

14 Pay-for-Performance – Einsparungen und Bonus- zahlungen am Beispiel Hüft- endoprothesen-Implantation

Jürgen Malzahn, Christian Günster und Claus Fahlenbrach

Abstract

Pay-for-Performance (P4P) knüpft die Vergütung von Gesundheitsleistungen an deren Qualität. Elektive, d. h. planbare, Eingriffe wie der Hüftgelenkersatz bei Gelenkverschleiß sind für einen P4P-Ansatz besonders geeignet. Der Hüftgelenkersatz ist in Deutschland ein häufiger und weit verbreiteter Eingriff. Ein System zur Qualitätsbewertung der Ersatzoperation steht mit dem Verfahren „Qualitätssicherung mit Routinedaten“ (QSR) zur Verfügung. Beim Gelenkersatz sind erhebliche Variationen der Ergebnisqualität sowie von komplikationsbedingten Folgekosten und den stationären Gesamtbehandlungskosten unter den Kliniken feststellbar. Überdurchschnittlich gute Krankenhäuser lösen geringere Krankenhausfolgekosten aus. Auf dieser Basis könnten P4P-Verträge vereinbart werden, die Wirtschaftlichkeitspotenziale mit hohen Qualitätsstandards unmittelbar verbinden und sowohl eine Bonuszahlung an das Krankenhaus als auch eine Einsparung für die Krankenkasse ermöglichen. In zwei Modellen stellt der Beitrag Umsetzungsoptionen für einen P4P-Ansatz vor, bei denen Teile dieser Einsparungen als Bonuszahlungen an am P4P-Modell teilnehmende Kliniken ausgeschüttet werden, um Anreize zur weiteren Qualitätssteigerung zu stärken.

Pay-for-performance (P4P) links the remuneration of health benefits to their quality. Elective, i. e. predictable, services such as hip replacement surgery for degenerative joint disease are particularly suitable for a P4P approach. Hip replacement is a frequent and widespread intervention in Germany. Quality assessment of hip replacements can be achieved by using the system “quality assurance with routine data” (QSR). For joint replacements, there is considerable variation between hospitals in outcome quality and subsequent costs due to complications as well as total treatment costs. Above-average quality hospitals produce lower follow-up costs. On this basis, possible P4P contracts could directly link economic potentials with high quality standards and allow a bonus payment for the hospital as well as savings for the health insurance fund. This article presents two models of a P4P approach in which parts of these savings are paid as bonuses to the clinics participating in the P4P model in order to increase incentives for further quality improvements.

14.1 Einleitung

Pay-for-Performance (P4P) bindet die Vergütung von Leistungen für Ärzte oder Krankenhäuser eng an die Qualität der Leistungserbringung. Auch wenn weltweit zunehmend Politik und Kostenträger P4P zur Qualitätssteigerung und Kosteneinsparung in Gesundheitssystemen nutzen, liegt keine einheitliche Definition vor. In Tabelle 14–1 sind in einer Aufstellung der OECD einige Definitionen aufgeführt; allen gemein ist der Zusammenhang von Vergütung und Qualität.

P4P-Modelle werden seit den 1990er Jahren in verschiedenen Ländern zunächst in Modellversuchen und heute auch als regelhafte Vergütungsform genutzt. Die Anstrengungen zielen darauf ab, die Vergütung nicht mehr nur von der Leistungsmenge abhängig zu machen, sondern die Qualität und Effizienz der Leistungserbringung bei der Art der Vergütung zu berücksichtigen. Bei international steigender Häufigkeit von P4P-Vergütungsformen ist aufgrund zu weniger Evaluationen bisher jedoch kein befriedigender Nachweis ihres Erfolges erbracht worden. Dennoch bekräftigen vorliegende Untersuchungen die Vermutung, dass die Qualität der Versorgung steigt und auch Einsparungen zu erzielen sind oder zumindest höhere Ausgaben vermieden werden können (Petersen et al. 2006; Lindenauer et al. 2007). Insbesondere zusätzliche Bonuszahlungen bei hoher Qualität scheinen gegenüber Strafabschlägen bei schlechter Qualität bessere Wirkung zu entfalten. Über die Höhe, die ein Zuschlag für qualitativ hochwertige Leistungen haben sollte, um die Leistungserbringer dazu anzuregen ihre Qualitätsausrichtung zu optimieren, wird unterschiedlich diskutiert (SVR 2007, Ziffer 733; Frolich et al. 2007). Arnold Mil-

Tabelle 14–1

Definitionen von Pay-for-Performance

Organisation	Definition
World Bank	Mechanismen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems durch finanzielle Anreize
AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services	Höhere Vergütung von gemessener guter Leistungsqualität
CMS Centers for Medicare & Medicaid Services (USA)	Einsatz von Vergütungsmechanismen und anderen Anreizen zur Qualitätsverbesserung und Förderung einer hochwertigen Versorgung, bei der der Patient im Mittelpunkt steht
RAND Corporation (USA)	Allgemeine Strategie zur Förderung von Qualitätsverbesserungen durch Belohnung der Leistungserbringer (Ärzte oder Krankenhäuser), die hinsichtlich der Qualität der medizinischen Versorgung oder Effizienz bestimmte Leistungserwartungen erfüllen
USAID U.S. Agency for International Development	Einführung von (meist finanziellen) Anreizen zur Belohnung guter Ergebnisqualität
Center for Global Development (USA)	Transfer von Geldern oder materiellen Gütern bei Einführung von messbaren Qualitätsmaßnahmen oder Erreichung eines vordefinierten Qualitätsziels

Quelle: OECD 2010a, 110 (eigene Übersetzung)

stein, einer der Mitbegründer der US-amerikanischen Leapfrog Group, stellt P4P-Vergütung und Einsparungen für die Kostenträger in einen direkten Zusammenhang: “To drive major improvements, performance-based payments must exceed 10% of total provider income. Incentives of this magnitude can only be mobilized if they originate in payer savings.”¹

Unter den OECD-Ländern wenden Großbritannien, die USA und Japan P4P-Modelle am weitestgehenden an (Tabelle 14–2). Häufiger wird P4P in der primärärztlichen Versorgung genutzt. Nur neun von 30 OECD-Ländern vergüten auch Krankenhausleistungen im Rahmen von P4P-Programmen. Lediglich fünf davon beziehen Outcome-Parameter für Krankenhausleistungen ein.

In Malzahn et al. 2011 wurde ein erstes P4P-Modell für den Bereich der Endoprothetik vorgestellt. Ziel des nun vorliegenden Beitrages ist es, aufzuzeigen, dass sich die Hüftendoprothetik unter Nutzung des QSR-Verfahrens der AOK als Qualitätsmess- und Bewertungsinstrument besonders für einen P4P-Ansatz eignet (Abschnitt 14.2) und in einem P4P-Modell bei qualitativ überdurchschnittlichen Kliniken Einsparungen für die Kostenträger möglich sind (Abschnitt 14.3). Der Beitrag stellt Vergütungsmodelle vor, bei denen Teile dieser Einsparungen als Bonuszahlungen an die am P4P-Modell teilnehmenden Kliniken ausgeschüttet werden, um Anreize zur weiteren Qualitätssteigerung zu stärken.

14.2 P4P in der Hüftendoprothetik

Krankenhausleistungen in der Hüftendoprothetik sind für ein P4P-Modell aus mehreren Gründen besonders geeignet. **Der Hüftgelenkersatz ist eine hochfrequente und überwiegend elektiv durchgeführte Operation.** Daten aus den OECD-Ländern von 1998 bis 2008 zeigen, dass die Raten der Hüftendoprothesen-Operationen in den vergangenen Jahren deutlich steigen und Deutschland im Jahr 2008 eine Rate von 289 Hüftgelenkersatz-Operationen pro 100 000 Personen der Bevölkerung aufweist (siehe Abbildungen 14–1 und 14–2). Es sei hier angemerkt, dass eine direkte Vergleichbarkeit der länderspezifischen Raten der OECD-Statistik allerdings nur eingeschränkt möglich ist. Der Gelenkersatz erfolgt zumeist bei einer Hüftarthrose. Da es sich bei der Gelenkarthrose überwiegend um eine Alterserkrankung handelt, sind in Ländern mit einer vergleichsweise älteren Bevölkerung höhere Ersatzraten zu erwarten. Die Variationen über die Nationen hinweg könnten durch eine unterschiedliche altersspezifische Prävalenz der Arthrose des Hüftgelenks, durch Unterschiede in den zur Verfügung stehenden Kapazitäten und Vergütungsmechanismen oder auch durch unterschiedliche Leitlinien zur Indikationsstellung begründet sein. Bisher haben dies zu wenige vergleichende Studien untersucht, sodass keine seriöse Bewertung möglich ist. Insbesondere lässt sich ein Nachweis, dass in Deutschland zu viele Hüftgelenkersatzoperationen durchgeführt werden, nicht allein aus der OECD-Statistik ableiten. Mit rund 210 000 Erstimplantationen einer Hüftendoprothese gehörte dieser Eingriff 2008 jedoch zu den zehn häufigsten

