

Leistungsbezogene Bezahlung für Allgemeinärzte: Das englische Experiment

Linking Physicians' Pay to the Quality of Care: The British Experiment

Autor

R. Chenot

Institut

Dept. of Social Policy, London School of Economics and Political Sciences

Schlüsselwörter

- Qualitätsindikatoren
- leistungsbezogene Vergütung
- National Health Service

Key words

- Quality indicators
- pay-for-performance
- National Health Service

Zusammenfassung

▼
Hintergrund: Im englischen National Health Service wurde in den Jahren 2004–2006 ein an Qualitätsindikatoren orientiertes Modell leistungsorientierter Bezahlung für Allgemeinärzte erprobt. Der Qualitätsvertrag regelt die Leistungsbewertung, gemessen an evidenzbasierten Qualitätsindikatoren für 11 chronische Erkrankungen sowie Indikatoren für Praxisorganisation und Patientenzufriedenheit. Für die Erfüllung von Qualitätsstandards erhält die Praxis eine Gutschrift auf ein Punktekonto. Die Praxisdaten werden in einer nationalen Datenbank gesammelt, primär um die Praxisauszahlungen zu berechnen.

Ziele: Beschreibung und Analyse des Qualitätsvertrags, Evaluation der Ergebnisse.

Methode: Fallstudie zu Implementation und Auswirkungen eines Systems leistungsorientierter Vergütung; Analyse von NHS-Dokumenten, NHS-Auftragsforschung und öffentlich zugänglichen Leistungsdaten.

Ergebnisse: Von n=8.486 teilnehmenden Praxen Englands und Schottlands erreichten im ersten Jahr des neuen Vertrages durchschnittlich 91,3% das vorgegebene Ziel. Entsprechend erhöhte sich das Einkommen der teilnehmenden Ärzte. Erfasst wurden 99,5% (52.833.584) der registrierten Patienten in England und Schottland. In einer geringen Anzahl von Praxen (1,1%) war der Patientenausschluss hoch (15% und mehr aller Patienten).

Schlussfolgerung: Die klinischen Indikatoren im Qualitätsvertrag erfassen nur einen Ausschnitt aller Erkrankungen und nur einige Aspekte der Versorgungsqualität. Dennoch werden vorher nicht zugängliche Informationen erhoben, die grundlegende Daten liefern, um die zukünftige Verbesserung der Patientenversorgung zu messen. Die erhobenen Qualitätsindikatoren stellen eine potenziell wertvolle Informationsquelle für Gesundheitsmanager, Forscher und Vertreter der Politik dar, die für die Planung und Organisation der Patientenversorgung sowie die Mittelzuweisung zuständig sind.

Abstract

▼
Background: In 2004–2006 a quality contract linking a pay-for-performance scheme to health targets for GPs was introduced in the National Health Service. The contract measures practice achievement against a range of evidence-based clinical indicators, covering clinical care for 11 chronic diseases and indicators covering practice organisation and patient experience. Practices score points according to their levels of achievement against these indicators, and practice payments are calculated from points achieved. Practice data is collected in a national database, primarily to determine practices payments.

Aims: To obtain and analyse information on the quality contract, evaluate the outcomes and disseminate the results.

Method: A case study into the implementation and the effects of a pay-for-performance scheme. Analysis of NHS documents, NHS commissioned research and public access-data.

Results: Reported achievement for n=8,486 general practices in England and Scotland in the first year of the new contract was 91.3%. Thus, the contract increases existing income according to performance. Data on 99.5% (52.833.584) of registered patients were recorded. Exception reporting was high (15% and more of patients) in a small number of practices (1.1%).

Conclusion: Within the clinical domain the quality contract only covers selected conditions and only some aspects of the care for such patients. However it does provide information on a previously unavailable scale, and will provide a baseline against which to measure future levels of improvement in the delivery of care. Practice achievement data represents a potentially valuable source of information for policymakers, healthcare managers or researchers responsible for the planning and delivery of primary care services and resource allocation.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-977711
Online-Publikation: 01.06.2007
Z Allg Med 2007; 83: 242–246
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

Dr. rer. pol. R. Chenot
Abteilung Allgemeinmedizin
Universität Göttingen
Humboldtallee 38
37073 Göttingen
rheiden@gwdg.de

