

# Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?

von Volker Amelung<sup>1,2</sup>, Sören Jensen<sup>1</sup>, Christian Krauth<sup>1</sup>, Sascha Wolf<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Das Vergütungssystem für ärztliche Leistungen** in der gesetzlichen Krankenversicherung ist intransparent, führt zur Mengenausweitung und frustriert zunehmend die Leistungserbringer. Demgegenüber setzt Pay-for-Performance (P4P) direkt an der Qualität der erbrachten Leistungen an und initiiert einen Wettbewerb um die beste Versorgung. Internationale Erfahrungen zeigen jedoch, dass die Umsetzung von P4P eine komplexe Herausforderung darstellt und auch erhebliche Risiken birgt. Entscheidend ist, dass die verwendeten Indikatoren und Bemessungsgrundlagen in einem partizipativen Prozess gemeinsam von den Akteuren des Gesundheitswesens entwickelt werden. Dann kann P4P einen erheblichen Beitrag dazu leisten, von der reinen Mengenorientierung hin zu einer Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen zu kommen.

**Schlüsselwörter:** Pay-for-Performance, Vergütung, Qualitätswettbewerb, Mengenausweitung, Qualitätsindikatoren

*The statutory health insurance payment system for medical services is intransparent, leads to volume expansion and increasingly frustrates health care providers. In contrast, pay for performance (P4P) directly addresses the quality of services rendered and initiates a competition for the best health care. International experience has shown, however, that the implementation of P4P is a complex challenge and involves a significant amount of risk. It is crucial that indicators and assessment bases are developed jointly by the healthcare stakeholders in a participatory process. P4P can then make a significant contribution to abandoning sheer volume orientation in favour of a focus on quality in health care.*

**Keywords:** pay for performance, remuneration, quality competition, volume expansion, quality indicators

## 1 Einleitung

Alljährlich wiederkehrende heftige Honorarkonflikte zwischen Ärzten und Krankenkassen gehören längst zum gewohnten Prozedere des deutschen Gesundheitswesens. Der Verhandlungsstreit im Jahr 2012 hat jedoch eine bisher nicht dagewesene Eskalationsstufe offenbart, die als Warnung wahrgenommen werden sollte und die Dringlichkeit einer grundlegenden Reform der Vergütungs- und Verteilungssystematik verdeutlicht.

Zu Beginn der Verhandlungen stand die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Orientierungswert

um elf Prozent anzuheben, den Überlegungen des GKV-Spitzenverbands gegenüber, diesen um sieben Prozent abzusenken. Das dramatische Auseinanderklaffen beider Positionen kann mit etwas gutem Willen als stark ausgeprägte, aber legitime Verhandlungstaktik zweier Tarifvertragspartner angesehen werden. Letztlich zeigt es jedoch, dass objektive Kriterien zur Festlegung des Preises ärztlicher Leistungen schlichtweg fehlen. Dieses Problem potenziert sich auf der nächstfolgenden Ebene, auf der die Gelder unter den Ärzten aufgeteilt werden. Bislang ist es den kassenärztlichen Vereinigungen nicht gelungen, einen von den Leistungserbringern als gerecht empfundenen Verteilungsschlüssel zu entwickeln.

<sup>1</sup>Prof. Dr. oec. Volker Amelung (korrespondenzführender Autor: Telefon: 0511 532-5417, E-Mail: amelung.volker@mh-hannover.de), Sören Jensen, Dipl.-Ök., Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Christian Krauth, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik, Medizinische Hochschule Hannover · Carl-Neuberg-Straße 1 · 30625 Hannover

<sup>2</sup>Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Dr. rer. pol. Sascha Wolf, Bundesverband Managed Care e. V. · Friedrichstraße 136 · 10117 Berlin

Stattdessen hat das historisch gewachsene, in immer weitergehende Details ausufernde Verteilungssystem jegliche Steuerungsfunktion verloren und zeichnet sich durch ein Nebeneinander teils willkürlich anmutender Regelungen aus. Hierdurch wird nicht nur ein gehöriges Maß an Frustration geschürt, sondern es werden auch massive Fehlanreize gesetzt. Insbesondere drei „perverse Effekte“ lassen sich identifizieren (vgl. *Binswanger 2010*):

Erstens werden im Wettstreit um ein möglichst großes Stück vom Kuchen diejenigen Ärzte bestraft, die intrinsisch motiviert sind, kranken Menschen zu helfen, und sich entsprechend mehr Zeit pro Patient nehmen. Zweitens wird Qualität durch Quantität bei der Behandlung verdrängt, da das Verteilungssystem sich vor allem an der Art und Anzahl der durchgeführten Leistungen und kaum am Behandlungserfolg orientiert. Und schließlich wird die knapper werdende „Ressource Arzt“ aufgrund der Komplexität des Honorarsystems immer mehr für bürokratische Tätigkeiten verschwendet. Die dabei ausgelösten Verzerrungen bleiben nicht auf den ambulanten Bereich begrenzt, sondern unterschiedliche Finanztöpfe führen darüber hinaus zu ineffizienten und für den Patienten unter Umständen schädlichen Kostenverlagerungen zwischen den Sektoren (vgl. *Metersky et al. 2000*).

