

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

**Pay-for-Performance im Gesundheitswesen:
Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung
sowie Darlegung der Grundlagen
für eine künftige Weiterentwicklung**

Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012

Inhalt

Teile des Gutachtens

- Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte
- Teil B Wissenschaftliche Evidenz
- Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung
- Teil D Handbuch zu P4P
- Teil E Rechtsgutachten
- Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Übersicht Teil A

1	Autoren und beratende Experten	4
2	Allgemeine Bemerkungen, Glossar, Abkürzungen	6
3	Zusammenfassung	9
4	Einführung	13
5	Methodik	20
6	P4P-Projekte	30

Übersicht Teil B

1	P4P: Wissenschaftliche Evidenz	4
2	Zwischenbilanz: Widerspruch von Evidenz und alltäglicher Erfahrung	43

Übersicht Teil C

1	P4P-Modell	6
2	Varianz und Selektivität: der strategische Ansatz von P4P	8
3	Qualitätsdimensionen in P4P Projekten	9
4	Umgang mit defizitärer Versorgung: Eine Anleihe beim Risikomanagement	22
5	P4P im Zusammenspiel mit anderen, qualitätsbezogenen Steuerungsinstrumenten	25
6	Motivation und Anreize	27
7	Nebenwirkungen von P4P und Gegenstrategien	34
8	Exkurs: Qualitätsmessung	38
9	Qualitätsstrategie in P4P-Projekten: zentrale Aspekte	52
10	Realisierung von P4P-Projekten	69
11	Politische Optionen zur Weiterentwicklung	73
12	Abschluss	76

Übersicht Teil D

1	Zusammenfassung des Gutachtens	3
2	Profilbogen für P4P Projekte	7
3	P4P-Modell	14
4	Thesenpapiere	16
5	Tabellarische Übersicht über die Steuerungssituationen	21
6	Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Projekte	23
7	Zusammenfassung des Rechtsgutachtens	28

Übersicht Teil E

Rechtsgutachten

Übersicht Teil F

Anhang 1	Allgemeines Literaturverzeichnis	2
Anhang 2	Thematisches Literaturverzeichnis	16
Anhang 3	Datenbankrecherche	25
Anhang 4	Internetrecherche	33
Anhang 5	Internetfragebögen	37
Anhang 6	Profilbogen für P4P-Projekte auf Basis der P4P-Taxonomie	61
Anhang 7	Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte	69
Anhang 7a	Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte	72

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung

Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte

Inhalt (Gesamt und Teil A)

Teile des Gutachtens

- Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte
- Teil B Wissenschaftliche Evidenz
- Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung
- Teil D Handbuch zu P4P
- Teil E Rechtsgutachten
- Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Übersicht Teil A

1	Autoren und beratende Experten	4
2	Allgemeine Bemerkungen, Glossar, Abkürzungen	6
3	Zusammenfassung	9
4	Einführung	13
5	Methodik	20
6	P4P-Projekte	30

Detailliertes Inhaltsverzeichnis Teil A

1	Autoren und beratende Experten	4
2	Allgemeine Bemerkungen, Glossar, Abkürzungen	6
2.1	Allgemeine Bemerkungen	6
2.2	Abkürzungen	6
2.3	P4P Glossar spezieller Begriffe	7
3	Zusammenfassung	9
3.1	Fragestellung	9
3.2	Gutachtenbestandteile	9
3.3	Vorgehensweise	9
3.4	Ergebnisse	9
4	Einführung	13
4.1	Einführung in die Thematik	13
4.2	Aufgabe und Ziele des Gutachtens	14
4.3	Vorgehen, Aufbau und Produkte des Gutachtens	15
4.4	Definition von Pay-for-Performance	17
4.5	Wertungshintergrund	18
4.6	P4P als praktisches Instrumentarium	18
5	Methodik	20
5.1	Literatur- und Internetrecherche	20
5.1.1	Fragestellungen	20
5.1.2	Auswahl der Datenbanken	20
5.1.3	Entwicklung von Recherchestrategien und Definition der Suchbegriffe	20
5.1.4	Kriterien für den Einschluss von Literatur in das Gutachten	21
5.2	Internet- und postalische Befragung	26
5.3	Experteninterviews	27
5.4	Workshops	28
5.5	Thesengenerierung	29
6	P4P-Projekte	30
6.1	Übersicht	30
6.1.1	Kurzer historischer Abriss	30
6.1.2	P4P-Trends	31
6.2	Beispiele für die Vielfalt von P4P-Projekten	32
6.2.1	Klassische Projekte	32
6.2.2	Target Payments	33
6.2.3	Non-Pay-for-Non-Performance	33
6.2.4	Provider-driven P4P	33