Einleitung

Der größte Teil der ambulanten medizinischen Versorgung findet in hausärztlichen Praxen statt. Aussagen über die Qualität der Gesundheitsversorgung – konkret gesagt: die Versorgungsqualität ärztlicher Arbeit – beschränken sich zumeist auf mehr oder weniger repräsentative Stichprobenerhebungen. Daten aus der Routinedokumentation in Hausarztpraxen zu gewinnen ist logistisch schwierig. Da sie primär für die Abrechnung erzeugt werden, sind aus methodischen Gründen nur eingeschränkt für wissenschaftliche Fragestellungen geeignet. Valide Daten lassen sich nur erheben, wenn Ärzte einen über die Routinedokumentation hinausgehenden Dokumentationsaufwand in Kauf nehmen. Die Verordnungs- und Diagnosestatistiken der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen bilden nur Ausschnitte des Geschehens in der Praxis ab. Wie also Qualität und Wirtschaftlichkeit hausärztlicher Versorgung beurteilen, wenn die Datengrundlage dürftig ist? In England findet dazu derzeit ein größeres Experiment statt: Im April 2004 schloss die englische Regierung mit der *British Medical Association* (BMA) (als Vertreterin der Allgemeinärzte) einen Vertrag im *National Health Service* (NHS) ab [1,2]. Für die leistungsbezogene Bezahlung wurde im Zeitraum 2004–2006 eine Milliarde £ (1,5 Mrd.€) bereitgestellt. Dies ist eine Erhöhung von mehr als 20% der Summe, mit der bis dahin *general practitioners* (GPs) honoriert wurden. Im Juni 2003 wurde der Vertrag als *Quality and Outcomes Framework* (QOF), auch kurz *quality contract*, vom *General Practitioners Committee* (GPC) der BMA in einer Abstimmung angenommen. Er ist Teil des *New General Medical Services Contract*, in dem Entwicklungsziele und Finanzierung festgelegt sind. Für die Einhaltung von Qualitätsstandards wurde, zusätzlich zum Festeinkommen, ein Honorarbonus vereinbart.

Tab. 1 Beispiele für Qualitätsindikatoren der Patientenversorgung

	Anzahl Punkte
Bluthochdruck (5 Indikatoren, max. 105 Punkte)	
Bluthochdruck wurde bei 90% der Pat. während der letzten 9 Monate regelmäßig erfasst.	20
Letzter Wert (innerhalb der letzten 9 Monate) 150/90 mm Hg oder niedriger bei 70% der Pat.	56
Schlaganfall oder TIA (10 Indikatoren, max. 31 Punkte)	
Cholesterin wurde bei 90% der Pat. während der letzten 15 Monate regelmäßig erfasst.	2
Cholesterin (innerhalb der letzten 15 Monate) \leq 5 mmol/Liter bei 60% der Pat.	5

Übersicht Schlüsselbegriffe zum britischen Gesundheitswesen (Eigene Darstellung in Anlehnung an [3])

- ▶ Der *National Health Service* (NHS) wurde 1948 gegründet und ist bis heute eine staatliche Organisation, durch welche die Regierung direkt und unmittelbar Strukturen und Inhalte der Gesundheitsversorgung steuert.
- ▶ An der Spitze des NHS steht der Gesundheitsminister (*Secretary of State for Health*), der dem gleichnamigen Ministerium (*Department of Health*) vorsteht. Patienten sind bei einem Hausarzt (*general practitioner, GP*) eingeschrieben (*listed*), von dem sie bei Bedarf an ein Krankenhaus überwiesen werden.
- ▶ Der NHS ist zu über 80% aus Steuern finanziert. Zuzahlungen gibt es u. a. für Medikamente, Zahnbehandlungen und Brillen. GPs beziehen ein Festgehalt, das seit 1990 durch qualitäts- und outcomebezogene Vergütungskomponenten ergänzt wird (*pay-for-performance*).
- ▶ Die *British Medical Association* (BMA) entspricht in ihrer Funktion den Ärztekammern und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Das *General Practitioners Committee* (GPC) vertritt die Interessen der Allgemeinärzte in der BMA. NHS und BMA schließen Verträge (*General Medical Services Contract*), z. B. über die Ärztevergütung, ab.

Der Blick über nationale Grenzen und die Diskussion über eine an Qualitätsindikatoren angelehnte leistungsorientierte Vergütung ist wichtig – nicht nur für Allgemeinärzte, sondern auch für Politiker und Studierende. Der Schwerpunkt dieser Analyse soll neben der eigentlichen Reform, Strukturen im NHS aufzeigen und auch die Terminologie erklären (◉ **Übersicht**).

