

**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!“

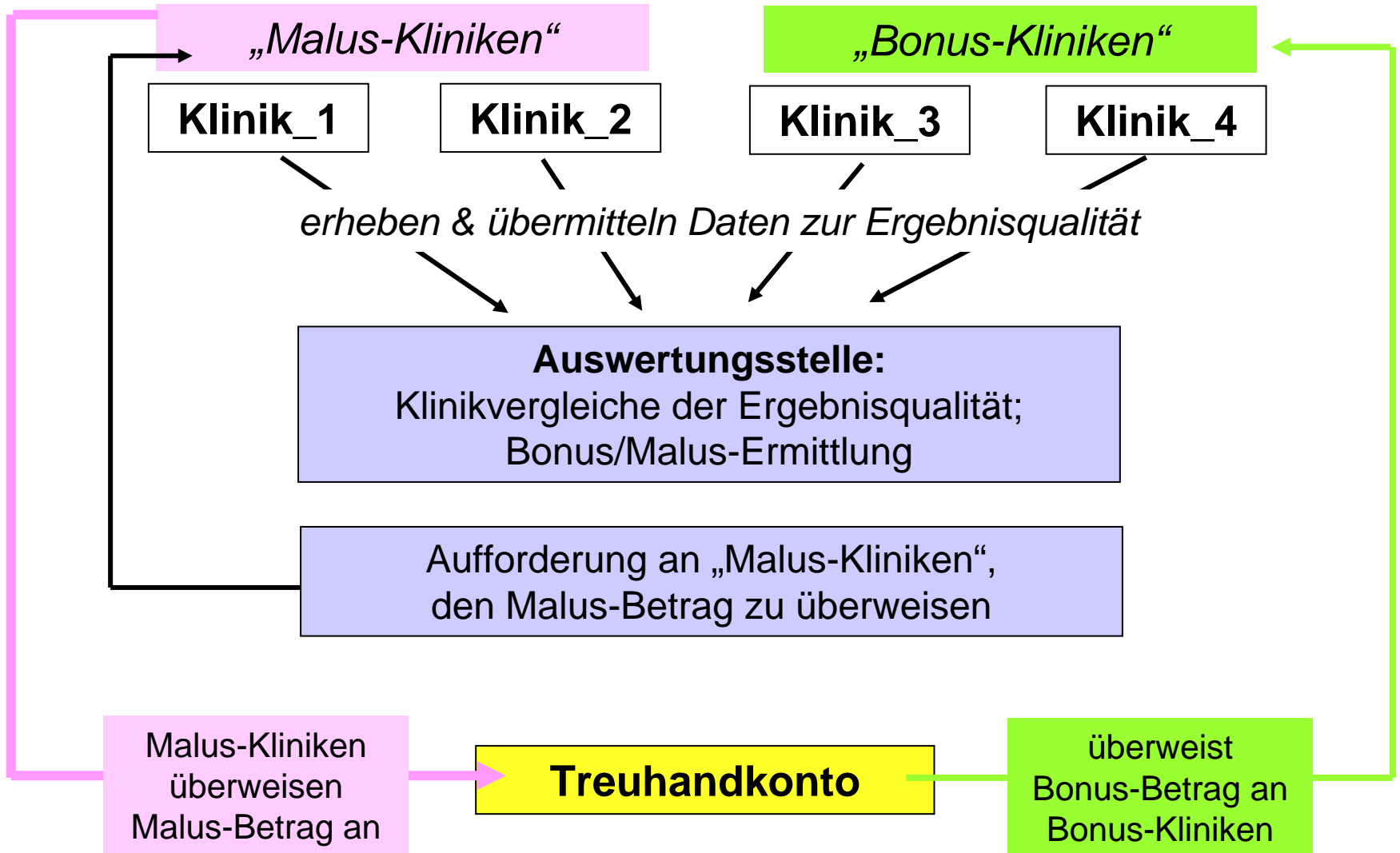
Risiken: (v.a. - aber nicht nur - aus Reihen der Ärzteschaft)

- „Rosinenpicken“ (Rosinenpicken)
- „Tun als ob“ (Tun als ob)
- Leistungsdruck (Leistungsdruck)
- massives Personalmangel (massives Personalmangel)
- Belohnung für Leistungen, die ohne entsprechende Qualitätsverbesserungen erzielt werden (Belohnung für Leistungen, die ohne entsprechende Qualitätsverbesserungen erzielt werden)
- hoher administrativer Aufwand
- Anreize zu „Datenmanipulation, Rosinenpicken und Betrug“.

