

**Welche Chancen & Risiken  
bieten Ansätze  
zur ergebnisorientierten Vergütung ?**

**Nikolaus Gerdes**

Hochrhein-Institut am RehaKlinikum  
Bad Säckingen

# Hintergrund

Ergebnisorientierte Vergütung ist eines unter mehreren Systemen zur „qualitätsorientierten Vergütung“

## „Pay for Performance (P4P)“

In USA und GB seit ca. 5-6 Jahren ein zentrales Thema der Gesundheitspolitik (MEDLINE aktuell: > 3.500 Artikel mit P4P im Titel)

### Grundprinzip P4P:

Finanzielle Anreize zu besserer Versorgungsqualität  
(wie in der Wirtschaft ... )

### Auslöser:

Nachgewiesene gravierende Qualitätsmängel im Gesundheitswesen

*„ ...tens of thousands of Americans die each year from errors in their care, and hundreds of thousands suffer or barely escape from nonfatal injuries that a truly high-quality care system would largely prevent” (IOM 2001)*

# Qualitätsmängel in deutschen Krankenhäusern

Sachverständigenrat zur Begutachtung  
der Entwicklung im Gesundheitswesen:

## - Jahresgutachten 2007 -

Nach systematischen Metaanalysen der vorliegenden Studien  
ist allein im Krankenhausbereich bei ca. 17 Mio. Fällen/Jahr  
zu rechnen mit jährlich ca.:

- 500.000 - 800.000 nosokomiale Infektionen
- 700.000 Decubiti
- 400.000 Stürze
- 170.000 Behandlungsfehler
- 17.000 vermeidbare Todesfälle  
(zum Vergleich: Verkehrstote 2009: n = 4.160)

*„Der gesamte ambulante Bereich ist dabei noch gar nicht berücksichtigt.“*

(SVR 2007; Langfassung; S. 468)

# „Pay for Performance“

Reaktion auf Qualitätsmängel unter der Leitfrage:

„Wie können die Leistungserbringer bewegt werden,  
die Qualität ihrer Leistungen zu verbessern?“

Erste Ansätze:

Maßnahmen wie: „quality reporting“, „public disclosure“ etc.  
brachten nicht die erhofften Qualitätsverbesserungen.

neuer Ansatz: „P4P“:

2003 offener Brief von 15 Gesundheitsexperten:  
„Paying for Performance - Medicare should lead“

*„The strategic concept of paying for performance  
- a bedrock principle in most industries -  
has begun to emerge in health care  
in a variety of experiments in both the private and public sectors“.*

(Berwick et al. 2003)

# Grundmodelle von P4P

Unterscheidung der aktuellen Varianten von P4P nach:

- Art der Finanzierung des Bonus:
  - Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen  
(z.B. NHS GB 2005: 1,3 Mrd. € für Hausarztpraxen)
  - zunächst Kosteneinsparungen (durch Leistungserbringer),  
die dann nach Qualitätskriterien ausgeschüttet werden
  - Bonus-Malus-Systeme  
(„Bonus der Einen wird durch Malus der Anderen finanziert“)
  
- Art der Qualitätskriterien:
  - Kriterien der Prozessqualität  
(z.B. regelmäßige Blutzuckerkontrollen bei Diabetikern in Hausarztpraxen)
  - Kriterien der Ergebnisqualität (eher selten eingesetzt)
  
- Höhe der finanziellen Incentives:  
z.Zt. noch offene Frage

## P4P: Chancen & Risiken

**Chancen:** (v.a. Gesundheitspolitik, Kostenträger, Pat.-Organisationen)

Qualitätsverbesserungen, die durch „Incentives“ gezielt an besonders kritische Stellen gelenkt werden können  
*„QS mit eingebauten Konsequenzen!“*

**Risiken:** (v.a. - aber nicht nur - aus Reihen der Ärzteschaft)

- „Rosinenpicken bei Pat.-Auswahl“ (problematische Fälle abweisen)
- Verstärkung der Profitorientierung im Gesundheitswesen
- „Tunnelblick“: Fokussierung nur auf Aspekte, die gemessen werden
- Leistungen erbringen, die „punkten“, im konkreten Fall aber unnötig sind
- massive Eingriffe in die ärztliche Behandlungsfreiheit
- Belohnung v.a. derjenigen, die sowieso schon gute Qualität aufweisen
- hoher administrativer Aufwand
- Anreize zu „Datenmanipulation, Rosinenpicken und Betrug“.

## P4P: Chancen & Risiken

**Chancen:** (v.a. Gesundheitspolitik, Kostenträger, Pat.-Organisationen)

Qualitätsverbesserungen, die durch Incentives gezielt an besonders kritische Stellen gelenkt werden können  
*„QS mit eingebauten Konsequenzen!“*

