

DRGs und »Leistungsorientierte Bezahlung« (Pay for Performance – P4P) – vom Festpreis zum Marktpreis

Fakten und Argumente 11

► Die These: P4P soll Probleme der DRGs lösen

Von manchen PolitikerInnen und von Teilen der Öffentlichkeit wurde inzwischen erkannt, dass die Finanzierung der Krankenhäuser durch Fallpauschalen auch Probleme aufwirft. Diese werden aber nicht als grundsätzlich gesehen, es wird deshalb nur versucht, bestimmte Stellschrauben zu justieren, Anreize anders zu setzen etc. Eine Variante davon ist die so genannte Pay for Performance (P4P).

Die DRGs sind bislang ein Festpreissystem. Unter dem Deckmantel »Qualitätsvergütung« werden mit dem Krankenhausstrukturgesetz von 2015 qualitätsabhängige Zu- und Abschläge auf die bisherigen Festpreise eingeführt. Eine solche Leistungsvergütung – man nennt sie auch Pay for Performance (P4P) – wird vom Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bereits seit 1997 gefordert. Das Bundesgesundheitsministerium hat 2012 eine umfassende Studie hierzu in Auftrag gegeben. Zusammenfassend heißt es darin:

»Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten (pay for performance) nachzuweisen (...). Die Komplexität medizinischer Versorgung sowie die systemischen Optimierungs- und Umgehungsreaktionen beeinflussen die Ergebnisse einiger Projekte durch diverse Selektionseffekte sehr. (...) Trotz der mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit von P4P sind die

meisten der Befragten in Deutschland der Ansicht, dass P4P in der Zukunft eine größere Rolle spielen wird.» (BQS: Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, 2012)

Auch das neu gegründete Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) warnte vor der unüberlegten Einführung qualitätsorientierter Vergütung (Ärzteblatt 2015). Denn Erfahrungen liegen aus den USA bereits seit über zwanzig Jahren vor, aus Großbritannien seit über zehn Jahren. Und nirgendwo konnte bisher der Nachweis erbracht werden, dass die Wirkungen den theoretischen Vorstellungen selbsternannter Gesundheitsfachleute entsprachen. Insbesondere eine breite Einführung, wie jetzt durch die Bundesregierung beschlossen, hatte keine bis negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung insgesamt. (James; J. 2012; Joynt, K. E.; Jha; A.K. 2013)

Verklausuliert wird hier gesagt: Ein Nutzen lässt sich zwar nicht feststellen, negative Anreize sind wahrscheinlich, wir machen es aber trotzdem, Hauptsache der Weg Richtung marktwirtschaftliche Umgestaltung der Daseinsvorsorge wird fortgesetzt. Statt Krankenhäuser oder Abteilungen, die tatsächlich eine schlechte Qualität haben, in die Lage zu versetzen, diese zu verbessern, sollen sie durch Preisabschläge noch schärfer unter Druck gesetzt werden.

Problematisch ist hier auch der sehr beschränkte Horizont der Qualitätsdiskussion: Es geht in der Regel »nur« um Ergebnisqualität (zu den Problemen bei der Messung von Ergebnisqualität unten mehr). Fragen der Prozess- und Strukturqualität werden zwar durch Qualitäts-Managementsysteme (QM) und die darauf beruhenden Zertifizierungen überprüft, diese gehen aber nie so weit, bestimmte Personalzahlen bzw. Stellenschlüssel zur Lösung der Qualitätsprobleme zu fordern. Es ist allgemein bekannt, dass eine Bedingung von guter Prozess- und auch Strukturqualität die Anzahl und die Qualifikation des Personals ist (im Gegensatz zum G-BA beziehen wir das aber nicht nur auf die Ärztinnen sondern auch auf die Pflege und anderen Berufsgruppen, einschließlich der Service- und Putzkräfte).

Das ist seit mehreren Jahrzehnten in zahlreichen Studien immer wieder bestätigt worden (etwa IQWiG 2006; Sochalski; Aiken 1999).

Weitere Mittel und Wege zu guter Qualität sind ebenfalls längst bekannt. Die Akkreditierung in Qualitätsnetzwerken etwa kann die poststationäre Mortalität

senken und die Behandlungsqualität erfolgreich steigern (Schmalz et. al. 2011). Studien zur qualitätsorientierten Vergütung zeigen, dass die Fähigkeit, bauliche und medizinisch-technische Investitionen zu tätigen, für das Erreichen gewünschter Qualität wesentlich von Bedeutung ist (Veit 2012, s. S. B29ff.).