Angesichts dieser Fehlanreize sind Debatten über eine grundlegende Umstrukturierung der Vergütung keineswegs neu. Allein die Gretchenfrage nach der idealen Vergütungsmethode konnte bislang nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Doch auch wenn kein Königsweg existiert, so ist eines doch klar: Ein funktionierender und fairer Wettbewerb ist nur möglich, wenn das Erbringen einer messbar besseren Leistung auch eine höhere Entlohnung mit sich bringt. Es besteht ein breiter Konsens darüber, dass „Leistung“ in der medizinischen Versorgung sich nicht an der Menge der durchgeführten Maßnahmen, sondern an der Qualität und Zielgenauigkeit der Versorgung orientieren sollte. International wird daher seit einigen Jahren das Konzept des Pay-for-Performance (P4P) diskutiert und als ergänzendes Vergütungselement erprobt. Die Idee ist, die Qualität ärztlicher Dienstleistungen mithilfe von Indikatoren und Zielparametern zu messen und entsprechend zu honorieren.

## 2 Die Philosophie von Pay-for-Performance

Entgegen häufig vorgebrachter Befürchtungen handelt es sich bei Pay-for-Performance nicht um ein ökonomisches Instrument mit dem primären Ziel der Kosteneinsparung, sondern im Fokus steht vor allem die Verbesserung der Versorgungsqualität. Es basiert auf der Grundannahme, dass das Verhalten der Leistungserbringer hinsichtlich ihrer Therapieentscheidungen durch die Art der Vergütung beeinflusst

wird (*Flodgren et al. 2011; Gosden et al. 2000*). Durch gezielte Anreizsetzung sollen Therapieentscheidungen und Versorgungsabläufe zum Wohle der Patientengesundheit optimiert und im Gegensatz zur heutigen Mengensteuerung die Durchführung nicht notwendiger Maßnahmen verhindert werden. Dazu verbindet P4P einen Teil der Vergütung von Leistungserbringern an vorab definierte Ziele wie zum Beispiel die Verbesserung von Behandlungsprozessen, die klinische Qualität, den Zugang zur Versorgung oder die Patientenzufriedenheit (Tabelle 1). Somit erfolgt eine Abkehr von einer Vergütung, die sich an einem reinen Leistungsversprechen orientiert, hin zu einer Honorierung auf Grundlage tatsächlich erzielter Behandlungsergebnisse. Unter der Annahme, dass qualitativ hochwertige Versorgung langfristig günstiger ist als schlechte Versorgung (zum Beispiel ein gut eingestellter Diabetiker), sind Kosteneinsparungen im Endeffekt eine erfreuliche Begleiterscheinung.

Was auf den ersten Blick bestechend erscheint, erweist sich bei näherer Betrachtung jedoch als äußerst komplexe Herausforderung, die auch erhebliche Risiken birgt. So hat die Struktur einer qualitätsorientierten Vergütung einen wesentlichen Einfluss darauf, wie Leistungserbringer finanzielle Anreize wahrnehmen und auf diese reagieren. Der Definition der vergütungsrelevanten Behandlungsziele und der Art und Weise, wie der Grad der Zielerreichung gemessen und schließlich vergütet werden soll, kommen somit entscheidende Bedeutung zu.

## 3 Was ist Erfolg – und wie kann er gemessen werden?

Befindet sich ein Patient in ärztlicher Behandlung und ist nach einiger Zeit von seiner Erkrankung vollständig geheilt, so scheint der Erfolg offensichtlich. Doch was wäre, wenn die Heilung auch schneller hätte erfolgen können, Medikamente unnötigerweise verschrieben worden sind oder aufgetretene Beschwerden vermeidbar gewesen wären? Würde man dem behandelnden Arzt dann eine gute Behandlungsqualität bescheinigen wollen? Selbst im Fall dieses einfachsten aller Beispiele, nämlich das der vollständigen Heilung, erweist sich die Bewertung der Behandlungsqualität als äußerst schwierig und zeigt, dass die Qualität des Gesundheitswesens ein multidimensionales Konzept darstellt. Das Institute of Medicine hat daher 2001 die Versorgungsqualität in sieben Dimensionen unterteilt. Demnach sollte eine medizinische Versorgung effektiv, sicher, zeitnah, patientenorientiert, effizient, zugangsgerecht und angemessen sein (*IOM 2001*).

Die Bewertungsdimensionen allein helfen jedoch nicht weiter. Zudem werden Indikatoren benötigt, die das Ausmaß der erreichten Versorgungsqualität innerhalb der einzelnen

Bewertungsdimensionen messen. Es geht also um die Frage, welche Aspekte bei der qualitätsorientierten Vergütung berücksichtigt werden sollen. Die Auswahl der geeigneten Indikatoren stellt eine der zentralen Herausforderungen in der Ausgestaltung eines P4P-Programms dar, denn sie dienen als Grundlage für die Vergütung und beeinflussen somit auch die Motivation der Leistungserbringer. Die Indikatoren sollten die Kriterien der Relevanz, Validität, Reliabilität, Praktikabilität und Zielgruppengerechtigkeit erfüllen (SVR 2012) – oder in anderen Worten, sie sollten dazu geeignet sein, zuverlässig und objektiv die erreichte Versorgungsqualität abzubilden. Zudem eignen sich grundsätzlich nur Indikatoren, die der Leistungserbringer durch sein Verhalten beeinflussen kann. So erfordert die Erhöhung der Kinder-Impfrate beispielsweise die Etablierung eines Controlling-Systems, die direkte Vereinbarung von Anschlussterminen oder eine systematische Kontaktpflege zu den Eltern.

