle Punkte zur Gestaltung von P4P-Systemen erarbeiten sollte. Diese liegen nun in Form von sechs Thesen vor.

These 1: Qualitätsorientierte Vergütung kann nur dann Mengenausweitungen vermeiden, wenn sie nicht auf einzelne Krankheitsbilder bezogen definiert wird.

Entgeltsysteme, die an Qualität gekoppelt sind, sollen die bestehenden Leistungsmengenausweitungen im DRG-System eindämmen. Genau das kann Pay for Performance aber nicht leisten. Ganz im Gegenteil wird die Beserververgütung von Leistungen, die mit messbar hoher Qualität erbracht werden, ebenso zu Mengenausweitungen in diesem Bereich führen. Ganz grundsätzlich ist davon auszugehen, dass jede medizinische Leistung, die einen überdurchschnittlich hohen Gewinnanteil erwarten lässt, Anreize zur Expansion setzt. In der Konsequenz muss Pay for Performance höhere Vergütungen für Strukturen dort ermöglichen, wo die gewünschten Leistungen in besonders guter Qualität erbracht werden. Allerdings schafft Pay for Performance damit die dringende Not-

Wirtschaftsprüfung
Steuer- und Rechtsberatung
Unternehmensberatung
www.bpg-muenster.de

Münster – Berlin – Bremen – Köln – Stuttgart



wendigkeit der Wiederaufnahme (oder erstmaligen Einführung) einer medizinisch inhaltlichen Leistungsplanung.

Daraus folgt These 2: Pay for Performance kann den Ländern Planungskompetenz zurückgeben, die zur Differenzierung zwischen Flächen und Spezialversorgung geeignet ist.

Die beabsichtigte Förderung von Strukturen mit guter Qualität im gewünschten Versorgungssegment setzt voraus, dass für jedes Krankenhaus klar definiert ist, welche medizinischen Leistungen dort zu erbringen sind. Es obliegt den Ländern, fachliche Kompetenz zur Planung von Krankenhausstrukturen aufzubauen oder zu verstärken, die zu einer qualifizierten Definition der Versorgungsaufträge fähig sind. Durch das Verknüpfen von Vergütungsinstrumenten mit der Erfüllung des vorgegebenen Versorgungsauftrags können die Länder eine inhaltliche Planung leisten, ohne dadurch finanziell überfordert zu sein.

These 3: Ein Institut für Qualität sollte in bestehende Strukturen integriert werden.

Aktuell ist für die Marktteilnehmer unüberschaubar, welche Institutionen sich mit welchen Details von Qualitätsfragen und Qualitätssicherungsdaten auseinandersetzen. Ein weiteres, parallel dazu geschaffenes Institut würde die Verwirrung vergrößern. Auch der bürokratische Aufwand steigt mit jedem zusätzlichen Partner, der mit Daten zu beliefern ist und dessen Ergebnisse im Alltag zu berücksichtigen sind. Der Fokus ist daher bei der Ausgestaltung der Aufgaben des neuen Instituts darauf zu richten, bestehende Strukturen zu integrieren oder als Basis zu verwenden.

These 4: Das Qualitätsinstitut sollte Richtlinien für Zertifizierungen erlassen und Auditororganisationen beraten sowie kontrollieren.

Vorhandene Instrumente der Qualitätssicherung basieren überwiegend auf Selbstauskünften der Krankenhäuser oder auf Daten, die die Kliniken selbst erfasst haben. Sobald Vergütungen an diese Ergebnisse geknüpft sind, ist das Risiko von Manipulationen sehr hoch. Schon jetzt kommt es häufig zu Situationen, in denen die Konsequenzen aus Alltagsdokumentationen bei der Primärerfassung Berücksichtigung finden. Spezielle Software unterstützt die Kliniken dabei, prospektiv auffällig werdende Bereiche der Qualitätsmessung vorab zu identifizieren und die Dokumentation entsprechend zu überprüfen oder sogar anzupassen. Tragfähig für eine belastbare Qualitätsmessung können daher nur intensive Audits vor Ort sein. Ein zentrales Institut kann das nicht leisten. Auch hier würde der administrative und bürokratische Aufwand ins Unermessliche steigen. Aus Sicht der DGfM sollte das Qualitätsinstitut daher nur die Voraussetzungen dafür schaffen, unabhängige und im Wettbewerb stehende Institutionen auf lokaler Ebene zu befähigen, Qualitätsmessungen vor Ort und in Krankenhäusern durchzuführen. Die Überwachung dieser Organisationen sollte dann wiederum dem Qualitätsinstitut obliegen.

