

Robert Dobler

# Pay for Performance – Erfahrungen aus dem NHS

**Im April 2004 trat ein neuer Vertrag für die Allgemeinmediziner im britischen Gesundheitsdienst (NHS) in Kraft. Das Programm belohnt Ärztinnen und Ärzte für die Zielerfüllung in bestimmten Bereichen, die mit Hilfe von etwa 150 Indikatoren gemessen wird. Unser Autor arbeitet seit sechs Jahren in einer grossen Allgemeinarztpraxis in Cambridge, die mit je sieben Partnern und angestellten Ärzten rund 11000 Patienten in einem sozial eher schwachen Gebiet versorgt – ein Erfahrungsbericht.**

Im Frühjahr 2004 führte der NHS den «Quality and Outcomes Framework» (QOF) ein. Längst nicht alle Ärztinnen und Ärzte feierten diesen Moment, doch in unserer Praxis wurde das Konzept sehr begrüsst. So mussten wir fortan die Indikatoren nicht mehr selbst verifizieren, sondern können uns darauf verlassen, dass jeder klinische Indikator durch eine Expertengruppe

---

Wir können zeigen,  
ob Patienten optimal behandelt werden  
und in welchen Gebieten deren Versorgung  
verbessert werden könnte.

---

wissenschaftlich validiert worden ist, dem neusten Standard von Forschung und Klinik entspricht und regelmässig auf den aktuellen Stand gebracht wird.

Sicherlich sind sehr viele unserer ärztlichen Qualitäten nicht messbar. Ein grosser Teil der bedeutsamen Arbeit mit unseren Patientinnen und Patienten lässt sich weder dokumentieren noch objektiv bewerten. Dennoch wird heute keiner mehr leugnen, dass es für viele Krankheiten «beste Behandlungsziele und Behandlungswege» gibt – Evidence-based Medicine eben. Und diese sind oft messbar.

Seit Einführung des neuen Vertrags im Jahr 2004 ist für die Allgemeinärzte in England ein Teil des Einkommens davon abhängig, dass wir unsere Qualität messen und gesetzte Ziele auch erreichen. Je nach dem Ein-

kommen der Praxis aus anderen Quellen macht der QOF heute zwischen 10% und 20% des Gesamteinkommens aus.

Dafür hat das englische Gesundheitssystem klinische und organisatorische Indikatoren erarbeitet. Insgesamt sind 1000 Punkte erreichbar, von denen 655 auf Indikatoren in 19 klinischen Gebieten verteilt sind.

Mit der Einführung des QOF im April 2004 sind alle Allgemeinarztpraxen von der Gesundheitsbehörde mit Computern und Software ausgerüstet und vernetzt worden. Alle Patientenkarteen sind

zumindest teilcomputerisiert. Dies hat die Dokumentation und Erfassung von Patientendaten massiv verbessert. Wir sind damit jederzeit in der Lage, zum Beispiel eine Liste unserer chronisch kranken Patienten zu generieren. Wir können zeigen, ob diese Patienten optimal behandelt werden und in welchen Gebieten deren Versorgung verbessert werden könnte. Das System ermöglicht uns auch, die Patienten anzuschreiben und ihnen eine bessere evidenzbasierte Behandlung vorzuschlagen. Chronic Disease Management wird damit zum aktiven Management, während wir zuvor nur hoffen konnten, dass der Patient in der Praxis erscheint und die richtigen Fragen stellt.

Die Indikatoren sind einerseits völlig frei zugänglich<sup>1</sup>, andererseits in unsere klinische Software integriert. Wenn wir die Kartei eines Patienten öffnen, sehen wir gleich, welche Untersuchungen noch pendent sind. Das System meldet, welche Therapien noch ergänzt werden könnten. Selbst wenn ein Patient wegen einer völlig anderen Angelegenheit zu mir kommt, können wir – sofern es zeitlich und inhaltlich passt – gemeinsam an einer optimalen Behandlung arbeiten.

Während der Sprechstunde machen es Computertemplates leicht, Informationen in das System einzugeben. Alle Ärzte und Krankenschwestern in der Praxis helfen, diese Daten zu sammeln. Wir haben spezielle Sprechstunden für unsere chronisch kranken Patienten, in denen die Nachsorge durchgeführt wird. Und die Patientenfragebögen helfen uns, das Gesundheits- bzw. Krankheitsbild des Patienten zu vervollständigen. Dokumente



Robert Dobler

<sup>1</sup> Revisions to the GMS contract 2006/07: [www.nhsemployers.org/pay-conditions/primary-902.cfm](http://www.nhsemployers.org/pay-conditions/primary-902.cfm).

von Krankenhausaufenthalten und Besuchen bei Spezialisten werden eingescannt, die wichtigsten Informationen wie Untersuchungen oder Diagnosen kodiert und in unser System integriert.

Natürlich sind nicht immer alle Patienten kooperativ. Deshalb können wir unter definierten Voraussetzungen

---

**Das englische Allgemeinarztsystem  
hat all jene überholt, die heute noch darüber  
diskutieren, ob man Qualität überhaupt  
messen kann.**

---

Patienten aus dem Punktesystem ausschliessen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Patient in einem Zeitraum von einem Jahr mindestens drei Aufgebote zu einer Konsultation erhalten und nicht reagiert hat. Oder wenn eine Behandlung in einer speziellen Situation als nicht angemessen eingestuft wird, zum Beispiel bei einer terminalen Erkrankung oder bei einer schweren Begleiterkrankung. Auch Non-Compliance ist ein Ausschlussgrund. In England werden derzeit etwa fünf von 100 Patienten aus solchen Gründen aus dem Bewertungssystem ausgeschlossen [1].

Ein Team aus Datenexperten, Beamten der Gesundheitsbehörde, einem anderen Allgemeinarzt sowie einer Person aus einem völlig anderen Gebiet untersucht jährlich unsere Datensets und die Ausschlüsse. Dies soll gewährleisten, dass die Bewertung im QOF ehrlich und sorgfältig erfolgt.

Es macht grossen Spass, in meiner täglichen medizinischen Praxis hohe Qualität anzustreben. Und es ist extrem zufriedenstellend, wenn sich die investierte Energie und Zeit in einer hohen Punktzahl niederschlägt. Für diese Performance werden wir nach einer Formel bezahlt, die auch die soziale Deprivation meiner Patienten berücksichtigt.

Aber Achtung: Nicht alles aus dem QOF zuverdiente Geld fliesst in die Taschen der Ärzteschaft. Wir beschäftigen Sachbearbeiter, die bei der Datenerhebung und Kodierung helfen, wir finanzieren Krankenschwestern mit, um Chronic Disease Clinics anzubieten, wir schicken Hunderte von Einladungen an unsere 11 000 Patienten und erhöhen die Ärztezahl, um die intensivere Betreuung sicherzustellen: Qualität kostet einfach auch Geld!

Als Deutscher, der im englischen System arbeitet, bin ich mir sehr bewusst, dass der Ruf der englischen Medizin auf dem Kontinent immer noch der Situation vor fünf bis zehn Jahren entspricht. Aber nach sechs Jahren National Service Framework und nach vier Jahren QOF hat das englische Allgemeinarztsystem all jene überholt, die heute noch darüber diskutieren, ob man Qualität überhaupt messen und wie man solche Messungen national einführen kann. Kein anderes europäisches Land ist derzeit in der Lage, sich auf einen gemeinsamen Nenner zu einigen, um nationale evidenzbasierte Standards in mehreren klinischen Gebieten zu erarbeiten und Indikatoren zu formulieren, um diese Standards zu messen. Ebenso undenkbar ist für viele europäische Länder die flächendeckende Datenerhebung mit einer elektronischen Patientendatei; dies ist aber eine Grundvoraussetzung für das Gelingen eines solchen Projekts. Selbstzufriedenheit ist auf dem Kontinent also fehl am Platz.

#### Literatur

1 N Engl J Med. 2008;359: 274–84.

Korrespondenz:

Dr Robert Dobler  
MRCGP, DFFP, DRCOG  
Nuffield Road Medical Center  
Cambridge, England  
robert.dobler@nhs.net