Methode

Basierend auf der Analyse von NHS-Dokumenten, NHS-Auftragsforschung und öffentlich zugänglichen Leistungsdaten werden Akteure, Implementation und Auswirkungen eines Systems leistungsorientierter Vergütung für Allgemeinärzte im englischen Gesundheitswesen beschrieben.

Die Reform

Im Qualitätsvertrag ist festgelegt, dass die Qualität der primärmedizinischen Versorgung im NHS mit evidenzbasierten Qualitätsindikatoren in vier Bereichen gemessen wird [1]:

1. Patientenversorgung. 76 Indikatoren erfassen 10 Krankheitsbilder (KHK einschließlich Linksventrikuläre Dysfunktion, Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes Mellitus, Asthma, COPD, Epilepsie, Hypothyreose, maligne Tumoren, psychische Erkrankungen), für die es maximal 550 (54,2%) der erreichbaren 1.050 Punkte gibt (◉ **Tab. 1**).
2. Praxisorganisation. 56 Indikatoren bilden fünf Bereiche ab (elektronische Patientenakte, Patientenkommunikation, Patientenschulung, Medikamenten-Reviews erstellen, Praxis-Management), mit 184 Punkten (17,5%) (◉ **Tab. 2**).
3. Patientenzufriedenheit. Bis zu 70 Punkte für Patientenbefragungen, weitere 30 Punkte, falls der Zeitraum zwischen zwei Terminen 10 Minuten und mehr beträgt (9,5%). Der Vertrag sieht zwei Instrumente zur Messung der Patientenzufriedenheit vor, es sollen aber mehr werden.
4. Zusätzliche Leistungen. Weitere 36 Punkte (3,4%) gibt es für die Krebsvorsorge (PAP-Abstriche), Schutzimpfungen, Schwangerschafts- und Verhütungsberatung.

▶ Organisatorische Einheiten, die für die Sicherstellung bestimmter Versorgungsleistungen zuständig sind, werden als *Trusts* bezeichnet. Auf der primären Versorgungsebene sind die *Primary Care Trusts* (PCTs) in etwa mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vergleichbar. Sie erhalten 75% des NHS-Budgets und stellen in einer definierten Region die gesundheitliche Versorgung sicher. Neben den PCTs, die die ambulante Versorgung regeln, gibt es Trusts für Krankenhäuser, psychiatrische Versorgung, den Notdienst sowie für die Integration von sozialen und Gesundheitsdiensten.

▶ Der NHS-Plan 2000 legt die Ziele der Gesundheitsreform fest und ist mit einer erheblichen Ausweitung des nationalen Gesundheitsbudgets verbunden. U. a. sollen bis 2010 100 neue Krankenhäuser sowie 500 neue Arztpraxen und zahlreiche neue Stellen geschaffen werden. Krankenschwestern (*practice nurses*) werden flächendeckend weitergebildet und arbeiten selbständig in der Chronikerversorgung (*nurse-led clinics*) und in der Arzneimittelvergabe. In *National Service Frameworks* werden Qualitätsstandards für ausgewählte Erkrankungen definiert.

▶ Das *National Institute of Clinical Excellence* (NICE), gegründet 1999, ist mit dem deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen vergleichbar, und mit der Erarbeitung von evidenzbasierten Leitlinien sowie der Bewertung (klinische Wirksamkeit und Kosten-Effektivität) von Arzneimitteln und Therapien beauftragt. Die Entscheidungen von NICE sind verbindlich für die Leistungsanbieter und werden im Internet veröffentlicht.

Tab. 2 Beispiele für Organisationsindikatoren

	Anzahl Punkte
Dokumentation (19 Indikatoren, max. 85 Punkte)	
Raucherstatus: Für mindestens 75 % der Patienten zwischen 15 und 75 Jahren ist der Raucherstatus erfasst.	5
Patientenkommunikation (8 Indikatoren, max. 8 Punkte)	
Praxisempfang ist während einer Zeit von mindestens 45 Stunden Montag bis Freitag besetzt (telefonisch und persönlich).	1,5
Praxisteam (9 Indikatoren, max. 29 Punkte)	
Listen klinisch relevanter Ereignisse in den letzten drei Jahren: Todesfälle, Neu-Diagnosen bei Krebs, häusliche Todesfälle, Suizide, Patientenbeschwerden etc.	4
Verordnungen (10 Indikatoren, max. 42 Punkte)	
Liste aller Verordnungen der vorhergehenden 15 Monate für mindestens 80 % aller Pat., die regelmäßig Verordnungen benötigen, ohne dabei einen Termin mit ihrem GP zu haben.	8
Praxis-Management (10 Indikatoren, max. 20 Punkte)	
Standardanweisungen für Datensicherung, Lagerung der Bandsicherungen, Installation neuer Programme oder Updates	1,5