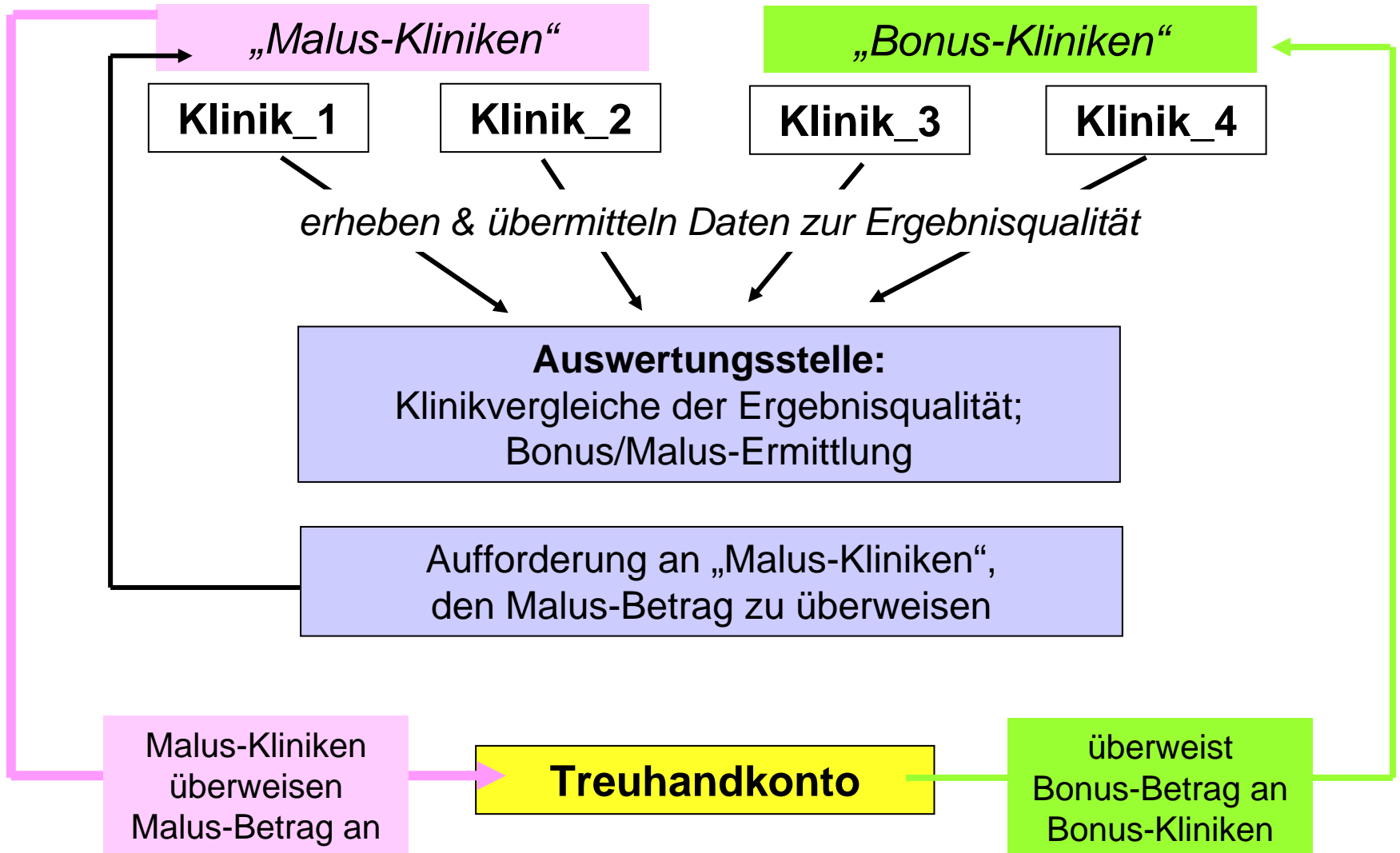
**Risiken:** (v.a. - aber nicht nur - aus Reihen der Ärzteschaft)

- „Rosinenpicken“ (Rosinenpicken)
  - „Tun als ob“ (Tun als ob)
  - Leistungsdruck (Leistungsdruck)
  - massives Personalmangel (massives Personalmangel)
  - Belohnung von Leistung (Belohnung von Leistung)
  - hoher administrativer Aufwand
  - Anreize zu „Datenmanipulation, Rosinenpicken und Betrug“.
- Die meisten dieser Einwände beziehen sich offenkundig auf P4P-Modelle, die an Kriterien der **Prozessqualität** ausgerichtet sind.

# Qualitätsorientierte Vergütung in Deutschland

- einige kleinere regionale Modelle
  - TK Modellerprobung bei Rückenschmerzpatienten: Behandlungsteams erhielten 10% Bonus, falls Pat. nach 4 Wo. wieder arbeitsfähig waren und dies auch 6 Mon. lang blieben
  - TK und MDK Rheinland-Pfalz: EVA-Reha enthält Aspekte von ergebnisorientierter Vergütung
- Krankenhausreport 2007; (Lüngen, Gerber und Lauterbach 2007): Anwendbarkeit von P4P-Verfahren auf die Krankenhausvergütung in Deutschland wird skeptisch beurteilt
- „Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall“  
ERGOV Modellprojekt 2001 - 2009  
Wittgensteiner Kliniken AG (Helios) und m&i Klinikgruppe Enzensberg (je 6 neurologische Fachkliniken) in Kooperation mit MDK Sachsen, BARMER, Hochrhein-Institut Bad Säckingen

# Grundzüge des Modells



## Vorteile dieses Modells

- zeitnahe Kontrolle der Ergebnisqualität für jeden Einzelfall
- Konsequenzen aus unterdurchschnittlicher Ergebnisqualität sind in das Verfahren ‚eingebaut‘
  - ➔ ermöglicht u.a. rationalen Umgang mit “Dumping-Angeboten“
- Die „Schärfe“ der Konsequenzen kann über „Stellschrauben“ im Bonus/Malus-Modell konsensuell einreguliert werden
- Für **Leistungsträger** „budget-neutral“, weil der Bonus der Einen durch den Malus der Anderen finanziert wird
- Die Leistungsträger sind in das ganze Verfahren der Bonus/Malus-Ermittlung und -Verteilung gar nicht involviert
  - ➔ administrativ sehr „schlankes“ Verfahren
  - ➔ offen für alle Kliniken und Leistungsträger

### Prinzip:

Die Kliniken organisieren **untereinander** einen „Qualitätswettbewerb“ mit einem wissenschaftlichen Institut als „**Schiedsrichter**“.

# Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen für die Kliniken

## Nutzen:

- + Bonus-Chance für überdurchschnittliche Kliniken
- + falls Bonus: Image-Gewinn bei Leistungsträgern, Akutkliniken und Patienten
- + bei z.B. quartalsmäßigen Auswertungen jeweils aktuelle Info zur Entwicklung der Ergebnisqualität und zur Position vs. andere Kliniken

## Risiken und Nebenwirkungen:

- zusätzlicher Aufwand für Datenerhebungen
- Malus-Risiko (auch bei nur passageren Engpässen in der Klinik)

Eine Beteiligung an dem „Qualitätswettbewerb“ ist für die Kliniken nur dann attraktiv, wenn die Teilnahme von den Leistungsträgern durch Anerkennung als „*preferred provider*“ honoriert wird.

# methodische Hürden bei der Entwicklung des Verfahrens

## Drei Hauptprobleme:

- # 1. Messung der Ergebnisqualität
- # 2. faire Ausgangsbedingungen bei den Klinikvergleichen  
(Kontrolle des „case-mix“)
- # 3. Kontrolle von Datenmanipulationen & „gaming“

# **SINGER - „Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatriische Rehabilitation“**

## **Selbstversorgung**

- 01 Essen, Trinken
- 02 Anziehen, Ausziehen
- 03 Pers. Hygiene (Zähneputzen etc.)
- 04 Waschen, Duschen
- 05 Stuhlkontrolle
- 06 Harnkontrolle
- 07 Toilettengang

## **Mobilität**

- 08 Transfer Bett-(Roll-)Stuhl
- 09 Rollstuhlnutzung
- 10 Gehen
- 11 Treppensteigen

## **kommunikative Aktivitäten**

- 12 Hören & Verstehen
- 13 verbale Kommunikation
- 14 Lesen & Verstehen
- 15 Schreiben

## **kognitive Aktivitäten**

- 16 Orientierung & Gedächtnis
- 17 konzentrierte Belastbarkeit
- 18 Planen & Problemlösen
- 19 soziales Verhalten

## **Haushalt** (gehört zu „Mobilität“)

- 20 Haushaltsführung

# SINGER - „Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation“

## Selbstversorgung

01 Essen, Trinken

02 Anziehen, Ausziehen

03 Pers

04 Was

05 Stuh

06 Harr

07 Toile

## kommunikative Aktivitäten

12 Hören & Verstehen

13 verbale Kommunikation

**Abstufungen** für jedes der 20 Items von  
0 = „völlig abhängig von professioneller Hilfe“  
bis  
5 = „selbständig ohne Hilfsmittel“