6.2.5	Verwendung von Rabatt-Verträgen für P4P (Krankenhaus)	34
6.2.6	Einbeziehen von Patienten	34
6.2.7	Gainsharing und Shared Savings	34
6.2.8	Einsatz von P4P zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung – am Beispiel des Prometheus-Payment-Modells	35
6.2.9	Budgetverantwortung als P4P am Beispiel der Accountable Care Organizations	36
6.2.10	P4P auf der Ebene des internen und externen Managements	36
6.2.11	P4P und Überversorgung	37
6.3	P4P-Projekte in Deutschland: Bestandsaufnahme	37
6.3.1	„Pay-for-Competence“	37
6.3.2	Netzwerk Psychische Gesundheit	38
6.3.3	IV-Vertrag Kopfschmerz	39
6.3.4	IV-Vertrag Rückenschmerz	39
6.3.5	Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg	40
6.3.6	IV-Vertrag Schlaganfall und TIA und IV-Vertrag Alloplastischer Gelenkersatz	40
6.3.7	Phlebologicum	40
6.3.8	DMPs mit vergütungsrelevanten Indikatoren	40
6.3.9	ERGOV: Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall	41
6.3.10	Fußnetze für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom	41
6.3.11	IV-ART für künstliche Befruchtung	41
6.4	Systematik der Versorgungssituationen und -Ziele	43
6.5	Systematik der Anreize	44
6.5.1	Monetäre Anreize	45
6.5.1.1	Bonus, Malus, Kosten und Risikorahmen	45
6.5.1.2	Herkunft der Geldmittel	46
6.5.1.3	Zuteilung und Differenzierung der Höhe des finanziellen Anreizes	46
6.5.1.4	Auswahl der Bonus- oder Malusempfänger	47
6.5.2	Zeitliche und persönliche Zuordenbarkeit von Performance und Qualität	49
6.5.3	Nicht-Monetäre Anreize	49
6.6	Aktuelle rechtliche Grundlagen für P4P-Projekte in Deutschland	50
6.6.1	Sozialrechtliche Aspekte:	50
6.6.2	Vergaberechtliche Aspekte	51
6.6.3	Fazit	51

1 Autoren und beratende Experten

Autoren des P4P-Gutachtens

- Dr. Christof Veit, BQS-Institut
- Dr. Dagmar Hertle, BQS-Institut
- Dr. Sven Bungard, BQS-Institut
- Andrea Trümner, BQS-Institut
- Verena Ganske, BQS-Institut
- Dr. Bettina Meyer-Hofmann, MKRG

Berater des Gutachtens

- Prof. Dr. Max Geraedts, Universität Witten-Herdecke, Fakultät Gesundheit, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung
- PD Dr. Stephanie Stock, Universität zu Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Kommissarische Institutsleitung

Teilnehmer des Workshops vom 27.09.2011 bzw. anschließendes Nachgespräch

- Frau Cornelia Assion (BMG, Berlin)
- Herr Prof. Dr. Reinhard Busse (Technische Universität Berlin)
- Herr Prof. Dr. Max Geraedts (Universität Witten/Herdecke)
- Frau Dr. Susanne Kleudgen (KBV, Berlin)
- Herr Dr. Bernd Metzinger (DKG, Berlin)
- Herr David Scheller-Kreinsen (Technische Universität Berlin)
- Frau Dr. Antje Haas (GKV-SV, Berlin) (Ersatztermin)
- Herr Dr. Wulf-Dietrich Leber (GKV-SV, Berlin) (Ersatztermin)
- Frau PD Dr. Stephanie Stock (Universität zu Köln) (Ersatztermin)
- Herr Wolf-Dietrich Trenner (Patientenvertreter, Berlin)
- Frau Dr. Dagmar Hertle (BQS-Institut, Düsseldorf)
- Herr Dr. Christof Veit (BQS-Institut, Düsseldorf)