Die Datenerhebung erfordert, dass die Praxis ein elektronisches Register ihrer Patienten mit Diagnosen und Verordnungen zur Verfügung stellt. Für die Erfüllung von Qualitätsstandards erhält die Praxis eine Gutschrift auf ein Punktekonto, das jährlich vergütet wird. Punkte werden vergeben, wenn der Anteil der Patienten, die eine entsprechende Behandlung erhalten haben, innerhalb bestimmter Schwellenwerte liegt. Die Zielerreichung definiert sich über die Prozentzahl der Patienten, die bestimmte Werte erreichen bzw. Prozeduren erhalten. Eine Praxis erhält beispielsweise einen Punkt, falls mindestens 25% der Asthma-Diagnosen durch Spirometrie oder Messung des Peak-Flow abgesichert wurden. Das Maximum von 15 Punkten wird vergeben, wenn 70% der Patienten mit Asthma eine Spirometrie oder Peak Flow-Messung erhalten hatten. Das System ist komplex: Die Höhe der Gutschrift wird angepasst an Praxisgröße und Praxisprävalenz der im Qualitätsvertrag aufgeführten Krankheitsbilder. Neben Prozessindikatoren (z.B. Messung von Bluthochdruck oder Cholesterolemie) werden auch Ergebnisindikatoren (wie z.B. das Management dieser Risikofaktoren innerhalb vorgegebener Grenzen) erfasst. Letztere bringen mehr Punkte, weil die Standards schwerer zu erreichen sind. Diese Bewertungen wurden von einem Beratergremium festgelegt und von Allgemeinärzten und *Primary Care Trusts* (PCT) in England und Schottland getestet und bewertet. Die Indikatoren und ihre Bewertung sollen in größeren Zeiträumen angepasst werden.

Routine-Dokumentation in NHS-Praxen

Der Qualitätsvertrag soll die Patientenversorgung verbessern und bei den Vertragspartnern Anreize schaffen, besser – ausführlicher, vollständiger – zu dokumentieren. Dazu wird in Großbritannien ein automatisiertes Codiersystem verwendet, sogenannte *Read codes*. Die Dokumentation mit auswertbaren Computersystemen ist vorgeschrieben. Mithilfe einer eigens entwickelten Syntax (MIQUEST: Morbidity Information Query and Export Syntax) lassen sich anonymisierte Read-codierte Patientendaten aus dem Praxis-Computersystem extrahieren. Einmal formuliert soll die Suchabfrage auf allen Praxis-Computersystemen laufen. Allerdings gibt unterschiedliche Auflagen [4]: Read Version 2 ist die gebräuchlichste in englischen NHS-Praxen: es gibt sie als 4-Byte und als 5-Byte-Sammlung. Die 4-Byte-Sammlung enthält 30.000 Codes, die 5-Byte-Sammlung

schon 100.000. Seit 1994 wird ein konzeptbasiertes Codiersystem angewendet: Read 3 mit 100.000 klinischen Termini. Für Studienzwecke müssen dann doch Modifikationen vorgenommen werden. Die ausgelesenen Daten sind nicht ohne Weiteres zusammenführbar und vergleichbar. Die auf dem Markt befindliche Praxissoftware ist in Großbritannien überschaubarer als in Deutschland. Drei Viertel aller NHS-Praxen benutzen die Praxissoftware: EMIS (Egton Medical Information Systems). Im Rahmen des Qualitätsvertrags wurde eine systemübergreifende Datenbank mit integriertem Qualitätsmanagement (QMAS – *Quality Management and Analysis System*) entwickelt, das den Praxen ebenso wie den PCTs Daten über die Versorgungsqualität zur Verfügung stellt. Die in QMAS erhobenen Daten sind die Grundlage für die qualitätsorientierte Bezahlung der Praxen. Die klinischen Indikatoren, wie im Qualitätsvertrag definiert, werden automatisch über NHSnet weitergeleitet. Daten zu Praxisorganisation und Patientenzufriedenheit müssen von Hand eingegeben werden. Dabei handelt es sich meistens um einfache ja/nein-Fragen. Falls Praxen keine QMAS-kompatible Software verwenden, werden die Daten von PCT-Mitarbeitern extrahiert.