► Definitionen von Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität lt. G-BA

»**Strukturqualität** beschreibt die Qualität der Leistungserstellung und umfasst die personellen Voraussetzungen, d. h. den Facharztstandard, die technische Ausstattung einer Institution, die räumlichen Gegebenheiten und die Ablauforganisation. Die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen, Qualitätszirkeln und Weiterbildungsveranstaltungen sind weitere Indikationen für eine Strukturqualität.

Prozessqualität beschreibt sämtliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb eines Versorgungsablaufes, die unter Berücksichtigung der individuellen Krankheitsmerkmale eines Patienten ergriffen werden oder nicht. Bei der Prozessqualität stellt sich somit die Frage nach dem »Wie« der Behandlung. Wie wird diagnostiziert/therapiert? Wie läuft der Behandlungsprozess ab? Prozessqualität bezieht sich direkt auf medizinische Fragen.

Ergebnisqualität bezieht sich auf das Behandlungsergebnis. Die Beurteilung von Ergebnisqualität hängt in hohem Maße davon ab, ob deren Zielsetzung erreicht wurde. Wichtig dabei ist die Patientenzufriedenheit in Bezug auf die Behandlung und das erreichte Ergebnis.«

(<https://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/ergebnisqualitaet/>)

► Probleme bei P4P: Messung der Qualität

Es ist zu bezweifeln, dass Qualitätsmessungen für relevante Teile des Krankenhauses statistisch überhaupt sauber möglich sind: Stimmt die Indikation? Ist

das Auftreten einer Komplikation auf das Krankenhaus oder die Vor- und Nachbehandlung durch andere oder das Krankheitsbild selbst bzw. den Patienten zurückzuführen? Misst man bis zum Ende des Krankenhausaufenthaltes oder betrachtet man die Langzeitergebnisse?

Außerdem müssten wichtige Kriterien der Ergebnisqualität weiche Faktoren sein, die sich nicht mit Zahlen messen lassen (z.B. Zuwendung, empathischer Umgang mit PatientInnen, Unterstützung selbstbestimmter Entscheidungsprozesse des Patienten im Behandlungsverlauf etc.). Die Reduzierung der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlung auf in Zahlen messbare und statistisch zu verarbeitende Parameter ist zwar einfach und praktisch, aber letztlich hinsichtlich der Aussagekraft hoch problematisch. Einen so reduzierten Ergebnisqualitätsbegriff dann zum Kriterium für Belohnung und Bestrafung durch Zuschläge und Abschläge zu machen, wäre einer der größten Skandale in der »Fortentwicklung« des DRG-Systems.

Wenn solche Qualitätsmessungen unmittelbaren Einfluss auf die finanziellen Ergebnisse haben, muss man mit unerwünschten Folgewirkungen rechnen: Es bestünde ein erheblicher finanzieller Anreiz, Daten zu schönen oder schlicht zu fälschen. Und es bestünde ein weiterer, schwerwiegender Anreiz zur Patientenselektion. Das kann vom Weiterverlegen schwerer Fälle bis zur Jagd nach »jungen, gesunden« PatientInnen gehen.

► Qualität und Geld

Eine Studie aus den USA untersuchte, ob ein Zusammenhang zwischen aussagekräftig gemessener Qualität und einem Qualitätsabschlag in einem Programm zu qualitätsorientierter Vergütung besteht. Das Ergebnis war grotesk: Es waren gerade diejenigen Kliniken von Vergütungsabschlägen betroffen, die in einer Reihe von gut validierten Qualitätsbewertungen besser abschnitten. Die Qualität der Qualitätsmessung war in dem Fall also so schlecht, dass sich das Gegenteil des erwünschten Effekts einstellte. Offensichtlich wurden diejenigen Kliniken von den Qualitätsabschlägen benachteiligt, die besonders leistungsstark waren, Komplikationen überdurchschnittlich sorgfältig dokumentierten und sich auch an die Therapie von PatientInnen heranwagten, die von anderen Krankenhäusern abgewiesen oder

dorthin verlegt wurden; Kliniken also, die keine Risikoselektion betrieben hatten. (Ravi Rajaram, Jeanette W. Chung e.a.)