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:

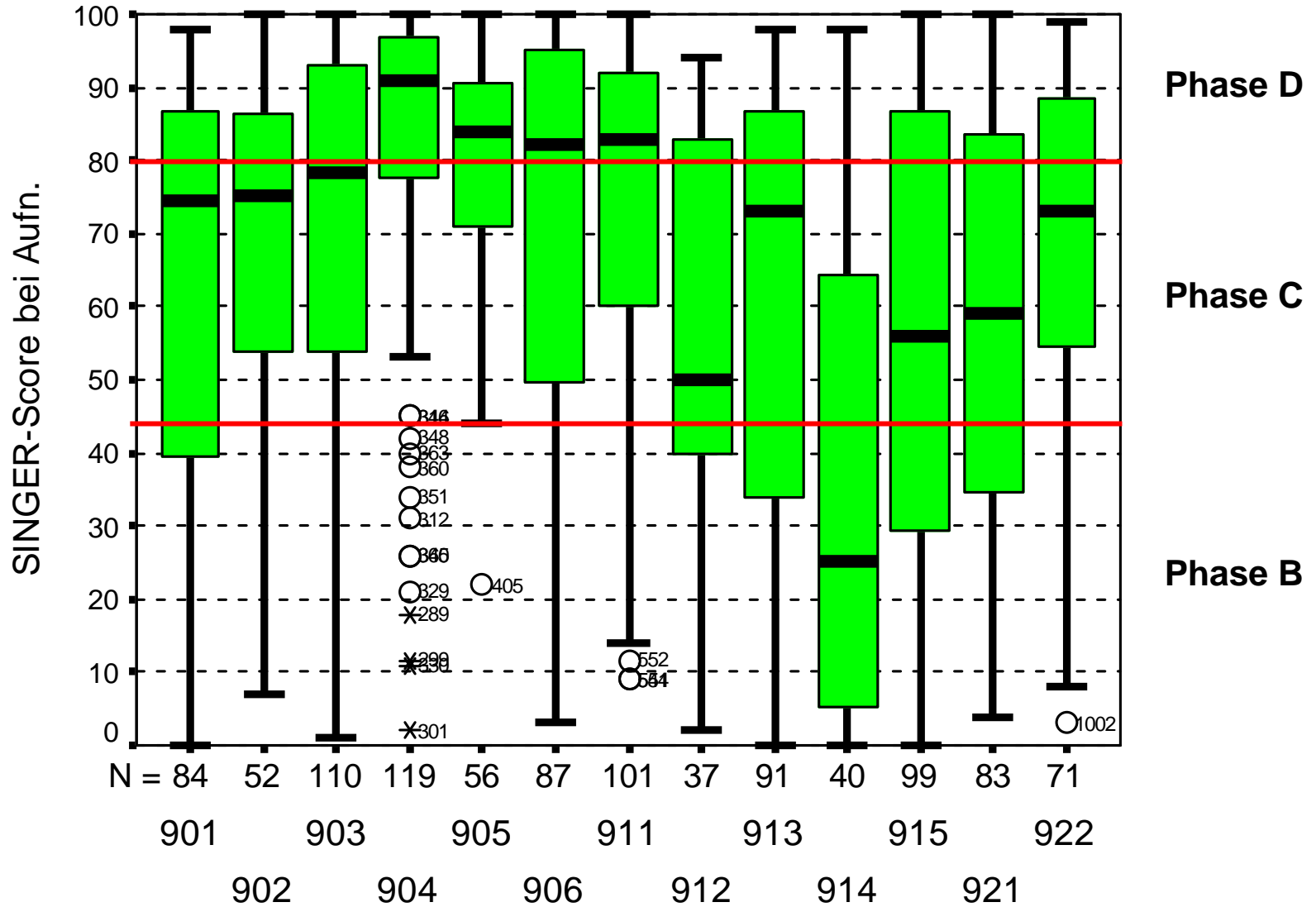
- **SINGER** bei Aufnahme und Entlassung
- **Arztbogen** demogr. & med. Angaben (Stroke-Scale; Komorbidität etc.)