Interviewte Experten

- Herr Thomas Ballast, VdEK, Vorsitzender
- Herr Prof. Dr. Hartwig Bauer, DGCH, Generalsekretär
- Herr Georg Baum, DKG, Hauptgeschäftsführer
- Herr Prof. Dr. Reinhard Busse, Technische Universität Berlin, Dekan der Fakultät VII – Wirtschaft und Management
- Herr Dr. Roland Dankwardt, Asklepios-Kliniken, Konzerngeschäftsführung
- Frau Dr. Franziska Diel, KBV, Dezernentin Dezernat 7 - Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und -darstellung

- Herr Prof. Dr. Max Geraedts, Universität Witten-Herdecke, Fakultät Gesundheit, Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung
- Herr Dr. Matthias Gruhl, Senator für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit, Bremen, Abteilungsleiter Gesundheit
- Frau Dr. Susanne Kleudgen, KBV, Dezernat 7 - Sektorenübergreifende Qualitätsförderung und -darstellung, Leiterin der Abteilung Qualitätsmanagement und -instrumente
- Herr Dr. Rainer Hess, G-BA, Unparteiischer Vorsitzender
- Herr Prof. Dr. Norbert Klusen, Techniker Krankenkasse, Vorstand
- Herr Dr. Andreas Köhler, KBV, Vorstandsvorsitzender
- Herr Dr. Wolfgang Krombholz, KV Bayern, Vorsitzender des Vorstands, Interimschef des Bayerischen Hausärzteverbands
- Herr Dr. Wulf-Dietrich Leber, GKV-SV Berlin, Abteilung Krankenhäuser
- Herr Prof. Dr. Dr. Günter Ollenschläger, ÄZQ, Institutsleiter
- Herr Johann-Magnus Frhr. v. Stackelberg, GKV-SV Berlin, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender
- Frau PD Dr. Stephanie Stock, Universität zu Köln, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, Kommissarische Institutsleitung
- Herr Dr. Christoph Straub, Barmer GEK, Vorstandsvorsitzender
- Herr Dr. Andreas Tecklenburg, Medizinische Hochschule Hannover, Vizepräsident
- Herr Prof. Dr. Fokkoter Haseborg, Albertinen-Diakoniewerk Hamburg, Vorstandsvorsitzender
- Herr Wolf-Dietrich Trenner, Patientenvertreter, Berlin
- Herr Michael Wenninghoff, AOK Rheinland / Hamburg, Leiter des Vertragsbereiches
- Herr Dr. Ulrich Zorn, BÄK, Mitarbeiter Dezernat 3

Unseren Partnern und Experten sowie den vielen, die uns zu ihren Projekten wertvolle Informationen zur Verfügung gestellt haben oder in sonstiger Weise unsere Arbeit unterstützt haben, sei an dieser Stelle herzlich gedankt!

Düsseldorf, 27. März 2012

Dr. Christof Veit
BQS-Institut
stellvertretend für alle Autoren

2 Allgemeine Bemerkungen, Glossar, Abkürzungen

2.1 Allgemeine Bemerkungen

Sofern sich in dem Themengebiet Pay-for-Performance (P4P) noch keine deutschsprachigen Fachbegriffe eingebürgert haben, wird in dem Gutachten auf die Originalsprache zurückgegriffen.

Zur Vereinfachung der Texte werden unter dem Medizinbegriff alle Formen gesundheitlicher Versorgung, wie z. B. Pflege, Rehabilitation u. a. verstanden, sofern keine andere Bedeutung explizit erwähnt ist.

Zur besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen überwiegend die männliche Form verwendet, wobei immer auch die weibliche Form gemeint ist.

2.2 Abkürzungen

ACO	Accountable Care Organisation
ACS	American College of Surgeons
AMA	American Medical Association
BCBS/BCN	Blue Cross Blue Shield / Blue Cross Network
DRA	Deficit reduction act 2005
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CPG	Clinical practice guidelines
CT	Computertomographie
DMP	Disease-Management-Programm
ECR	Evidence-based Case Rate
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidence Based Medicine
FFS	Fee-for-Service
HEDIS	Health Employer Data and Information Set (measurement set NCQA)
HMO	Health Maintenance Organisation
IHA	Integrated Healthcare Association
IPPS	inpatient productive payment system
IV-Vertrag	Vertrag zur integrierten Versorgung nach § 140a bis § 140d Sozialgesetzbuch V (SGB V)
MedPAC	Medicare Payment Advisory Commission
MKRG	Mütze Korsch Rechtsanwalts-gesellschaft mbH
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence

NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
PAC	Potentially Avoidable Complication
P4P	Pay for Performance
PCMH	patient centered medical home
PHA	Participating Hospital Agreement Incentive Program
PHQID	Premier Hospital Quality Incentive Demonstration
PGPD	Physician Group Practice Demonstration
PPO	Preferred Provider Organisation
PQRI	Physician Quality Reporting Initiative
PROMETHEUS	Provider Payment Reform for Outcomes, Margins, Evidence, Transparency, Hassle Reduction, Excellence, Understandability, and Sustainability
PSQIA	Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005
QOF	Quality and Outcomes Framework
QALYs	Quality-adjusted live years
RIPA	Rochester Individual Practice Association
ROI	Return on Investment
SGB	Sozialgesetzbuch
VFC	Vaccines for Children Program
VBP	Value based Purchasing (Hospitals)

2.3 P4P Glossar spezieller Begriffe

In der Literatur im Umfeld von Pay-for-Performance werden einige Begriffe mit unterschiedlicher Definition und Abgrenzung gebraucht. Um rein sprachlich bedingte Unklarheiten und Diskussionen zu minimieren, legen wir hiermit ein Glossar vor, das einige der von uns verwandten Bedeutungen erläutert. Selbstverständlich haben auch andere Varianten des Sprachgebrauchs ihre Legitimation. Zu Zwecken der Klarheit des Gutachtens wird jedoch hier eine Begriffsdefinition als Referenz festgelegt.

- **High Performance Health Care System:** Gesundheitswesen, das in seinen verschiedenen Anteilen bestmögliche Qualität liefert bei einem Minimum an Ressourcenverbrauch und sich in diesem Sinne dynamisch weiterentwickelt. Der Begriff wird in Anlehnung an die Definition des Commonwealth Funds gebraucht (The Commonwealth Fund 2006, Davis 2005). Bei einem High Performance Health Care System handelt es sich um eine Zielvision. Es soll nach einem Optimum an effizienter Versorgung streben, d.h die bestmögliche Versorgungsqualität bieten und ökonomisch realisierbar sein.
- **Pay-for-Competence:** Zahlungen für die Schaffung von Strukturen für eine bessere Versorgungsqualität: Bei diesen Vergütungsformen werden spezielle Versorgungsstrukturen wie z. B. leistungsstarke Diagnose- und Therapiegeräte, IT-Ausstattung oder zusätzliches Personal durch Zahlungen gefördert. Es werden also Voraussetzungen gefördert, unter denen gute Qualität geleistet werden kann, und

nicht – im Gegensatz zur Pay-for-Performance im Sinne des Gutachtens – die erreichte Qualität des Prozesses oder der Ergebnisse selbst.

