

Mehr Effizienz durch leistungsorientierte Vergütung?

Eine kritische Betrachtung des Pay4Performance-Ansatzes im Gesundheitswesen

Die Devise, das Geld folgt der Leistung, ist in der Wirtschaftswelt gängige Praxis. Variable Vergütungsbestandteile sind heute Standard in den meisten Unternehmen. Die Mitarbeiter erhalten neben einer festen Basisvergütung erfolgsabhängige Prämien. Diese monetären Anreize sollen die Motivation der Mitarbeiter erhöhen und damit auch den Erfolg des Unternehmens mehren – eine klassische Win-Win-Situation. Arbeitgeber und Arbeitnehmer ziehen an einem Strang. Seit längerem diskutieren Gesundheitsökonominnen darüber, ob sich das Prinzip „Pay for Performance“ (P4P) auch auf das Gesundheitswesen übertragen lässt.

Die Idee entstand – wie nicht anders zu erwarten – in den USA. Angesichts der jüngsten Erfahrungen mit US-amerikanischen Finanzierungsmodellen sollten wir das P4P-Konzept einer sehr kritischen Betrachtung unterziehen. Die größte Herausforderung liegt sicher in der Leistungsmessung, also der Bestimmung der Erfolgsindikatoren. Im Gegensatz zu einem Wirtschaftsunternehmen lässt sich der Erfolg von Heilberufen kaum an so simplen Parametern wie Umsatz oder Gewinn messen. Im Mittelpunkt jeder Leistungserhebung muss der Patient mit seinen individuellen Bedürfnissen stehen. Die zentrale Frage lautet: Kann man die Höhe der Vergütung einer ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung nach dem Erfolg bemessen? Aus der Sicht der Gesundheitsökonominnen, der Politik und der Krankenkassen ist dieser Gedanke natürlich sehr reizvoll. So geistern in regelmäßigen Abständen Zahlen über angebliche Mängel in der Versorgungsqualität durch die Medien. Diese Mängel ließen sich, so die Theorie, durch entsprechende Anreize im Vergütungssystem reduzieren. Für mich ist klar: Dahinter steckt nichts anderes als ein neuer Versuch, die Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitswesens durch Steuerungsmechanismen zu lösen. Nach den vielen gescheiterten Reformen mit Leistungskürzungen und Budgetierungsmaßnahmen steht nun das Thema Qualitätssicherung auf der Agenda. Ein erster Schritt dazu wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem Einstieg in neue Vergütungskonzepte durch Selektivverträge sowie Modellen der integrierten Versorgung unternommen. Dahinter steckt nichts anderes als die P4P-Ideologie.

Die Idee entstand – wie nicht anders zu erwarten – in den USA. Angesichts der jüngsten Erfahrungen mit US-amerikanischen Finanzierungsmodellen sollten wir das P4P-Konzept einer sehr kritischen Betrachtung unterziehen. Die größte Herausforderung liegt sicher in der Leistungsmessung, also der Bestimmung der Erfolgsindikatoren. Im Gegensatz zu einem Wirtschaftsunternehmen lässt sich der Erfolg von Heilberufen kaum an so simplen Parametern wie Umsatz oder Gewinn messen. Im Mittelpunkt jeder Leistungserhebung muss der Patient mit seinen individuellen Bedürfnissen stehen. Die zentrale Frage lautet: Kann man die Höhe der Vergütung einer ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung nach dem Erfolg bemessen? Aus der Sicht der Gesundheitsökonominnen, der Politik und der Krankenkassen ist dieser Gedanke natürlich sehr reizvoll. So geistern in regelmäßigen Abständen Zahlen über angebliche Mängel in der Versorgungsqualität durch die Medien. Diese Mängel ließen sich, so die Theorie, durch entsprechende Anreize im Vergütungssystem reduzieren. Für mich ist klar: Dahinter steckt nichts anderes als ein neuer Versuch, die Unterfinanzierung des deutschen Gesundheitswesens durch Steuerungsmechanismen zu lösen. Nach den vielen gescheiterten Reformen mit Leistungskürzungen und Budgetierungsmaßnahmen steht nun das Thema Qualitätssicherung auf der Agenda. Ein erster Schritt dazu wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz und dem Einstieg in neue Vergütungskonzepte durch Selektivverträge sowie Modellen der integrierten Versorgung unternommen. Dahinter steckt nichts anderes als die P4P-Ideologie.