1 www.iha.org/pay_performance.html

Tabelle 14–2

P4P-Programme und -Maßnahmen in OECD-Ländern

Land	Ziele hinsichtlich Chronischen Krankheiten			Ziele hinsichtlich Chronischen Krankheiten			Ziele hinsichtlich			
	Bonus für Haus- ärzte	Prävention	Bonus für Fachärzte	Prävention	Bonus für Kranken- häuser	Ergebnisqualität	Prozessqualität	Patientenzufriedenheit	Finanzielle Anreize	
Australien	X	X	X							X
Belgien	X		X	X	X	X				
Dänemark										X
Deutschland										
Finnland										
Frankreich	X	X	X							X
Griechenland										
Großbritannien	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Irland										
Island										
Italien	X	X	X							
Japan	X	X	X	X	X	X	X	X		
Kanada										
Korea							X	X	X	X
Luxemburg							X			
Mexiko										
Neuseeland	X	X	X							
Niederlande										
Norwegen										
Österreich										
Polen	X	X	X	X	X	X				
Portugal	X	X	X							
Schweden	k.A.			k.A.			k.A.			
Schweiz										
Slowakei				X			X	X	X	X
Spanien	X	X	X	X						
Tschechien	X	X		X						
Türkei	X	X		X	X		X		X	
Ungarn	X									
USA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

P4P: Pay for Performance

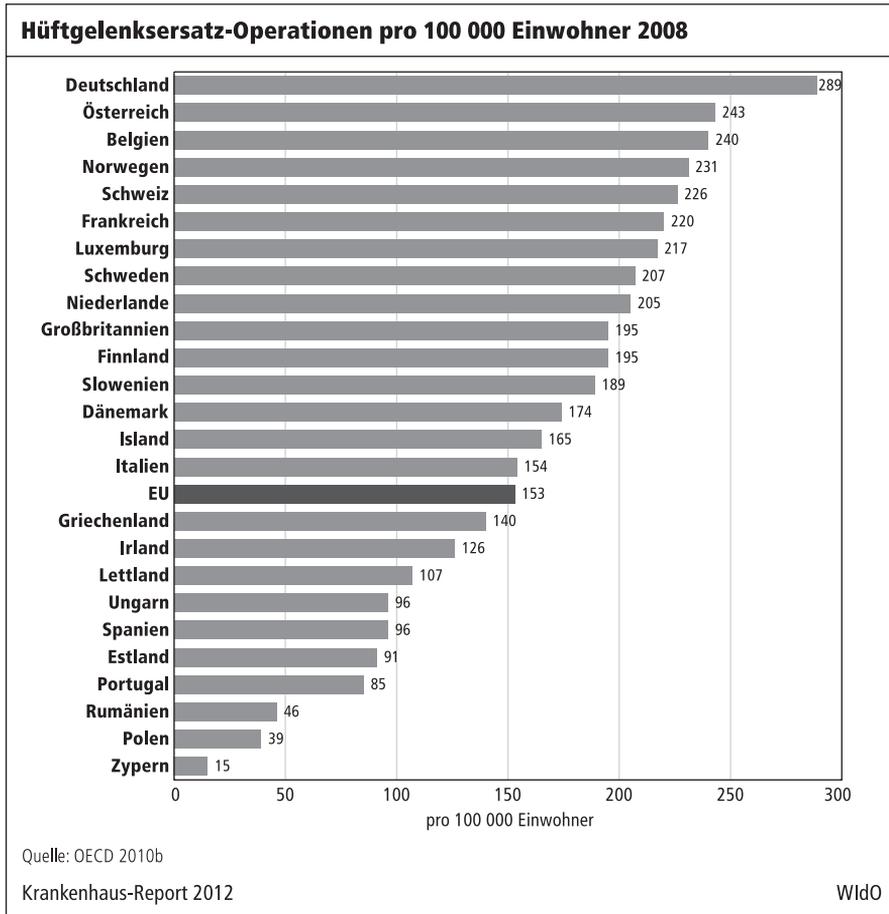
k.A.: keine Angabe

Quelle: OECD 2010a (eigene Übersetzung)

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

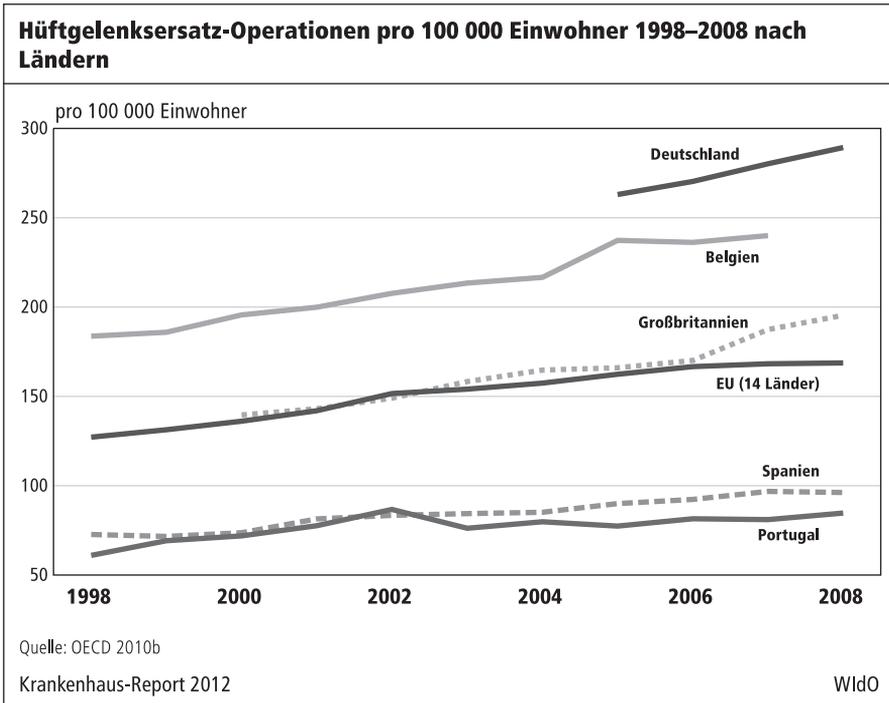
Abbildung 14–1



Operationen in Deutschland (Spindler 2011). Der Eingriff wurde dabei in mehr als 1 100 Kliniken in Deutschland durchgeführt (InEK 2010), die Hüftendoprothetik stellt daher aufgrund ihrer Häufigkeit und ihrer Verbreitung in den Kliniken für P4P-Vergütungsmodelle eine Indikation von praktischer Relevanz dar.

Wie steht es nun um die Messung der Performance beim Gelenkersatz als notwendige Grundlage für P4P? **Performance-Indikatoren für den Hüftgelenkersatz stehen zur Verfügung.** Waren anfänglich leichter zu erfassende Prozess- und Strukturqualitätsparameter Grundlage der Qualitätsmessung und -bewertung, so steht zunehmend die Ergebnisqualität im Vordergrund (Rosenthal et al. 2007). Ein Fehlanreiz von P4P-Modellen für Leistungserbringer kann sein, dass die Krankenhäuser nur eng definierte Zielindikatoren qualitativ verbessern müssen, um eine entsprechende Zusatzvergütung auszulösen oder auch einen Strafabschlag zu vermeiden. Weitere, nicht gemessene oder nicht in die Gesamtbewertung eingehende Faktoren bleiben außer Betracht. Ausbleibende Verbesserungen oder sogar ein Qualitätsrückgang über diese zu eng definierten Zielindikatoren hinaus werden nicht

Abbildung 14–2



bemerkt, führen zu schlechterer Qualität als angestrebt und können keinen Einfluss auf die Höhe der Vergütung nehmen. Breit aufgestellte Mess- und Bewertungsverfahren wie das Verfahren der Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) der AOK können diesen Anreiz auf ein Minimum reduzieren. Ein weiterer Fehlanreiz der Patientenselektion kann durch die sachgerechte Risikoadjustierung und die Langzeitbeobachtung im Rahmen des gewählten Qualitätsmessverfahrens deutlich eingeschränkt werden. Die Manipulation der Ergebnisqualität durch Auswahl von Patienten mit geringem Komplikationsrisiko könnte zukünftig transparenter gemacht werden, indem ein Vergleich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vor und nach der Operation eingebunden wird.