**Summenscore:** 0 - 100

dächtnis  
stbarkeit

## Mobilität

08 Transfer Bett-(Roll-)Stuhl

09 Rollstuhlnutzung

10 Gehen

11 Treppensteigen

18 Planen & Problemlösen

19 soziales Verhalten

**Haushalt** (gehört zu „Mobilität“)

20 Haushaltsführung

## Problem # 2: Kontrolle des case-mix in den Kliniken

### Feldstudie in 13 neurologischen Fachkliniken (Projekt SINGER-II)

#### Studienziele:

- virtuelle Erprobung einer outcome-orientierten Vergütung

#### Messinstrumente:

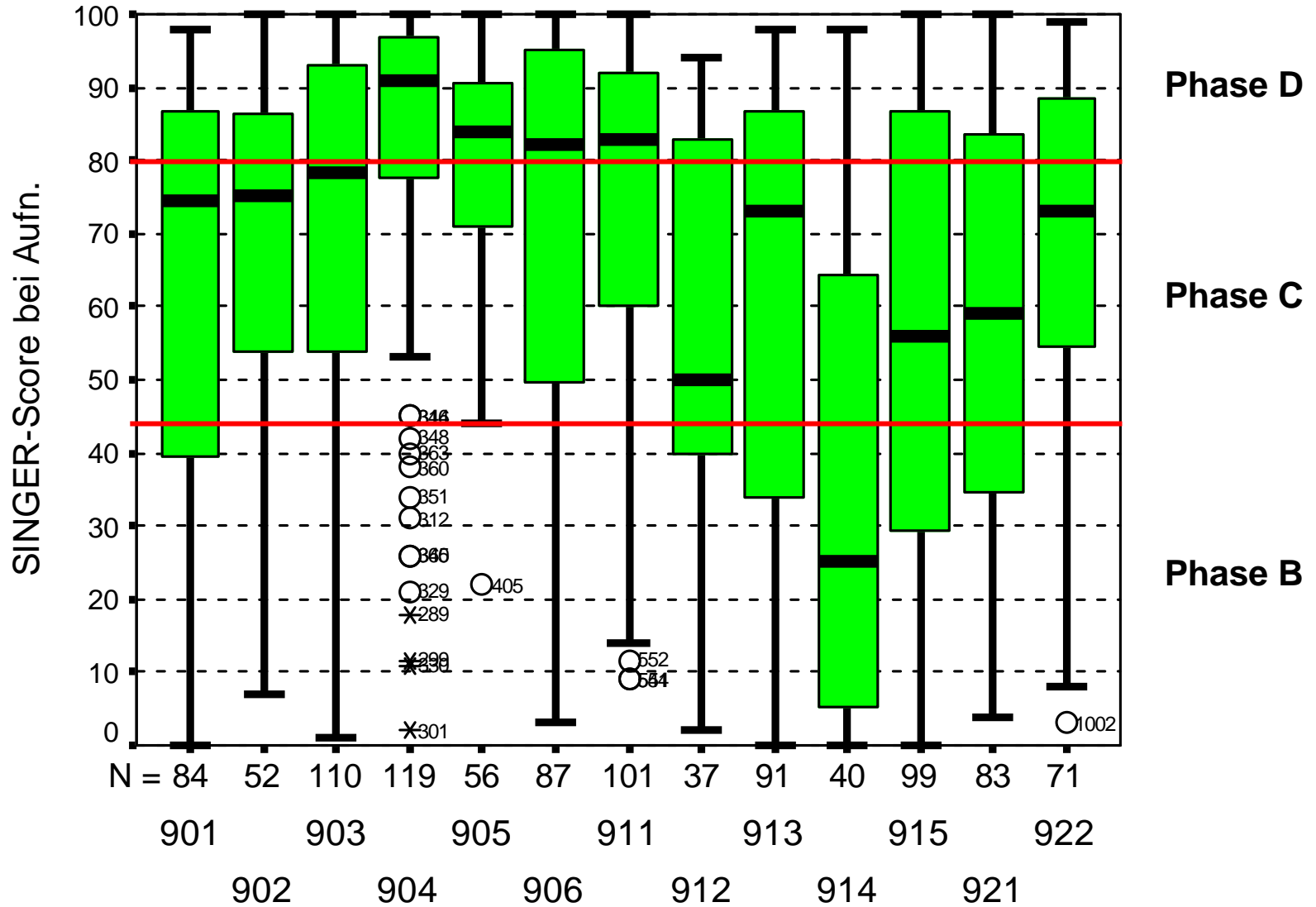
- **SINGER** bei Aufnahme und Entlassung
- **Arztbogen** demogr. & med. Angaben (Stroke-Scale; Komorbidität etc.)

#### Datenerhebungen:

Oktober 2005 - März 2006;

n= **1.058 Fälle** mit vollständigen Datensätzen  
(24% Phase B; 31% Phase C; 45% Phase D)

# Unterschiede im case-mix der beteiligten Kliniken



## regressionsanalytisches Prädiktorenmodell für Outcome ( = SINGER-Summenscore bei Entlassung)

Variable	B	Beta	p <
Konstante	xx.xxx		.001
SINGER-Bereich „Selbstversorgung“ (A)	.225	.301	.001
SINGER-Bereich „Kommunikation“ (A)	.236	.282	.001
SINGER-Bereich „Mobilität“ (A)	.180	.252	.001
SINGER-Bereich „kognitive Aktivität“ (A)	.151	.169	.001
Reha-Dauer	.181	.148	.001
Rumpfkontrolle (A)	-5.277	-.134	.001
Phase-C-Dummy (A)	5.919	.107	.001
Lebensalter (A)	-.129	-.057	.001

erklärte Varianz des SINGER-Scores bei Entlassung: **84,4 %**

# regressionsanalytisches Prädiktorenmodell für Outcome ( = SINGER-Summenscore bei Entlassung)

Variable	B	Beta	p <
Konstante	xx.xxx		.001
SINGER-Bereich „Selbstversorgung“ (A)	.225	.301	.001
SINGER-Bereich „Kommunikation“ (A)	.236	.282	.001
SINGER		2	.001
SINGER		9	.001
Reha-Da		8	.001
Rumpfko		4	.001
Phase-C		7	.001
Lebensa		7	.001