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

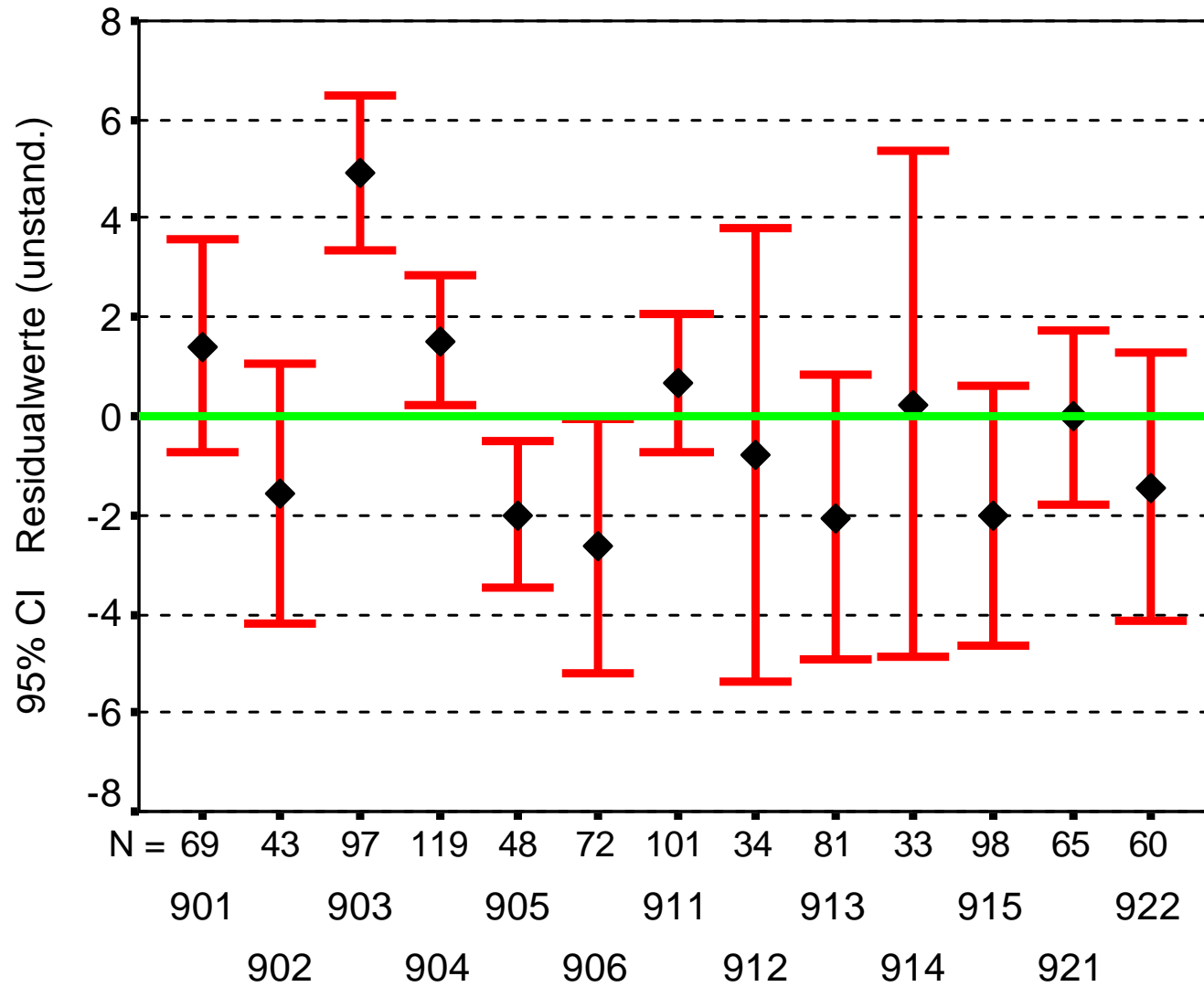
Aus den Regressionskoeffizienten B wird pro Fall ein prognostizierter Entlassungswert berechnet und mit dem tatsächlichen Entlassungswert verglichen.

