

Veröffentlichung und Vergütung von Qualitätsdaten: Wie denkt die FMH?

Daniel B. Herren^a, Iris Stucki^b

^a Dr. med. MHA, Mitglied Zentralvorstand FMH, Ressort Daten, Demographie & Qualität (DDQ)

^b lic. phil. I, wissenschaftliche Mitarbeiterin DDQ, iris.stucki@fmh.ch

Es ist ein Ziel der FMH, Qualität als zentrales Element des ärztlichen Handelns sichtbar zu machen. Eine hohe Versorgungsqualität wird durch systematische Verbesserung in einem selbstlernenden System erreicht und soll honoriert werden. Wir bevorzugen Anreizsysteme, die Qualitätstransparenz mit *incentives* verknüpfen, wobei solche Anreize nicht nur finanzieller Art sein sollen. Denn die Koppelung von finanzieller Vergütung mit Qualität kann problematisch sein und zu Fehlanreizen und zur Fehlversorgung führen. Für Patienten müssen spezifische Informationen über Qualitätsdaten bedarfsgerecht aufbereitet und vermittelt werden.

Qualitätstransparenz und finanzielle Anreize

Grundlage jeder Qualitätsmessung ist das Festlegen von Qualitätsindikatoren und -kriterien. Erst deren genaue Definition erlaubt es, ein System aufzubauen, in dem 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, die Mittelmässigkeit und Fehlversorgungen Vorschub leisten können. Beispiele solcher Fehlanreize sind: Unangemessener Fokus auf das, was gemessen wird, einhergehend mit einer Vernachlässigung von Behandlungen, die nicht gemessen werden, Patientenselektion zulasten der schwächsten Patienten sowie Gefahr der Manipulation von Daten [1]. Porter bezeichnet gar die meisten P4P-Modelle als Pay for Compliance, also als reines Erfüllen der Prozesskonformität ohne Anspruch auf tatsächliche Qualitätsverbesserung. Dies hat unter ande-

rem zur Folge, dass Innovationen eher gebremst als gefördert werden [2].

Transparenz für Leistungserbringer und Patienten?

Die Leistungserbringer 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. Auch Patienten nutzen die Informationen nicht wie erwartet und sie haben nur eine limitierte Wirkung auf ihre Wahl des Leistungserbringers. Dies hat damit zu tun, dass nur ein kleiner Teil der Patienten die Informationen überhaupt versteht und die Aussagekraft in Bezug auf die Behandlungsqualität beschränkt ist [3]. Für die Patienten spielen bei der Vertrauensbildung die Datenherkunft sowie wer die Daten publiziert eine Rolle [4].

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 Leistungserbringer befähigen, ihre Kernaufgabe, die Behandlung ihrer Patienten, zu optimieren. Unsere Meinung ist es, dass die Grundlage für eine Qualitätsentwicklung die systematische kontinuierliche Verbesserung der Leistungen durch ein selbstlernendes System darstellt [5]. Qualitätstransparenz darf deshalb nicht nur der Offenlegung von reinen Qualitätsdaten dienen, sondern muss vor allem komplexe Qualitätsinformationen verständlich und der Anspruchsgruppe entsprechend vermitteln. Erst damit wird sie der Nutzbarkeit aller Anspruchsgruppen gerecht. Folgende Punkte erscheinen uns dabei relevant:

- Die Behandlung soll nach geltenden, evidence-based Normen durchgeführt werden, sie aber trotzdem bei jedem Patienten individuell anpassen (state of the art medicine);
- Sich und sein Tun in einem dem Fachgebiet relevanten Umfeld spiegeln zu können (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;

- 1 Mason A, Street A. Publishing outcome data: is it an effective approach? *J Eval Clin Pract.* 2006;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. *Qual Health Care.* 2000;9:53-7.
- 4 Magee H, Davis L-J, Coulter, A. Public views on healthcare performance indicators and patient choice. *J R Soc Med.* 2003;96:338-42.
- 5 AGQ-FMH. Qualitätsmanagement und Zertifizierung der ärztlichen Leistungserbringung: Aufwand und Nutzen. *Schweiz Ärztezeitung.* 2008;89(20):838-41.

