Eine Studie zeigt, dass P4P-Modelle auf lange Sicht nicht so effektiv sind wie am Anfang

Sind P4P-Modelle auf lange Sicht wirkungslos?

Ein Wissenschaftler-Team aus England stellt mit seinem neu erschienenen Paper die langfristigen Effekte von P4P-Modellen in Frage. Bei der Untersuchung kam heraus, dass die Senkung der Sterblichkeitsrate nach dem Start eines P4P-Programms in Krankenhäusern nach mehr als zwei Jahren nicht mehr so groß ausfiel wie in den ersten 24 Monaten. Eine der Autorinnen des Papers ist Ruth McDonald, Professor of Health Science Research and Policy an der Manchester Business School. McDonald wertet die Ergebnisse der Studie als „mehrdeutig". Zwar habe man keinen langfristigen Effekt nach 42 Monaten ausmachen können, dafür aber Verbesserungen in der Versorgungsqualität weiterer Fachgebiete, die nicht vom P4P-Programm erfasst waren. Offenbar hat sich die „good practice" der Behandler auch auf die nicht-angereizten Indikationen ausgedehnt.

>> Frau Prof. McDonald, Sie waren Mitglied des Teams, das die langfristigen Auswirkungen des P4P-Programms mit dem Titel „Advanced Quality" analysiert hat. Wie läuft dieses Programm ab?

Bei dem AQ-Programm werden die Klinikprozesse und Outcomes auf fünf Fachgebieten angereizt: akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Koronararterien-Bypass, Lungenentzündung sowie Hüft- und Knieoperationen.

Diese Auswahl beruht auf der Häufigkeit der entsprechenden Aufnahmefälle und nicht zuletzt auf der Verfügbarkeit von Kriterien, die uns erlauben, Klinikprozesse und Outcomes zu messen.

Um die AQ-Messung zu verdeutlichen, eignet sich in diesem Zusammenhang die ambulant erworbene Pneumonie. Dabei finden folgende Messungen statt:

1. Der Anteil der Patienten, bei denen der Sauerstoffgehalt im Blut innerhalb von 24 Stunden vor oder nach der Ankunft im Krankenhaus gemessen wurde,
2. die Zahl der Initial-Selektionen von Antibiotika,
3. die Zahl der Blutentnahmen vor der ersten Antibiotikagabe,
4. die Zeiteinteilung der Antibiotika und der Anteil der Pneumoniepatienten, die die erste Dosis des Antibiotikums innerhalb von sechs Stunden nach der Ankunft im Krankenhaus erhalten haben,
5. die Zahl der Beratungen zur Rauchentwöhnung.

Was waren die Anreize des AQ-Programms und was bewirkten sie?

Das erste Jahr löste einen regelrechten Wettbewerb unter den Krankenhäusern aus. Diejenigen Krankenhäuser, die mit ihrer Qualitäts-Performance im obersten Viertel der Bewertungsskala lagen, wurden mit vierprozentigen Bonuszahlungen belohnt; die Krankenhäuser im zweitobersten Viertel mit einem Bonus von zwei Prozent.

In den darauf folgenden sechs Monaten wurden die finanziellen Anreize basierend auf drei Kriterien verteilt: Leistungserbringern, deren Performance in dieser Zeit über dem mittleren Wert im Vergleich zum ersten Jahr lag, wurde ein „Verwirklichungs"-Bonus zugesprochen.

Diejenigen, die diesen Bonus bekommen haben, hatten Anspruch auf zwei weitere Zuzahlungen, die an das Spitzenviertel der „Verbesserer" vergeben wurden sowie an jene, die Qualitätswerte in den zwei oberen Vierteln erreicht hatten. Während dieser ersten 18 Monate gab es noch keine „Strafen" für weniger gute Performer.

Nach 18 Monaten wurden die Zahlungen im Rahmen eines neuen P4P-Modells gewährt, das in ganz England angewandt wurde. In diesem Programm mit dem Titel Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) wurde ein fixer Anteil der vom Krankenhaus erwarteten Outcomes einbehalten und nur dann wieder ausgezahlt, wenn das Krankenhaus einen bestimmten Qualitätswert auf der Skala erreicht hat.



„P4P-Modelle werden bereits in vielen Krankenhäusern angewandt, umso wichtiger ist es, dass wir verstehen, welche Auswirkungen sie haben."

Ihr Team fand heraus, dass die positiven Effekte des Modells nach 42 Monaten deutlich abgenommen haben. Auf der anderen Seite hat sich aber die Behandlungsqualität in den „benachbarten" Indikationen – in diesem Fall Krankheiten, die auf der gleichen Station behandelt wurden – deutlich verbessert. Wo speziell?

Die Verbesserung der Behandlungsqualität fand auch in den nicht-angereizten Indikationen Akutes Nierenversagen und Alkoholleber-syndrom statt. Wir haben auf gleichen Stationen, bei den gleichen Spezialisten die Behandlung unter den angereizten und unter den nicht-angereizten Bedingungen analysiert. Dafür haben wir zwei Bereiche in den Hospital Episodes Statistics data (HES-Daten) untersucht, die das Spezialistenteam und die Stationsleiter eindeutig identifizieren, die für die Versorgung eines bestimmten Patienten verantwortlich sind.

Diese Analyse bezog sich wie bereits erwähnt auf die gleichen Stationen und die gleichen Spezialisten-Teams. Unter den angereizten Bedingungen entfielen dabei 41 bis 53 Prozent der behandelten Patienten auf die Station Innere Medizin. Auf der gleichen Station wurden aber auch 48 Prozent der Patienten mit Akutem Nierenversagen und 57 Prozent der Patienten mit Alkohollebersyndrom behandelt. Bei diesen zwei Leiden fand eine größere Verringerung der Sterblichkeitsrate im Nordwesten Englands statt.

Wir stellten darüber hinaus fest, dass es insgesamt weniger Übertragungseffekte zwischen den Indikationen gab, wenn die Behandlungsbedingungen nicht angereizt wurden. Dort gab es auch zu einem späteren Zeitpunkt keine signifikante Senkung der Sterblichkeitsrate.

Wie erklären Sie sich, dass es eine Verbesserung auf den Gebieten ohne Anreiz-Motivation gab?

Wir könnten die Hypothese aufstellen, dass sich aufgrund personeller Überlappungen in den verschiedenen Klinikteams die „good practice“, die sich wegen des AQ-Modells entwickelt hatte, auch unter anderen Bedingungen durchsetzen konnte. Sicher sind wir da allerdings noch nicht.

Was ist Ihr Fazit aus den aktuellen Studienergebnissen – sind P4P-Modelle prinzipiell für Krankenhäuser geeignet, oder nicht?

P4P-Modelle sind im Prinzip auf jeden Fall für Krankenhäuser geeignet. Aber wir müssen nicht nur ein tieferes Verständnis dieser Modelle entwickeln, sondern die Modelle auch sehr sorgfältig umsetzen und evaluieren.

Denken Sie, dass das „Advancing Quality“-Modell auf andere Gesundheitssysteme, etwa das deutsche, einfach übertragbar ist?

Im Prinzip schon, es wurde ja auch bereits von einer US-Initiative adaptiert.

Gehen Sie davon aus, dass sich P4P-Modelle in Zukunft durchsetzen werden?

Politische Entscheidungsträger scheinen in die P4P-Modelle gar verliebt zu sein. Und ich möchte auf keinen Fall, dass sie demnächst enttäuscht werden!

Frau McDonald, vielen Dank für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Redakteurin Olga Gilbers.

Design und Ergebnis der Studie zur langfristigen Auswirkung von P4P-Modellen

Die Studie: Das Wissenschaftler-Team von der University of Manchester und der University of Cambridge knüpfte ihre aktuelle Untersuchung an eine bereits bestehende Studie an. Bei der vorhergehenden Studie wurden 24 Krankenhäuser im Nordwesten Englands untersucht, die das P4P-Modell angewandt hatten. Festgestellt wurde in diesem Zusammenhang, dass die Zahl der Todesfälle in den ersten 18 Monaten nach der Einführung des P4P-Modells um 890 Fälle gesenkt werden konnte.
Die Verfasser der aktuellen Studie zu P4P-Modellen stellten jedoch fest, dass zwei Jahre nach der Einführung des P4P-Modells dessen Auswirkung auf die Verbesserung der Sterblichkeitsrate innerhalb der ersten 30 Tage nach der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus verschwunden ist.
Gefördert wurde die Untersuchung im Rahmen einer Analyse des National Institute for Health Research Health Services and Delivery Research (NIHR HS&DR). Bei dieser Analyse, publiziert im „The New England Journal of Medicine“, werden drei Indikationen untersucht, die zur Notaufnahme von Patienten im Krankenhaus führen: Herzinfarkt, Pneumonie und Herzversagen. Im Rahmen dieser Analyse wurde deutlich, dass die Todesfälle innerhalb von 30 Tagen nach der Aufnahme der Patienten ins Krankenhaus auftraten. Verglichen wurden dabei 24 Krankenhäuser im Nordwesten Englands mit 137 anderen englischen Krankenhäusern, ausgewertet wurden insgesamt 1,8 Millionen Aufnahmefälle.
Das Paper zur Untersuchung mit dem Titel „Long-Term Effect of Hospital Pay for Performance on Mortality in England“ wurde verfasst von Søren Rud Kristensen, Rachel Meacock, Alex James Turner, Ruth Boaden und Matt Sutton von der University of Manchester sowie Ruth McDonald von der Warwick Business School als auch Martin Roland von der University of Cambridge.

Das P4P-Modell und das Experiment: Das so genannte „Advancing Quality“-Modell, das im Nordwesten Englands eingesetzt wird, sieht monetäre Boni vor. Diese werden an die Top-Performer unter den Krankenhäusern vergeben, damit sie in die Verbesserung der Versorgung investieren können. In der Mitte des Programms wurden für die aktuelle Studie diese Boni gestoppt und in Strafen für diejenigen umgewandelt, die ihre Ziele nicht erreichen konnten.

Das Ergebnis: Die aktuelle Studie stellt die langfristige Wirksamkeit von P4P-Modellen in Krankenhäusern in Frage. Die Studie zeigt, dass die Reduktion der Todesfälle von Patienten lediglich ein kurzfristiger Effekt von P4P-Modellen ist. Nach einem kurzfristigen Effekt von P4P-Modellen bleibt der langfristige Effekt offenbar aus. Zwar sank die Zahl der Todesfälle in den P4P-Krankenhäusern im Nordwesten Englands kontinuierlich, jedoch entsprach diese Rate auch dem nationalen Trend. Die Studienverfasser fanden sogar heraus, dass die Reduktion der Sterblichkeitsrate unter den Patienten mit den untersuchten Indikationen in solchen Krankenhäusern größer war, die kein P4P-Modell praktizierten. Als interessantes Ergebnis zeigte sich bei der Studie aber auch, dass die Zahl der Todesfälle in weiteren Indikationen, die nicht vom P4P-Modell erfasst wurden, mehr gefallen ist, wenn Krankenhäuser das P4P-Modell anwandten. Die Studienverfasser sprechen in diesem Zusammenhang von einem „polsitiven Übertragungseffekt“ auf die Versorgung der Patienten in „benachbarten“ Fachgebieten.

E-Health-Konferenz „Ideenküche“

>> Unter dem Titel „Ideenküche - Kassen auf dem Weg ins digitale Zeitalter“ veranstaltet TCP Terra Consulting Partners am 21. April 2015, in Berlin eine E-Health-Fachkonferenz. Das Ziel besteht darin, den E-Health-Trend anhand innovativer Best-Practice-Beispiele in die Krankenkassenwelt zu tragen.

Start-up-Unternehmer, Kreative und Anwendungsentwickler aus aufstrebenden Unternehmen zeigen, wie die zukünftige digitale Welt der Gesundheit und der Therapie von Erkrankungen aussehen könnte. Das alles mit kurzen, knackigen Vorträgen und der Möglichkeit, Dinge „anzufassen“. Die Veranstaltung findet in Zusammenarbeit mit Microsoft in deren Atrium in Berlin statt.

Während die digitale Revolution viele Branchen, wie den Handel, die Banken oder das Verkehrsgewerbe gerade fundamental verändert, scheint – so die Veranstalter – die Digitalisierung in der Krankenkassen-Welt noch im Dornröschenschlaf zu sein.

Welche Rolle können und müssen die Krankenkassen im künftigen E-Health-Szenario spielen? Sind die Kassen nur das „Salz in der Suppe“ oder gar „das Feuer im Herd“?

Informationen: www.terraconsult.de. <<

Maßstab „Patient“

>> Renommierte Vertreterinnen und Vertreter aus dem deutschen und dem internationalen gesundheitspolitischen Umfeld nahmen am ersten Kongresstag des BMC-Kongresses 2015 zum Thema Patientenorientierung Stellung. Neben Gesundheitsminister Hermann Gröhe sprachen u. a. Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle, Prof. Dr. Dr. Martin Härter sowie Prof. Dr. Dr. Andreas Kruse. Der ehemalige KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Köhler berichtete darüber hinaus über seine Erfahrungen als Patient im deutschen Gesundheitssystem.

In seiner Eröffnungsrede verdeutlichte Gesundheitsminister Hermann Gröhe, dass der Erhalt und Ausbau unseres leistungsstarken, solidarischen Gesundheitssystems nur zwischen den beiden Polen der Kostenkontrolle und der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen gelingen könne. Jenseits aller Interessenkonflikte der Akteure müsse das Leitmotiv des Handelns immer die Frage sein: Was nützt dem Patienten? Vor diesem Hintergrund sprach er sich für mehr Patientenbefragungen und eine Stärkung der Versorgungsforschung aus. Erhebliche Verbesserungen für Angebote der Regelversorgung verspricht er sich aus dem Innovationsfonds. <<