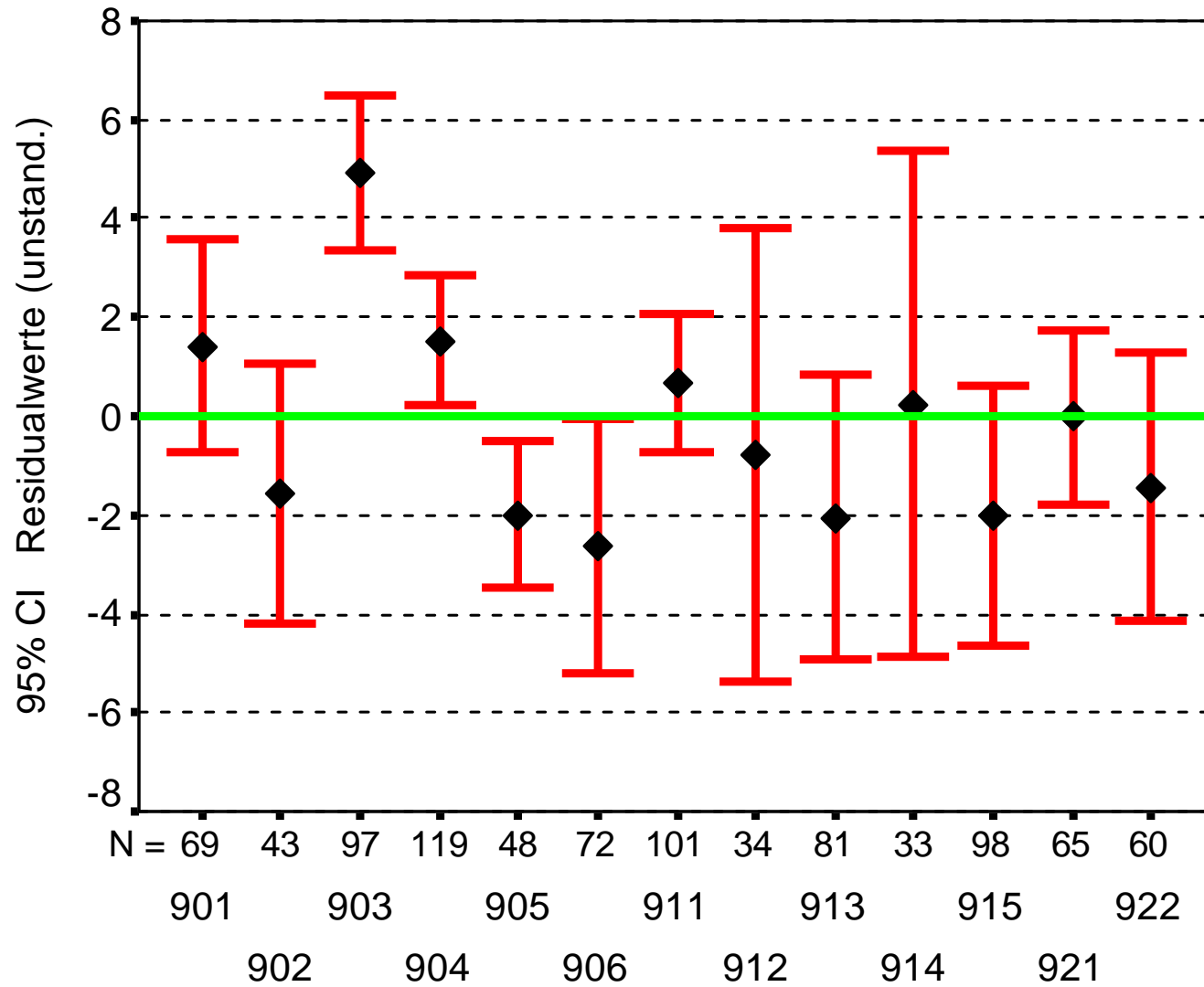
Aus den Regressionskoeffizienten B wird pro Fall ein prognostizierter Entlassungswert berechnet und mit dem tatsächlichen Entlassungswert verglichen.

Differenz beider Werte = „**Residualwert**“

Kliniken mit einem positiven Mittelwert der Residuen haben  
- case-mix bereinigt -  
eine bessere Ergebnisqualität als der Durchschnitt.

erklärte Varianz des SINGER-Scores bei Entlassung: **84,4 %**

# Klinikvergleiche: Mittelwerte und 95% CI der Residualwerte



## Klinikvergleiche Outcomes: Kennzahlen für ergebnisorientierte Vergütung

Klinik	Residualwert
901	1,417
902	-1,570
903	4,918
904	1,535
905	-1,991
906	-2,638
911	0,646
912	-0,772
913	--2,048
914	0,246
915	-2,029
921	-0,002
922	-1,427

## Klinikvergleiche Outcomes: Kennzahlen für ergebnisorientierte Vergütung

Klinik	Residualwert	Multiplikator z.B. 20
901	1,417	+ 28,34
902	-1,570	- 31,40
903	4,918	+ 98,36
904	1,535	+ 30,70
905	-1,991	- 39,82
906	-2,638	- 52,76
911	0,646	+ 12,92
912	-0,772	- 15,44
913	-2,048	- 40,96
914	0,246	+ 4,92
915	-2,029	- 40,58
921	-0,002	- 0,04
922	-1,427	- 28,54

## Klinikvergleiche Outcomes: Kennzahlen für ergebnisorientierte Vergütung

Klinik	Residualwert	Multiplikator z.B. 20
901	1,417	+ 28,34
902	-1,570	- 31,40
903	4,918	+ 98,36
904	1,535	+ 30,70
905	-1,991	- 39,82
906	-2,638	- 52,76
911	0,646	+ 12,92
912	-0,772	- 15,44
913	--2,048	- 40,96
914	0,246	+ 4,92
915	-2,029	- 40,58
921	-0,002	- 0,04
922	-1,427	- 28,54

### Multiplikator frei wählbar !

z.B. würden bei  
einem Faktor von 10  
die Beträge halbiert;  
bei einem Faktor von 40  
verdoppelt.

Über diesen Faktor  
können damit die finanziellen  
Auswirkungen des Verfahrens  
justiert werden.