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

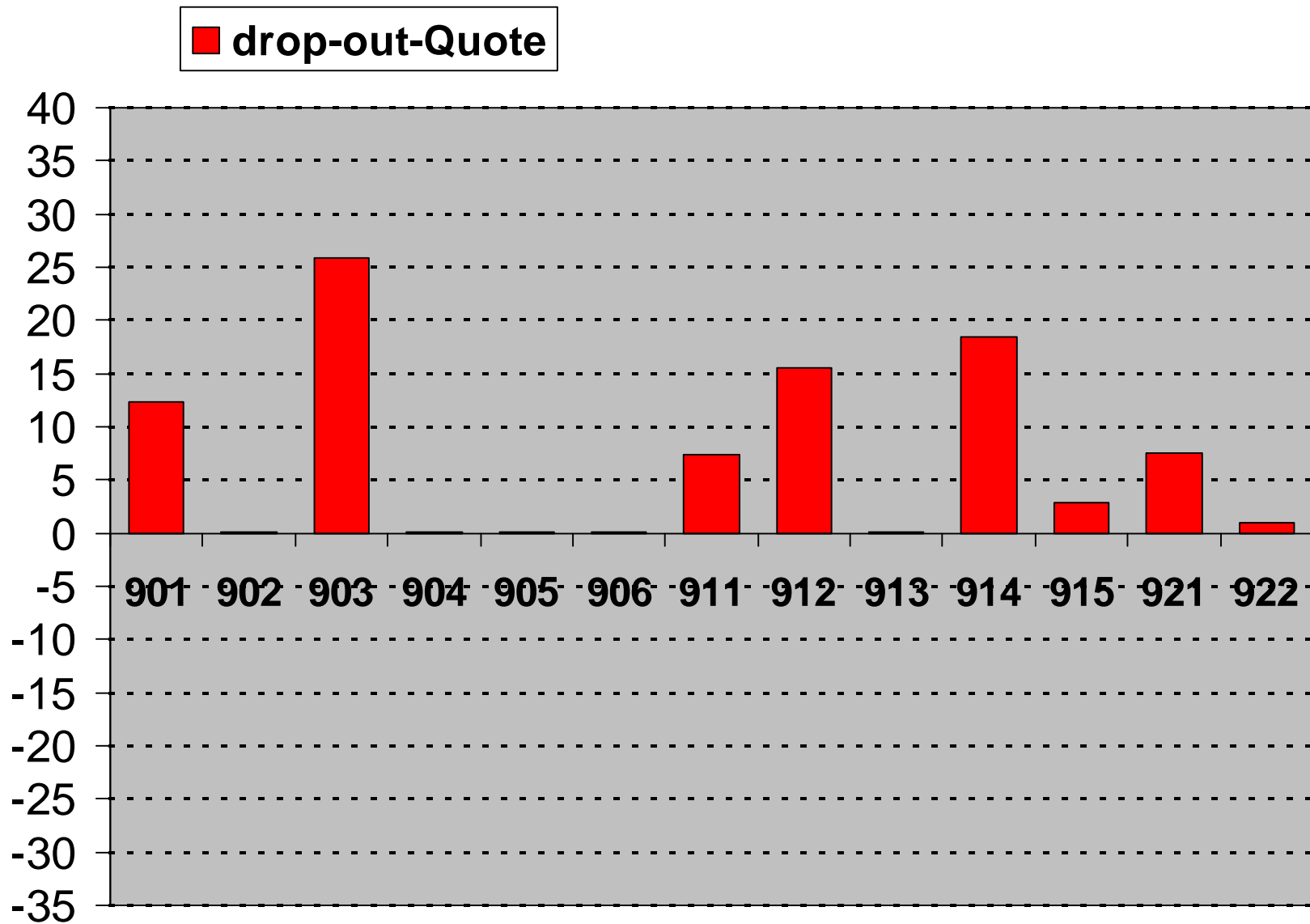
Klinik	Residualwert	Multiplikator z.B. 20	n=	Bonus/ Malus für Klinik
901	1,417	+ 28,34	69	+ 1.955,46
902	-1,570	- 31,40	43	- 1.350,20
903	4,918	+ 98,36	97	+ 9.540,92
904	1,535	+ 30,70	119	+ 3.653,30
905	-1,991	- 39,82	48	- 1.911,36
906	-2,638	- 52,76	72	- 3.798,72
911	0,646	+ 12,92	101	+ 1.304,92
912	-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