Paradigmenwechsel

Traditionell schuldet der Arzt im deutschen Rechtssystem seinem Patienten keinen Heilerfolg. Der Dienstvertrag verpflichtet den Arzt lediglich, die Regeln der ärztlichen Kunst nach umfassender Aufklärung über Möglichkeiten und Risiken anzuwenden. Dieses Prinzip wird jetzt aufgeweicht, trotz der Erkenntnis, dass in den allermeisten Fällen die Mitarbeit des Patienten maßgeblich den medizinischen Erfolg beeinflusst. Von den 8760 Stunden eines Jahres befindet sich der Patient in der Regel nur wenige Stunden bei seinem Arzt. Für den Rest der Zeit muss der Arzt auf ein positives Verhalten seines Patienten hoffen. Man spricht in diesem Zusammenhang euphemistisch von Compliance. Ein Vergütungssystem unterliegt ganz verschiedenen Herausforderungen: Es soll Gelder verteilen, Innovationen fördern, transparent und verständlich sein. Und es muss vor allem positive Signale an die Akteure senden. Monetäre und nicht monetäre Anreizsysteme dienen dazu, Vertragspartner zur Umsetzung gemeinsam definierter Ziele zu motivieren. Voraussetzung hierfür ist, dass Ziele und Umsetzungsmöglichkeiten klar definiert werden und auch definiert werden können. Unternehmen kombinieren bei ihren P4P-Modellen finanzielle Anreize mit anderen Motivationsfaktoren, wie Personalentwicklungsprogrammen, Partizipationsmöglichkeiten oder aber auch mit Anerkennung durch sogenanntes Public Reporting. Durch die Kombination verschiedener Instrumente lässt sich unter den Medizinern die größtmögliche Akzeptanz erzielen. Neue Vergütungs- und Anreizsysteme sind allerdings auch mit Verwaltungs- und Kontrollkosten verbunden. Deshalb gilt es abzuwägen, ob dieser Mehraufwand durch Effizienzsteigerungen überhaupt kompensiert wird.

Geeignete Erfolgsindikatoren ermitteln

Zweifelsohne hätte die erfolgsorientierte Vergütung im Gesundheitswesen auch Vorteile. Bei consequen-

ter Umsetzung verspricht sie im Gegensatz zur bisher üblichen pauschalen Vergütung einen erheblichen Anreiz zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Je besser das Ergebnis der Behandlung, desto höher die Vergütung. Das setzt aber voraus, dass Behandlungserfolg und ärztliche Tätigkeit angemessen abgebildet werden. Vier entscheidende Aspekte sind in diesem Zusammenhang zu klären:

1. Was ist Erfolg?
2. Welche Indikatoren sind zur Messung des Erfolgs geeignet?
3. Die Indikatoren sind durch ein Punktesystem zu gewichten.
4. Die Punkte sind wiederum in Geld zu bewerten.

Für eine objektive Leistungsbeurteilung ist eine enge Kausalität zwischen Behandlung und Ergebnis herzustellen, das heißt, der Gesundheitszustand muss durch den Arzt beeinflussbar sein. Der Arzt kann die Therapietreue des Patienten (Compliance), die eine entscheidende Rolle beim Behandlungserfolg spielt, nur begrenzt beeinflussen. Die Behandlungsergebnisse hängen unter anderem von der sozialen Herkunft, vom Bildungsniveau und vielen anderen exogenen Faktoren ab. Die Krankenkassen könnten besonders kooperative Patienten belohnen. Voraussetzung ist jedoch, dass Kostenträger und Mediziner gemeinsam ein Indikatorensystem zur Erfolgsmessung festlegen.

Finanzierung von P4P

Da sich Erfolgsindikatoren bisher noch schwer messen lassen, stützt sich P4P zur Zeit noch auf in der Regel besser greifbare Struktur- und Prozessindikatoren. Diesen Überlegungen liegt die Theorie des amerikanischen Wissenschaftlers Avedis Donabedian zugrunde, wonach eine unmittelbare Kausalität zwischen Prozess- und Ergebnisqualität besteht. Verbesserungen bei den Strukturen führen demnach automatisch auch zu Verbesserungen bei den Ergebnissen.

