

Interview

„Krankenhäuser mit schlechter Qualität sollten die Leistungen nicht mehr erbringen.“

Pay for Performance nicht als gestaffelte Vergütung je nach Leistungsqualität, sondern Verträge gleich nur noch mit den Krankenhäusern, die besonders gute Performance anbieten. Das ist die Kernforderung der AOK – nicht nur, aber gerade in Hessen.



© AOK Hessen

Thomas Burmann, (Jahrgang 1971) ist bei der AOK Hessen verantwortlich für das Krankenhausmanagement. Unter seiner Ägide laufen dort seit einigen Jahren Projekte zu Pay for Performance (P4P) – auch in der Endoprothetik.

? Die AOK Hessen unterhält ein Projekt der Integrierten Versorgung, bei dem Krankenhäuser in der endoprothetischen Versorgung über P4P-Elemente eine Zusatzvergütung ergattern können (1). Was machen Sie?

Wir haben in diesem Jahr mit der neuesten Ausschreibung des Vertrags gerade die Aspekte von P4P überarbeitet. Grundlage ist das Projekt Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR).

? ... bei dem die AOK anhand der Abrechnungsdaten der Versicherten zum Beispiel auch die Revisionsraten binnen eines Jahres nach Erstimplantation von Kunstgelenken erfasst.

Unter anderem, ja. 2009 haben wir mit QSR-Parametern die ersten Verträge zur Endoprothetik mit Krankenhäusern geschlossen.

? Wo kommt dabei P4P vor?

Bei der neuen Ausschreibung haben wir jetzt Qualitätsanforderungen definiert, die Häuser bei den QSR-Daten aufweisen müssen, um sich erfolgreich bewerben zu können.

? Was ist die Mindestqualität?

Es geht um die Ergebnisqualität bei der Implantation von Knie- und Hüftendoprothesen. Und zwar um einen Gesamtqualitätsindex, der sich aus mehreren QSR-Parametern errechnet. Darunter fallen chirurgische Komplikationen, die während des Krankenhausaufenthalts

oder bis zu 90 Tage danach auftreten. Weiterhin werden Thrombosen, Embolien, oder spätere Endoprothesenluxationen, und auch Revisionen innerhalb von einem Jahr berücksichtigt.

? Das heißt, jedes dieser Ereignisse wird mit Punkten belegt und am Ende steht ein Summenwert?

Ja, ein Score. Und dabei gibt es einen Maximalwert, den ein Krankenhaus nicht überschreiten darf – andernfalls kann es bei unserem Vertrag nicht mitmachen.

? Wer leistet dafür die Auswertung der Daten aus den Krankenhäusern?

Das macht das Wissenschaftliche Institut der AOK, das WIdO, für uns. Einmal im Herbst eines jeden Jahres bekommen wir aktualisierte Daten, dann entscheidet sich, ob ein Haus weiter im Vertrag bleiben kann oder nicht. Es gibt noch ein zweites Qualitätskriterium. Wer in den Vertrag will, muss sich verpflichten, bei bestimmten Risikogruppen ein Screening auf multiresistente Keime durchzuführen.

? Wie viele Krankenhäuser machen mit?

Etwa 34 Krankenhäuser hier in Hessen hätten nach ihren Qualitätsdaten die Möglichkeit mitzumachen.

? Von wie vielen Krankenhäusern insgesamt?

Bei der elektiven Hüfte haben wir in Hessen 71 Krankenhäuser, bei den Knieendoprothesen 72.

? Und wie viele Häuser wollen jetzt in den Vertrag?

23 haben sich bislang beworben. Mit 9 haben wir bereits Vereinbarungen geschlossen. Wir gehen davon aus, dass wir am Ende Verträge mit 10–15 Häusern schließen werden. Etwa ein Viertel unserer Versicherten, die ein Kunstgelenk benötigen, wird in diesen Verträgen behandelt werden. Die Teilnahme ist natürlich freiwillig. Die Patienten müssen sich aktiv einschreiben.

? Wo ist das P4P-Element in den Verträgen? Anders gefragt: Welche Summe fließt zusätzlich an ein Krankenhaus mit besonders hoher Qualität?

Wir haben diese klassische Form von P4P verlassen. In den ersten Jahren hatten wir noch solch gestaffelte Zuschläge in der Vergütung. Wenn ein Haus bestimmte Qualitätskriterien erfüllte, sein Score lag beispielsweise bei 1,0, dann gab es dafür pro Behandlung einen Zuschlag X. Lag der Score bei 0,4, gab es einen höheren Zuschlag Y. Jetzt haben wir das P4P-Element anders gestrickt.

? Wie?

Ein Teil ist, dass wir die Krankenhäuser, die eine besonders gute Qualität erzielen, auch besonders vermarkten.

? Über positive Artikel in der Mitgliederzeitschrift?

Ja, unter anderem. In der Realität fragt der Patient oft zunächst seinen Arzt, in welches Haus er gehen soll. Wir haben daher

die Ärzte mit einer neuen Broschüre über die Ergebnisqualität der Krankenhäuser in der Endoprothetik informiert. Von den Ärzten haben wir ein sehr positives Feedback erhalten. Sie sagen uns, dass die Informationen sind, die sie bislang nicht hatten.

? Die sie sich doch einfach aus dem Internet holen könnten, wenn sie in den AOK-Krankenhausnavigator schauen(2)?

Genau. Aber der Arzt schaut da offenbar selten rein, was schade ist. Also haben wir ihm die Informationen so aufbereitet, dass er auf einen Blick sieht, welche Häuser in seiner Region hohe Qualität aufweisen. Wir gehen davon aus, dass dies dazu führt, dass die Patienten eher in die Partnerkrankenhäuser gehen, die wir jetzt unter Vertrag halten.