Das QSR-Verfahren ist ein aufwandsarmes Qualitätsmessverfahren auf der Basis von anonymisierten Routinedaten, das sich an Ergebnisqualität orientiert. Der zentrale Vorteil von QSR gegenüber traditionellen Qualitätssicherungsverfahren besteht darin, dass auch Ereignisse im Therapieverlauf im Anschluss an den zu bewertenden Krankenhausaufenthalt in die Qualitätsmessung einfließen. Damit ist eine routinemäßige Langzeitbeobachtung möglich, für die neben AOK-internen Versichertenangaben auch Daten über die weitere stationäre und vertragsärztliche ambulante Versorgung herangezogen werden können. Gleichzeitig vermeidet das Verfahren zusätzlichen Dokumentationsaufwand für das ärztliche und das Pflegepersonal, da auf administrative und Abrechnungsdaten zurückgegriffen wird, die ohnehin vorliegen. In der Qualitätsmessung dürfen Routinedaten inzwischen als etabliert gelten (Swart und Heller 2007). Auf Routinedaten basierende Indikatoren

sind neben den QSR-Indikatoren zum Beispiel die German Inpatient Quality Indicators (Mansky et al. 2011) oder die IQM-Indikatoren (Zacher 2011). Allerdings ist derzeit nur das QSR-Verfahren der AOK longitudinal über den Krankenhausfall hinaus regelhaft ausgestaltet bzw. werden die Daten dieses Verfahrens zur Anreicherung der anderen Verfahren herangezogen. QSR wurde im Jahr 2002 als gemeinsames Entwicklungsprojekt des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), des AOK-Bundesverbandes, der HELIOS Kliniken und des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt initiiert und wird seit dem Jahr 2008 durch das WIdO kontinuierlich weiterentwickelt (AOK-Bundesverband et al. 2007; Heller 2008).

Die Grundlage der Qualitätsmessung im QSR-Verfahren sind anonymisierte Routinedaten der AOK. Dazu gehören Angaben über Erkrankungen und Eingriffe, Liegezeiten, Verlegungen und abgerechnete Krankenhausentgelte stationärer Behandlungen gemäß § 301 SGB V. Dabei sind die Erkrankungen mittels ICD-10 (International Classification of Diseases, 10. Revision) und alle Eingriffe mit OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) kodiert. Die Daten werden fallübergreifend und in Verbindung mit weiteren administrativen Versichertendaten der Krankenkasse – wie etwa dem Alter und Geschlecht der Patienten, dem Versichertenstatus und dem Überlebensstatus – analysiert. Die Daten werden vor der Auswertung so anonymisiert, dass verschiedene Behandlungsereignisse einem Patienten zugeordnet werden können, ohne dass die Identität des Patienten bekannt oder ermittelbar ist. Durch die Betrachtung des individuellen Behandlungsverlaufs ist es einerseits möglich, Vorbehandlungen vor dem zu bewertenden Eingriff zu berücksichtigen. So werden Patienten, die sich bereits im Vorjahreszeitraum einem ähnlichen Eingriff unterziehen mussten, aus den Analysen ausgeschlossen. Andererseits werden Folgebehandlungen im gleichen oder auch in anderen Häusern durch die Analyse der Nachbeobachtungszeiträume in die Ermittlung von Qualitätsindikatoren jenseits des Krankenhausaufenthaltes einbezogen.

Einzelne unerwünschte Ereignisse werden im QSR-Verfahren der AOK in Indikatoren abgebildet. Operative Revisionen innerhalb eines Jahres nach dem initialen Krankenhausaufenthalt oder chirurgische Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach Entlassung sind Beispiele hierfür. Die in den Einzelindikatoren betrachteten Komplikationsereignisse werden in einer Gesamtbewertung zusammengefasst. Anhand der nach Geschlecht und Alter der Patienten sowie nach Begleiterkrankungen risikoadjustierten Gesamtbewertung werden die Klinikergebnisse in drei Gruppen kategorisiert: überdurchschnittliche, durchschnittliche und unterdurchschnittliche Qualität in Bezug zum Bundesmittel. Die Risikoadjustierung soll einen fairen Vergleich der Krankenhäuser ermöglichen, sodass unterschiedliche Patientenkollektive in den Kliniken keinen Einfluss auf das Bewertungsergebnis nehmen können (vgl. Jeschke und Günster 2011). Somit ist es möglich, die Ergebnisqualität der Kliniken in einem Leistungsbereich zu bewerten und zu kategorisieren und diese Bewertung als Baustein innerhalb der Vergütungssystematik zu verwenden.

Der AOK-Bundesverband hat 2010 erstmals QSR-Ergebnisse zur Behandlungsqualität für den Leistungsbereich „Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks bei Gelenkverschleiß (Arthrose)“ für mehr als 900 Kliniken, die im Beobachtungszeitraum mehr als 30 AOK-Patienten hatten, im AOK-Krankenhausnavigator auf Basis

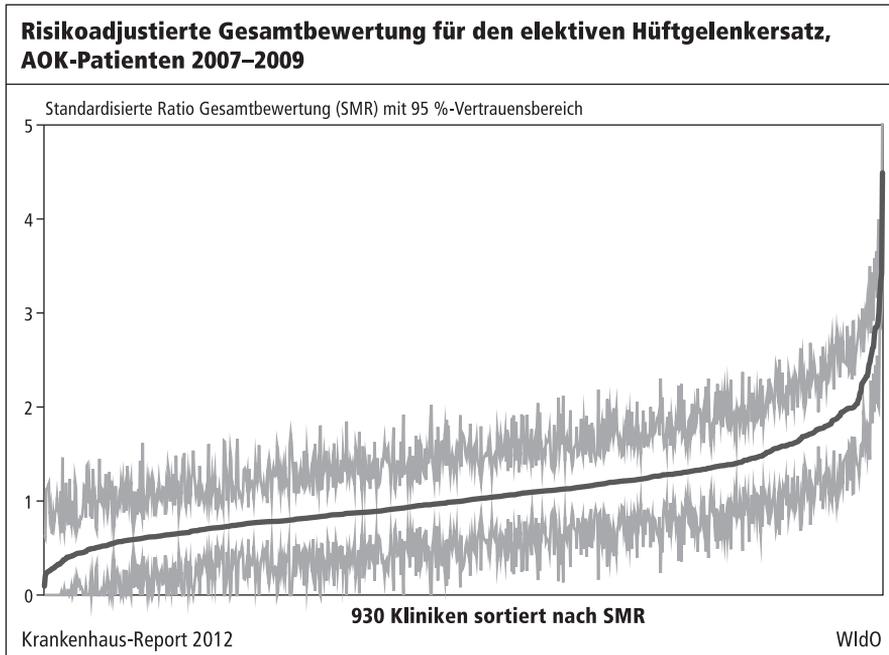
der Weissen Liste im Internet² veröffentlicht. Die Bewertungen werden jährlich aktualisiert. Für die Endoprothetik sind somit Performance-Indikatoren verfügbar.

Unter den Kliniken bestehen beim Hüftgelenkersatz erhebliche Performance-Unterschiede. Ein P4P-Ansatz ist darum für diese Krankenhausleistung besonders interessant. QSR zeigt, dass zwischen den Kliniken relevante Qualitätsunterschiede vorliegen. Beispielsweise kam es zwischen 2007 und 2009 beim Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks innerhalb von 12 Monaten nach Operation durchschnittlich bei 3,5 Prozent der AOK-Patienten zu einer Revisionsoperation. Demgegenüber war in dem Viertel der Kliniken mit den meisten Revisionen die Revisionsrate um mindestens 50 Prozent erhöht – dort lag sie bei 5,3 Prozent oder höher. Noch deutlicher waren die Unterschiede im Hinblick auf die Gesamtbewertung, in der verschiedene Komplikationsereignisse zusammengefasst werden. Im Mittel trat bei 11,1 Prozent der Fälle mindestens eine Komplikation auf. Im Klinikvergleich lag die Gesamtkomplikationsrate beim besten Viertel aller Kliniken unter 8,2 Prozent. Am anderen Ende der Skala hatte ein Viertel der Kliniken eine Rate von 15,5 Prozent oder höher (WiDo 2011a). In die Gesamtbewertung fließen ein: Revisionen (erneute Operation am gleichen Gelenk mit oder ohne Wechsel oder Entfernung der Endoprothese) innerhalb eines Jahres, chirurgische Komplikationen (Luxationen oder Implantatkomplikationen) binnen 90 Tagen, Thrombosen und Lungenembolien binnen 90 Tagen und Tod innerhalb von 90 Tagen, Femurfraktur innerhalb von 90 Tagen jeweils nach Entlassung nach der Gelenkoperation und im initialen Aufenthalt (vgl. WiDo 2011b). Auch die risikoadjustierte Gesamtbewertung variiert zwischen den Kliniken erheblich. Abbildung 14–3 zeigt die adjustierte Ratio als Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Komplikationshäufigkeit je Klinik; Werte über eins bedeuten, dass mehr Komplikationen als erwartet aufgetreten sind.

Mit den Qualitätsunterschieden gehen Kostenunterschiede einher. Für ein P4P-Modell ist somit ein Potenzial für Kosteneinsparungen durch Qualitätsverbesserung gegeben. Diese Kostenunterschiede sollen im Weiteren näher ausgeführt werden. Grundlage der weiteren Darstellungen sind die 2011 durch das QSR-Verfahren ermittelten und veröffentlichten Behandlungsergebnisse (vgl. neben dem AOK-Krankenhausnavigator auch das Krankenhaus-Directory, Kapitel 22 in diesem Band). Analysiert wurden Krankenhausbehandlungen zwischen 2007 und 2009, die bis Ende 2010 im Hinblick auf Spät komplikationen nachbeobachtet wurden. Patienten mit vorheriger Operation am gleichen Gelenk wurden ebenso ausgeschlossen wie Behandlungen in Kliniken mit weniger als 30 Fällen in den drei Jahren, sodass die Daten von insgesamt 154470 AOK-Patienten in 930 Kliniken ausgewertet werden konnten. Über Verlegungen miteinander verbundene Krankenhausaufenthalte werden in der vorliegenden Analyse zu so genannten Startfällen zusammengeführt. Bei den Kosten wurden die Krankenhausrechnungsbeträge zu Lasten der AOK zugrunde gelegt. Kosten anderer Leistungssektoren wurden bisher nicht berücksichtigt. Eine Bereinigung um Ausgleichsbeträge aus Vorperioden und Niveauunterschiede in den krankenhausesindividuellen Basisfallwerten fand nicht statt, da angenommen wird, dass deren Einflüsse in den drei Krankenhausgruppen gleichartig auftreten.

² www.aok-gesundheitsnavi.de

Abbildung 14–3



Unterschieden werden die komplikationsbedingten Folgekosten eines Einzelindikators und die gesamten komplikationsbedingten Folgekosten über alle Indikatoren hinweg jeweils bis zu einem Jahr nach einer Gelenk-Operation sowie die Gesamtbehandlungskosten eines Jahres inkl. Startfall und allen Folgebehandlungen. Für die Berechnung der durchschnittlichen komplikationsbedingten Folgekosten wurde jedes dokumentierte Vorkommen eines der oben genannten Indikatoren im Nachbeobachtungszeitraum berücksichtigt. Dies gilt auch, wenn eine Person mehrere unterschiedliche Komplikationsereignisse hatte. Weil deshalb Mehrfachzählungen von Patienten vorkommen können (zum Beispiel bei einer Wiederaufnahme wegen einer Implantatkomplikation mit Prothesenwechsel), ergeben die gesamten komplikationsbedingten Folgekosten nicht die Summe der indikatorspezifischen komplikationsbedingten Folgekosten. Komplikationsbedingte Mehrkosten im Startfall können nicht eindeutig von den Kosten der Grundbehandlung Erstimplantation separiert werden, weshalb hier allein Komplikationen im Follow-up betrachtet werden. In der Nachbeobachtung liegt mit der Wiederaufnahme ein neuer Fall vor, dessen Fallkosten komplett der jeweiligen Komplikation zugerechnet werden können.

In die Gesamtbehandlungskosten fließen schließlich darüber hinaus die stationären Kosten für alle Krankenhausbehandlungen ein, die innerhalb eines Jahres nach dem Startfall zum Einsetzen einer Hüftendoprothese (Hüft-EP) bei einem Versicherten aufgetreten sind sowie die Kosten des Startfalls selbst. Hierbei spielt es keine Rolle, ob der spätere stationäre Aufenthalt einen Bezug zur Hüft-EP hatte.

In einem Exkurs werden zusätzlich die Pflegebedürftigkeit der Arthrosepatienten und deren Veränderung nach der Gelenkersatzoperation in Abhängigkeit der

Klinikategorie untersucht. Alle statistischen Analysen erfolgten mit Stata, Version 10.0 (StataCorp 2007).

14.2.1 Komplikationsbedingte Folgekosten im Folgejahr

Tabelle 14–3 stellt zunächst Follow-up-Häufigkeiten und -Kosten nach Einzelindikatoren und insgesamt dar. Dabei zeigt sich, dass Revisionen mit 12 573,41 € pro Patient am teuersten sind und mit 1,97 Prozent neben den chirurgischen Komplikationen die häufigste Follow-up-Komplikation sind. Insgesamt ereignen sich Follow-up-Komplikationen mit einer Häufigkeit von 3,84 Prozent, die Folgekosten pro Patient mit Komplikation betragen insgesamt durchschnittlich 9 106,40 €.

Vergleicht man nun die Ergebnisse der über- und unterdurchschnittlichen Krankenhäuser, kann zunächst festgestellt werden, dass die Reihenfolge von Häufigkeit und durchschnittlichen Fallkosten in beiden Subgruppen die gleiche ist wie im Gesamtkollektiv. Alle einzelnen Folgekomplikationen treten in den überdurchschnittlichen Krankenhäusern seltener auf als bei den unterdurchschnittlichen Krankenhäusern (Beispiel Revision 1,42 zu 2,80 Prozent). Insgesamt ist die Häufigkeit komplikationsbedingter Folgebehandlungen mit 2,84 Prozent in überdurchschnittlichen Krankenhäusern gegenüber 5,21 Prozent in unterdurchschnittlichen Krankenhäusern deutlich geringer.

Tabelle 14–3

Komplikationen im Folgejahr

Qualitätsindikator	Durchschn. Kosten pro Komplikation in €	Anzahl Komplikation	Komplikationsrate in Prozent
Alle Krankenhäuser, Anzahl Patienten = 154 470			
Revision	12 573,41	3 044	1,97
Thrombose/Lungenembolie	3 140,80	688	0,45
Chirurgische Komplikationen	8 310,07	3 697	2,39
Femurfraktur	8 154,58	431	0,28
Gesamt	9 106,40	5 931	3,84
Alle unterdurchschnittlichen Krankenhäuser, Anzahl Patienten = 28 749			
Revision	13 548,37	804	2,80
Thrombose/Lungenembolie	3 212,73	153	0,53
Chirurgische Komplikationen	8 896,74	944	3,28
Femurfraktur	8 146,62	117	0,41
Gesamt	9 858,01	1 498	5,21
Alle überdurchschnittlichen Krankenhäuser, Anzahl Patienten = 53 496			
Revision	11 716,10	760	1,42
Thrombose/Lungenembolie	2 996,88	209	0,39
Chirurgische Komplikationen	7 342,07	908	1,70
Femurfraktur	8 804,36	100	0,19
Gesamt	8 253,81	1 520	2,84

Auf der Kostenebene zeigt sich, dass die komplikationsbedingten Folgekosten in den Krankenhäusern unterdurchschnittlicher Qualität sowohl insgesamt als auch in den Einzelindikatoren über denen der Kliniken überdurchschnittlicher Qualität liegen: Gesamt 9 858,01 € vs. 8 253,81 €. Eine Ausnahme bilden die äußerst selten auftretenden Femurfrakturen. Follow-up-Komplikationen in Kliniken unterdurchschnittlicher Qualität sind also nicht nur häufiger – was nicht überrascht, da sie neben den Komplikationen im Startfall, die QSR-Bewertung bestimmen –, sondern sie sind darüber hinaus im Mittel auch teurer. Eine Folgekomplikation kommt in unterdurchschnittlichen Kliniken eher vor und wenn sie auftritt, ist sie vergleichsweise teuer.

14.2.2 Gesamtbehandlungskosten für Gelenkersatz und Folgejahr

Die Gesamtbehandlungskosten betragen für den initialen Gelenkersatz und alle stationären Folgeaufenthalte binnen eines Jahres nach Gelenkersatz im Mittel 9 148,89 €, davon entfallen auf den Startfall, also die Erstimplantation der Gelenkprothese, 7 220,81 € (siehe Tabelle 14–4). Der Großteil der Behandlungskosten entsteht also für die Erstbehandlung, allerdings ist dabei zu bedenken, dass „nur“ bei jedem neunten Patienten zumindest eine komplikationsbedingte Wiederaufnahme aufgetreten ist. Das Kostengefälle zwischen Kliniken unterdurchschnittlicher und überdurchschnittlicher Qualität zeigt sich wie bei den komplikationsbedingten Folgekosten auch bei den Gesamtbehandlungskosten und den Startfallkosten: Gesamt 9 763,12 € vs. 8 675,37 € bzw. Startfall 7 556,23 € vs. 7 009,30 €.