Prinzipiell stehen drei Kategorien zur Verfügung: Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren. Sie alle eint, dass sie jeweils Vor- und Nachteile besitzen: Prozessindikatoren besitzen den Vorzug, dass sie leicht zu messen sind. So kann beispielsweise überprüft werden, wie regelmäßig bei einem Herzinfarktpatienten der Cholesterinspiegel gemessen worden oder ob eine Behandlung leitliniengerecht erfolgt ist. Die Kausalität zwischen Prozess- und Behandlungsqualität ist jedoch nur eingeschränkt gegeben. Dieses Problem stellt sich bei den ebenfalls leicht messbaren Strukturindikatoren, die beispielsweise die Weiterqualifikationen des Personals oder den zur Verfügung stehenden Gerätepark heranziehen, in noch größerem Maße. Allein die Ergebnisindikatoren sind in der Lage, die Behandlungsqualität direkt abzubilden. Der medizinische Erfolg ist jedoch abhängig von externen Einflussfaktoren wie der Compliance und der individuellen gesundheitlichen Konstitution des Patienten. Zudem erfordert deren Erhebung insbesondere bei chronischen Erkrankungen längere Beobachtungszeiträume sowie große Patientenzahlen und gegebenenfalls Risikoadjustierung.

Bleibt noch eine weitere mögliche Kategorie: die Patientenzufriedenheit. Doch so sinnvoll die Befragung der letztlich Betroffenen auch klingen mag, so sehr ist der von Patienten beurteilbare Bereich beschränkt. Zwar können sie wertvolle Hinweise hinsichtlich organisatorischer Prozesse wie beispielsweise der Terminvergabe oder der zeitlichen Zuwendung durch den Arzt geben. Für eine Beurteilung der medizinischen Qualität fehlt ihnen jedoch zum einen in der Regel sowohl die notwendige Sachkenntnis als auch der Vergleichsmaßstab. Ein Patient kann nicht einschätzen, wie sich der Krankheitsverlauf unter Behandlung durch einen anderen Arzt gestaltet hätte. Zum anderen liegt die Vermutung nahe, dass Patienten dazu neigen, im Fall einer Genesung bessere Urteile abzugeben, als wenn das nicht der Fall ist. Und das unabhängig davon, ob die durchgeführte Behandlung darauf

TABELLE 1

### Vergütungsrelevante Bereiche des „Quality and Outcomes Framework“

#### Medizinische Bereiche

- Adipositas
- Asthma
- Bluthochdruck
- Chronische Nierenerkrankung
- COPD
- Demenz
- Depressionen
- Diabetes mellitus
- Epilepsie
- Herzinsuffizienz
- Hypothyreose
- Krebs
- Lernbehinderung
- Palliativversorgung
- Primärprävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Psychische Erkrankungen
- Rauchen
- Schlaganfall und transitorische ischämische Attacken
- Sekundärprävention von koronarer Herzerkrankung
- Vorhofflimmern

#### Organisatorische Bereiche

- Dokumentation
- Patienteninformation (Aufklärung)
- Praxismanagement/Arzneimittelmanagement
- Weiterbildung und Schulungen

#### Patientenerfahrungen

- Dauer der ärztlichen Beratung/Behandlung
- Patientenbefragung (Zugang)

#### Weitere Bereiche

- Empfängnisverhütung
- Gebärmutterhalskrebs-Screening
- Gesundheitsuntersuchungen bei Kindern
- Schwangerschaftsuntersuchungen

einen Einfluss ausgeübt hat. Entsprechend ist der Zeitpunkt der Erhebung ein entscheidender Einflussfaktor.

Es steht außer Frage, dass grundsätzlich Ergebnisindikatoren die größte Relevanz zur Messung der Behandlungsqualität besitzen. Aufgrund der Messbarkeit wird in der Praxis jedoch auf eine Kombination von Ergebnis- und – als Surrogat – Prozess- und Strukturparametern zurückgegriffen. Die Kombination von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren hat zudem den Vorteil, dass alle Elemente des Behandlungsablaufs berücksichtigt werden (*Petersen et al. 2006*). Wie ein solcher Katalog aussehen kann, zeigt Tabelle 2 am Beispiel der im britischen NHS verwendeten Indikatoren zu Diabetes.

## 4 Absolute versus relative Zielerreichung – oder: Wann bekommt der Arzt mehr Geld?

Sobald der Indikatorenkatalog definiert worden ist, muss in einem zweiten Schritt festgelegt werden, welche Bemessungsgrundlage für die Zielerreichung verwendet werden soll. Diese gibt dafür den Ausschlag, wann der Arzt eine zusätzliche qualitätsorientierte Vergütung erhält. Grundsätzlich existieren fünf mögliche Bemessungsgrundlagen (*Amelung und Zahn 2009*):

1. die absolute Zielerreichung (Bonus, wenn x erreicht)
2. die relative Zielerreichung (Bonus, wenn zu den 10 Prozent der Besten gehörend)
3. die Veränderung im Gegensatz zum Vorjahr (20 Prozent besser als ...)
4. der Vergleich mit einer Kontrollgruppe
5. eine Kombination aus den vier vorangegangenen

Das Kriterium der absoluten Zielerreichung ist transparent, für den Leistungserbringer klar kalkulierbar und somit akzeptierter als relative Zielerreichungskriterien. Jedoch besitzen Leistungserbringer bei absoluten Zielen den Anreiz, ihre Qualität nur bis zum Mindestwert zu steigern. Denn sobald dieser erreicht ist, führen zusätzliche Anstrengungen nicht mehr zu einem höheren Einkommen. Während einerseits Ärzte, die bereits eine gute Leistung erbringen (High-Performer) auf diese Weise nur zu einer moderaten weiteren Leistungssteigerung angehalten werden, besteht andererseits bei Ärzten mit geringerer Leistung (Low-Performer) die Gefahr, dass sie von vornherein resignieren, da die Ziele außerhalb ihrer individuellen Reichweite liegen. Demgegenüber bieten relative Bemessungsgrundlagen auch Low-Performern die Möglichkeit, durch eine kontinuierliche Verbesserung ihrer Leistung ihr Einkommen zu steigern. Benachteiligt wer-

den in diesem Fall High-Performer, da deren Spielraum für weitere Verbesserungen geringer ist.

Neben absoluter und relativer Zielerreichung können die Bemessungsgrundlagen auch dahingegen unterschieden werden, inwieweit sie kompetitiv (Nr. 2) oder nicht kompetitiv (Nr. 1, 3, 4) wirken. Ein kompetitiver Ansatz, bei dem der Vergleich der eigenen Leistung mit der Leistung der Kollegen ausschlaggebend für die Höhe der Honorierung ist, hat den Nachteil, dass Ärzte weniger miteinander kooperieren und davor zurückschrecken, Erfahrungen auszutauschen. Die Leistungsunterschiede würden sich dadurch vergrößern und Potenziale einer flächendeckenden Verbesserung des Qualitätsniveaus würden nicht ausgeschöpft.

Um sowohl High-Performer als auch Low-Performer zu einer Steigerung ihrer Leistung zu motivieren, erscheint eine Kombination der unterschiedlichen Bemessungsgrundlagen am sinnvollsten (Punkt 5), wobei Aufwand und Komplexität dieser Messmethode zu bedenken sind.

## 5 Internationale Erfahrungen: Indizien, aber keine klare Evidenz

In den USA sind finanzielle Anreize von einem Großteil der öffentlichen und privaten Versicherer bereits implementiert worden (*Rosenthal et al. 2006a*). In Europa gehört das in Großbritannien landesweit eingeführte Quality and Outcomes Framework (QOF) zu den derzeit bedeutendsten P4P-Projekten (*Ryan und Doran 2012*). Weitere Initiativen wurden in Frankreich, den Niederlanden und Schweden (*Thomson et al. 2011*) sowie außerhalb Europas in Australien, Israel, Kanada und Neuseeland (*Eijkenaar 2012*) gestartet. International stellt P4P somit bereits einen relativ häufig eingesetzten Ansatz zur Qualitätsverbesserung dar (*Kirschner et al. 2012*). Das steigende Interesse spiegelt sich auch in einer wachsenden Anzahl von wissenschaftlichen Publikationen wider (*McDonald und Roland 2009; Jha et al. 2012*). Die Bemühungen, zu gesicherten Erkenntnissen über die Wirkung von P4P auf die Qualitäts- und Kostenentwicklung zu gelangen, lieferten bislang jedoch unterschiedliche Ergebnisse.

Eine systematische Literaturrecherche zu Übersichtsarbeiten mit der Fragestellung, ob P4P die Qualität der Versorgung verbessert, offenbart eine uneinheitliche Studienlage (*Eijkenaar et al. 2013*). So zeigt der überwiegende Teil der Studien zwar positive Effekte (*Lindenauer et al. 2007; Greene et al. 2004; Kouides et al. 1998*), wie beispielsweise die Entwicklung von Ergebnisindikatoren des QOF zeigen (Abbildung 1). Andere Analysen bewerten die Ergebnisse jedoch durchaus gemischt. So wurden in bestimmten Bereichen Qualitätssteigerungen gemessen, während bei anderen Indikatoren bisweilen sogar

eine Verschlechterung des Qualitätsniveaus konstatiert werden musste (Campbell et al. 2009; Levin-Scherz et al. 2006).

Die bisher umfangreichste Analyse stammt von van Herck und Mitarbeitern (van Herck et al. 2010). Die eingeschlossenen 128 Primärstudien untersuchten die Effekte im ambulanten Bereich (98 Studien), stationären Bereich (17 Studien) beziehungsweise in beiden Versorgungsformen (13 Studien). Die Ergebnisse reichten von keinen und geringfügigen Qualitätssteigerungen (1–10 Prozent) bis hin zu sehr großen Verbesserungen (>10 Prozent). Bei chronischen Erkrankungen werden die größten Verbesserungen in der Versorgung von Diabetespatienten erreicht. Ebenfalls positive Effekte sind bei Asthma beobachtet worden. Im Vergleich zu nicht angereizten Erkrankungen liegen die Qualitätsverbesserungen für koronare Herzerkrankung, COPD und Bluthochdruck bei 10,9 Prozent. Negative Ergebnisse wurden lediglich in einer Minderheit der Studien gefunden. Im Durchschnitt wurden die Verbesserungen mit ungefähr fünf Prozent bewertet, jedoch mit großen Unterschieden in Abhängigkeit von den verwendeten Indikatoren und den einzelnen Programmen (van Herck et al. 2010). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fand in 21 von 28 untersuchten Studien positive Ergebnisse (SVR 2007). Um die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen auf die Qualität einer Leistung valide nachweisen zu können, wären jedoch prospektiv kontrollierte Studien notwendig,

die als einzige Intervention die Änderung der Vergütung in Abhängigkeit von der Performance untersuchen. Solche Studien existieren nur sehr vereinzelt (Veit et al. 2012) und werden vermutlich auch in Zukunft gemessen an der Gesamtanzahl der Untersuchungen nur ein Schattendasein führen. Der fehlende klare empirische Nachweis einer Verbesserung der Versorgungsqualität durch P4P stellt bis heute das größte Hindernis bei der Ausbreitung der qualitätsorientierten Vergütung dar.

## 6 P4P – kein Mosaik, aber ein Mosaikstein

Jedes bekannte Vergütungsinstrument ärztlicher Leistungen hat Nebenwirkungen. Das ist darauf zurückzuführen, dass medizinische Leistungen nicht auf einem funktionierenden Markt mit vollkommener Transparenz, Vergleichbarkeit der Leistungen und vollständiger Patientensouveränität gehandelt werden. Da sich somit kein Marktpreis entwickeln kann, wird ein regulatorischer Rahmen benötigt. Naheliegend wäre eine Einzelleistungsvergütung auf Grundlage einer festen Gebührenordnung. Doch je mehr die Vergütung auf die tatsächlich erbrachten Leistungen abstellt, desto größer ist der Anreiz, mehr Leistungen als notwendig zu erbringen und Anstrengungen zu Kostensenkungen zu vernachlässigen. Die Entwicklung der Ausgaben im Bereich

TABELLE 2

### Auswahl an Diabetesindikatoren des „Quality and Outcomes Framework“

Indikator	Indikatortyp	Maximale Punktzahl
Der Arzt führt ein Verzeichnis über seine Patienten mit Typ-I und Typ-II-Diabetes (älter als 17 Jahre)	Struktur	6
Blutdruck gemessen	Prozess	3
Cholesterinwert gemessen	Prozess	3
HbA1c-Wert gemessen	Prozess	3
Blutdruck kontrolliert und ist kleiner als 145/85 mmHg	Ergebnis	17
Cholesterinwert kontrolliert und ist kleiner als 5 mmol/l	Ergebnis	6
HbA1c-Wert kontrolliert und liegt unter 7,4 %	Ergebnis	16

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Ryan AM, Doran T (2012); NHS (2011); G+G Wissenschaft 2013

der Privaten Krankenversicherung deutet zumindest darauf hin, dass die Leistungserbringer sich der Möglichkeit der angebotsinduzierten Nachfrage durchaus bewusst sind. Je pauschaler andererseits die Vergütung ausgestaltet ist, desto größer sind die Anreize, die Patienten nach ihrem Risiko auszuwählen, keine ausreichende Versorgung zu erbringen und Kosten zu Kollegen und/oder in andere Sektoren zu verlagern. Auch wenn P4P nicht frei von Schwächen ist, so setzt es im Gegensatz zu den herkömmlichen Vergütungsinstrumenten direkt an der Qualität der erbrachten Leistungen an und initiiert einen künstlichen Wettbewerb um die beste Versorgung. Vom Grundansatz und der Zielsetzung her ist P4P daher alternativen Vergütungsformen überlegen und kann dazu beitragen, im Rahmen eines Gesamtvergütungssystems negative Anreize anderer Honorierungsinstrumente abzuschwächen.

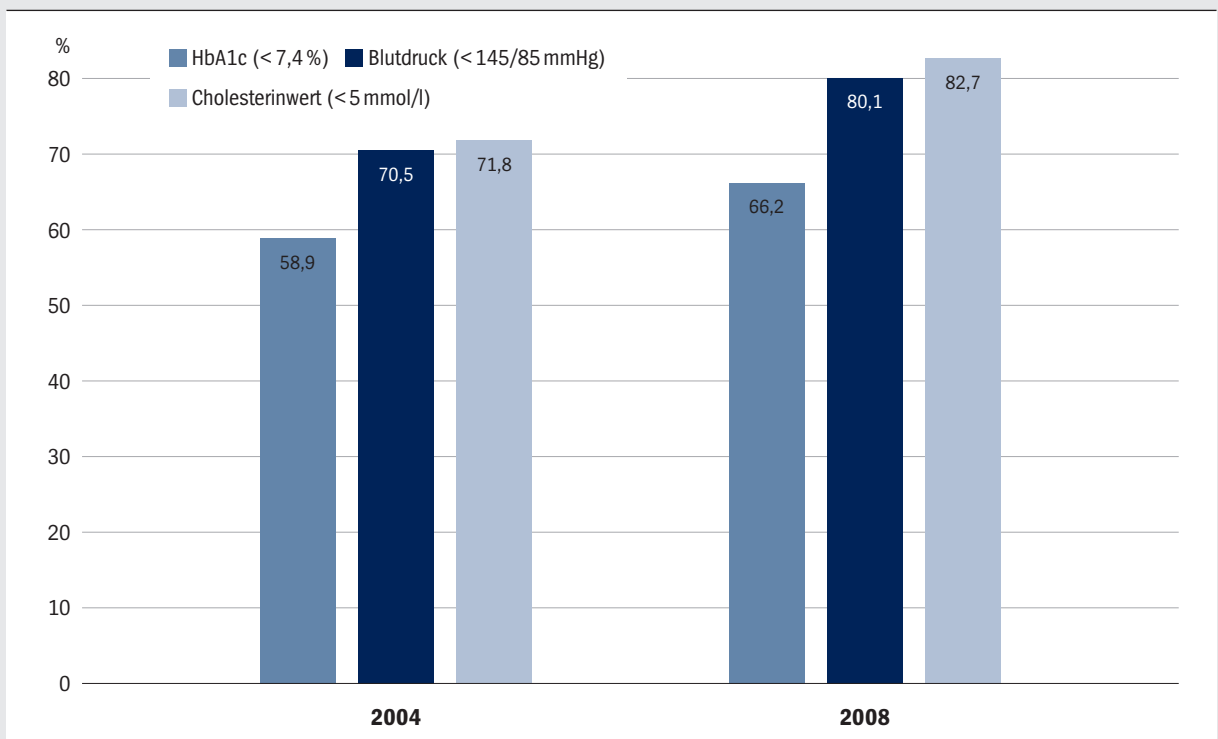
Die Funktionsfähigkeit von P4P hängt maßgeblich von der Qualität der herangezogenen Messparameter ab. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftsbereichen ist deren Herausfilterung in der Medizin ungleich schwieriger, da nicht auf

Umsatzzahlen oder Ähnliches zurückgegriffen werden kann. In der Gesundheitsversorgung wird das Ergebnis bekanntermaßen von einer Vielzahl von Einflussfaktoren beeinflusst und lässt sich nur schwer zuordnen. Aufgrund der häufig fehlenden Nachweisbarkeit der Kausalität von Maßnahme und Ergebnis sind Messparameter meist angreifbar. Hinzu tritt eine allgemeine Skepsis der Leistungserbringer gegenüber indikatorenbegleitenden Anreizen (SVR 2007). Umso wichtiger ist es, die Akteure bei der Definition der relevanten Parameter von vornherein einzubinden. Dies steigert die Akzeptanz und ist somit für den Erfolg des Projekts von entscheidender Bedeutung (Rosenthal und Frank 2006b).

Zudem erfordert die Aufstellung des Parameterkatalogs und die anschließende Überprüfung der erreichten Ergebnisse eine umfangreiche Datenbasis. Ohne den Einsatz von Informationstechnologien wie beispielsweise einer elektronischen Patientenakte lässt sich keine valide Grundlage für die Vergütung entwickeln. Auch der bürokratische Aufwand der Dokumentation darf nicht unterschätzt werden. Daher bedeutet qualitätsorientierte Vergütung immer, dass nur ein-

## ABBILDUNG 1

### Ergebnisindikatoren von Diabetespatienten des Quality and Outcomes Framework im Vergleich 2004–2008



Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an: Ryan AM, Doran T (2012); Grafik: G+G Wissenschaft 2013

zelne Faktoren ausgewählt werden und andere eben nicht. Dies führt bei rationalem Verhalten dazu, dass die Akteure sich auf die ausgewählten Faktoren konzentrieren (teaching to the test). Werden beispielsweise nur zehn chronische Erkrankungen berücksichtigt, bedeutet dies für alle anderen Versorgungsbereiche, dass sie aus dem Fokus verschwinden. Auch unterliegen die Leistungserbringer dem Anreiz, die Patienten nach dem Schweregrad ihrer Erkrankung zu selektieren (cherry picking), um die vereinbarten Zielgrößen mit möglichst geringem Aufwand zu erreichen. Dabei können dann insbesondere Patientengruppen benachteiligt werden, die gerade eine qualitativ hochwertige Versorgung benötigen (*van Herck et al. 2010*). Daher ist es wichtig, die Kriterien laufend zu verändern respektive sie so zu wählen, dass eine einfache Ausrichtung auf die berücksichtigten Faktoren nicht möglich ist.

Die Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung und die Gefahr von ungewollten Nebenwirkungen sind die maßgeblichen Gründe dafür, dass die qualitätsorientierte Vergütung in Deutschland noch am Anfang ihrer Entwicklung steht. Erste Pilotprojekte stehen jedoch für das steigende Interesse. So setzen nicht nur lokale Arztnetze auf Bestandteile der qualitätsorientierten Vergütung. Beispielsweise hat auch der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen der AOK Baden-Württemberg, dem Hausärzteverband und dem Medi-Verbund mit mehr als einer Million eingeschriebenen Versicherten und gut 3.500 Hausärzten in seinem Vergütungssystem P4P-Elemente integriert.

Diese Pilotprojekte schlagen den richtigen Weg ein und implementieren P4P als eine Komponente im Rahmen eines aus verschiedenen Vergütungsinstrumenten bestehenden Gesamtsystems. Damit P4P seine Anreizwirkung entfalten kann, müssen die finanziellen Auswirkungen der qualitätsabhängigen Vergütung jedoch ausreichend hoch sein und eine kritische Schwelle von mindestens zwei Prozent überschreiten (*Amelung und Zahn 2009*). Dieser Anteil wird in Deutschland zumeist nicht erreicht. Um eine Verunsicherung der Leistungserbringer zu vermeiden, bietet es sich an, P4P nicht auf Ebene des einzelnen Arztes, sondern bei Arztgruppen einzusetzen. Je größer die betroffene Gruppe ist, desto höher kann generell der qualitätsorientierte Anteil liegen. Hier gilt es jedoch abzuwägen, da bei höherer Anzahl der betroffenen Leistungserbringer der Einfluss der Verhaltensänderung auf den Einzelnen abnimmt. Daneben ist die Kombination mit nicht monetären Anreizen ein entscheidender Erfolgsfaktor. Dies betrifft insbesondere das Public Reporting. Die Reputation kann eine größere Motivationswirkung auf die Leistungserbringer haben als monetäre Aspekte. Wenn Qualitätsorientierung ernst gemeint ist, die Bewertungskriterien gemeinsam entwickelt wurden und generell akzeptiert sind, besteht kein Grund, die Ergebnisse nicht transparent zu machen.

Letztlich ist P4P immer im Kontext eines komplexen Führungskonzepts zu verstehen. Eine effiziente Versorgungssteuerung kann nicht allein über das Honorierungssystem erreicht werden. Weitere Instrumente des Managed Care wie die richtige Auswahl der Leistungserbringer im Rahmen von Selektivverträgen, Maßnahmen des Qualitätsmanagements und effektive Kontrollmechanismen hinsichtlich des Verhaltens der Akteure müssen hinzukommen. Dann kann P4P einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, von der reinen Mengenorientierung hin zu einer Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen zu kommen.

## 7 Fazit – Budgetierung oder Ökonomisierung der Medizin!?

Kein Gesundheitswesen kommt umhin, bei der Gestaltung des ärztlichen Honorierungssystems eine grundlegende Entscheidung zu fällen: Soll Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung genommen werden oder nicht? Je nachdem, wie die Antwort auf diese Frage ausfällt, müssen die daraus folgenden Konsequenzen in Kauf genommen werden. Entscheidet man sich gegen eine Einflussnahme, kann die Honorierung in Form eines festen Gehalts, einer Kopfpauschale oder einer Einzelleistungsvergütung erfolgen. Sind die Leistungserbringer rein intrinsisch motiviert, Patienten die beste Versorgung zukommen zu lassen, wären weitere Steuerungsmaßnahmen nicht notwendig. Unterstellt man jedoch eigennutzmaximierendes Verhalten, so sind in den ersten beiden Fällen Unterversorgung beziehungsweise im letzteren Fall Überversorgung zu befürchten. Während die Unterversorgung weder aus ethischer Sicht vertretbar noch aus volkswirtschaftlicher Perspektive sinnvoll ist, erzwingt Überversorgung aufgrund der begrenzten Ressourcen eine Budgetierung.

Alternativ kann über die gezielte Setzung von Anreizen der Charakter der Gesundheitsversorgung in Richtung eines Marktes um Patienten und eines Wettbewerbs zwischen den Leistungserbringern verändert werden. Künstlich initiierten Wettbewerben ist jedoch immer die Gefahr ungewollter Ausweichreaktionen und Wirkungen inhärent. Unabdingbar ist es, Mechanismen einzubauen, die verhindern, dass Zugangsbarrieren aufgebaut werden und vulnerable Bevölkerungsgruppen wie beispielsweise Obdachlose bei ökonomisch agierenden Ärzten schwerer Zugang erhalten. Das Anreizsystem ist so zu gestalten, dass Patienten vor negativen Selektionsanreizen geschützt werden.

Entscheidet man sich gegen die Budgetierung und für die Ökonomisierung, dann kann über die Implementierung von P4P-Elementen ein qualitätsorientierter Wettbewerb in Gang gesetzt werden. Von daher gehört P4P auch zu den wenigen gesundheitspolitischen Reformthemen, die von allen Seiten,

sei es der Politik, der Leistungserbringer oder der Financier, durchaus wohlwollend aufgegriffen werden. Die Zustimmung steigt in gleichem Maße, wie die Akteure sich von ihr zumindest im Vorhinein eine „Win-win-Situation“ erhoffen können. Vonseiten der Ärzte ist dies gegeben, wenn die qualitätsorientierten Vergütungsanteile über zusätzliche Gelder „on Top“ finanziert werden. Vonseiten der Krankenkassen hingegen besitzt P4P eine hohe Attraktivität, wenn die vorhandenen Mittel zwischen den Leistungserbringern über den Qualitätswettbewerb umverteilt werden, da eine qualitativ hochwertige Versorgung zukünftig zu geringeren Kosten führen kann. Aus Sicht der Politik kann P4P dazu genutzt werden, über den hierdurch verstärkten Wettbewerb das Beharrungsvermögen der Akteure im Gesundheitssystem, an hergebrachten Strukturen festhalten zu wollen, ein Stück weit aufzubrechen. P4P kann dazu beitragen, die Dynamik in der Ausbreitung innovativer Versorgungsformen zu erhöhen und die Marktdurchdringung moderner Technologien wie eine elektronische Patientenakte oder Telemedizin zu befördern.

Der wichtigste Vorteil von P4P liegt aber darin begründet, dass es die Entscheider dazu zwingt, über Ziele zu sprechen und diese zu quantifizieren. Was ist wichtig? Was ist erreichbar? Wie können wir es erreichen? Ein Gesundheitswesen, das darauf aufbaut, dass die Akteure sich in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit diesen Fragen auseinandersetzen, befindet sich auf einem richtigen und nachhaltigen Weg.

## Literatur

- Amelung VE, Zahn TP (2009):** Pay-for-Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität; Studie im Auftrag der DxCG Gesundheitsanalytik GmbH, Berlin
- Binswanger M (2010):** Sinnlose Wettbewerbe – Warum wir immer mehr Unsinn produzieren. Freiburg im Breisgau: Herder
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E et al. (2009):** Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *New England Journal of Medicine*, Band 361, 368–378
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O (2013):** Effects of pay for performance in health care. *Health Policy*; doi:pil: S0168-8510(13)00018-3
- Eijkenaar F (2012):** Pay for Performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. *Medical Care Research and Review*, Band 96, Heft 3, 251–276
- Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S et al. (2011):** An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Gillam JS, Siriwardena AN, Steel N (2012):** Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework – A Systematic Review. *Annals of Family Medicine*, Band 10, Heft 5, 461–468
- Gosden T, Forland F, Kristiansen I et al. (2000):** Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*
- Greene RA, Beckman H, Chamberlain J et al. (2004):** Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling, and financial incentives. *The American Journal of Managed Care*, Band 10, Heft 10, 670–678
- IOM (Institute of Medicine) (2001):** Crossing the Quality Chasm – A new Health System for the 21st century. Washington DC: National Academy Press
- Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM (2012):** The Long-Term Effect of Premier Pay for Performance on Patient Outcomes. *New England Journal of Medicine*, Band 366, 1606–1615
- Kirschner K, Braspenning J, Annelies Jacobs JE, Grol R (2012):** Design choices made by target users for a pay-for-performance program in primary care: an action research approach. *BMC Family Practice*, Band 13, Heft 25
- Kouides, RW, Bennett NM, Lewis B et al. (1998):** Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. *The Primary-Care Physicians of Monroe County. American Journal of Preventive Medicine*, Band 14, Heft 2, 89–95
- Levin-Scherz J, DeVita N, Timbie J (2006):** Impact of pay-for-performance contracts and network registry on diabetes and asthma HEDIS measures in an integrated delivery network. *Medical Care Research and Review*, Band 63, Heft 1, Supplement, 14S–28S
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S et al. (2007):** Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *New England Journal of Medicine*, Band 356, 486–496



**McDonald R, Roland M (2009):** Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. *Annals of Family Medicine*, Band 7, Heft 2, 121–127

**Metersky ML (2000):** Temporal Trends in Outcomes of Older Patients With Pneumonia. *Archives of Internal Medicine*, Band 160, 3385–3391

**NHS (2011):** Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2011/12; [www.nhsemployers.org](http://www.nhsemployers.org)

**Petersen LA, Woodard LD, Urech T et al. (2006):** Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Annals of Internal Medicine*, Band 145, Heft 4, 265–272

**Rosenthal MB, Landon BE, Normand SLT et al. (2006a):** Pay for Performance in Commercial HMOs. *New England Journal of Medicine*, Band 355, 1895–1902

**Rosenthal MB, Frank RG (2006b):** What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review*, Band 63, Heft 2, 135–157

**Ryan AM, Doran T (2012):** The Effect of Improving Process of Care on Patient Outcomes. *Medical Care*, Band 50, Heft 3, 191–199

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):** Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung (Gutachten 2007), Baden-Baden: Nomos

**Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012):** Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sondergutachten 2012), Bonn

**Thomson S, Osborn R, Squires D et al. (2011):** *International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund

**Veit Ch, Hertle D, Bungard S et al. (2012):** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. BQS Gutachten im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit. Düsseldorf

**van Herck P, De Smedt D, Annemans L et al. (2010):** Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC health services research*, Band 10, 247

## DIE AUTOREN



### Prof. Dr. oec. Volker Amelung,

Jahrgang 1965, Studium der Betriebswirtschaftslehre an der Hochschule St. Gallen und an der Universität Paris-Dauphine. Tätigkeiten an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg, mehrere Jahre als Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. 2001 Berufung zum Universitätsprofessor an der Medizinischen Hochschule Hannover für Gesundheitsmanagement und Gesundheitssystemforschung. Diverse Lehraufträge in Wien (Medizinische Universität und



### Sören Jensen, Dipl.-Ök.,

Jahrgang 1986, Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Leibniz Universität Hannover. Seit 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Doktorand am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover. Forschungsinteressen: Pay-for-



### Priv.-Doz. Dr. rer. pol. Christian Krauth,

Jahrgang 1962, Studium und Promotion Volkswirtschaftslehre, Politikwissenschaft und Philosophie, Universität Münster. 2005 Habilitation „Gesundheitsökonomische Evaluation bei chronischen Erkrankungen“ an der Medizinischen Hochschule Hannover. Leiter des Arbeitsbereichs Gesundheitsökonomie am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover.



### Dr. rer. pol. Sascha Wolf,

Jahrgang 1975, Studium der Volkswirtschaftslehre an der Humboldt-Universität zu Berlin, der Universität Erlangen-Nürnberg und der Universität Linköping. Danach Doktorand bei der Stiftung Marktwirtschaft und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Öffentliche Finanzen, Wettbewerb und Institutionen

Wirtschaftsuniversität), an der Columbia University (New York/ NY), der TiasNimbas Business School (NL), der Fachhochschule Kärnten, der European Business School (EBS) sowie an der TU Braunschweig. Forschungsschwerpunkte: Managed Care, Integrierte Versorgung, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsmanagement. Seit 2007 Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e. V. 2011 Gründung des inav – privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH in Berlin.

Performance, Integrierte Versorgung, Gesundheitsökonomische Evaluation. Dissertationsthema: Pay-for-Performance in der hausärztlichen Versorgung.

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsökonomische Evaluation, Versorgungsforschung und Gesundheitssystemforschung. Mitglied mehrerer nationaler und internationaler Arbeitsgruppen, unter anderem Sprecher der AG Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention sowie Zweiter Sprecher des Ausschusses Versorgungsforschung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie.

der Humboldt-Universität. 2008 Promotion zur politischen Ökonomie des Gesundheitswesens. Bis 2011 stellvertretender Leiter der volkswirtschaftlichen Abteilung und Fachgebietsleiter Gesundheitswirtschaft beim Wirtschaftsrat der CDU e. V. Seit August 2011 Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care e. V.