? Überschätzen Sie da nicht die Mobilität der Patienten?

Nein, Qualität spielt für Patienten eine immer wichtigere Rolle und sie sind auch bereit, dafür weiter zu fahren.

? Die Kasse, die ihre Patientenströme steuert?

Ich möchte nicht von Steuerung reden. Wir wollen Informationen geben, Transparenz schaffen. Was der Patient tut, bleibt seine freiwillige Entscheidung.

? Damit enthalten Ihre Verträge aber nur höchstens indirekte P4P-Elemente, in dem Sie den Ihrer Ansicht nach besseren Häusern mehr Patienten zuführen?

Es gibt einen 2. direkten finanziellen Anreiz. Normalerweise müssen die Häuser im DRG-System oberhalb einer bestimmten Anzahl an für sie festgelegten Implantation künstlicher Gelenke im Jahr einen Mehrleistungsabschlag in Höhe von 25% hinnehmen. Der entfällt bei den Häusern, mit denen wir jetzt Verträge abschließen.

? Spätestens dann, wenn Häuser, die keine Verträge kriegen, spürbar weniger Patienten für die Implantation eines Kunstgelenks bekommen, könnte es sein, dass man ihre Qualitätsmessungen kritischer anschaut. Womöglich laufen Sie ein Risiko auf Klagen vor Gericht? Wie valide ist QSR?

Bislang gab es keine Klage. Wir suchen den Dialog mit den Häusern. Ich möchte ja nicht die schlechten Häuser an den Pran-

ger stellen, sondern die guten besonders hervorheben.

Wenn andererseits Krankenhäuser, die eine sehr schlechte Qualität haben, nicht mehr so viele Patienten bekommen... dann passiert das meines Erachtens völlig zu Recht. Wir wissen, dass das Viertel der schlechtesten Krankenhäuser in Hessen in der Endoprothetik doppelt so viele Komplikationen hat wie das Viertel der besten Krankenhäuser. Doppelt so viele Revisionen! Das will ich für unsere Patienten nicht hinnehmen.

? Sie werden womöglich ungewollt auch dafür sorgen, dass im hintersten Taunus das letzte Haus schließt, vor Ort keine Versorgung mehr möglich ist?

Das sehe ich nicht. Wir können in allen Regionen Vertragspartner anbieten. Glücklicherweise sind die Häuser mit hoher Qualität nicht auf das Rhein-Main-Gebiet oder Südhessen begrenzt.

? An das mögliche Problem einer derzeit diskutierten Überversorgung mit Kunstgelenken in Deutschland kommen Sie mit ihrem Vertragsmodell nicht heran...

Doch. Denn die Zunahme bei der Implantation von Knie- und Hüftendoprothesen ist in den Häusern mit der schlechtesten Qualität massiv höher als in den Häusern mit hoher Qualität. Meine These ist: Häuser mit der guten Qualität haben auch eine gute Indikationsqualität. Es ist für mich schlimm, dass ich eine Fallzahlsteigerung in den falschen Krankenhäusern habe.

? Warum haben Sie das vorherige P4P-Modell mit einer tiefer gestaffelten Vergütung eigentlich verlassen?

Unser Grundsatz ist, dass wir für gute Qualität am Ende nicht mehr bezahlen wollen als in der Regelversorgung. Ich erwarte von jedem Krankenhaus, dass es für das, was wir zahlen, gute Qualität liefert. Und vor allem bin ich der Meinung, dass Krankenhäuser, die eine schlechte Qualität bringen, diese Leistung gar nicht mehr erbringen dürfen. Wenn ich Patienten bewusst in ein Haus lasse, das eine schlechte Qualität hat und ich dann als Kasse wegen möglicher Abschläge im Rahmen von P4P am Ende sogar noch Geld sparen würde – das wäre ethisch nicht haltbar.

? Haben Sie Hinweise gesehen, dass man mit gestaffelten finanziellen Anreizen eine bessere Qualität der Versorgung erreicht?

Nein.

? Haben Sie Überlegungen, P4P auch in Verträgen mit niedergelassenen Orthopäden einzuführen?

Nein, momentan nicht. Der Gesetzgeber hat uns zwar aufgegeben, dass Qualitätssicherung generell mehr sektorenübergreifend erfolgen soll, aber das wird noch dauern. Und ein P4P-Modell mit gestaffelten Vergütungen je nach Qualitätsparametern will ich auch im ambulanten Bereich nicht. P4P bedeutet für mich, dass Krankenhäuser, in der Zukunft vielleicht auch einmal Ärzte, die eine schlechte Qualität bieten, diese Leistung nicht mehr erbringen sollen.

Mein Wunsch ist, dass der Gesetzgeber endlich zumindest an die Strukturen im Krankenhausektor ran geht und solche Dinge stärker ermöglicht. Ich will, dass Kassen die Möglichkeiten bekommen, echte Selektivverträge abzuschließen, dass wir also nicht immer extra IV-Vertrag geschlossen werden muss.

? Die Kasse, die in Zukunft entscheidet, in welche Häuser ihre Versicherten gehen und in welche nicht?

Nein. Ich würde über Ausschreibungen gehen wollen, denn da gibt es klare Regelungen, die zu beachten sind. Mein Ziel ist es, auf Augenhöhe mit Krankenhäusern gemeinsam Modelle zu entwickeln.

Das Interview führte Bernhard Epping

Weiterführende Informationen zum Interview mit Herrn Burmann:



1. <http://www.aok-gesundheitspartner.de/he/iv/endoprothetik/index.html>

2. <http://www.aok-gesundheitsnavi.de/krankenhaus.15.de.html>