Ausschluss von Patienten

Evidenzbasierte Qualitätsindikatoren erfordern, dass auch beim Patienten bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Nur dann kann die Qualität der Patientenversorgung sinnvoll bewertet werden. Beispielsweise würde ein terminal an Krebs erkrankter Patient nicht von einer Cholesterolsenkung profitieren. Patienten können daher von der Praxis, bei der sie eingeschrieben sind, aus dem Bewertungsverfahren herausgenommen werden, wenn folgende Ausschlusskriterien zutreffen [1]:

- ▶ Patient erscheint auch nach der dritten schriftlichen Erinnerung nicht,
- ▶ wird im laufenden Bewertungsjahr neu diagnostiziert oder schreibt sich neu bei einer Praxis ein,
- ▶ verweigert die Behandlung,
- ▶ unerwünschte Nebenwirkungen treten auf,
- ▶ Ausdosierung von Medikamenten ohne den gewünschten Effekt oder
- ▶ das Vorliegen von Multimorbidität, die eine bestimmte Behandlung ungeeignet erscheinen lassen.

Durch den Ausschluss von Patienten kann ein Arzt seinen Zielerreichungsgrad erheblich verbessern. Ein Missbrauch dieser Regelung ist potentiell möglich: so kann ein Arzt, um sein Einkommen zu steigern, alle Patienten ausschließen, bei denen die Behandlungsziele nicht erreicht wurden (englisch *gaming*).

Ein Arzt kann beliebig viele Patienten ausschließen, muss seine Vorgehensweise allerdings bei einer Inspektion durch den lokalen PCT begründen können. PCTs müssen alle Praxen in ihrem Einzugsbereich überprüfen. Sanktionen sieht der Qualitätsvertrag nicht vor; zu Unrecht erhaltene Gelder müssen allerdings zurückgezahlt werden [1].

Entwicklung und Auswahl von Qualitätsindikatoren

Bei der Auswahl der klinischen Indikatoren war die verfügbare Evidenz ausschlaggebend. Die anderen Indikatoren bilden einen Querschnitt der Anforderungen aus den Ausschreibungen einer Reihe von Preisen, die an Qualitätspraxen verliehen werden, so z. B. dem *Royal College of General Practitioners* gestifteten *Quality Practice Award* oder dem *Quality Team Development and Practice Accreditation Scheme* [1].

Das Indikatorensystem ist nicht statisch: 2006 wurden neun neue Bereiche eingeführt, darunter Demenz, Depression und Adipositas.

Tab. 3 Prävalenzen

Diagnose	Prävalenz
Herzinsuffizienz (CHD)	3,6%
Linksventrikuläre Dysfunktion (LVD)	0,4%
Schlaganfall	1,5%
Bluthochdruck	11,3%
Diabetes	3,3%
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	1,4%
Epilepsie	0,6%
Hypothyroidismus	2,2%
Krebs	0,5%
Psychische Störungen	0,5%
Asthma	5,8%

Interessierte Patienten, Ärzte und Organisationen sind eingeladen, ihre Erfahrungen und Bewertungen strukturiert über das Internet einzureichen (s. Link zur Weiterentwicklung des Qualitätsvertrags im Anhang). Wer einen Fragebogen komplett ausfüllt und einreicht hat die Chance, zu einem Gruppengespräch mit Vertretern der Vertragspartner (*expert panel*) eingeladen zu werden.

Für 2007 plant die Gesundheitsministerin Patricia Hewitt zusätzlich eine repräsentative Befragung von 5.000 Patienten über die Wartezeit auf einen Arzttermin sowie Angemessenheit der Praxisöffnungszeiten. Für die Erreichung dieser Qualitätsstandards werden weitere £72 Mio. (107 Mio. €) vom *Department of Health* als Bonus für die erfolgreichsten Ärzte zur Verfügung gestellt. Pro Praxis können damit geschätzte £ 8.000 (10.800€) ausgeschüttet werden.