Diese Kostenunterschiede zeigen sich ähnlich in allen Alters- und Geschlechtsgruppen; die Gesamtbehandlungskosten steigen mit höherem Alter (nicht dargestellt).

Tabelle 14–4

Gesamtbehandlungskosten für Gelenkersatz und Folgejahr

	Durchschn. Krankenhaus-Gesamtkosten in €	davon im Startfall in €	Anzahl Fälle
Fälle aus unterdurchschnittlichen Krankenhäusern	9 763,12	7 556,23	28 749
Fälle aus durchschnittlichen Krankenhäusern	9 255,12	7 243,99	72 225
Fälle aus überdurchschnittlichen Krankenhäusern	8 675,37	7 009,30	53 496
Gesamt	9 148,89	7 220,81	154 470

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

14.2.3 Exkurs: Pflegebedürftigkeit

Zusätzlicher Leistungsbedarf für Gelenkersatz-Patienten mit Komplikationen ist auch für Leistungen außerhalb des Krankenhauses zu erwarten; das betrifft Rehabilitationskosten, Kosten für die ambulante, vertragsärztliche Versorgung und Pflegekosten. Beispielhaft wird hier Ausmaß und Veränderung von Pflegebedürftigkeit nach dem Gelenkersatz untersucht. Dazu wurde die Einstufung der Pflegebedürftigkeit des Patienten (keine Pflegestufe, Stufe 1, 2 oder 3) zum Zeitpunkt vor der Kran-

Tabelle 14–5

Pflegebedürftigkeit bei Aufnahme zur Hüft-TEP und ein Jahr danach

Pflegestufe	Am Aufnahmetag		365 Tage nach Aufnahme	
	Anzahl	in Prozent	Anzahl	in Prozent
ohne Pflegestufe	146 259	94,68	142 621	92,33
Pflegestufe 1	6 406	4,15	8 401	5,44
Pflegestufe 2	1 680	1,09	2 358	1,53
Pflegestufe 3	125	0,08	243	0,16
inzwischen verstorben	–	–	847	0,55

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

kenhausaufnahme und ein Jahr nach dem Gelenkersatz ermittelt und Änderungsraten für die Übergänge zwischen den Pflegestufen berechnet. In einer Gesamtkostenbetrachtung über alle Leistungssektoren unabhängig vom Kostenträger müssten die monetären Pflegekosten ebenfalls einbezogen werden.

Tabelle 14–5 zeigt das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit vor und nach dem Gelenkersatz. Rund 5 Prozent der Patienten war bereits vor der Operation pflegebe-

Tabelle 14–6

Erhöhung der Pflegestufe innerhalb eines Jahres nach Krankenhaus-Qualitätseinstufung

	Fälle* mit Erhöhung der Pflegestufe	Erhöhung der Pflegestufe in Prozent
Fälle* aus unterdurchschnittlichen Krankenhäusern, Anzahl Patienten = 28 519	964	3,38
<i>davon Erhöhung von</i>		
„keine Pflegestufe“ auf Stufe 1, 2 oder 3	849	2,98
Stufe 1 auf Stufe 2 oder 3	103	0,36
Stufe 2 auf Stufe 3	12	0,04
Fälle* aus durchschnittlichen Krankenhäusern, Anzahl Patienten = 71 768	2 201	3,07
<i>davon Erhöhung von</i>		
„keine Pflegestufe“ auf Stufe 1, 2 oder 3	1 914	2,67
Stufe 1 auf Stufe 2 oder 3	259	0,36
Stufe 2 auf Stufe 3	28	0,04
Fälle* aus überdurchschnittlichen Krankenhäusern, Anzahl Patienten = 53 623	1 188	2,23
<i>davon Erhöhung von</i>		
„keine Pflegestufe“ auf Stufe 1, 2 oder 3	1 054	1,98
Stufe 1 auf Stufe 2 oder 3	126	0,24
Stufe 2 auf Stufe 3	8	0,01
Gesamt, Anzahl Patienten = 153 623	4 353	2,83

* Zensurierung bei Tod oder Kassenwechsel ohne vorherigen Pflegestufenwechsel

Krankenhaus-Report 2012

WIdO

dürftig, ein Jahr danach waren es rund 7 Prozent. Etwas weniger als 0,6 Prozent der Personen sind im Jahr nach der Operation verstorben. Unter den Überlebenden hat sich bei 2,83 Prozent (4 353 Personen) die Pflegestufe im Jahresverlauf erhöht oder wurde erstmalig festgestellt (siehe Tabelle 14–6). Dabei ist das Auftreten einer erstmals dokumentierten Pflegebedürftigkeit nach dem Gelenkersatz die häufigste Veränderung. Im Vergleich der Kliniken unter- und überdurchschnittlicher Qualität zeigen sich die größten Zuwächse an Pflegebedürftigkeit bei den Patienten, die in Kliniken unterdurchschnittlicher Qualität behandelt wurden: 3,38 vs. 2,23 Prozent.

14.2.4 Zwischenfazit

Hüftendoprothetische Leistungen scheinen insgesamt besonders geeignet für P4P-Vergütungsmodelle. Der Hüftgelenkersatz ist ein häufiger und weit verbreiteter Eingriff, bei dem die Krankenhäuser im direkten Wettbewerb stehen. Systeme zur Qualitätsbewertung der Ersatzoperation stehen zur Verfügung, wobei sich das QSR-Verfahren durch seine vergleichsweise aufwandsarme Durchführung, die Orientierung an Ergebnisqualität und die Bereitstellung risikoadjustierter Qualitätsindikatoren hervorhebt. Darüber hinaus ist eine erhebliche Variation der Ergebnisqualität unter den Kliniken feststellbar. Diese zeigt sich durch Unterschiede in den Komplikationsraten und resultiert in gleichgerichteten Unterschieden in den stationären komplikationsbedingten Folgekosten und den stationären Gesamtbehandlungskosten. Gegenüber den Analysen in Malzahn et al. 2011 auf älteren Daten sind diese empirischen Ergebnisse trotz methodischer Weiterentwicklung des QSR-Verfahrens stabil; zu nennen ist die Einbeziehung von Begleiterkrankungen in die Risikoadjustierung sowie ein erweiterter Ausschluss von Personen mit Voroperationen am gleichen Gelenk.

Schließlich handelt es sich um einen elektiven, oft mehrere Monate im Voraus geplanten Eingriff. Die Patienten informieren sich über die Kliniken, die für die Behandlung in Frage kommen. Behandlungserfolg und Komplikationshäufigkeit zählen für Patienten zu den wichtigsten Entscheidungskriterien (Geraedts und de Cruppé 2011).

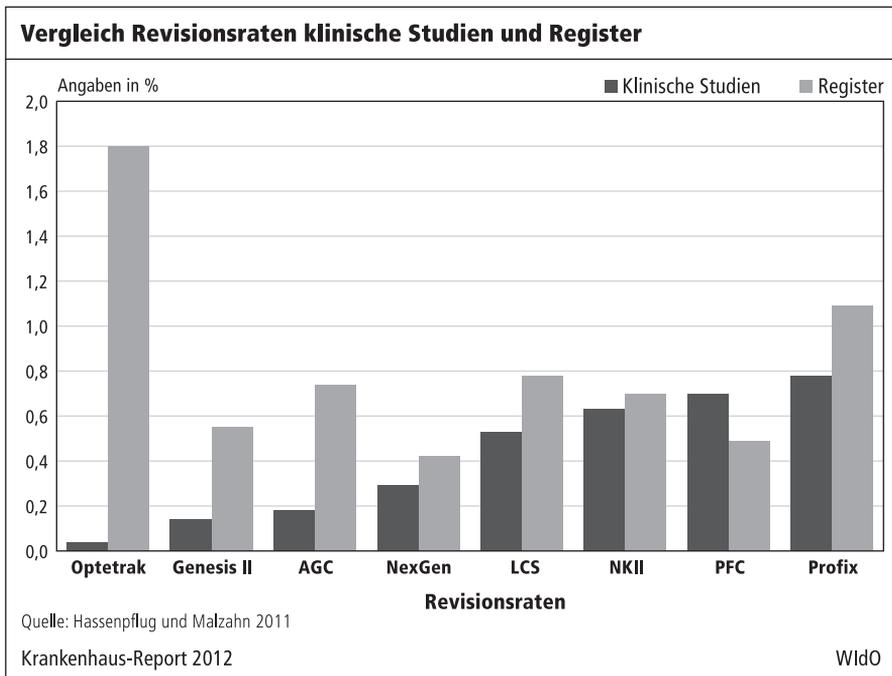
14.3 P4P-Modelle

In diesem Abschnitt werden konkrete Modelle diskutiert, wie aufbauend auf Ergebnissen aus dem QSR-Verfahren der AOK P4P in Verträge eingebunden werden kann. P4P wird hier als Vergütungsmodell verstanden, bei dem für nachgewiesene, qualitativ hochwertige Versorgung ein zusätzliches Entgelt im Sinn eines Zuschlags seitens der Kasse entrichtet wird. Insofern ist zu betonen, dass in den Vertragsmodellen zwischen der eigentlichen Vergütung für die Krankenhausleistung und der additiven Vergütung für nachweislich gute Qualität unterschieden wird. Die Regelvergütung für die Leistung bleibt dem Krankenhaus in jedem Fall in voller Höhe erhalten, auch wenn die Leistungsqualität beispielsweise auf ein unterdurchschnittliches Niveau absinken sollte. In diesem Fall würde der qualitative Vergütungsanteil nicht gezahlt – ganz dem Grundsatz folgend „Das Geld folgt der Leistung“. Die