- **Pay-for-Performance:** Sammelbegriff für strategische Vergütungsformen, die in diesem Gutachten in einem speziellen Sinn definiert werden (siehe Teil A, 4.4). Anstelle von Pay-for-Performance hätte auch der Begriff der „Leistungsorientierten Vergütung“ gewählt werden können. Dies wurde von uns nach reiflicher Überlegung dennoch nicht getan, da nach unserem Sprachverständnis „Leistungsorientierte Vergütung“ sehr stark auch mit prospektiven Konzepten finanzieller Steuerung verbunden ist, während der Begriff der „Performance“ sehr viel eher mit der tatsächlich geleisteten Qualität und ihrem Ergebnis verbunden ist. Den Begriff der „Qualitätsorientierten Vergütung“ (siehe z. B. SVR 2007) haben wir nicht übernommen, weil es bei P4P-Projekten oft auch um Effizienz geht, die wir nicht automatisch unter dem Begriff der „Qualität“ subsumieren wollten.
- **Pay-for-Transparency:** Vergütungsformen, bei denen Zahlungen für die Qualitätsdarlegung geleistet werden: Versorger erhalten eine Vergütung dafür, dass sie ihre Versorgungsqualität messen und gegenüber Dritten (z. B. der Öffentlichkeit) darstellen. Im Gegensatz zu Pay-for-Performance sind diese Zahlungen hier allein von der Teilnahme und nicht von einem erreichten Zielwert abhängig.
- **Performance, Performanz:** Der Begriff „performance“ hat im Englischen – ebenso wie im Deutschen der Begriff der „Leistung“ - gleichzeitig die Bedeutungsvariante des „Vollzugs“ bzw. der „Ausführung“ und des „Erfolgs“ bzw. „Ertrags“. Prozess und Ergebnis sind im Begriff der Performanz zusammen gedacht.
- **Prospektive Leistungsvergütung (prospective payment):** vorab festgelegte Vergütung von Leistungen. Die Vergütungshöhe für Einzelleistungen (Einzelleistungsvergütung, Fee-for-Service) oder Leistungspakete (z. B. Fallpauschalen) ist vor deren Durchführung festgelegt.
- **Public Disclosure, Public Reporting:** Veröffentlichung von Qualitätsinformationen bezogen auf einzelne Versorger. Im Gegensatz zu anonymen Benchmarking-Verfahren werden die Ergebnisse der Qualitätsmessungen unter Nennung der jeweiligen Versorger publiziert. Public Reporting geht mit der Möglichkeit für die Öffentlichkeit einher, Qualitätsergebnisse zwischen verschiedenen Versorgern zu vergleichen
- **Shared Savings:** Im Gesundheitssystem wird darunter ein Anreizverfahren verstanden, bei welchem Versorger an Kosteneinsparungen beteiligt werden, welche aufgrund von verbesserter Qualität oder erhöhter Effizienz entstehen. Die Geldmittel werden zwischen Kostenträgern und Versorgern oder innerhalb der Gruppe der Versorger verteilt.
- **Versorger:** gleichbedeutend mit „Leistungserbringer im Gesundheitswesen“. Damit sind die Einrichtungen gemeint, die an der Patientenversorgung teilnehmen. Wir wählen den Begriff der „Versorger“ – im Englischen „provider“ –, da er das Merkmal der Versorgung von Patienten stärker zum Ausdruck bringt. Der Begriff wird differenzierend zu dem der Versorgenden (siehe unten) gebraucht.
- **Versorgende:** Mit Versorgende werden die Ärzte, Pflegekräfte und andere Angehörige von Heilberufen genannt, die in Praxen, Krankenhäusern, Rehabilitations- oder anderen Einrichtungen (Versorger) Menschen gesundheitlich versorgen.
- **Zugangsqualität:** Um zur Versorgung zugelassen zu werden, sind in vielen Bereich des Gesundheitssystems Anforderungen an die Zugangsqualität formuliert, d. h. ein Versorger muss bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, um eine Leistung überhaupt erbringen und abrechnen zu dürfen. In der Regel handelt es sich um Strukturqualität oder Fallzahlen.

3 Zusammenfassung

3.1 Fragestellung

Im angelsächsischen Raum gibt es seit einigen Jahren eine wachsende Zahl von P4P-Projekten im Gesundheitswesen und auch in Deutschland werden im selektivvertraglichen Bereich seit einiger Zeit P4P-Elemente angewandt. Pay-for-Performance (P4P) im engeren Sinne koppelt dabei die Vergütung von Versorgern ganz oder teilweise an die von ihnen erbrachte und durch Qualitätsmessung nachgewiesene Leistung. Das Gutachten soll nun eine Diskussionsgrundlage liefern zur Frage, ob und in welcher Form P4P künftig eine Rolle im deutschen Gesundheitswesen spielen könnte.

3.2 Gutachtenbestandteile

Das Gutachten definiert zunächst P4P und legt den normativen Hintergrund fest, von dem sich die Bewertungskriterien der P4P-Projekte herleiten. Es folgt eine Bestandsaufnahme von P4P-Projekten in Deutschland und international (Teil A), um dann die bisherigen Erkenntnisse zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von P4P-Elementen in ihren verschiedenen Aspekten darzustellen (Teil B). Zur Entwicklung von Umsetzungskonzepten werden zunächst einzelne Fragestellungen der P4P-Gestaltung differenziert methodisch reflektiert, um dann konkrete Vorschläge in Form von Thesen zur weiteren Umsetzung vorzulegen und hierfür entsprechende Instrumente zur Verfügung zu stellen (Teil C).