Korrespondenz:

FMH
Elfenstrasse 18
Postfach 170
CH-3000 Bern 15

daniel.herren@kws.ch

- Sich kontinuierlich zu verbessern und gezielt und individuell in zu verbessernde Qualitätsbereiche zu investieren.

Informationsbedarf von Patienten

Patienten benötigen Daten, die helfen, die eigene Situation mit realistischer Einschätzung des möglichen Behandlungserfolges zu beurteilen und einen geeigneten Arzt für die jeweilige Krankheit zu finden. Qualitätstransparenz soll den Patienten ein Plus an Sicherheit und Vertrauen gewährleisten. Vorgängig sind jedoch qualitative Untersuchungen nötig, welche den originären Informationsbedarf von Patienten eruieren. Die FMH hat zu diesem Zweck die Berner Fachhochschule mit einer Bedarfsanalyse beauftragt. Anhand von Fokusgruppen mit Patienten soll aufgezeigt werden, welche Informationen sich diese über die Qualität der ambulant tätigen Leistungserbringer wünschen. Aus den qualitativen Daten der Fokusgruppen kann ein Erhebungsinstrument für eine repräsentative Umfrage entwickelt werden. Die Ergebnisse ermöglichen der FMH, Überlegungen anzustellen, in welcher Form die gewünschten Informationen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden können.

Pay-for-Performance-(P4P-)Programme

Von der Qualitätsmessung und Veröffentlichung ist es nur ein kleiner Schritt dahin, bessere Qualitätsergebnisse auch finanziell zu belohnen [6]. 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 zusammen mit der Datenpublikation auch P4P-Programme durchgeführt werden [7]. 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 lassen sich rasch im Konsens beurteilen, die Komplexität der Ergebnisse ganzer Behandlungsketten überfordert jedoch oft die Qualitätsmessungen. Zudem bedingt ein validiertes Beurteilungssystem komplexe und anspruchsvolle Prüfalgorithmen, die aufwendig und vor allem teuer sind. Bei falschen Indikatoren droht im schlimmsten Fall sogar eine Verschlechterung der Versorgungsqualität [8].

Wenn es denn aber gelingt, sich mit allen Partnern auf sinnvolle Messgrössen zu einigen,

entbrennt die Diskussion um die Höhe und die Form 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 Mehrerwerb. Sind die leistungsabhängigen Vergütungen relevant, wie in England, dann besteht die Gefahr der Fehlanreize [9]. Das Design solcher leistungsabhängigen Boni hat einen grossen Einfluss auf die Risiken. 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 [10]. 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 (I4Q)

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 können. Dabei können 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 (z. B. Erleichterung von Kostengutsprachen usw.). Die Indikatoren zum Erfassen von medizinischen Qualitätsaktivitäten müssen dabei von den Fachgesellschaften festgelegt werden und können auch Projektcharakter aufweisen. Diese Indikatoren sollen Elemente der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beinhalten, durch Selbst- und Fremdevaluation gemessen werden und einen Nutzen erwarten lassen.

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

6 Bertelsmann Stiftung. Unser Gesundheitswesen braucht Qualitätstransparenz. Transparenz für Bürger. Transparenz für Ärzte. Politik für Transparenz. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

7 Lindenauer P, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med.* 2007;356(5): 486-96.

8 Geraedts M, Jäckel W, Thomeczek C, Altenhofen L, Birkner B, Blumenstock G, et al. Qualitätsindikatoren in Deutschland. *Z Arztl Fortbildung Qual Gesundhwes.* 2005;99: 329-31.

9 Roland M, Campbell S, Bailey N, Whalley D, Sibbald B. Qualitätsabhängige Arztvergütung: Ein gross angelegtes Experiment in Grossbritannien. In: Stock J, Szecsenyi J (Hrsg.). Stichwort Qualitätsindikatoren. Erste Erfahrungen in der Praxis. Bonn/Frankfurt a.M.: Kompart; 2007. S. 43-70.

10 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.