Finanzielle Anreize

Die meisten englischen Allgemeinärzte arbeiten in Gruppenpraxen mit bis zu sechs Ärzten (Durchschnitt: drei Ärzte). Durchschnittlich waren in 2005 pro Arzt 1.613 Patienten eingeschrieben. Ein Punkt aus dem Qualitätsvertrag bringt einer Durchschnittspraxis mit 5.500 eingeschriebenen Patienten und drei Ärzten ca. £120 (180€) im Abrechnungszeitraum 2004/2005 ein. Die qualitätsorientierte Bezahlung macht 20% der Gesamtausgaben für Allgemeinärzte aus. Neunzig Prozent dieser Summe wurde aus neuen Mitteln zur Verfügung gestellt [1,5].

Ergebnisse der Reform

Das englische Experiment war erfolgreich, was die Erfüllung der Qualitätsindikatoren angeht – dies ergab die Evaluation für das erste Jahr 2004/2005 [6,8]. 8.486 Praxen in England und Schottland hatten teilgenommen und 91,3% der möglichen Punkte erreicht.

Erfasst wurden 99,5% (52.833.584) der registrierten Patienten in England und Schottland. Damit ist eine populationsbasierte Auswertung der Prävalenzen möglich. Die Prävalenz von Bluthochdruck war für 11,3% der Patienten am höchsten (● Tab. 3). Durchschnittlich waren 727 Patienten mit Bluthochdruck bei einer Praxis eingeschrieben (SD 489) [8].

Die meisten Punkte konnten die teilnehmenden Praxen im Bereich der klinischen Indikatoren realisieren: Im Durchschnitt wurden 92,3% (507,7 Punkte) der maximal erhältlichen 550 Punkte erreicht (Praxisorganisation 87,3%; 160,7 von 184 Punkten), Patientenzufriedenheit 93,2%; 93,2 von 100 Punkten) [8]. Technisch war im ersten Jahr der Ausschluss von Patienten nur bei 30 klinischen Indikatoren möglich (39%). Der Ausschluss von

Patienten war mit durchschnittlich 6% eher niedrig. Am niedrigsten war die Ausschlussrate mit durchschnittlich 0,8% bei Hypothyroidismus und am höchsten mit 9,5% bei psychischen Störungen. Einundneunzig Praxen (1,1%) schlossen 15% und mehr ihres Patientenstamms aus. Die Ausschlussgründe müssten vom zuständigen PCT überprüft werden. Doran et al [6]. schätzen, dass – wenn man die ausgeschlossenen Patienten in die Rechnung mit herein nimmt – das Ziel zu 82,9% erreicht wurde.

Eine logistische Regressionsanalyse [6] ergab, dass kleinere Praxen (mit einem besseren Arzt-Patient-Verhältnis) besser abschnitten als große. Ein hoher Anteil an Patienten über 65 Jahren, relativ viele Alleinerziehende im Patientenstamm ebenso wie niedriges Einkommen der Patienten wirkte sich negativ auf das Praxisergebnis aus. Am erfolgreichsten schnitten die Praxen ab, die die meisten Patienten ausschlossen. Praxen in Niedrig-einkommensgebieten nutzten die Ausschlussmöglichkeit eher als Praxen mit besser gestelltem Patientenstamm. Insgesamt waren diese Effekte jedoch eher klein: angesichts des allgemein hohen Zielerreichungsgrades blieb wenig zu erklären [9].

Entsprechend fällt auch der Einkommenszuwachs aus: im Durchschnitt erhielt ein Allgemeinarzt im Abrechnungsjahr 2004/05 £ 23.000 (34.000€) mehr als im Jahr zuvor; allerdings entstanden den Praxen auch zusätzliche personelle und administrative Kosten. GPs (*full time principals*) verdienen in England zwischen £80.000 und £120.000, entsprechend 117.000–175.000 € (Durchschnitt 2006: 106.000£) [6,14]. Es gibt keine Bereitschaftsdienste und die Wochenarbeitszeit beträgt durchschnittlich 44 Stunden [5,7,10].

Große Erwartungen werden in eine Reduzierung der Krankenhausüberweisungen als Folge der verbesserten Versorgung chronisch Erkrankter gesetzt. Praxispersonal wurde weitergebildet und übernimmt selbstständig Sprechstunden für Chroniker (*nurse-led clinics*, siehe Übersicht Schlüsselbegriffe). Bereinigte aggregierte Daten, die eine Bewertung der Veränderungen zulassen, sind noch nicht verfügbar [8].