3.3 Vorgehensweise

Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wurde die relevante Literatur zum Thema P4P im Gesundheitswesen erfasst, mit dem Ziel, die verschiedenen in der nationalen und internationalen Wissenschaft und Versorgungslandschaft bekannten P4P-Modelle, Modellprojekte, Forschungsarbeiten und praktischen Erfahrungen zu identifizieren und sie in ihren wesentlichen Charakteristika und ihrer Verschiedenartigkeit zu beschreiben. Ferner wurde die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von P4P-Projekten recherchiert. Da es nur wenige wissenschaftliche Studien mit hohem Evidenzgrad gibt, wurden auch Publikationen mit geringerer Evidenz sowie Expertenmeinungen und praktische Erfahrungen mit P4P-Projekten berücksichtigt, sofern sie den inhaltlichen Einschlusskriterien genügten. Darüber hinaus wurde eine Umfrage per Post und Internet bei deutschen Institutionen zu P4P durchgeführt. Alle in Deutschland gefundenen P4P-Projekte, die der Definition des Gutachtens entsprachen, werden im Einzelnen dargestellt. 23 Vertreter verschiedenster Gesundheitsinstitutionen wurden zu politischen, fachlichen und praktischen Fragen des Themas interviewt und in Workshops wurden die Zwischenergebnisse des Gutachtens diskutiert. Auf der Basis der so zusammengetragenen Fakten und Einsichten sowie weiteren, theoretischen Quellen wurden Thesen zur Umsetzung und Weiterentwicklung von P4P-Projekten generiert und zu einem Handlungskonzept für Deutschland zusammengeführt.

3.4 Ergebnisse

P4P-Projekte weisen sehr unterschiedliche Vorgehensweisen auf. Diese reichen von den klassischen Bonus-Projekten und Zielprämien (Target Payments) über Zahlungsstop bei

schwerwiegenden Mängeln (Non-Pay-for-Non-Performance), Beteiligungen an Einsparungen (Shared-Savings Ansätze) bis hin zu umfassender Budget- und Qualitätsverantwortung von Versorgergruppen (Accountable Care Organizations in den USA). Auch die in Deutschland realisierten P4P-Projekte weisen eine große Vielfalt an Zielen und Organisationsformen auf. Sehr viele der Projekte arbeiten gleichzeitig mit nicht-finanziellen Anreizen, wie z. B. Edukation, Benchmark mit Feed-back oder Public Reporting. Rechtlich stehen in Deutschland mit den Instrumenten der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, den Strukturverträgen gem. § 73a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, den Selektivverträgen gem. § 73c SGB V und der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V und dem Bundesmantelvertrag gem. § 87 SGB V, sowie den §§ 87a und 136 SGB V verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um P4P-Projekte zu realisieren (Teil E).

Eine kritische Sichtung der Literatur mit den Schwerpunkten hausärztlicher Bereich und Krankenhausbereich sowie Kosteneffektivität von P4P kommt - auch unter Berücksichtigung der neueren Literatur von 2010 und 2011 - zum gleichen Ergebnis wie andere Reviews zuvor: Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachzuweisen. Zwar gibt es Belege für die Effektivität kombinierter Verfahren unter Einschluss nicht-finanzieller Anreize. Der Anteil der finanziellen Anreize am Erfolg ließ sich bislang jedoch nicht eindeutig nachweisen. Dies widerspricht der allgemeinen Erfahrung, dass Geld durchaus ein sehr starker Anreiz ist und Änderungen der Vergütungssysteme stets intensive Reaktionen nach sich ziehen. Die Komplexität medizinischer Versorgung sowie die systemischen Optimierungs- und Umgehungsreaktionen beeinflussen die Ergebnisse einiger Projekte durch diverse Selektionseffekte sehr. Viel an Wirksamkeit wird dabei verdeckt oder nicht realisiert, was an einzelnen Beispielen gezeigt werden kann. Zahlreiche Organisatoren bestehender Projekte sind jedoch von ihrem Tun und ihren guten praktischen Erfahrungen überzeugt und führen die Projekte fort oder bauen sie weiter aus. Trotz der mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit von P4P sind die meisten der Befragten in Deutschland der Ansicht, dass P4P in der Zukunft eine größere Rolle spielen wird. Unklar bleibt, in welchem Umfang dies derzeit bereits politisch umsetzbar ist.

