

Johannes Brühwiler

Fördern finanzielle Anreize die Qualität?

Kommentar zum Referat von Domhnall MacAuley

Das «Quality and Outcomes Framework» wurde als freiwilliges Programm mit Gruppen von evidenzbasierten Indikatoren zur Verbesserung von Diagnose und Management der häufigsten chronischen Erkrankungen gestartet. Gute Ergebnisse bezüglich der Indikatoren wurden finanziell belohnt mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern und Ungleichheiten in der Versorgung zu reduzieren.

Ausnahmeregelungen sind notwendig und wichtig, in unterschiedlichen Systemen ist der Anteil der Ausnahmen unterschiedlich hoch ausgefallen. Im englischen System war die Quote zwischen 2.0 und 9.0 Prozent. In speziell vulnerablen Gruppen wie bei den Obdachlosen und Fahrenden war der Ansatz nicht erfolgreich. Ebenso sind psychosoziale Probleme ungenügend abgebildet und das System funktioniert schlecht bei Multimorbidität, weil es eindimensional vertikal aufgebaut ist.

Finanzielle Anreizsysteme können die Qualität in Versorgungssystemen verbessern, aber auch zu unerwünschten Konsequenzen führen [1]. So fielen die Werte von Indikatoren ohne finanzielle Anreize signifikant. Insgesamt erfolgte die Intervention auf dem Boden einer kontinuierlichen Verbesserung in Bezug auf die gemessenen Indikatoren. Bei diesen wurden hohe Werte erreicht, dann blieben diese jedoch konstant.

Finanzielle Anreizsysteme können die Qualität in Versorgungssystemen verbessern, aber auch zu unerwünschten Konsequenzen führen [1].

Starke Grundversorgung war assoziiert mit besserer Gesundheit der Bevölkerung, tieferer Rate von unnötigen Hospitalisationen und weniger sozioökonomischer Ungleichheit. Aber die Kosten sind höher.

Zwei Punkte wurden sicher zu recht betont: Ohne gute IT mit den entsprechenden Auswertungen und einer angemessenen Planungsmöglichkeit geht gar nichts. Und wenn der Hausarzt mehr verdient, muss dies auch akzeptiert werden.

Der Ansatz ist primär organisatorisch und mechanistisch; ob er ähnlich erfolgreich wäre in unserem sehr individualistischen und mit einem hohen Anspruchsniveau verbundenen System, bleibt nachzuweisen. Was in England erreicht wurde, sind eine höhere Patientenzufriedenheit [2] und eine Verbesserung der Situation der Hausärzte. Insofern war die Intervention erfolgreich.

Grundsätzlich sind die Ausgangslagen des englischen Gesundheitssystems und des schweizerischen sehr unterschiedlich: Im englischen System waren Ungleichheiten in der Versorgung erheblich, in der Schweiz haben wir in einigen Bereichen von einer Überversorgung auszugehen. Ähnlich ist die Ausgangslage mit dem Mangel an Hausärzten, mit einer zu hohen Arbeitsbelastung der aktiv tätigen mit entsprechenden Motivationsproblemen und die wenig angemessene Entlohnung. Die Schlüsse, die aus der Intervention in England gezogen werden, müssen den historischen und organisatorischen Kontext des entsprechenden Gesundheitswesens einbeziehen [3].



Im Commonwealth Survey 2012 hat die Schweiz bei relevanten chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ II und COPD im internationalen Vergleich sehr gut abgeschnitten. Ein erhebliches Problem gibt es jedoch bei der multidisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit [2]. Unser System ist ausserordentlich stark fragmentiert. Meiner Meinung nach das Hauptproblem, welchem in Zukunft unser Augenmerk gelten sollte. Ob das mit einem «Pay-for-performance-Modell» möglich ist, bleibt offen.

«Payment for performance is still an imperfect approach to improving primary care, and should be considered as only one option alongside alternative quality improvement methods.» [3].

Literatur

- 1 Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA*. 2005;10:294(6):716-24.
- 2 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians 2009 and 2012.
- 3 P Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2012;10:461-468.

Korrespondenz:

Dr. med. Johannes Brühwiler
Vorstandsmitglied Hausärzte Schweiz
Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Klosbachstrasse 123
8032 Zürich
johannes.bruehwiler[at]hin.ch