Diskussion

Der Qualitätsvertrag mit den Allgemeinärzten im NHS umfasst qualitätsbezogene Vergütungskomponenten, die in einen Dreijahreszeitraum erprobt wurden. Der Zielerreichungsgrad im ersten Jahr war ausgesprochen hoch und die Spielräume bei der Erhöhung der Arzteinkommen wurden ausgeschöpft.

Umstritten ist jedoch, ob die Qualität der Patientenversorgung verbessert wurde. Die Reform wird öffentlich heftig debattiert, organisierte Akteure bringen sich ein und machen auf Defizite aufmerksam. Wohltätigkeitsorganisationen, sogenannte *charities*, monieren die unzureichende Ausrichtung des Qualitätsvertrags an Public Health-Zielen. Adipositas in der Kindheit beispielsweise sei im Qualitätsvertrag gar nicht erfasst, die Kosten würden in die Zukunft verschoben. Die *National Osteoporosis Society* (NOS) kämpft immer noch darum, die Osteoporose-Versorgung in den Rahmenvertrag aufzunehmen. Dafür müssten die teilnehmenden Praxen jedoch eine Liste aller Patienten mit Fragilitätsfrakturen erstellen können. Bei der kritischen Evaluation [11,12] wurde festgestellt, dass diese Angaben unvollständig sind, weil die Patienten im Krankenhaus behandelt werden und die Datensätze nicht verbunden sind. Dieses Problem besteht natürlich auch bei den behandlungsbezogenen Indikatoren, also der Suche nach Verordnungen. Außerdem sind keine codierten diagnostischen Ergebnisse verfügbar. Die NOS hat jedoch ein

kleines Indikatoren-Set entwickelt, das es erlaubt, Risikopatienten zu identifizieren und die Versorgung von Patienten mit Osteoporose abzubilden. Dabei bilden drei Indikatoren die Routinedokumentation von Risikofaktoren ab, vier sind behandlungsbezogen. Ein verbessertes Case-finding und Frakturprävention in der Allgemeinarztpraxis sollen Folgekosten der Krankheit vermeiden und die Lebensqualität im Alter verbessern. Die Verhandlungen dauern noch an.

Im Rahmen der NHS-internen Evaluation listen Roland et al. [13] auf der Basis von Ärztebefragungen (Interviews und Fragebogen) unbeabsichtigte Effekte auf:

- ▶ die Kontinuität der Patientenversorgung wird nicht honoriert und könnte deshalb abnehmen,
- ▶ Patienten mit Erkrankungen, die nicht im Qualitätsvertrag erfasst sind, könnten schlechter versorgt werden,
- ▶ extrinsische Motivation (das Streben nach mehr Vergütung) ersetzt die intrinsische (das Streben nach einer gelungenen Arzt-Patient-Beziehung).

Bei der Analyse von 19 Tiefeninterviews mit GPs in Schottland konnten Fairhurst und May [14] herausarbeiten, dass der Qualitätsvertrag Techniken und Messungen in den Vordergrund stellt, die sich nicht mit den eher ganzheitlichen Erfahrungen der GPs hinsichtlich der Arzt-Patient-Beziehung (wie z. B. gemeinsame Entscheidungsfindung oder Kontinuität) decken.

Es stellt sich grundsätzlich die Frage, ob die Qualität ärztlichen Handelns quantitativ abgebildet werden kann. In England ist die Messung von Qualität genau so wie Zielvereinbarungen im NHS seit langem üblich, steht immer im kritischen Diskurs und zeigt keine schlechten Ergebnisse. Die englischen GPs haben ihre Möglichkeiten, die gesteckten Ziele zu erreichen, voll ausgeschöpft. Möglicherweise waren die gesteckten Ziele zu leicht zu erreichen – für den Abrechnungszeitraum 2006/07 wurden die Minimal- und Maximalschwellen jedenfalls herauf gesetzt.

Interessant sind auch zwei weitere Effekte [7,13]: Praxen erhielten finanzielle Unterstützung beim Ausbau ihrer Computersysteme (eine zwingende Voraussetzung für die leistungsorientierte Vergütung) und sie zogen auch personelle Konsequenzen: *nurses* und *administrative staff* wurden eingestellt, *practice nurses* erhielten mehr Aufgaben bei der Versorgung chronisch erkrankter Patienten. Damit verpufft der finanzielle Effekt für die Ärzte natürlich auch ein bisschen – allerdings angesichts positiver Effekte auf die Praxisorganisation.

Fazit

Die Verhandlungspartner haben die Quadratur des Kreises versucht:

- ▶ das Indikatoren-Set sollte über hinreichende Evidenz verfügen,
- ▶ die Zahl der Indikatoren musste so klein wie nötig gehalten werden, um alltagstauglich zu sein und so groß wie nötig, um die Krankenversorgung adäquat abzubilden,
- ▶ die Datenerfassung sollte keine Doppeldokumentation erfordern: Daten sollten der Routinedokumentation entnommen und elektronisch versandt werden.

Dies gelang nicht ganz: um die Ziele zu erreichen, musste die Praxis in der Regel die Routinedokumentation deutlich intensivieren – in NHS-Praxen eine überwiegend administrative Aufgabe, die jedoch auch personell (Einstellung von *nurse managers*, *data-clerks*) umgesetzt werden musste. Anreize für eine verbesserte Dokumentation (und Software-Ausstattung) wurden wirkungsvoll gesetzt.

Einen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt das Vertragswerk nicht. Die ausgewählten evidenzbasierten Indikatoren sollen allerdings die Qualität der Patientenversorgung bei ausgewählten Erkrankungen abbilden. Die Frage, ob sich die Patientenversorgung mit der Einführung des Qualitätsvertrags tatsächlich verbessert hat, lässt sich anhand der verfügbaren Daten, die die Baseline für die Erfassung zukünftiger Trends bilden, nicht beantworten.

Qualitätsförderung durch Indikatorensets, verbunden mit finanziellen Anreizen für Ärzte, ist eine effektive Strategie. Ob sie tatsächlich eine bessere, effizientere und auf das Behandlungsergebnis und den Patienten zentrierte Versorgung fördert, bleibt durch die Versorgungsforschung weiter zu klären

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 The New General Medical Services Contract: Investing in General Practice. 2003; www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/investinggp (Stand 26.03.2007)
- 2 Roland M. Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004; 14: 1448–1454
- 3 Lingen M, Stoch S. Großbritannien. In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H. Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Verlag Hans Huber, Bern, 2006; 247–256
- 4 De Lusignan S, Valentin T, Chan T, et al. Problems with primary care data quality: osteoporosis as an exemplar. *Informatics Prim Care* 2004; 12: 147–156
- 5 Timmins N. Do GPs deserve their recent pay rise? *BMJ* 2005; 331: 800
- 6 Doran T, Fullwood C, Gravelle H, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355: 375–384
- 7 Galvin R. Pay-for-performance: too much of a good thing? A conversation with Martin Roland. *Health Affairs* 2006; 25, w412-w419
- 8 The Information Centre 2006: National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05. www.ic.nhs.uk/services/qof (Stand 26.03.2007)
- 9 Sutton M, McLean G. Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: cross sectional study. *BMJ* 2006; 332: 389–390
- 10 Colligan D. Do GPs deserve their pay rise? What do GPs earn? *BMJ* 2005; 331: 965
- 11 Bayly J. Barriers to the effective care of osteoporotic patients at risk of bone fractures: the data challenge. *Br J Healthcare Comp Inform Manage* 2005; 22: 21–23
- 12 Bayly J. IT and osteoporosis – the GP's perspective. *Osteopor Rev* 2005; 13: 15–18
- 13 Roland M, Campbell S, Bailey N, et al. Financial incentives to improve the quality of primary care in the UK: predicting the consequences of change. *Prim Health Care Res & Devel* 2006; 7: 18–26
- 14 Fairhurst K, May C. What general practitioners find satisfying in their work: implications for health care system reform. *Ann Fam Med* 2006; 4: 500–505
- 15 Gezeigte Daten sind, so weit nicht anders angegeben, der öffentlich zugänglichen NHS-Statistik entnommen.: **Weitere Links** (Stand 26.03.2007) National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05: www.ic.nhs.uk/services/qof Arzteinkommen: www.ic.nhs.uk/pubs/gpearx0405: Qualitätsvertrag 2004–05: www.ic.nhs.uk/services/qof/statisticalbulletin/Bulletin.PDF Originaldaten: www.ic.nhs.uk/services/qof/data/gptables/; Weiterentwicklung des Qualitätsvertrags: www.nhsemployers.org/primary/primary-2173.cfm

Zur Person



Dr. rer. pol. Regine Chenot,

wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt Med-ViP der Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Göttingen. Die Recherchen zum Qualitätsvertrag wurden durch ein Forschungsstipendium der Volkswagen Stiftung im Rahmen des T.H. Marshall-Programms 'European Social Policy' gefördert.