eigentliche Leistung wurde erbracht, eine besonders hohe Qualität der Leistung, die sich im QSR-Verfahren erst zeitlich nachgelagert berechnen lässt, in dieser Konstellation allerdings nicht. Auch wenn die Qualität von „überdurchschnittlich“, als grundsätzliche Voraussetzung für einen P4P-Vertragsabschluss, auf „unterdurchschnittlich“ absinkt, sollte keine Abschlagsregelung erfolgen, sondern stattdessen eine außerordentliche Kündigungsmöglichkeit vereinbart werden. Warum sollte eine Kasse für die Versicherten einen P4P-Zusatzvertrag mit einem Krankenhaus abschließen, dessen qualitativ fragwürdige Leistungen bekannt sind? Das liefe dem Interesse der Patienten an einer bestmöglichen Versorgung entgegen. Auch in einem Abschlagsszenario (Vergütungsabschlag in Kliniken unterdurchschnittlichen Qualität) wäre dies angesichts der erwartbaren Mehrkosten für Folgebehandlungen ökonomisch nicht sinnvoll. Für die Krankenhauseite ist es wohl wenig rational, wenn ein Krankenhaus weniger Erlöse aufgrund unterdurchschnittlicher Qualität erzielt, aber in die Verbesserung der Qualität investieren soll. Es bleibt der Grundsatz, dass Krankenhäuser mit nachgewiesener und länger anhaltender schlechter Qualität von der Versorgung ausgeschlossen werden müssen. Dies ist grundsätzlich rationaler mit absoluten Referenzwerten als mit Durchschnittsverfahren zu begründen, weil selbst bei einem insgesamt hohen Qualitätsniveau ein unterdurchschnittliches Segment existiert. Zudem ist die Möglichkeit zur Bildung absoluter Referenzwerte eingeschränkt, weil die longitudinale Verfolgung von Patientengruppen auf der Ebene datenbasierter Versorgungsforschung mit Vollerhebungen international bisher nicht üblich ist. Der Vergleich von Registern mit Studienergebnissen bleibt oft problematisch, weil in Studien nicht selten bestimmte Patientengruppen ausgeschlossen wer-

Abbildung 14–4

14



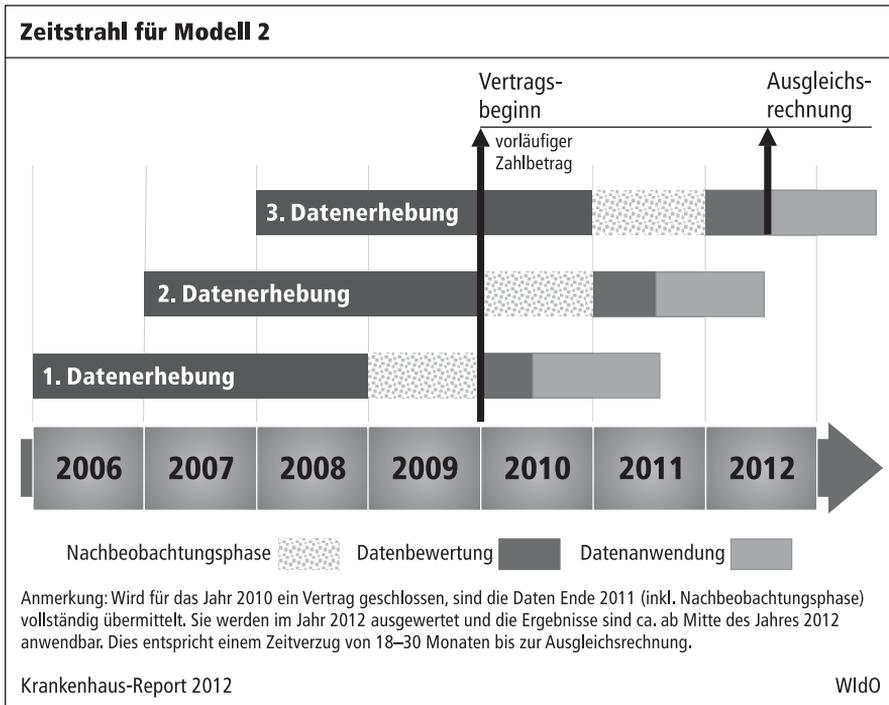
den und dann abweichende Ergebnisse gegenüber Registerdaten entstehen (Abbildung 14-4 gemäß Labek, zitiert in: Hassenpflug und Malzahn 2011).

Im Folgenden werden zwei P4P-Modelle skizziert sowie ein konkreter Umsetzungsvorschlag vorgestellt.

P4P-Modell 1

Eine Kasse und ein Krankenhaus verständigen sich zunächst auf eine leistungsgerechte Vergütung beispielsweise für die Implantation einer Hüft-EP. Dieser Preis kann grundsätzlich in der Höhe der üblichen DRG zum Landesbasisfallwert, aber auch darüber oder darunter liegen. Man kann davon ausgehen, dass aufgrund von positiven Mengeneffekten die Kosten für das Krankenhaus unterhalb des landesbezogenen DRG-Preises liegen können. Für alle Patienten, die das Vertragskrankenhaus im Rahmen des Vertrags versorgt, wird wie im kollektivvertraglichen System auch die Leistung unabhängig von der Qualität vergütet. Das QSR-Verfahren für Hüft-EPs ist so konzipiert, dass die Qualitätsbeurteilung des einzelnen Krankenhauses erst rund 18 bis 30 Monate nach dem Jahr der Leistungserbringung valide möglich ist, weil unter anderem die 1-Jahres-Revisionsraten der Hüft-EPs in die Bewertung eingehen. Bei zusätzlichen Verzögerungen, die im Rahmen der Datenübermittlung entstehen, ist es unmöglich, früher zu abschließenden Ergebnissen über die Versorgungsqualität des entsprechenden Krankenhauses zu kommen. Die qualitätsbezogene Zusatzvergütung würde dem Krankenhaus mit ein bis eineinhalb Jahren Abstand zum Jahr der Leistungserbringung ausgezahlt.

Abbildung 14-5



Betriebswirtschaftlich ist die „verspätete“ qualitätsabhängige Zusatzvergütung für das Krankenhaus aber vertretbar, weil dieser Bonus für gute Qualität als reiner Zuschlag zur Regelvergütung zu betrachten ist. Die vertraglich vereinbarte Regelvergütung ist schon nach Abrechnung des Falles erfolgt. Das Krankenhaus hat bei dieser Vertragskonstruktion nur die Möglichkeit, zusätzlichen Gewinn zu erwirtschaften, wenn auch zeitlich verzögert zur eigentlichen Leistungserbringung.

P4P-Modell 2

Das P4P-Modell 2 gestaltet sich geringfügig komplizierter, gibt dem Krankenhaus aber die Möglichkeit, früher einen Liquiditätsgewinn zu erreichen. Bei dieser Vertragskonstruktion vereinbart die Kasse wie in Modell 1 einen Preis für die übliche DRG, entrichtet aber die P4P-Vergütung, bevor das Qualitätsergebnis feststeht. Dieses liegt, wie bereits erwähnt, erst rund 18 bis 30 Monate nach dem Jahr der Leistungserbringung, vor (vgl. Abbildung 14–5). Die Vertragspartner vereinbaren beispielsweise eine Vertragslänge von fünf Jahren und regeln, dass von dem antizipierten Einsparvolumen fünfzig Prozent beim Krankenhaus verbleiben. Die Berechnung des Einsparvolumens pro Fall, auf die nachgehend noch genauer eingegangen wird, wird auf den letzten verfügbaren Daten vorgenommen. Dieser Betrag wird dem Krankenhaus additiv pro Fall zur Regelvergütung der Leistung angewiesen. Diese Anweisung erfolgt unter Vorbehalt, weil noch keine Qualitätsdaten zu den entsprechenden Fällen vorliegen. Sobald die Datengrundlage eine exakte Berechnung des Betrages erlaubt, werden die Differenzbeträge positiv bzw. negativ in einem Ausgleich verrechnet.

