

P4P – ein Kampfbegriff?

Der Krankenhaus-Report, den die AOK Mitte Januar veröffentlicht hat, stößt bei vielen auf massive Kritik. „Tendenzios“, „unwissenschaftlich“, „nicht belegt“ lauten nur einige der Vorwürfe, die Kliniken, Krankenhausgesellschaften aber auch Ärzteverbände geäußert haben. Die Reaktionen auf den AOK-Krankenhaus-Report, insbesondere auf die Aussagen über die Todesfälle, die angeblich durch Behandlungsfehler verursacht werden, sind heftig. In ihrem Bericht hatte das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) veröffentlicht, dass es pro Jahr in Deutschland 19.000 Tote durch Behandlungsfehler in Kliniken gebe. Die AOK geht bei rund 19 Millionen Klinikfällen im Jahr von einem Prozent Behandlungsfehler und 0,1 Prozent Todesfällen, die auf Fehler zurückgehen, aus. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft rechnet dagegen, dass Ärztekammern und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) 4.862 Behandlungsfehler gutachtlich festgestellt haben, was bei einem Anteil von 3,6 Prozent an Todesfällen nach Behandlungsfehlern 122 Todesfälle (2012) ausmacht. Soviel zu Zahlen und Statistik!

Unfair ist die Diskussion auch deshalb, weil viele Probleme im Gesundheitswesen durch dessen Komplexität und die immer stärkere Ökonomisierung der Medizin der vergangenen Jahre verursacht sind – und dies durch eben diejenigen, die nun dagegen zu Felde ziehen: die Krankenkassen und Teile der Politik. Zu knapp kalkulierte DRGs, ärztlicher und pflegerischer Fachkräftemangel, unzureichende Finanzierung, gnadenlose Absenkung der Verweildauer, konsequenter Bettenabbau, Druck auf die Ärzte, Geräte und Operationssäle rund um die Uhr auszulasten – die Liste ist lang. Zudem sehen zahlreiche Chefarzt-Verträge vor, dass ein Teil der Vergütung vom wirtschaftlichen Erfolg der Abteilung gemacht wird. Stattdessen wird aber weiter der Pseudophilosophie des „pay for performance“ (P4P) das Wort geredet – mit Rückenwind aus der Bundesregierung.

So heißt es im Vertrag der Großen Koalition: „Die sektorübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten wird ausgebaut. Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, dem Institut geeignete pseudonymisierte Routinedaten zur Verfügung zu stellen“. Und weiter: „Zur weiteren Stär-

kung der Qualität [...] wird für vier vom Gemeinsamen Bundesausschuss ausgewählte planbare Leistungen den Krankenkassen in den Jahren 2015 bis 2018 die Möglichkeit gegeben, modellhaft Qualitätsverträge mit einzelnen Krankenhäusern abzuschließen.“

Dabei wird P4P definiert mit „Berücksichtigung des Risikos bei der Performance-Messung und in der Unternehmensbewertung“. Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren bedeutet, dass der Einfluss von patientenindividuellen Risiken (Risikofaktoren) und von unterschiedlichen Verteilungen dieser Risiken zwischen den Leistungserbringern (Patientenmix) bei der Berechnung von Qualitätsindikatoren berücksichtigt wird. Experten sind sich einig, dass risikoadjustierte Ergebnisindikatoren nicht allein stehen dürfen und ein ausgewogenes Indikatorenset erforderlich ist – dennoch wird das Problem der möglichen Risikoselektion bleiben. Dabei stellen sich grundlegende Fragen: Wo könnte P4P die Steuerung der Versorgung echt verbessern? Welche eigentlichen Ziele werden mit P4P verfolgt? Gibt es verlässliche Messinstrumente? Wird die Risikoadjustierung nicht zur Risikoselektion? Welches könnten die passenden Anreize sein? Wie groß sind Aufwand und Nutzen?

Ich bin fest davon überzeugt, dass das deutsche Gesundheitswesen eines der sichersten und besten weltweit ist. Bei uns werden im Gegensatz zu anderen Ländern Patientinnen und Patienten mit akuten Krankheitsbildern – egal ob sie gesetzlich oder privat versichert sind – ohne lange Wartelisten behandelt. Die ganze (Facharzt-)Wartezeitendebatte ist absurd. Doch natürlich ist kein System perfekt. So gibt es auch bei uns durchaus Verbesserungspotenziale, beispielsweise bei der Fehlerkultur. Es muss möglich sein, dass Fehler wertfrei und ohne Sanktionen diskutiert werden können. Durch die Etablierung von Riskmanagement und von Berichtssystemen zur anonymisierten Meldung kritischer Ereignisse, wie dem Critical Incident Reporting System (CIRS), sind wir hier bereits auf einem guten Weg. Der AOK-Report konterkariert unsere Anstrengungen für mehr Transparenz. Auch die Diskussion um die angeblich unnötigen Operationen bzw. um die hohen OP-

Zahlen im OECD-Vergleich wird unfair geführt. Stimmt, in kaum einem anderen Land werden Patienten so oft im Krankenhaus behandelt wie in Deutschland. 240 Klinikaufenthalte pro 1.000 Einwohner verzeichnet die Statistik. Der OECD-Durchschnitt liegt bei nur 155. Behandeln wir nun hier in Deutschland zu viele Patienten stationär oder die anderen Länder zu wenige? Führend ist die Bundesrepublik bei der stationären Therapie von Herz-Kreislauf-Krankheiten und bei Implantationen von Hüft-Endoprothesen. Auch bei den Krebstherapien im Krankenhaus liegt Deutschland weit vor anderen vergleichbaren Industrieländern. Doch die Daten des Landes A lassen sich nicht ohne weiteres mit dem Zahlenmaterial des Landes B vergleichen. So werden beispielsweise in manchen Ländern bei der Anzahl der künstlichen Hüft-Operationen nicht nur die OPs nach Verschleiß, sondern auch diejenigen nach Frakturen oder Infektionen und ebenso der Prothesenwechsel gerechnet, was das Ergebnis natürlich grob verzerrt.

Mit dem Kampfbegriff „P4P“ wird also vielmehr das Vertrauen in uns Ärzte beschädigt. Wir Ärztinnen und Ärzte arbeiten nach wie vor mit dem Ziel, Fehler zu vermeiden. Unsere Krankenhäuser und Praxen betreiben ein konsequentes Fehlermanagement und führen auch eine transparente Dokumentation durch. Moderne Medizin kann glücklicherweise mehr helfen, auch der wachsenden Gruppe der älteren und multimorbiden Menschen. Auf der Basis von Daten über den Behandlungserfolg künftig bezahlt zu werden, ist jedenfalls ein gefährlicher Gedanke und fest steht allemal: So dürfen unsere Vertragspartner, die Krankenkassen, nicht mit den Kliniken und uns Ärztinnen und Ärzten umgehen!

Autor



Dr. Max Kaplan,
Präsident
der BLÄK