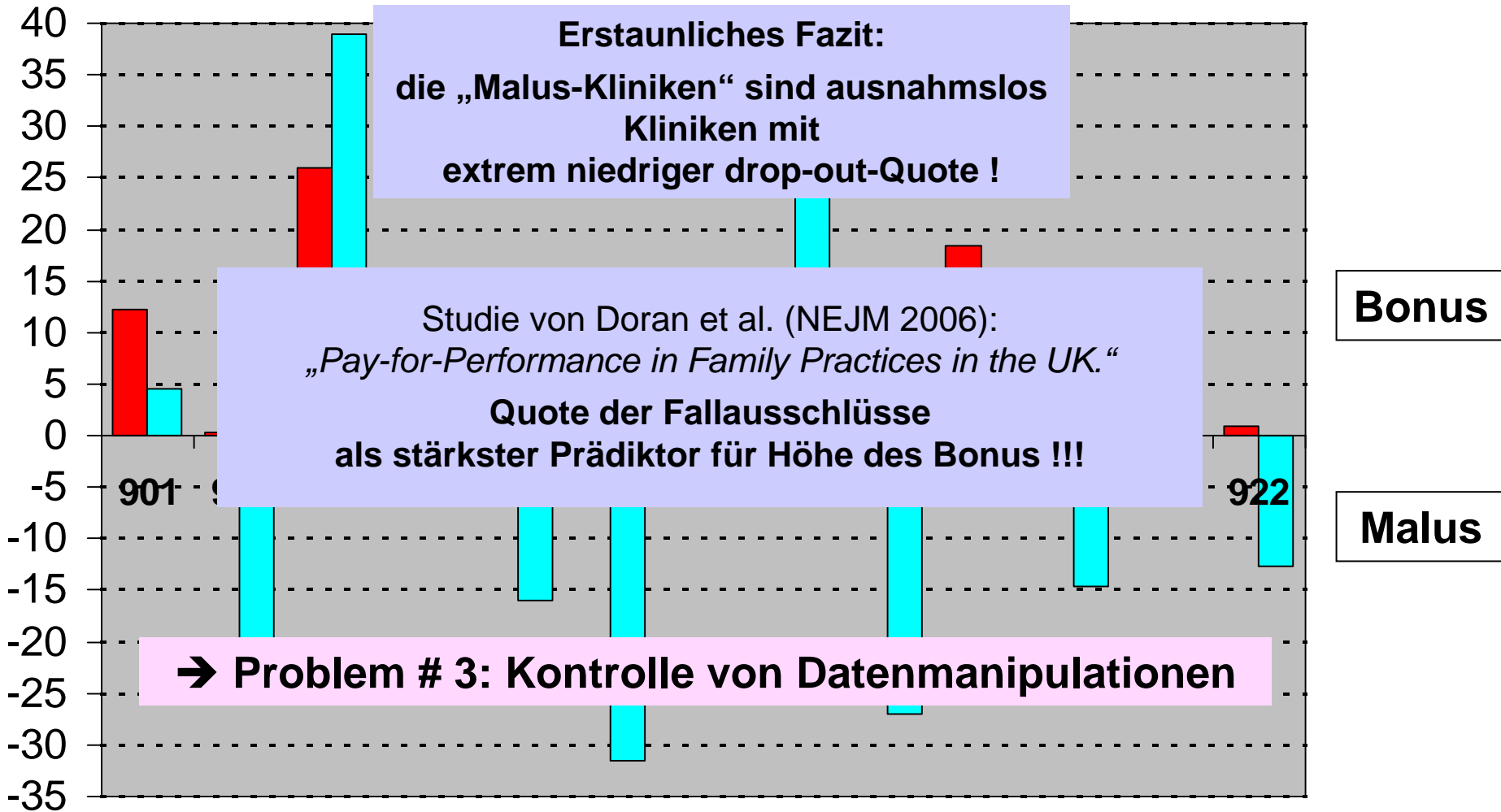
Saldo Bonus ./.. Malus:
+ 33,13
(bedingt durch
Rundungsfehler)

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 !