

# Pay for Performance – was kommt auf uns zu?

Wer bessere Qualität bietet, soll besser bezahlt werden – auch im Gesundheitswesen. Wer würde zu dieser Formel nicht zustimmend nicken? Dass die Sache nicht so einfach ist, zeigt ein Blick in die neueste Ausgabe der Zeitschrift *Care Management*, die sich schwerpunktmässig dem Thema «Pay for Performance» – so der passende Anglizismus – widmet.

Bruno Kesseli

Noch ist es nicht gefunden, das Ei des Kolumbus für das Schweizer Gesundheitswesen. Dass sich mit «Pay for Performance» – kurz P4P – sämtliche seiner Probleme auf einen Schlag beheben liessen, würden selbst die vehementesten Verfechter dieses Prinzips kaum zu behaupten wagen. Doch sie dürften immerhin argumentieren, P4P bringe das System auf den richtigen Kurs.

## Unter dem Oberbegriff «Pay for Performance» können sehr unterschiedlich ausgestaltete Systeme subsumiert werden

Der Arzt und Ökonom Kurt Hess hat sich die Mühe gemacht, in einem Übersichtsartikel [1] wichtige «Facts and Figures» zum Thema zusammenzustellen. Aufschlussreich – und verdienstvoll – ist bereits seine Begriffsklärung. Wenn man «Performance» semantisch eher mit dem deutschen Begriff «Leistung» in Verbindung bringt als mit «Qualität», so hat dies durchaus seine Berechtigung. «In seiner ursprünglichen Form», so Hess, «ist P4P in industriellen Betrieben etabliert worden, um effizientes Arbeiten, etwa einen hohen Produktionsausstoss, zu belohnen.» Die Qualitätsdimension kam später dazu und verdrängte in der Medizin die quantitativen Aspekte nahezu vollständig: «Hier wird unter P4P ganz primär die Honorierung für das Erreichen von Qualitätszielen verstanden, dies in der Annahme, damit gute Qualität zu fördern.»

Unter dem Oberbegriff «Pay for Performance» können sehr unterschiedlich ausgestaltete Systeme subsumiert werden. Die «Belohnung von einzelnen Leistungserbringern oder Ärztgruppen nach dem Grad der Zielerreichung vorgegebener Qualitätsstandards» (Hess) scheint die am besten etablierte Variante zu sein. Am anderen Ende des Spektrums gewinnen finanzielle Sanktionen beim Verfehlen von Mindestanforderungen offenbar ebenfalls an Bedeutung, insbesondere in den USA, wo P4P vor allem im HMO-Bereich weit verbreitet ist.

Dass die Diskussion um Sinn oder Unsinn von P4P immer noch sehr kontrovers geführt wird, hängt einerseits mit der unbefriedigenden Datenglage zusammen. Die wenigen existierenden Studien decken bisher einen zu kurzen Beobachtungszeitraum ab, um schlüssige Aussagen über die Effizienz von P4P-Programmen zuzulassen. Andererseits gehen die Meinungen über die Tauglichkeit der verwendeten Qualitätsindikatoren und -standards nach wie vor weit auseinander. Aus Grossbritannien, das über ein ausgefeiltes System mit rund 150 validierten Indikatoren verfügt, sind mitunter fast euphorische Stimmen zu vernehmen. «Das englische Allgemeinarztsystem hat all jene überholt, die heute noch darüber diskutieren, ob man Qualität überhaupt messen kann», fasst beispielsweise der deutsche Arzt Robert Dobler, der als Grundversorger im britischen Gesundheitsdienst NHS arbeitet, seine Eindrücke zusammen [2]. Doch diese optimistische Sicht wird bei weitem nicht von allen Experten geteilt – ein Ende der Qualitätsdebatte ist jedenfalls nicht in Sicht.

### FMH: Qualität sichtbar machen

Dass Qualität bei der Leistungserbringung sichtbar gemacht werden muss, ist auch für die FMH unbestritten [3]. Zentralvorstandsmitglied Daniel B. Herren, Leiter des Ressorts «Daten, Demographie und Qualität» (DDQ), sowie Iris Stucki, wissenschaftliche Mitarbeiterin DDQ, weisen indes explizit auf die Fallstricke hin, die bei Qualitätsmessungen zu beachten sind. Insbesondere sehen sie die Gefahr, dass das Augenmerk vorwiegend auf Bereiche gerichtet wird, die vergleichsweise gut steuer- und kontrollierbar sind. «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.» Gleichnishaft ausgedrückt würde ein solches Vorgehen demjenigen des Mannes gleichen, der zu

- 1 Hess K. P4P in der ambulanten Medizin: Ein Ansatz mit Potential. *Care Management*. 2008;1(6):6-9.
- 2 Dobler R. Pay for Performance – Erfahrungen aus dem NHS. *Care Management*. 2008;1(6):21-2.
- 3 Herren DB, Stucki I. Veröffentlichung und Vergütung von Qualitätsdaten: Die Sicht der FMH. *Care Management*. 2008;1(6):11-2.

nächtlicher Stunde seinen Schlüssel nicht dort suchte, wo er ihn verloren hatte, sondern unter der nächsten Strassenlaterne, weil er dort zumindest etwas sehen konnte ...