Beide Modelle würden dem Anspruch der Kasse gerecht, nur für tatsächlich geleistete gute Qualität Zusatzvergütungen zu entrichten. Der Unterschied der beiden Modelle liegt im Zeitpunkt der Zusatzvergütung. Modell 2 hat aus Sicht des Krankenhauses den Charme, dass ihm zeitnah entsprechende Liquidität zur Verfügung gestellt wird, die als Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Krankenhäusern genutzt werden kann. Allerdings können sich bei deutlicher Verschlechterung der Qualität der Leistungserbringung im Nachhinein für das Krankenhaus auch höhere Ausgleichsrückzahlungen ergeben.

Weitere Variationsmöglichkeiten für P4P-Modelle

Eine weitere Spielart für P4P-Verträge kann darin bestehen, die Zusatzvergütungsaspekte nur bei zusätzlichen Fällen im Vergleich zur Fallzahl vor Vertragsabschluss zur Anwendung zu bringen. Dies würde für das Krankenhaus den Anreiz erhöhen, die ursprüngliche Anzahl der Hüft-EP-Patienten zu steigern. Soweit dies unter Wahrung der Indikationsqualität geschieht, würde bei diesem Vertragsmodell noch stärker auf die Steuerung von Patienten abgestellt. Das Modell könnte so ausgestaltet werden, dass nur die Patienten als zusätzlich zählen, die zum Vertragsschluss oberhalb des Ausgangswerts liegen, unter Berücksichtigung der regionalen Steigerungs- oder Abnahmerate der entsprechenden Kasse. Dieses Modell ist zwar in der Handhabung etwas komplexer, hätte aber den Vorteil, dass es insbesondere bei dieser Variante im Interesse des Krankenhauses liegt, Maßnahmen zur Patientensteuerung zu ergreifen.

14.4 Möglichkeiten zur Realisierung eines P4P-Vertrags am Beispiel der Hüftendoprothetik

In Abschnitt 14.2 wurde gezeigt, dass die Follow-up-Komplikationsraten bei Hüft-EP-Patienten, die in qualitativ überdurchschnittlichen Krankenhäusern behandelt wurden, niedriger sind als bei Patienten, die in qualitativ unterdurchschnittlichen Krankenhäusern operiert wurden (2,84 Prozent vs. 5,21 Prozent). Sowohl die komplikationsbedingten Folgekosten (8253,81 € vs. 9858,01 €) als auch die stationären Gesamtbehandlungskosten im Startfall und Folgejahr (8675,37 € vs. 9763,12 €) zeigen deutliche Unterschiede zugunsten der überdurchschnittlichen Krankenhäuser. Der gleiche Effekt konnte für die Häufigkeit eines Wechsels der Patienten in eine höhere Pflegestufe nachgewiesen werden (2,23 vs. 3,38 Prozent). Ob sich noch weitere Leistungsbereiche der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Rehabilitation, Medikamentenverbrauch) finden lassen, in denen diese Effekte auftreten, müsste noch näher analysiert werden. Bei den untersuchten Leistungsbereichen sind die Ergebnisse jedoch eindeutig und belegen, sofern das QSR-Verfahren als ein ausreichend valides Qualitätsinstrument akzeptiert wird, dass ein Zusammenhang zwischen der Qualität des primär operierenden Krankenhauses und nachgelagerten Leistungen besteht. Aus Sicht der Krankenkasse, aber auch aus Sicht der Patienten, kann die Nichtinanspruchnahme des Gesundheitswesens bei weitgehend freiem Zugang zu Leistungen als ein aussagefähiger Qualitätsparameter betrachtet werden. Denn hätte der Patient ernsthafte Beschwerden, würde er aller Wahrscheinlichkeit nach Leistungen des Gesundheitswesens nachfragen. Dass der Parameter „Wechsel in eine höhere Pflegestufe“ ein Surrogatparameter ist, ist unmittelbar klar. Zwar gibt es bezogen auf den Einzelfall keinen direkten kausalen Bezug zwischen der Implantation einer Hüft-EP und dem Wechsel in eine höhere Pflegestufe. Es ist aber eine bemerkenswerte Korrelation, wenn Patienten, die in überdurchschnittlichen Einrichtungen behandelt wurden, sich in geringerem Umfang ein Jahr nach der Behandlung in einer höheren Pflegestufe wiederfinden als die Patienten, die in unterdurchschnittlichen Krankenhäusern behandelt wurden.

Bei der Berechnung der stationären Gesamtbehandlungskosten im Startfall und im Folgejahr wurden bewusst alle Krankenhausaufenthalte ohne Berücksichtigung der Indikation einbezogen, weil eine Eingrenzung auf spezifische Krankenhausfolgekosten schwierig ist und kaum abschließend auf Basis von Datensätzen nach § 301 SGB V vorgenommen werden kann. Es sind im Gegenteil zahlreiche Konstellationen vorstellbar, bei denen von der Diagnose her kein Zusammenhang zwischen zwei oder mehreren Inanspruchnahmen des gleichen Patienten zu vermuten wäre, allerdings sehr wohl ein inhaltlicher Zusammenhang vorliegt. Zum Beispiel kann es durch mangelhaftes Entlassungsmanagement beim Wechsel vom Krankenhaus in die vertragsärztliche Versorgung zu Problemen mit der Medikation in der Übergangsphase kommen. Bei einer deswegen erfolgten Wiedereinweisung oder Aufnahme in ein anderes Krankenhaus können unterschiedlichste Diagnosen gestellt werden, die nicht direkt mit der Qualität der Operation im engeren Sinn zu verbinden sind, wohl aber mit der Organisation des Gesamtprozesses zu tun haben und das Gesamtergebnis für den Patienten negativ beeinflussen. Insofern wurde der Versuch, nach eingriffsbedingten und sonstigen Komplikationen zu unterscheiden, unterlassen.

Konkreter Umsetzungsvorschlag

Das P4P-Modell 2 erscheint etwas komplexer für eine Vertragsgestaltung, daher soll dieses exemplarisch dargestellt werden. Das Modell 1 wäre einfacher zu operationalisieren und bedarf daher keiner gesonderten Ausführungen.

Ein konkretes Vertragsmodell könnte wie folgt funktionieren: Ein Krankenhaus, das im QSR-Verfahren ein überdurchschnittliches Ergebnis hat, schließt mit einer Krankenkasse einen P4P-Vertrag zur Hüft-EP z. B. über fünf Jahre ab. Das Krankenhaus hatte vor dem Vertrag 150 Patienten dieser Kasse pro Jahr behandelt. Auf Basis der letztverfügbaren Daten betragen die Kostenunterschiede bei den Krankenhausgesamtkosten des Folgejahres pro Fall gegenüber dem Durchschnitt aller Krankenhäuser beispielsweise acht Prozent zugunsten des vertragschließenden Krankenhauses. Dieser Betrag wird im Sinne einer Abschlagszahlung auf die antizipierten tatsächlichen Kostenunterschiede, die erst rund 18 bis 30 Monate später exakt errechnet werden können, für die ersten 150 Patienten des Folgejahres in jeweils vier Prozent Zusatzvergütung für das Krankenhaus und vier Prozent Einsparung für die Kasse aufgeteilt. Diese vier Prozent werden dem Krankenhaus schon mit der Abrechnung der Regelvergütung zusätzlich vergütet. Sobald die rechnerischen Endbeträge bekannt sind, findet ein Ausgleich der Zahlungen auf Basis realer Ergebnisse statt.

Beide Vertragspartner haben vor diesem Hintergrund den Wunsch, die Anzahl der Patienten, die in diesem Krankenhaus behandelt werden, zu steigern. Um dem Krankenhaus einen Anreiz zu geben, zusätzliche Patienten indikationsgerecht und mit gleich hoher Qualität mit Hüft-EPs zu versorgen, könnten die P4P-Zusatzbeträge ab dem 150sten Patienten mit fünf Prozent Zuschlag für das Krankenhaus und nur drei Prozent Einsparung für die Kasse aufgeteilt werden. Die erreichte Patientenzahl des Vorjahres würde als Benchmark für das folgende Jahr gelten. Diese Mechanik mag komplex erscheinen, wird aber von Krankenhausverhandlern auf beiden Seiten sicherlich problemlos beherrscht, weil der Umgang mit vorläufigen Zahlungen und Erlösausgleichen zu einem späteren Zeitpunkt zum Standardrepertoire des Verhandlungsgeschäfts gehört.