► **Unausgesprochene Konsequenz: Einstieg in Selektivverträge im Krankenhaus**

Für die Krankenkassen verwirklicht sich mit einer Bezahlung nach Qualität ein langgehegter Wunsch: Das Recht, nur noch mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen, mit denen sie es wollen (Selektivverträge). Ganz nebenbei wird durch solche Vertragsformen die Krankenhausbedarfsplanung, für die die Bundesländer zuständig sind, zur Makulatur. Ein Krankenhaus könnte dann zum Beispiel für die Versorgung einer ländlichen Region notwendig sein, bekommt aber keine Verträge mehr oder weniger Geld, weil die Kassen es für überflüssig halten.

Damit wird klar, dass nicht Qualität das Ziel ist, sondern Qualitätsindikatoren lediglich als Mittel eingesetzt werden sollen, um ganz andere Zwecke zu erreichen, um möglichst viele Betten zu schließen und Krankenhäuser »aus dem Markt zu drängen«. Der ohnehin bestehende Konkurrenzkampf der Kliniken soll geradezu zu einem Dumpingwettbewerb verschärft werden – auf dem Rücken der Beschäftigten und der PatientInnen.

► **Fazit**

Bezahlung nach Qualität, P4P und Selektivverträge sind eine konsequente marktwirtschaftliche Weiterentwicklung des DRG-Systems und riesige Schritte in Richtung einer marktradikalen Umgestaltung des Gesundheitswesens. Angesichts dieser Entwicklung hilft auch kein Zurück zu den DRGs als Festpreisen. Es helfen nur die konsequente Ablehnung der finanziellen Steuerung im Bereich der Daseinsvorsorge und die Umstellung auf eine Bedarfssteuerung und -finanzierung. Selbstverständlich wollen auch wir gute Qualität in der Krankenhausversorgung, Mit unserer Forderung nach Abschaffung der DRGs als Finanzierungsinstrument und mit der Forderung nach Abschaffung der Ökonomisierung legen wir überhaupt erst das Fundament für eine wirkliche Qualitätsentwicklung!

■ Literatur

Ärzteblatt 2014: Qualitätsorientierte Vergütung: Die Diskussion geht weiter; Ärzteblatt.de, 24. September 2014

Ärzteblatt 2015: Experten diskutieren Qualität der Krankenhausreform; Ärzteblatt.de, 7. September 2015

Destatis.de 2016; Unterschiedliche Abfragen März 2016

Essential Hospitals o.J.: Establishing the Safety Net. <http://essentialhospitals.org/about-america-essential-hospitals/history-of-public-hospitals-in-the-united-states/establishing-the-safety-net-hospital-1980-2005/>

IQWiG 2006: Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht. Köln

James, J. 2012: Pay-for-Performance. New payment systems reward doctors and hospitals for improving the quality of care, but studies to date show mixed results. in: Health Policy Brief October 11th, 2012, www.healthaffairs.org

Joynt, K. E.; Jha, A.K. 2013: Characteristics of Hospitals Receiving Penalties- Under the Hospital Readmissions Reduction Program; in: JAMA, January 23/30, 2013—Vol 309, No. 4; S. 342f.

OECD 2012: Frequently Requested Data

Rajaram, R. et. al. 2015: Hospital Characteristics Associated With Penalties in the Centers for Medicare & Medicaid Services Hospital-Acquired Condition Reduction Program; in JAMA, July 28, 2015—Vol 314, No. 4; S. 375ff.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1990: Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung, Jahresgutachten 1990

Schmaltz; S.P. et. al. 2011: Hospital Performance Trends on National Quality Measures and the Association With Joint Commission Accreditation; Journal of Hospital Medicine Vol 6 | No 8 | October 2011; S. 454 ff.

Sochalski ; J.; Aiken; L.H. 1999: Accounting For Variation In Hospital Outcomes: A Cross-National Study; in: Health Affairs, Vol. 18, No. 3; S. 256 ff.

Veit, Ch.; Hertle, D.; Bungard, S.; Trümner, A.; Ganske, V.; Meyer-Hofmann, B.: 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, 2012