

Daniel B. Herren, Iris Stucki

Veröffentlichung und Vergütung von Qualitätsdaten: die Sicht der FMH

Dass Qualität sichtbar gemacht werden muss, ist für die FMH unbestritten. Doch die Verbindung von ausschliesslich finanzieller Vergütung und Qualität (Pay for Performance) birgt Risiken.

Es ist ein Ziel der FMH, Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns sichtbar zu machen, da eine hohe Versorgungsqualität durch systematische Verbesserung in einem selbstlernenden System erreicht wird. Wir bevorzugen Anreizsysteme, die Qualitätstransparenz mit «incentives» verknüpfen, wobei Anreize nicht nur finanzieller Art gemeint sind. Denn die Koppelung von finanzieller Vergütung mit Qualität kann problematisch sein und zu Fehlanreizen und zur Fehlversorgung führen.

Qualitätstransparenz und Abgeltungsmodelle

Grundlage jeder Qualitätsmessung ist das Festlegen von Qualitätsindikatoren und Qualitätskriterien. Erst deren genaue Definition erlaubt es, ein System aufzubauen, in welchem medizinisch erbrachte Leistungen korrekt gemessen und somit auch verglichen werden können. Nur unter dieser Voraussetzung können Qualitätsdaten transparent und zugänglich gemacht sowie an unterschiedliche Leistungen auch unterschiedliche Honorierungen geknüpft werden. Angesichts der Komplexität von Ergebnisqualitätsdaten ist die Gefahr gross, dass im Wettbewerb um die medizinische Qualität Struktur- und Prozessparametern der Vorzug gegeben wird. Das Einhalten und der Nachweis von Struktur- und Prozessindikatoren sind relativ einfach, aber deren Nutzen für die Behandlungsqualität ist fraglich. Mit Pay-for-Performance (P4P)-Modellen werden demnach tendenziell falsche Anreize gesetzt, welche Mittelmässigkeit und Fehlversorgungen Vorschub leisten können [1]. Porter/Teisberg bezeichnet gar die meisten P4P-Modelle als Pay-for-Compliance, also als reine Prozesskonformität ohne Anspruch auf tatsächliche Qualitätsverbesserung [2].

Transparenz für Leistungserbringende?

Die Leistungserbringenden stehen der Veröffentlichung medizinischer Qualitätsdaten skeptisch gegenüber und nutzen sie kaum. In der Tat gibt es beschränkte Evidenz dafür, dass Qualitätstransparenz eine Verbesserung der

Ergebnisqualität bewirkt [3]. Dennoch ist es eines der Ziele der FMH, Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns sichtbar zu machen. Denn wir sind überzeugt: Qualitätstransparenz soll letztlich die Leistungserbringenden befähigen, ihre Kernaufgabe, die Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten, zu optimieren. Unsere Meinung ist es, dass die Grundlage für eine Qualitätsentwicklung die systematische, kontinuierliche Verbesserung der Leistungen durch ein selbstlernendes System darstellt [4]. Qualitätstransparenz darf deshalb nicht nur der Offenlegung von reinen Qualitätsdaten dienen, sondern muss vor allem komplexe Qualitätsinformationen verständlich vermitteln. Erst damit wird sie der Nutzbarkeit durch alle Anspruchsgruppen gerecht. Folgende Punkte erscheinen uns dabei relevant:

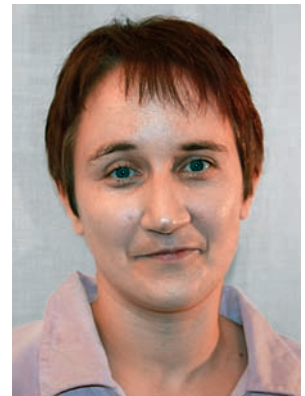
- die Behandlung nach geltenden, evidenzbasierten Normen durchzuführen, sie aber trotzdem bei jedem Patienten individuell anzupassen («state of the art medicine»);
- sich und sein Tun in einem dem Fachgebiet relevanten Umfeld zu spiegeln («benchmarking»);
- Qualitätsdaten im Sinne einer differenzierten Qualitätstransparenz so aufzuarbeiten, dass die unterschiedlichen Anspruchsgruppen, insbesondere die Patienten, einen Nutzen aus der Veröffentlichung dieser Daten ziehen können;
- sich kontinuierlich zu verbessern und gezielt und individuell in zu verbessernde Qualitätsbereiche zu investieren.