These 5: Nur Bonussysteme sind praktikabel.

Vorgabe ist, dass leistungsorientierte Vergütungssysteme sowohl Bonus- als auch Malus-Komponenten enthalten sollen. Aus Sicht der DGfM sind Bonussysteme sinnvoll, Malus-Systeme hingegen praktisch nicht umsetzbar und auch der Bevölkerung nicht zu vermitteln. Kon-

kret würde ein Malus-System bedeuten, dass Institutionen, die die gewünschten Standards nicht erreichen, mit einer reduzierten Vergütung auskommen müssten. Diese würde das Erzeugen von guter Qualität noch schwerer machen. Eine langfristige Steigerung des Niveaus wäre dadurch nicht zu erreichen. Auch den Bürgern wäre es kaum kommunizierbar, dass für einzelne Bevölkerungs- oder Versichertengruppen eine bekannt schlechtere Qualität noch ausreicht, für andere jedoch die Anbieter mit guter Qualität bevorzugt würden.

These 6: Instrumente zur Ergebnisqualitätsmessung müssen durch hohe öffentliche Transparenz gestärkt werden.

Manche Leistungserbringer-Organisationen ziehen momentan die Aussagekraft von Messungen der Ergebnisqualität grundsätzlich in Zweifel. Diese seien nicht belastbar und für qualitätsorientierte Vergütung nicht geeignet. Auch wenn dies aktuell noch zutrifft, ist doch das Ziel, Ergebnisqualität weitgehend messbar zu machen, auf jeden Fall im Fokus zu halten. Hierfür ist es notwendig, Ergebnisqualität für die Bevölkerung weiter sehr transparent zu machen. Auch wenn keine direkte Vergütung an solche Instrumente geknüpft wird, ist der Bevölkerung eine Abstimmung „mit den Füßen“ zu ermöglichen, um das Interesse aller an Leistungserbringung und Vergütung beteiligten Parteien hoch zu halten.

Die DGfM sieht den Grundsatz Pay for Performance als hervorragend geeignet, um gezielt Leistungserbringung guter Qualität in den gewünschten Versorgungssektoren zu stärken. Unabhängig dafür wird eine deutliche Ausweitung einer medizinisch inhaltlichen Planung stationärer Leistungserbringerangebote sein. Pay for Performance kann die Basis bilden, um hier große Schritte in die Zukunft zu gehen.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Nikolai von Schroeders
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
Prof. Dr. Steffen Gramming
Vorstandsvorsitzender
Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling
Geschäftsstelle
Karlsruher Straße 34/1
68766 Hockenheim

Neue Wege zum Wissen
www.BibliomedManager.de

Steril Gut?

Ein sicherer Sterilgutkreislauf mit Aesculap Consulting.

Ein abgestimmter Aufbereitungsprozess ist wichtig, um die Qualität Ihres Instrumentariums zu erhalten. Testen Sie unser Dienstleistungsangebot für einen sicheren Sterilgutkreislauf. Aesculap Consulting.

Aesculap AG | Am Aesculap-Platz | 78532 Tuttlingen | Deutschland
Matthias Warken | Tel. 07461 95 1592 | matthias.warken@aesculap.de
www.bbraun.de ▶ Service ▶ Prozessoptimierung ▶ Instrumentenmanagement

175
YEARS

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Aesculap – a B. Braun company