Die Verbindung von Qualität und ausschliesslich finanzieller Vergütung, wie sie von P4P-Programmen hergestellt wird, scheint der FMH somit problematisch, «denn mit Pay-for-Performance-(P4P-)Modellen werden [...] tendenziell

mance» in Care Management [4]. Vergütungssysteme mit P4P-Elementen sieht Nold in der Schweiz seit längerem realisiert, etwa in Modellen, die mit sogenannten «Kopfpauschalen» (capitation) arbeiten. Insbesondere Ärztenetze und die Betreiber von HMO-Praxen hätten «schon früh erkannt, dass in einem leistungsabhängigen Vergütungssystem der Einbezug von Qualitätsmerkmalen ein wichtiger Bestandteil sein sollte»,

## «Keine Tarifverträge mehr ohne Bestimmungen zur Qualitätssicherung», lautet die Maxime bei santésuisse

falsche Anreize gesetzt, welche Mittelmässigkeit und Fehlversorgungen Vorschub leisten können». Dass diese Einstellung zu P4P nicht Ausdruck einer rückwärtsgewandten Verweigerungshaltung ist, sondern einer konstruktiven Strategie der Mitgestaltung entspringt, zeigt sich im «Gegenentwurf»: Anstelle von P4P setzt die FMH auf IQ. Dieses Kürzel steht für «Incentive for Quality» und bezeichnet ein Modell, das Qualitätsanreize setzen soll, die nicht zwingend finanzieller Art sind. Die Indikatoren zur Erfassung von medizinischen Qualitätsaktivitäten sollen von den Fachgesellschaften festgelegt werden und Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität enthalten. «Ein solches Modell», so Herren und Stucki, «hat grosses Potential, die etwas in die Sackgasse geratene Qualitätsdiskussion in der Schweiz neu und konstruktiv zu beleben.»

### santésuisse:

#### Qualität muss tarifwirksam sein

Dass die Versicherer eine etwas andere Perspektive auf die Thematik haben, überrascht nicht. «Die Tarife müssen künftig auch von der Qualität abhängen», lautet der fast schon programmatische Titel des Beitrags von Verena Nold, Leiterin Abteilung Tarife und Preise bei santésuisse, zum Themenschwerpunkt «Pay for Perfor-

und «sich freiwillig, ohne dass es eine vertragliche Anforderung wäre, dem Thema Qualitätssicherung intensiv gewidmet und konkrete Massnahmen umgesetzt». Doch es gibt nicht nur Lob für die Leistungserbringer: «In einigen Sektoren – wie bei den frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzten – fehlen noch immer die notwendigen Konzepte und Programme.»

Dies soll – so die Vorstellung von santésuisse – so rasch wie möglich anders werden. «Keine Tarifverträge mehr ohne Bestimmungen zur Qualitätssicherung», lautet die Maxime. Dazu kommen weitere «konkrete Vorgaben für Tarifverhandlungen»: Die vereinbarte Qualitätssicherung muss mess- und vergleichbar sein, und ihre Resultate sollen transparent gemacht werden. Wer die vertraglichen Abmachungen zur Qualitätssicherung nicht einhält, hat mit Sanktionen zu rechnen.

Der Einbezug ergebnisorientierter Indikatoren in die Beschreibung von Qualität ist für santésuisse «selbstverständlich». Im Gegensatz zum Artikel von Herren/Stucki werden aber mögliche Problemzonen im Bereich der Qualitätsmessung – insbesondere auch bezüglich der Ergebnisqualität – kaum thematisiert. Zumindest unterschwellig entsteht dadurch der Eindruck, es habe sich in diesem Bereich bereits ein allgemein anerkanntes Instrumentarium etabliert, das es lediglich konsequent anzuwenden gelte.

Bei allen «Playern» im Gesundheitswesen auf Zustimmung stossen dürfte die Aussage Nolls, «dass die Qualitätssicherung nicht von oben diktiert werden kann». Und ihre abschliessende Einladung eröffnet zumindest interessante Perspektiven, wenn auch unter der Prämisse, dass Qualitätssicherung und -messung finanzielle Konsequenzen haben sollen: «Die Krankenversicherer waren und sind gerne bereit, gemeinsam mit den Leistungserbringenden solche Modelle zu entwickeln.»

4 Nold V. Die Tarife müssen künftig auch von der Qualität abhängen. Care Management. 2008;1(6):13-5.

### «Care Management» mit Schwerpunkt «Pay for Performance»

In der aktuellen Ausgabe der Zeitschrift «Care Management» beleuchten namhafte Experten aus unterschiedlicher Perspektive das Thema «Pay for Performance». Editorial und Inhaltsverzeichnis sind unter [www.care-management.emh.ch](http://www.care-management.emh.ch) einsehbar. Die Einzelnummer 6/2008 kann zudem für 20 Franken über die E-Mail-Adresse [auslieferung@emh.ch](mailto:auslieferung@emh.ch) oder telefonisch unter 061/467 85 75 beim Schweizerischen Ärzteverlag EMH bestellt werden.

Die Publikation einer erweiterten Fassung des Artikels von Daniel Herren und Iris Stucki, in dem die Autoren die Sicht der FMH auf das Thema «Pay for Performance» umreissen, ist für die SÄZ Nr. 3/2009 vorgesehen.