



## Qualitätsbezogene Vergütung: Kurswechsel in der Vergütungspolitik.

„Das ärztliche Honorar wird sich immer mehr an der erbrachten Qualität orientieren“, erklärte kürzlich der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler. Ziel der KBV sei es, Qualitätszuschläge im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zu verankern und dadurch eine qualitätsbezogene Vergütung, international als „Pay for Performance“ (P4P) bezeichnet, zu verankern. Bis zu 30 % der vertragsärztlichen Vergütung könnten künftig von der Qualität der erbrachten Leistungen abhängen.

Köhler fordert den Einstieg in eine qualitätsorientierte Vergütung mit einem Bonussystem. „Beispielsweise können wir einem Arzt eine Zusatzvergütung in Aussicht stellen, wenn er mit Hilfe von Medikamenten oder Ernährungstherapie 70 % seiner Bluthochdruck-Patienten auf einen normalen Hochdruck bringt.“ Dazu müsse ein Katalog mit Erkrankungen und Zielvorgaben gesetzlich verankert werden.

Für die Ärzte komme es darauf an, dass stabile Kriterien zur Messung der Qualität der Leistungen entwickelt werden, ohne dass damit zusätzlicher bürokratischer Aufwand für die Dokumentation der Leistungen verbunden sei.

Der Vizepräsident der Bundesärztekammer (BÄK), Dr. Frank Ulrich Montgomery, hat inzwischen vor einer voreiligen Koppelung von Arzthonoraren an die Ergebnisqualität gewarnt. Es sei wahnsinnig schwer, Ergebnisqualität überhaupt zu messen. Auch seien Ergebnisparameter ohne Risikoadjustierung unsinnig. Es sei auch bisher nicht gelungen, Ergebnisqualität über die Sektorengrenzen hinweg zu messen. Montgomery warnte vor dem bürokratischen Aufwand einer qualitätsorientierten Vergütung. Die bisher betriebene Einführung von Qualitätsparametern in das deutsche Gesundheitswesen werde von den Ärzten als „Tsunami“ empfunden, der ihnen neue regulatorische und bürokratische Lasten auferlege, ohne einen persönlichen Lernerfolg mit sich zu bringen. Der BÄK-Vize sprach auch von einem „Zertifizierungswildwuchs“ in Deutschland.

Bei den Berichten über internationale Erfahrungen mit „Pay for Performance“ wird festgestellt, dass dieses Vergütungssystem auch mit Nachteilen und Missbrauch verbunden sein kann. So berichtete die „Süddeutsche Zeitung“ kürzlich über Erfahrungen aus Großbritannien: „Weil es mehr Geld dafür gab, wenn Diabetiker bessere Blutzuckerwerte vorweisen konnten und Hochdruckpatienten einen normalen Druck in ihren Adern, waren plötzlich bei vielen britischen Patienten die Blutwerte normal. Etliche Patienten, die besonders schwierig zu behandeln sind, weil sie ihre Medikamente nicht einnehmen, sich kaum an ärztliche Ratschläge halten oder weil ihre Krankheit weit fortgeschritten ist, wurden gar nicht mehr behandelt. Die Ärzte hatten Sorge, dass ihnen sonst die Erfolgsquote und damit ihr Einkommen vermasselt worden wäre.“

Eine gewisse Bedeutung für die Akzeptanz von „Pay for Performance“ bei den Ärzten dürfte die Frage haben, ob es für qualitätsgesicherte Leistungen auch eine zusätzliche Vergütung geben wird. Köhler bezeichnet eine Erhöhung des ärztlichen Gesamthonorars als nicht notwendig. „Das Geld im Gesamttopf bleibt gleich. Die Verteilung wird nur stärker nach Qualitätskriterien ausgerichtet.“ Der GKV-Spitzenverband spricht von kostenneutralen Regelungen und erklärt, das Prinzip einer qualitätsorientierten Vergütung bedeute, dass die Vergütung bei unterdurchschnittlichen Leistungen gekürzt und bei überdurchschnittlichen Leistungen angehoben werden müsse.