Die nächste Frage ist: Woher soll das Geld für die außerbudgetäre Vergütung kommen? Grundsätzlich gibt es drei Möglichkeiten zur Mittelgenerierung: Umverteilung, die Bereitstellung zusätzlicher Gelder oder Einsparungen.

Umverteilung beinhaltet erhebliche Sprengkraft und ist nur schwer umzusetzen. Zusätzliches Geld ist bei den Kostenträgern und der Politik wohl kaum durchzusetzen. Bleiben Einsparungen durch Effizienzsteigerung. Einspar- und Qualitätspoten-



Foto: Harald Bauer/fotolia.com

Geht es nach Gesundheitsökonomern, soll sich die Vergütung ärztlicher Leistungen künftig stärker am Erfolg orientieren.

zial sehen die Kostenträger zum Beispiel im gezielten Einsatz der modernen Informationstechnologie. Als Beispiele seien die elektronische Gesundheitskarte und die elektronische Patientenakte genannt. Darüber hinaus stützen sich P4P-Konzepte auch auf die Patientenzufriedenheit. Die Hoffnung: Ist ein Patient mit der Behandlung zufrieden, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass er den Anweisungen des Arztes auch Folge leistet.

Variabler Vergütungsanteil

Was aber passiert mit Ärzten, deren Erfolgskennzahlen schlechter sind als der Durchschnitt? Die Lösung soll ein zweistufiges Vergütungssystem sein. Ein fixer Vergütungsanteil wird mit einem variablen Anteil kombiniert. Für die Höhe des variablen Anteils, der den Erfolgsbonus ausmacht, gibt es kein Einheitsmaß. Abhängig von der Zielsetzung sind unterschiedliche Boni möglich. Grundsätzlich ist jedoch eine ausgewogene Balance zwischen festem Vergütungsanteil und variablem Bonus notwendig, um Fehlanreize zu vermeiden. Die Praxis in den USA zeigt, dass P4P bereits in geringem prozentualen Umfang der Gesamtvergütung eine erhebliche Anreizwirkung entfalten kann.

Leistung öffentlich bewerten

Die erfolgsorientierte Vergütung ist nur eine Möglichkeit, die bedarfsgerechte Versorgung voranzutreiben. Im Rahmen von „Managed Care“ gilt es, verschiedene Instrumente zu einem Steuerungssystem zusammenzuführen. In diesem Zusammenhang ist das bereits erwähnte Public Reporting ein Anreiz für die Mediziner. Wettbewerb kann nur funktionieren, wenn Patienten gut informiert sind

und für die Wahl eines Arztes eine solide Entscheidungsgrundlage haben. Public Reporting hat also eine Benchmark-Funktion. Ärzte sind auf ihr Image bedacht und haben ein Interesse an der Bewertung ihrer Leistung, auch im Vergleich zu ihren Kollegen. Public Reporting ist eine nicht monetäre Form der Leistungsanerkennung.

P4P löst keine Probleme

Durch das SGB V sind die Weichen für das deutsche Gesundheitswesen bereits neu gestellt. P4P ist eine Reformoption der Gesundheitspolitik. P4P kann allenfalls ein Mosaikstein in einem Gesamtkonzept sein. Isoliert löst es nicht die Probleme unseres Gesundheitswesens. Eine existenzsichernde Basisvergütung muss unabhängig von P4P sichergestellt bleiben. Deshalb kann die Finanzierung von P4P nicht durch Einsparungen erfolgen. Auch mit P4P müssen zusätzliche Mittel in das System

eingespeist werden. Sollten sich im späteren Verlauf tatsächlich Einsparungen ergeben, muss über die Mittelverwendung partnerschaftlich von Medizinern und Kostenträgern entschieden werden. Das P4P-System ist eine Reformoption, die einer sorgfältigen Vorbereitung und Evaluation bedarf. Die Erwartungen sollten nicht zu hoch angesetzt werden. Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg ist eine Beteiligung der Betroffenen in allen Phasen. Eine verstärkte Leistungsorientierung muss sich für Ärzte und Zahnärzte lohnen. Zusammenfassend kann man sagen, dass ein P4P-System für die Zahnheilkunde denkbar ist. Welchen Einfluss eine neue Vergütungsstruktur auf die Zahnheilkunde ausüben könnte, gilt es im Vorfeld durch entsprechende Feldversuche zu klären.

Dr. Martin Reißig
Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der
Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns