Dr. Dirk Göpffarth

Pay-for-Performance - Eine Option für Deutschland?

Deutschland gilt als Entwicklungsland in Sachen „Pay for Performance“ (P4P). P4P hat sich dabei auch in Deutschland als Bezeichnung für strategische Vergütungssysteme etabliert, bei denen ein Teil der Vergütung an das gemessene Leistungsniveau gekoppelt wird. Zwei neu erschienene Berichte (Veit et al. 2012 und Charlesworth et al. 2012) gehen den Einsatzmöglichkeiten von P4P auch in Deutschland nach. Vor dem Hintergrund dieser Berichte stellt dieser Beitrag die Möglichkeiten und Grenzen von P4P in Deutschland dar.

>> Vor zwei Jahren veröffentlichte die OECD eine vielbeachtete Studie über das Preis-Leistungs-Verhältnis von Gesundheitsausgaben (OECD 2010). Unter den Themen, die dort untersucht wurden, war der Einsatz von Qualitätsanreizen in den Vergütungssystemen. Diese Anreizsysteme laufen in der Regel unter dem Namen „Pay for Performance“ (P4P). Die OECD erstellte dabei einen Überblick über den Einsatz von P4P-Instrumenten in den OECD-Ländern. Während für die Vereinigten Staaten - und die meisten anderen OECD-Länder - zahlreiche Einsatzgebiete dokumentiert wurden, wurde für Deutschland kein einziger Einsatz nachgewiesen. Man musste den Eindruck gewinnen, dass Deutschland in Sachen P4P ein Entwicklungsland ist.

Zwei aktuelle Studien rücken diesen Eindruck in ein etwas besseres Licht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit haben Veit et al. vom BQS-Institut ein Gutachten über Pay for Performance erstellt (Veit et al. 2012). Hierzu gehörte auch ein Überblick über den Status quo von P4P in Deutschland. Auch wenn leistungsorientierte Vergütungselemente in der kollektivvertraglichen Versorgung nicht ausgeschlossen sind, zeigt die Übersicht deutlich: P4P spielt sich in Deutschland in den Selektivverträgen ab. Doch die genannten Vorhaben sind meist kleine, räumlich und hinsichtlich der Indikationen begrenzte Projekte. Ähnlich mager fällt auch die Übersicht in der europäischen Vergleichsstudie vom Nuffield Trust in London aus (Charlesworth et al. 2012). Im Vergleich zu den Vereinigten Staaten, in denen die Hälfte aller Versicherer P4P in ihren Vergütungssystemen etabliert haben und bereits im Jahr 2007 über 250 verschiedene P4P-Initiativen gezählt wurden (Boyd/Freund 2012), ist die Zurückhaltung in Deutschland auffällig.

Warum „Pay for Performance“?

Es ist eine zentrale Herausforderung für jedes Gesundheitssystem, die Qualität der Versorgung zu erhöhen. Die Notwendigkeit von Qualitätsverbesserungen wurde mehrfach eindrucksvoll belegt. In den Vereinigten Staaten hat das Institute for Medicine dies in zwei bahnbrechenden Berichten dokumentiert - zunächst „To Err is Human“ (Kohn et al. 2000) und dann „Crossing the Quality Chasm“ (IoM 2001). In Deutschland spielt das Jahresgutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates Gesundheitswesen mit dem programmatischen Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ eine ähnliche Rolle.

Untersuchungen der OECD belegen zwar für die Gesundheitsversorgung in Deutschland überdurchschnittliche Kosten. Die Qualität der Versorgung bleibt jedoch hinter der Qualität in Ländern mit weit geringeren Ausgaben zurück. Zwar gibt es durchaus Vorzeigebereiche, insbesondere in der akuten Versorgung, doch sind die Ergebnisse bei Maßzahlen wie vermeidbare Mortalität oder vermeidbare Komplikationen chronischer Erkrankungen durchwachsen (Nolte/McKee 2011). So ist die Rate der Beinamputationen wegen Diabetes dreimal höher als im OECD-Vergleich (OECD 2011). Dies deutet darauf hin, dass das deutsche Gesundheitswesen Schwächen im Bereich der strukturierten Behandlung chronischer Erkrankungen aufweist, die einen zunehmenden Anteil der Morbiditätslast einnehmen.

Allerdings kann nicht behauptet werden, dass in Deutschland keine Anstrengungen zur Qualitätssicherung unternommen werden. In Deutschland gibt es einen weiten Katalog an Qualitätssicherungsmaßnahmen, zu denen auch verpflichtende öffentliche Qualitätsberichte gehören. Insbesondere sind Krankenhäuser verpflichtet, alle zwei Jahre strukturierte Qualitätsberichte vorzulegen. Diese umfassen 182 verschiedene Qualitätsindikatoren. Einige Krankenkassen haben angefangen, diese Indikatoren mit weiteren Kennzahlen anzureichern, die sie aus eigenen Abrechnungsdaten oder Patientenbefragungen gewinnen. Einige Leistungserbringer sind noch einen Schritt weiter gegangen und haben anspruchsvolle Ergebnisindikatoren entwickelt, und berichten diese freiwillig. Ein Beispiel sind die German-Inpatient Quality Indicators G-IQI (Busse et al. 2009). Gemeinsam mit Krankenkassen wurden diese Indikatoren weiterentwickelt und auch auf die vertragsärztliche Versorgung angewandt (siehe http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/).

Doch die Maßnahmen in Deutschland beziehen sich sehr stark auf die Qualitätsmessung. Diese ist sehr fragmentiert und stark auf strukturelle Aspekte und Zertifizierung fokussiert. Was - im Vergleich zu den Vereinigten Staaten und dem europäischen Ausland - auffällig fehlt, ist die Koppelung mit den Vergütungssystemen. Dabei gehen von Vergütungssystemen häufig negative Qualitätsanreize aus. Vergütungssysteme belohnen gewöhnlich die Behandlung von Krankheit, nicht deren Vermeidung. Vermeidbare Komplikationen lösen zusätzlichen vergütbaren Behandlungsbedarf aus. Vergütet wird in der Regel unabhängig von der Qualität der Leistung. Es wundert daher nicht, dass der Fokus der Qualitätsdebatte schnell vom Berichtswesen auf die Vergütungssysteme überging: Ließe sich zumindest ein Teil der Vergütung an die Qualität binden? Gewöhnlich lassen Pay-for-Performance-Systeme das zu Grunde liegende Vergütungssystem - in der Regel Einzelleistungsvergütung - unverändert, aber widmen einen festen Anteil des Vergütungsvolumens für leistungsabhängige Boni. Die Boni können sowohl vergeben werden, wenn feste Qualitätsziele erreicht werden als auch wenn konkrete Qualitätsverbesserungen gemessen werden.

In den USA hat die Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC 2003) folgende Kriterien für die Entwicklung von Kriterien für Pay-for-Performance-Systeme entwickelt:

- Kennzahlen müssen evidenzbasiert sein. Zudem müssen sie von den Betroffenen akzeptiert und verstanden werden.
- Eine Mehrheit der Leistungserbringer muss in der Lage sein, Verbesserungen hinsichtlich der gewählten Kennzahlen zu erreichen.

Zusammenfassung

Zwei neu erschienene Berichte (Veit et al. 2012 und Charlesworth et al. 2012) gehen den Einsatzmöglichkeiten von P4P in Deutschland nach. Vor dem Hintergrund dieser Berichte stellt dieser Beitrag die Möglichkeiten und Grenzen von P4P in Deutschland dar. Für eine erfolgreiche Implementierung müssen P4P-Systeme drei Hürden überwinden: das Messbarkeitsproblem, das Koordinierungsproblem und das Zurechenbarkeitsproblem. Ohne politische Unterstützung werden sich diese drei Hürden nicht nehmen lassen. Notwendig wäre eine Institution, die Kennzahlensysteme auf der Basis einer einheitlichen Datengrundlage entwickelt und diese den Vertragspartnern zur Verfügung stellt.

Schlüsselwörter

Pay for Performance, Qualität, Anreize, Kooperation, Wettbewerb

- Die gewählten Kennzahlen sollten Leistungserbringer nicht davon abhalten, auch Patienten mit riskanterem bzw. komplexerem Versorgungsbedarf zu behandeln.
- Die Kennzahlen sollen sich ohne übermäßigen Aufwand ermitteln lassen.

Schwache Evidenzlage

Pay for Performance ist ein theoretisch ansprechendes Konzept. Trotzdem gibt es nur wenig empirische Evidenz dafür, dass diese Programme effektiv sind. Die Evaluation von Modellvorhaben in den USA ist fast vollständig negativ ausgegangen. Auch das weltweit größte P4P-Vorhaben - die Einführung des „Quality and Outcomes Framework (QOF)" im englischen NHS - wurde nicht positiv evaluiert. Nach einer Übersicht über die relevante Literatur kam die OECD in dem erwähnten Bericht zum ernüchternden Ergebnis, Pay for Performance sei sehr teuer und ohne große Verbesserungen der Versorgung („very expensive [...] without large increases in care" - OECD 2010, 148). Auch Veit et al. geben einen Überblick über die enttäuschende Evidenzlage und konstatieren einen „Widerspruch zwischen Evidenz und alltäglicher Erfahrung" (Veit et al. 2012, B43).

Denn aus Sicht der ökonomischen Theorie spricht viel für Pay for Performance. Die Informationsasymmetrien zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern führen zu den üblichen Problemen delegierter Handlungen (agency problems). Diese wiederum führen zu suboptimalen Qualitätsergebnissen. Die Aufgabe von Pay for Performance ist in diesem Kontext, die Informationsasymmetrien zu verringern, indem Qualitätsindikatoren zur Verfügung gestellt werden, auf denen Leistungserbringer und Kostenträger ihre Vergütungsverträge basieren können. In der Praxis steht und fällt dies aber mit der Qualität der Qualitätsindikatoren.

Die volkswirtschaftliche Literatur zur Delegationstheorie (principle-agent theory) betont in diesem Zusammenhang, dass Messbarkeit und Anreize komplementären Charakters sind (z.B. McClellan 2011): Wenn die gewünschten Ergebnisse vollständig messbar sind, können starke Anreize gesetzt werden. Können die gewünschten Ergebnisse hingegen nur unvollständig gemessen werden, sollten auch die Anreize schwächer ausgestaltet werden. Bezogen auf das Gesundheitswesen führen zu schwache Anreize zu einer ineffizienten (und bei Kostentragung durch Dritte) zu teuren Versorgung. Sind aber starke Anreize an Indikatoren geknüpft, die die gewünschte Qualität und Quantität der Versorgung nur unvollständig widerspiegeln, kann es zur gleichzeitigen Über- und Unterversorgung kommen.

Die Messbarkeit ist daher die Achillesferse des Pay for Performance. Auch Veit et al. stellen fest: „Die meisten Probleme von P4P ergeben sich aus Problemen der Qualitätsmessung" (Veit et al. 2012, A11). Messen die gewählten Indikatoren tatsächlich das, was sie messen sollen? Zu weit gefasste Indikatoren können Leistungserbringer verwirren, zu eng gefasste Indikatoren sie zu einem falschen Fokus unter Vernachlässigung anderer Aspekte verleiten. Unbeabsichtigte Nebenwirkungen sind eine klare Gefahr von Pay for Performance.

Neben der Messbarkeit führen zwei weitere Probleme zu einer Einschränkung der Wirksamkeit von P4P-Programmen: das Koordinationsproblem und das Zurechenbarkeitsproblem. Das Koordinationsproblem entsteht in Gesundheitssystemen mit einer zersplitterten Kostenträgerstruktur - wie in Deutschland oder den Vereinigten Staaten. Führt in einer so fragmentierten Landschaft ein einzelner Kostenträger ein P4P-Programm durch, so ist die Durchschlagskraft des Programmes naturgemäß eingeschränkt. Aus Sicht eines Leistungserbringers machen dann die erfolgsabhängigen Honoraranteile nur einen geringen Anteil der Gesamtvergütung aus. Möglicherweise werden die von einem Kostenträger gesetzten Anreize sogar konterkariert von anders gelagerten Anreizen, die von Programmen anderer Kostenträgern ausgehen (vgl. Rosenthal 2006).

Das Problem der Zurechenbarkeit (accountability) entsteht, wenn ein Patient in einer Behandlungsepisode mit verschiedenen Leistungserbringern Kontakt hat. Möglicherweise gelten die Qualitätsanreize nicht

Literatur

Boyd C, Freund T (2012): Linking Payment and Quality of Health Care in Germany and the U.S. - Lessons Learned and Future Perspectives, American Institute for Contemporary German Studies. In: http://www.aicgs.org/publication/linking-payment-and-quality-of-health-care-in-germany-and-the-u-s-lessons-learned-and-future-perspectives/ (abgerufen am 7.9.2012)

Busse R, Nimptsch U, Mansky T (2009): Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals. In: Health Affairs 2009, 28, 2: w294-w304

Charlesworth A, Davis A, Dixon J (2012): Reforming payment for health care in Europe to achieve better value. London: Nuffield Trust
In: http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/reforming-payment-health-care (abgerufen am 10.9.2012)

Göpffarth D (2012): Ein Zentrum für Innovationen.
In: Die BKK, 100, 7-8: 330-332

Institute of Medicine (2001): Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press

Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson M (2000): To err is human. Building a safer health system. Washington DC: National Academy Press

McClellan M (2011): Reforming Payments to Healthcare Providers: The Key to Slowing Healthcare Cost Growth While Improving Quality?.
In: Journal of Economic Perspectives 2011, 25, 2 : 69-92

Medicare Payment Advisory Commission 2003: 2003 Report to Congress.
In: http://www.medpac.gov/documents/June03_Entire_Report.pdf (abgerufen am 7.9.2012)

Nolte E, McKee M (2011): Variations in amenable mortality - Trends in 16 high-income nations
In: Health Policy 2011, 103, 1: 47-52

OECD (2010): Value for Money in Health Spending. Paris: OECD.
In: http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthpolicystudies-valueformoneyinhealthspending.htm (abgerufen am 10.9.2012)

OECD (2011): OECD Health Data, Paris: OECD

Porter M E, Guth C (2012): Redefining German Health Care. Moving to a Value-Based System. Berlin, Heidelberg: Springer

Rosenthal M B (2006): What is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care?
In: Medical Care Research and Review 2006, 63, 2: 135-157

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion in Gesundheitswesen (2002): Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos.

Veit C, Hertle D, Bungard S, Trümner A, Ganske, V, Meyer-Hofmann B (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit.
In: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Pressemitteilungen/2012/2012_03/120817_PM_58_Anlage_Gutachten_BQS_01.pdf (abgerufen am 10.9.2012)

für alle Leistungserbringer in der Behandlungskette. Dann ist aber der Einfluss einer Verhaltensänderung eines einzelnen Leistungserbringers auf das Gesamtergebnis vernachlässigbar (vgl. McClellan 2011). Aber selbst wenn alle beteiligten Leistungserbringer (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, Physiotherapeut etc.) erfolgsabhängig honoriert werden: Wem soll die Qualitätsverbesserung zugerechnet werden?

Erfolgsvoraussetzung für P4P

Wie kann Pay for Performance zum Erfolg werden? Wie können die Probleme der Messbarkeit, Koordination und Zurechenbarkeit am besten gelöst werden?

Zunächst ist es notwendig, für eine erfolgreiche P4P-Implementierung auch aussagekräftige Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Hierfür ist auch eine einheitliche Datengrundlage erforderlich. Insbesondere ist es notwendig, die Behandlungsabläufe von Patienten auch über Leistungserbringergrenzen über die gesamte Behandlungsepisode hinweg zu verfolgen. Dies geht nur mit den Daten der Kostenträger, nicht der Leistungserbringer, denn nur diese Daten erlauben den notwendigen Populationsbezug. Darüber hinaus gilt, dass für tragfähige und konsistente Anreize alle Kostenträger möglichst dieselben Indikatoren verwenden. Um McClellan zu zitieren:

„Just as all healthcare players today rely on standard codes for thousands of procedures and diagnoses in their fee-for-service payments, consistent methods of measuring quality and cost performance would enable more accurate measurement and thus a greater ability for providers and payers to compete on quality and cost. Such consistent measures are also a necessary feature of reforms that seek to increase consumer pressure for greater efficiency" ***(McClellan 2011, 85)*****.**

Porter und Guth (2012, 41) gehen noch einen Schritt weiter: Sie fordern Qualitätsindikatoren, die nicht nur national einheitlich sind, sondern nach Möglichkeit auch international.

Messbarkeit und Koordinierung setzen also ein kostenträgerübergreifendes Handeln voraus, eine Lösung des Zurechenbarkeitsproblems erfordert hingegen eine Kooperation auf Seiten der Leistungserbringer. Hier geht es aber nicht darum auf beiden Seiten Wettbewerb als Ordnungsmerkmal auszuschalten. Gerade bei P4P gibt es viele Gestaltungsmöglichkeiten - auf den Wettbewerb als Entdeckungsverfahren, welche Optionen zum besten Erfolg führen, sollte man nicht verzichten. Vielmehr geht es darum, das Verhältnis von Kooperation und Wettbewerb auszutarieren. Informationen über die Qualität der Versorgung bereitzustellen ist aber ein Kollektivgut, dessen Bereitstellung im Wettbewerb kaum gelingen wird.

Schließlich muss auch ein kollektives Lernen aus Erfahrungen gewährleistet sein. Hierzu gehört es, Modellvorhaben in diesem Bereich nicht nur zu ermöglichen und zu unterstützen, sondern auch die Ergebnisse und Erfahrungen einem weiten Kreis an Kostenträgern und Leistungserbringern zugänglich zu machen. Vor allem sollte es möglich sein, erfolgreiche Modellvorhaben kurzfristig in der Fläche zu etablieren. Ein Beispiel, wie dies institutionell verankert werden kann, bietet das CMS Innovationszentrum in den Vereinigten Staaten (Göpffarth 2012).

Pay for Performance - an Option for Germany?

Two recently published reports (Veit et al. 2012 and Charlesworth et al. 2012) look into the possibility of introducing pay for performance (P4P) in Germany's health care payment systems. This article analyses the potential and limitations of P4P in Germany based on the two reports. For a successful implementation P4P has to take three hurdles: the measurement problem, the coordination problem, and the accountability problem. Without political support, P4P will not be able to take these hurdles. An institution is called for, charged with the task of developing quality metrics on an all-payer database, and making these metrics available.

Keywords

Pay for Performance, quality, incentives, cooperation, competition

Fazit

Es ist paradox: In Deutschland gibt es im Bereich von P4P lange und anhaltende Diskussionen, aber kaum Aktivität. In den Vereinigten Staaten hingegen gibt es eine unüberschaubare Menge an Aktivität in diesem Bereich, die aber ohne durchschlagenden Erfolg geblieben ist. Dabei hat Deutschland mit seinem Kollektivvertragssystem und der im SGB V verankerten Kooperation der Krankenkassen bessere Voraussetzungen, Pay for Performance zum Erfolg zu verhelfen, als das fragmentierte und hyper-wettbewerbliche System der Vereinigten Staaten. Was dem einen Land an Innovationsfähigkeit und Experimentierfreude fehlt, fehlt dem anderen Land an Umsetzungsfähigkeit. Seltsamerweise gleicht die Situation bei P4P in Deutschland in vielerlei Hinsicht der Situation in den USA: Die Umsetzung vor allem im Rahmen der Selektivverträge hält die Projekte klein, unrepräsentativ und ohne Durchschlagskraft. Vor allem bleiben die Verträge Geschäftsgeheimnisse - kollektives Lernen ist nahezu ausgeschlossen.

Die Vereinigten Staaten richten ein Innovationszentrum ein, um das Lernen aus Erfahrungen zu institutionalisieren. Auch in Deutschland würde eine Institution weiterhelfen, die Kennzahlensysteme auf der Basis einer einheitlichen Datengrundlage entwickelt und diese den Vertragspartnern zur Verfügung stellt. Denn, das zeigen beide neu vorgelegten Berichte, ohne politische Unterstützung wird es mit qualitätsorientierten Vergütungssystemen nicht weitergehen.

Bei aller Euphorie sollte aber nicht vergessen werden: Pay for Performance ist keine Allzweckwaffe. Vielmehr ist sie ein isoliertes Instrument zur Erreichung ausgewählter Qualitätsziele. Häufig lässt P4P die zu Grunde liegenden Vergütungssysteme mit all ihren Fehlanreizen unverändert. P4P kann daher nur ein Element einer weitergehenden Reform der Vergütungssysteme darstellen - zu der auch Episodenvergütungen, geteilte Einsparungen und Capitation gehören. Auch hier gilt dasselbe Problem der Experimentierfreudigkeit, aber auch des Lernens und der Umsetzung. <<

Autorenerklärung

Dr. Dirk Göpffarth ist Mitarbeiter des BVA. Der Artikel gibt die persönliche Meinung des Autors wider. An der Auswertung der Daten sowie Interpretation der Ergebnisse hat niemand mitgewirkt. Eine finanzielle Unterstützung erfolgte nicht.

Dr. Dirk Göpffarth
leitet seit dem Jahr 2001 das Referat Risikostrukturausgleich im Bundesversicherungsamt. Im Frühjahr 2012 war er Fellow am American Institute for Contemporary Germany Studies und beschäftigte sich dort unter anderem mit Pay for Performance im deutsch-amerikanischen Vergleich.

Kontakt: Dirk.Goepffarth@bva.de