In Tabelle 14–7 wird ein hypothetisches Zahlenbeispiel zur Berechnung der Vergütung pro Fall (auf ganze Euro gerundet) dargestellt. Der Vertrag für dieses Rechenbeispiel beginnt Anfang 2010.

Als Vertragsgrundlage für einen entsprechenden P4P-Vertrag eignen sich bei der aktuellen Gesetzeslage am besten die §§ 140 a SGB V ff, in denen die integrierte Versorgung geregelt wird. Als zu integrierende Versorgungsbereiche bieten sich entweder der vertragsärztliche Sektor oder der Rehabilitationsbereich an. Sollte der vertragsärztliche Sektor im IV-Vertrag berücksichtigt werden, kann die Kasse hier ggf. zusätzliche Regelungen verhandeln, die eine Fallzahlsteigerung bei den Vertragskrankenhäusern bewirken. Sofern eine Kasse ein ausreichend großes Netz an Vertragskrankenhäusern hat, können auch in geeigneten Verträgen nach § 73b und/oder § 73c entsprechende Paragraphen für die zuweisenden Vertragsärzte aufgenommen werden. In diesen Fällen erscheint es dann allerdings nicht mehr angemessen, wenn dem Krankenhaus für Mehrleistungen ein erhöhter Zuschlag zufließen würde. Diese Mengensteigerung wäre ursächlich auf die vertraglichen Bindungen mit den Vertragsärzten zurückzuführen. Unabhängig von den Methoden, die in den Vertragshäusern zur Steigerung der Patientenzahlen führen, muss Transparenz ein

Tabelle 14–7

Beispielkalkulation

Grundvergütung der Hüft-EP*	6 528
Differenz der historischen Abstände zwischen über- und unterdurchschnittlicher Qualität bzgl. der jährlichen stationären Folgekosten (Daten 2007–2009)	1 549
Reale Differenz der Abstände zwischen über- und unterdurchschnittlicher Qualität bzgl. der jährlichen stationären Folgekosten (Daten 2008–2010)	1 088
Zahlbetrag pro Hüft-EP ohne reale Qualitätsdaten	$6\,528\text{ €} + 1\,549\text{ €} / 2 = 7\,322\text{ €}$
Zahlbetrag pro Hüft-EP mit realen Daten unter Berücksichtigung des Vorjahresausgleichs**	$6\,528\text{ €} + 1\,088\text{ €} / 2 - (1\,549\text{ €} - 1\,088\text{ €}) / 2 = 7\,303\text{ €}$

* Kalkuliert wurde mit einem Relativgewicht der Fallpauschale von 2,251 und der Baserate 2 900 €.

** Der Abzug erfolgt nur so lange, bis die Fallzahl des ersten Jahres erreicht worden ist. Alternativ könnte auch der Fehlbetrag insgesamt berechnet und pauschal ausgeglichen werden. Dann würde der Abzug pro Fall entfallen.

Krankenhaus-Report 2012

WlD0

wesentlicher Teil dieser auf Qualität fußenden Direktverträge sein. Dabei sollten sowohl die qualitativen als auch die ökonomischen Vorteile offensiv kommuniziert werden, allein schon, um Vorwürfen wie z. B. eines „Preisdumpings ohne Qualität“ von Anfang an offensiv entgegenzutreten.

Die Erfahrungen zeigen, dass Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher Qualität mehrheitlich über längere Zeit diese hohe Qualität halten können. Sollte ein Krankenhaus sich dennoch – aus welchen Gründen auch immer – qualitativ erheblich verschlechtern, muss es ein außerordentliches Kündigungsrecht seitens der Kasse geben, mit der Möglichkeit, den Vertrag vorfristig beenden zu können.

14.5 Fazit

Mit dem QSR-Verfahren der AOK als Qualitätsbewertungsinstrument ist es möglich, Krankenhäuser in der Qualität ihrer Leistungserbringung differenziert zu bewerten. Überdurchschnittlich gute Krankenhäuser lösen empirisch nachgewiesen geringere Krankenhausfolgekosten aus, ebenso tritt bei Patienten, die in überdurchschnittlichen Krankenhäusern behandelt werden, seltener eine Erhöhung der Pflegestufe im Folgejahr ein. Auf dieser Basis könnten P4P-Verträge vereinbart werden, die Wirtschaftlichkeitspotenziale unmittelbar mit hohen Qualitätsstandards verbinden und sowohl eine Bonuszahlung an das Krankenhaus als auch eine Einsparung für die Krankenkasse ermöglichen. Gleichzeitig werden qualitativ fragwürdige Leistungserbringer bewusst benachteiligt und sind gefordert in hochqualitative Leistungserbringung zu investieren oder ihr Leistungsspektrum entsprechend zu reduzieren. Wenn durch konsequente Umsetzung dieser Strategie erreicht wird, dass die Qualität in der Hüftendoprothetik allgemein auf ein Niveau steigt, das nachweislich deutlich oberhalb des internationalen Standards läge, müssten auf Basis von Routinedaten absolute Parameter entwickelt werden, die als Indikatoren für

die Qualität eingesetzt werden. Eine weitere Voraussetzung dafür wäre aber, dass sich die sehr deutlichen Behandlungsqualitätsunterschiede hinsichtlich der Spannweite erheblich verringern.

Literatur

- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. Bonn 2007. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_qsr-abschlussbericht_0407.pdf.
- Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA. A Behaviorable Model of Clinician Responses to Incentives to Improve Quality. *Health Policy* 2007; 80: 179–93.
- Geraedts M, de Cruppé W. Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2011. Stuttgart: Schattauer 2011; 93–104.
- Heller G. Zur Messung und Darstellung von medizinischer Ergebnisqualität mit administrativen Routinedaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforschung–Gesundheitsschutz* 2008; 51: 1173–82.
- Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK). Daten zum G-DRG-System. Auswertung der Datenbereitstellung gem. § 21 KHEntgG zum Zweck der Begleitforschung gem. § 17b Abs. 8 KHG – Datenjahr 2008. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Begleitforschung_gem_17b_Abs_8_KHG (21. Juni 2010).
- Jeschke E, Günster C. Aktueller Stand und Ausbau des QSR-Verfahrens. In: Kuhlen R, Rink O, Zacher J (Hrsg). *Jahrbuch Qualitätsmedizin* 2011. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011; 77–87.
- Hassenpflug J, Malzahn J. Qualitätskontrolle fürs Kunstgelenk. *Gesundheit und Gesellschaft (G+G)* 2011; 4: 20–4.
- Lindenauer PK, 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.
- Malzahn J, Heyde K, Fahlenbrach C. Pay for Performance – Rahmenbedingungen für ein konkretes Modell im Bereich der Endoprothetik. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer 2011; 131–46.
- Mansky T, Nimptsch U, Vogel K, Hellerhoff, F. G-IQI – German inpatient quality indicators. <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2610/> (15. September 2011).
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Value for Money in Health Spending. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing 2010a, doi: 10.1787/9789264088818-en.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Health at a Glance: Europe 2010. *OECD Publishing* 2010b. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care?; in: *Ann Intern Med* 2006; 15; 145 (4): 265–72.
- Rosenthal MB, Landon BE, Howitt K, Ryu Song H, Epstein AM. Climbing Up The Pay-For-Performance Learning Curve: Where Are The Early Adopters Now? *Health Affairs* 2007; 26, 6: 1674–82.
- Spindler J. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2011*. Stuttgart: Schattauer 2011; 349–78.
- StataCorp. *Stata Statistical Software*; Release 10. College Station TX 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Gutachten 2007. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (17. September 2011).

- Swart E, Heller G. Nutzung und Bedeutung von (GKV-)Routinedaten für die Versorgungsforschung. In: Janßen C, Borgetto B, Heller G (Hrsg). Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim: Juventa 2007; 93–112.
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2011a). Bundeswerte 2011. <http://www.qualitaets-sicherung-mit-routinedaten.de/kliniken/werte/> (15. September 2011).
- Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (2011b). Indikatorenhandbuch 2011. <http://www.qualitaets-sicherung-mit-routinedaten.de/methoden/indikatoren/index.html> (15. September 2011).
- Zacher J. IQM-Indikatoren Version 2.0. In: Kuhlen R, Rink O, Zacher J (Hrsg). Jahrbuch Qualitätsmedizin 2011. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2011; 1–29.