

Dr. Wulf-Dietrich Leber

Steuerung der Versorgung durch qualitätsbezogene Vergütung aus Sicht der Krankenkassen

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht e.V. „Sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der GKV“ am 19.11.2009

1. Versuche, Qualität und Vergütung medizinischer Leistungen zu definieren, finden sich bereits auf den ersten Gesetzestafeln der Menschheit (Codex Hammurapi, 1750 v. Chr.). Sie geben zugleich prozedurale Anweisungen zur Qualitätssicherung.
2. Belebt wird die Debatte durch US-amerikanische Initiativen unter der Überschrift „pay for performance (P4P)“. Neu ist der qualitätsorientierte Ansatz für Deutschland nicht. In den DRG-Abrechnungsregeln und im EBM finden sich bereits qualitätssichernde Steuerungsinstrumente, wie z.B. die Fallzusammenführung bei Komplikationen.
3. Gleichwohl existieren noch zwei Parallelwelten: die Welt der Vergütung und die Welt der Qualitätssicherung. Gesetzliche Bestimmungen (z.B. § 299 Abs. 3 SGB V) verhindern bislang, dass Qualitätsdaten vergütungsrelevant werden. Hier besteht gesetzgeberischer Handlungsbedarf.
4. Basis für jede qualitätsorientierte Vergütung ist Qualitätsmessung und Qualitätstransparenz. Die Suche nach geeigneten Messgrößen führt in einen schwer überschaubaren Kosmos von QS-Indikatoren: rund 200 BQS-Indikatoren, mehrere hundert Helios-Indikatoren, diverse QSR-Tracer, über hundert QiSA-Indikatoren für ambulante Versorgung, mehrere dutzend AQIK-Indikatoren (nach einer Vorauswahl aus rund 2.000 international verfügbaren Indikatoren).
5. Die Suche nach dem idealen Indikator für qualitätsorientierte Vergütung ist mühsam. Der ideale Indikator ist qualitätsdifferenzierend, misst Ergebnisqualität, ist evidenzbasiert, ist signifikant und risikoadjustiert, ist aufwandsarm zu erheben (möglichst Routinedaten), liefert zeitnah Ergebnisse und ordnet medizinische Qualität verursachungsgerecht zu.
6. Das zentrale Gremium zur Messung der medizinischen Qualität ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Der gesetzliche Auftrag, Qualität sektorübergreifend zu messen, wird erst zögerlich umgesetzt. Die wesentliche datentechnische Herausforderung ist die Mehrpunktmessung. Sie soll insbesondere sektorgleiche Qualitätssicherung und Verlaufsmessung sowie die Abbildung intersektoraler Prozesse ermöglichen. Der schnellste Weg zu sektorübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren ist die Erweiterung bestehender BQS-Verfahren (sektorgleiche Anwendung, fallübergreifende Verlaufsmessung).

7. Eine ergänzende Nutzung von Kassendaten ist insbesondere für Mortalitätsdaten essentiell. Sie ist bisher nicht gesetzlich vorgesehen, aber im Rahmen selektiver Verträge möglich.
8. Eine stärker wettbewerblich organisierte Versorgung mit Selektivverträgen wird neue Herausforderungen für die Qualitätssicherung mit sich bringen. Aufgrund mangelnder Signifikanz bei geringen Fallzahlen könnten öffentlich verfügbare GKV-weite Qualitätsmessungen auch bei Selektivverträgen eine bedeutende Rolle spielen. Möglicherweise gilt: „Kollektiv messen, selektiv kontrahieren.“
9. Die Vergütungssysteme werden durch Einbeziehung von gemessener Behandlungsqualität erheblich komplizierter und wahrscheinlich weniger stetig.
10. „Qualitätsorientierte Vergütung“ klingt super. Es könnte fester Bestandteil legislativer Rhetorik werden. Eine Analyse bisheriger P4P-Ansätze zeigt: Qualitätsorientierte Vergütung ist kein Konzept; es ist ein Auftrag – eine Art Imperativ für jene, die Vergütungssysteme gestalten.

wL