## Klinikvergleiche Outcomes: Kennzahlen für ergebnisorientierte Vergütung

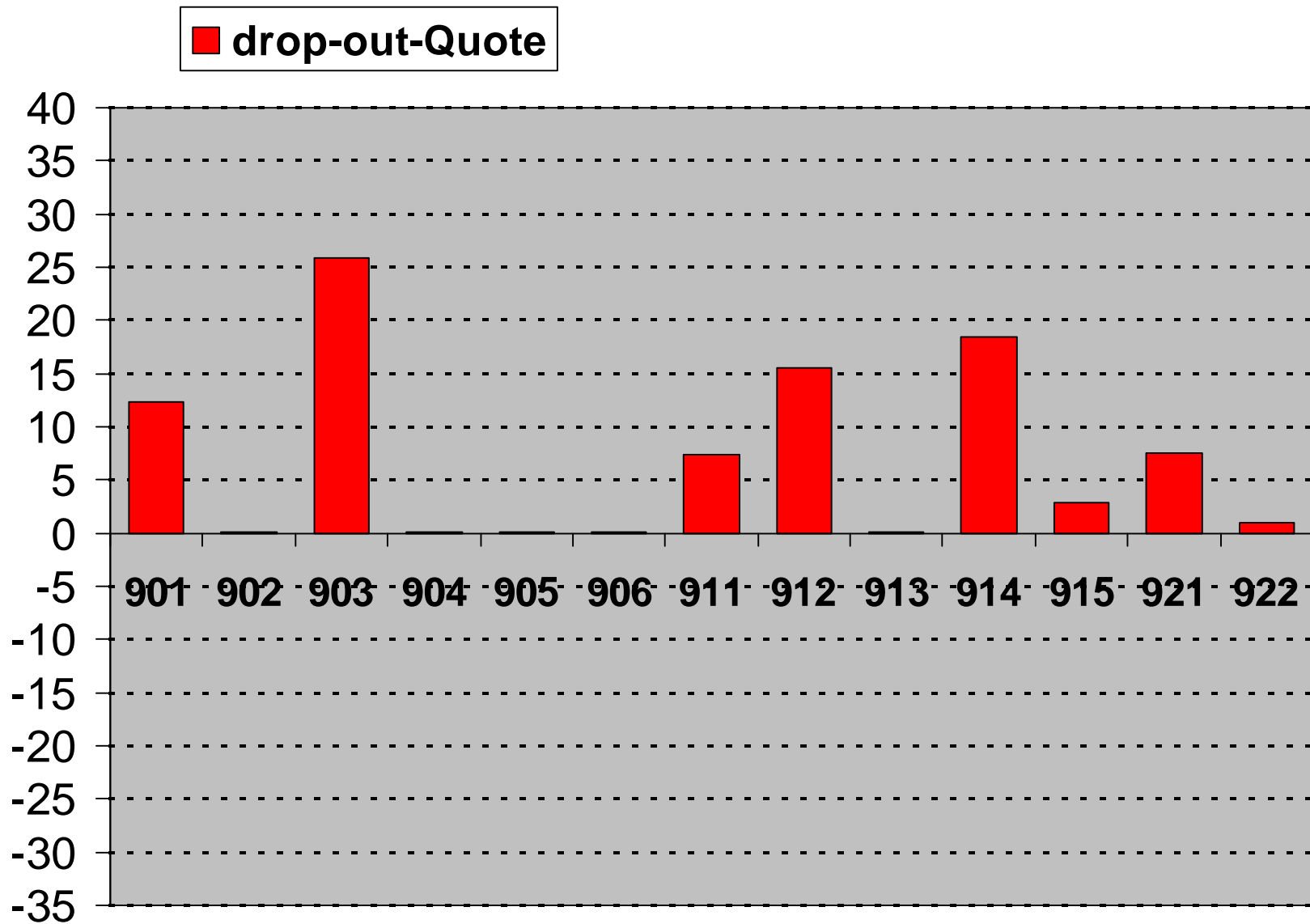
Klinik	Residualwert	Multiplikator z.B. 20	n=	Bonus/ Malus für Klinik
901	1,417	+ 28,34	69	+ 1.955,46
902	-1,570	- 31,40	43	- 1.350,20
903	4,918	+ 98,36	97	+ 9.540,92
904	1,535	+ 30,70	119	+ 3.653,30
905	-1,991	- 39,82	48	- 1.911,36
906	-2,638	- 52,76	72	- 3.798,72
911	0,646	+ 12,92	101	+ 1.304,92
912	-0,772	- 15,44	34	- 524,96
913	--2,048	- 40,96	81	- 3.317,76
914	0,246	+ 4,92	33	+ 162,36
915	-2,029	- 40,58	98	- 3.976,84
921	-0,002	- 0,04	65	- 2,60
922	-1,427	- 28,54	60	- 1.712,40

## Klinikvergleiche Outcomes: Kennzahlen für ergebnisorientierte Vergütung

Klinik	Residualwert	Faktor/Fall z.B. 20	n=	Bonus/ Malus für Klinik
901	1,417	+ 28,34	69	+ 1.955,46
902	-1,570	- 31,40	43	- 1.350,20
903	4,918	+ 98,36	97	+ 9.540,92
904	1,535	+ 30,70	119	+ 3.653,30
905	-1,991	- 39,82	48	- 1.911,36
906	-2,638	- 52,76	72	- 3.798,72
911	0,646			+ 1.304,92
912	-0,772			- 524,96
913	--2,048			- 3.317,76
914	0,246			+ 162,36
915	-2,029	- 40,58	98	- 3.976,84
921	-0,002	- 0,04	65	- 2,60
922	-1,427	- 28,54	60	- 1.712,40

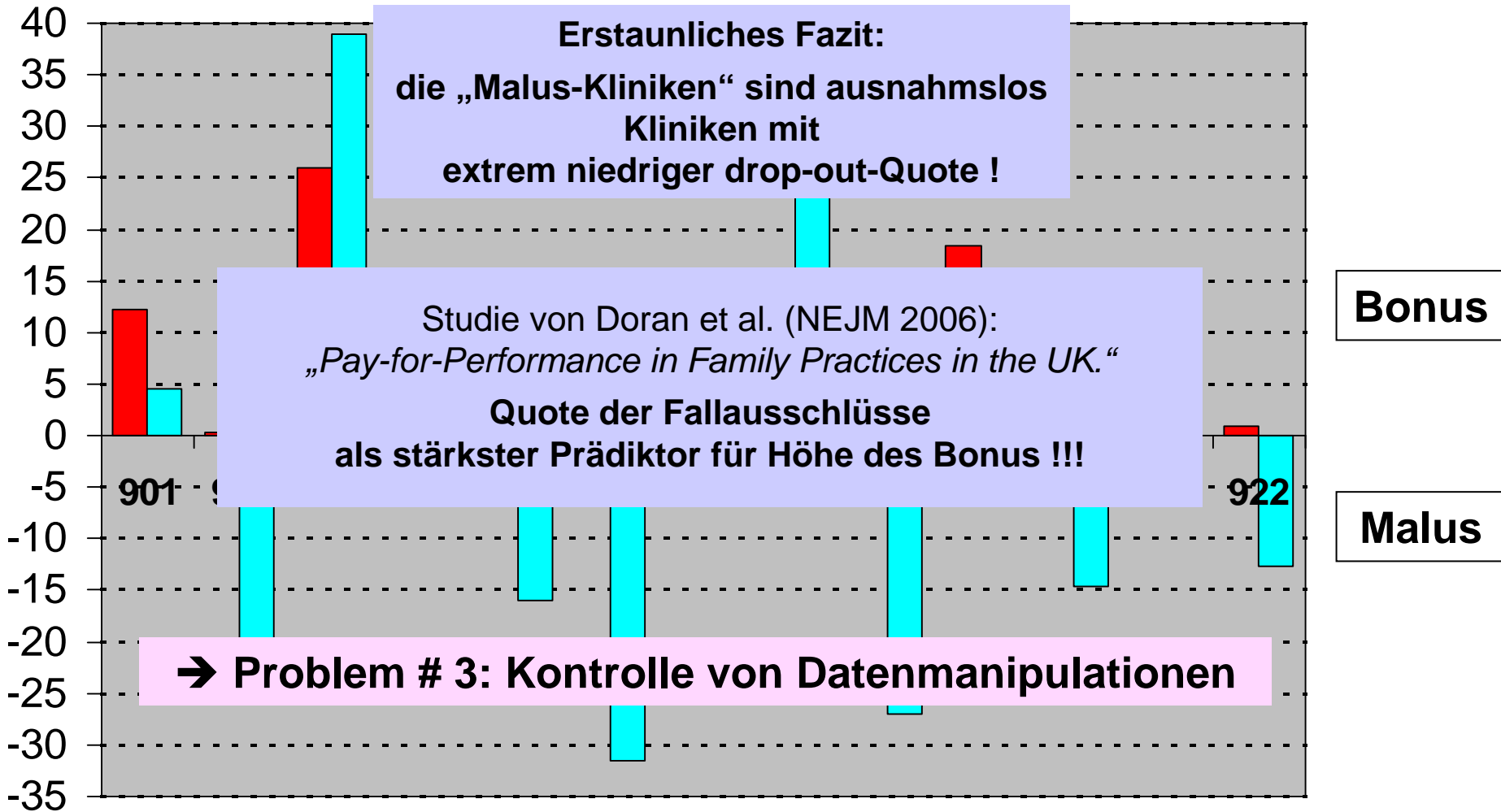
**Saldo Bonus ./.. Malus:**  
**+ 33,13**  
(bedingt durch  
Rundungsfehler)

# drop-out-Quote nach Kliniken



# drop-out-Quote vs. Residualwerte (\*10)

■ drop-out-Quote ■ Residualwerte Outcome\*10



## Möglichkeiten der Kliniken zu „gaming“

### - **Ausschlüsse von Fällen mit schlechten Ergebnissen provozieren**

- \* Erhebungsbögen nicht abschicken
- \* Reha-Diagnose nachträglich ändern („war kein Schlaganfall“)
- \* Reha-Abbruch deklarieren
- \* wichtige Prädiktorvariablen nicht ausfüllen
- \* zu viele fehlende Angaben im SINGER

**aber :** es kann auch gute klinische Gründe

**für nachträgliche Fallausschlüsse geben!**

z. B. Akutereignisse, Abbruch durch Patienten oder Angehörige;  
berechtigte Änderung der Diagnose etc.

### - **systematische „Optimierung“ der SINGER-Einstufungen:**

Bei Aufnahme möglichst niedrig und bei Entlassung möglichst hoch einstufen!

Um Fairness bei den Klinikvergleichen zu gewährleisten,

- v.a. auch im Interesse der „ehrlichen“ Kliniken -

muss „gaming“ kontrolliert werden!



**Lösungsansatz: „SINGER-online“**

# SINGER-online

## SINGER-online:

internetbasiertes Programm zur Dateneingabe durch die Kliniken

- \* eigener Server im Rechenzentrum der Universitätsklinik Freiburg
- \* Zugang für die Kliniken über Benutzernamen und Passwort
- \* Dateneingabe durch die Kliniken:
  - SINGER bei Aufnahme und Entlassung (bis zu 20 Zwischenassessments möglich)
  - „Doku-Bogen“ mit med. & soziodemographischen Angaben
- \* liefert den Kliniken eine Reihe von „Serviceleistungen“  
„SINGER-Patientenprofil“, Barthel-Index, Auswertungen über die Klinikstichprobe, Kurzbeschreibung der Assessments (z.B. für Arztbrief), Export der eigenen Daten
- \* ermöglicht der Studienleitung jederzeit einen zentralen Export der anonymisierten Daten aus allen teilnehmenden Kliniken  
(deshalb sind z.B. quartalsmäßige Auswertungen möglich)

# Maßnahmen gegen „gaming“ im SINGER-online

## bei der Dateneingabe in den Kliniken

- + Eingabe der Aufnahmedaten bis zu 7 Tagen nach Aufnahme, Eingabe der Entlassungsdaten bis zu 10 Tagen nach Entlassung
- + alle für die Klinikvergleiche wesentlichen Angaben sind Pflichtfelder
- + fertig eingegebene Daten können von den Kliniken nicht mehr verändert oder gelöscht werden
- + Datenänderungen nur auf schriftlichen Antrag der Klinik

## stichprobenartige Kontrollen durch den MDK

- \* Eigenes „**MDK-Portal**“ im SINGER-online
- \* Lesezugriff für namentlich benannte MitarbeiterInnen des MDK - jeweils für spezifische Kliniken
- \* die Patientenliste einer Klinik enthält in der MDK-Ansicht Hinweise auf „prüfrelevante Fälle“ (z.B. Entlassungswerte des SINGER > 10% über Prognose)
- \* Möglichkeit, eigene SINGER-Einstufungen parallel zu denen der Klinik vorzunehmen und Kommentare abzugeben

# SINGER-online: Erprobung & Ergebnisse

## **SINGER-III Studie 2007-2008:**

Studie zur Erprobung von SINGER-online und der MDK-Kontrollen  
n= 700 Reha-Patienten aus 12 neurologischen Fachkliniken

### **Ergebnisse für SINGER-online:**

- Programm läuft stabil
- Bedienung macht keine Probleme in Kliniken
- Testauswertungen problemlos

### **Ergebnisse MDK-Kontrollen:**

- Prüfquote: 30% aller Fälle bei Aufn. & 23% bei Entlassung  
Resultat: 80% MDK = Klinik; Abweichungen um > 1 Stufe sehr selten
- bei 65 Fällen mit „Reha-Abbruch“ betrug die Prüfquote = 63%.  
In keinem der geprüften Fälle bestanden Zweifel an der Berechtigung des Abbruchs

## Weshalb ist dieses gut funktionierende Modell nicht in die Routine gegangen?

Ursprünglich Absicht der BARMER, die Teilnahme am „Qualitätswettbewerb“ für alle von ihr belegten Neuro-Kliniken verbindlich zu machen.

TK war ebenfalls einverstanden.

Verbindlichkeit der Teilnahme v.a., damit auch die weniger guten Kliniken (bzw. Kliniken mit sehr niedrigen Preisen) einbezogen werden.

### **Aber: juristische Bedenken:**

Auflagen an Kliniken bzgl. QS können nicht von einzelnen Kostenträgern, sondern nur von den Spitzenverbänden der KV erlassen werden.

Und:

von Belegung dürfen Kliniken nicht ausgeschlossen werden, wenn sie die Anforderungen von QS-Reha erfüllen

## Weshalb ist dieses gut funktionierende Modell nicht in die Routine gegangen?

Ursprünglich Absicht der BARMER, die Teilnahme am „Qualitätswettbewerb“ für alle von ihr belegten Neuro-Kliniken verbindlich zu machen.

TK war ebenfalls einverstanden.

Verbindlichkeit der Teilnahme v.a., damit auch die weniger guten Kliniken (bzw. Kliniken mit sehr niedrigen Preisen) einbezogen werden.

### **Aber: juristische Bedenken:**

Auflagen an Kliniken bzgl. QS können  
sondern nur von den Spitzenverbänden

Und:

von Belegung dürfen Kliniken nicht  
wenn sie die Anforderungen von Q



## Fazit: Risiken des Verfahrens

- Als Routineverfahren nur sinnvoll, wenn alle Kliniken teilnehmen; verpflichtende Einführung aber kaum möglich ohne Spitzenverband der GKV
- Belohnung v.a. für Kliniken, die sowieso schon „gut“ sind
- „Bestrafung“ von Kliniken mit passageren Engpässen (Ärztemangel etc.)
- „Monetarisierung“ des Behandlungserfolgs
- Gefahr eines „Tunnelblicks“ in den Kliniken: Konzentration auf die gemessenen Aspekte der Ergebnisqualität; Vernachlässigung anderer Aspekte, wie z.B.
  - rechtzeitige Vorbereitung der Entlassung
  - Einbeziehung von Angehörigen, Hausärzten; Betrieben
  - Vorbereitung und Unterstützung einer intensivierten Nachsorge
  - .....

## Fazit: Chancen des Modells

- ✓ methodisch und praktisch ausgereiftes, routinefähiges Verfahren
- ✓ wissenschaftlich abgesichert
- ✓ administrativ „schlankes“ Verfahren
- ✓ finanzielle Anreize zu kontinuierlicher Qualitätsentwicklung
- ✓ Qualitätssicherung „mit eingebauten Konsequenzen“ für jeden Einzelfall
- ✓ „Schärfe“ der Konsequenzen konsensuell regulierbar
- ✓ rationaler Umgang mit „Dumping-Angeboten“
- ✓ Einführung eines differenzierten Assessments in den Kliniken
- ✓ häufige zeitnahe Rückmeldungen über die Entwicklung der Ergebnisqualität
- ✓ .....

**Vielen Dank**

**für**

**Ihre Aufmerksamkeit**

**und Geduld !**