P4P-Programme

Von der Qualitätsmessung und der Veröffentlichung der Ergebnisse ist es nur ein kleiner Schritt dahin, bessere



Daniel B. Herren



Iris Stucki

Qualitätsergebnisse auch finanziell zu belohnen [5]. Die Evidenz zur Wirkung von P4P-Programmen ist ähnlich gering wie diejenige zu Qualitätstransparenz. Der Effekt auf die Qualität scheint jedoch grösser zu sein, wenn sowohl Daten veröffentlicht, als auch P4P-Programme durchgeführt werden [6]. Auf den ersten Blick hat P4P etwas Bestechendes. Es ist logisch und nachvollziehbar – wer bessere Qualität liefert soll auch mehr Geld verdienen. Die Realität sieht allerdings etwas anders aus. Die Qualität durchgeführter Laboranalysen oder diagnostischer Mittel wie Röntgenbilder lässt sich rasch im Konsens beurteilen, die Komplexität ganzer Krankheitsbilder überfordert jedoch oft die Qualitätsmessungen. Zudem bedingt ein validiertes Beurteilungssystem komplexe und anspruchsvolle Prüfalgorithmen, die aufwendig und vor allem teuer sind.

Wenn es schliesslich gelingt, sich mit allen Partnern auf sinnvolle Kriterien zu einigen, entbrennt die Diskussion um die Höhe der finanziellen Entschädigungen. Sind die leistungsabhängigen Vergütungen zu gering (wie etwa in den USA), dann ist das Interesse an solchen Programmen ebenfalls gering, und allfällige Kosten sind höher als der zu erwartende Mehrertrag. Sind die leistungsabhängigen Vergütungen relevant (wie in England), dann besteht die Gefahr der Fehlanreize [7].

Im Zentrum steht die Frage, ob man den Stand der aktuellen Qualität der medizinischen Versorgung halten, die Qualität am unteren Ende des Leistungsspektrums verbessern oder aber den Gesamtdurchschnitt heben will [7]. Wir gehen davon aus, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz, auch gemessen am internationalen Standard, sehr hoch ist. Es scheint deshalb realistisch, den Schnitt zu halten und die Verbesserung am unteren Ende des Qualitätsspektrums zu suchen.

Incentive-for-Quality

Aus unserer Sicht sollten dabei «incentives» im Vordergrund stehen. Ein Incentive-for-Quality (I4Q)-Modell auf der Ebene der Leistungserbringer könnte beispielsweise durch ein periodisches Erfassen von durch Partner anerkannten Qualitätsaktivitäten geschehen (Q-Monitoring). Qualitätstransparenz in dieser Form kann zum Motivator werden, wenn eine sinnvolle und nutzbare Aussage in einer Weise entsteht, dank der eigene Stärken und Schwächen erkannt werden. Dabei könnten diejenigen, die dem Bereich Qualität nicht die notwendige Beachtung schenken, mit Massnahmen zur Verbesserung unterstützt, und diejenigen, welche überdurchschnittliche Ergebnisse

ausweisen, in einer angemessenen Form «belohnt» werden. Ein I4Q-Modell würde es erlauben, Anreize zu setzen, die nicht zwingend finanzieller Art sind (bspw. die Erleichterung von Kostengutsprachen usw.). Die Indikatoren zum Erfassen von medizinischen Qualitätsaktivitäten müssen dabei von den Fachgesellschaften festgelegt werden. Diese Indikatoren sollen Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Selbst- und Fremdevaluation beinhalten und bezüglich ihres Nutzens validiert sein. Zudem sollen fachspezifische Qualitätsinitiativen gefördert werden.

Ein solches Modell hat grosses Potential, die etwas in die Sackgasse geratene Qualitätsdiskussion in der Schweiz neu und konstruktiv zu beleben.

Literatur

- 1 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2000;12(1):37–48.
- 2 Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care*. Boston:Harvard Business School Press; 2006.
- 3 Marshall M, Shekelle P, Leatherman S, Brook R. Public disclosure of performance data: learning from the US experience. *Quality in Health Care* 2000;9:53–7.
- 4 AGQ-FMH. Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen. *SÄZ*. 2008;89(20): 838–41.
- 5 Bertelsmann Stiftung. Unser Gesundheitswesen braucht Qualitätstransparenz. *Transparenz für Bürger. Transparenz für Ärzte. Politik für Transparenz*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- 6 Lindenauer P, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM. / Ma A et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med*. 2007;356(5): 486–96.
- 7 Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med*. 2006;145(4): 265–72.

Korrespondenz

Dr. med. Daniel B. Herren MHA
Mitglied Zentralvorstand FMH,
Ressort Daten, Demographie und Qualität (DDQ)
Elfenstrasse 18
Postfach 170
3000 Bern 15
daniel.herren@kws.ch

Iris Stucki, lic.phil.I, wiss. Mitarbeiterin DDQ
iris.stucki@fmh.ch