Basierend auf Studienergebnissen (Literatur) und der im Verlauf der Gutachtenerstellung gesammelten Expertise (Expertengespräche, Workshops, Umfrage) wurden Thesen zu P4P generiert, die eine Diskussions- und Handlungsgrundlage für künftige Projekte sein sollen.

P4P-Projekte stellen einen Steuerungseingriff in ein komplexes System dar und setzen für eine erfolgreiche Realisierung ein gutes Verständnis der Zusammenhänge voraus. Das Gutachten liefert hierzu zunächst ein Modell, das die verschiedenen Elemente eines solchen Projekts in einer Übersicht darstellt. Eine eigens hierfür geschaffenes Beschreibungsinstrument (Taxonomie) und der entsprechende Profiltbogen für P4P-Projekte gestatten, diese standardisiert und damit vergleichbar zu dokumentieren. Gleichzeitig kann der Katalog der Projekt-Items als Checkliste bei der Realisierung von Projekten dienen.

Ausgangspunkt für P4P-Projekte ist eine klare Formulierung der Ziele und der zur Zielerreichung vorgesehenen Interventionsinstrumente. Eine Anleihe beim Risikomanagement macht verständlich, warum für verschiedene Typen von Versorgungsdefiziten verschiedene Interventionsinstrumente sinnvoll sind. Da sehr viele Qualitätsprobleme bereits auf Feed-back, Edukation und Public Reporting ansprechen, sollte das aufwändigere P4P-Instrument erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der

anderen Instrumente ausgeschöpft sind. Im konkreten Fall eines Benchmarkprojekts mit Feed-back und Public Reporting kann dann überlegt werden, ob zusätzliche finanzielle Anreize die Wirksamkeit eines Projekts noch erhöhen können. Dieser abgestufte Einstieg empfiehlt sich, weil es mit einer bereits praktizierten Qualitätsmessung Erfahrungswerte gibt und die Systemreaktionen bekannt sind. Der direkte Einsatz von neuen Indikatoren in einem P4P-System erscheint zumindest sehr risikoreich, da mit unerwarteten Artefakten zu rechnen ist, die dann ggf. nicht sofort als solche erkennbar sind und die den Erfolg des Projekts gefährden können.

P4P adressiert Varianz in der Versorgungsqualität. Daher ist die Qualitätsmessung ein zentrales Element von P4P. Bisher mangelt es noch in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung an operationalisierten Qualitätsindikatoren. Hier ist methodische Entwicklungsarbeit zu leisten, z. B. bei der Identifizierung geeigneter intermediärer Ergebnisindikatoren (Intermediate Outcome Indikatoren), die mit hohem prädiktivem Wert die Perspektive von Langzeitergebnissen deutlich früher verfügbar machen. Auch das Problem kleiner Fallzahlen kann und sollte mit neuen statistischen Verfahren gelöst werden, da ein Großteil medizinischer Versorgung im Mengenbereich von 20 bis 50 Fällen stattfindet. Dabei sind gänzlich neue Wege der Qualitätsmessung zu gehen, für die es bereits erste Ansätze gibt. Zu beachten ist auch, dass sich Ergebnis- und Prozessindikatoren ganz unterschiedlich verhalten, so dass je nach Zielvorgabe die entsprechenden Indikatoren zu wählen sind. Indikationsindikatoren werden künftig eine wachsende Rolle spielen und zu entwickeln sein.

Nicht alle Indikatoren sind für die Verwendung in P4P-Projekten gleichermaßen geeignet. Daher wurde auf der Basis von QUALIFY (Reiter et al. 2008) ein neues Prüfverfahren für die Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P entwickelt, das im Gutachten vorgestellt wird. Dieses Verfahren wurde an über 2000 Indikatoren getestet und ist bereits in der praktischen Anwendung.

Die meisten Probleme von P4P ergeben sich aus Problemen der Qualitätsmessung. Es ist wichtig, dass bei allen Projekten das Verhältnis von Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Angemessenheit gewahrt bleibt und dass die Qualitätsaussagen auf das beschränkt werden, was die Messinstrumente leisten können. Dazu zählt auch die Berücksichtigung des damit verbundenen Aufwands. Dieser kann z. B. minimiert werden durch Problemzentrierung und zweistufige Dokumentation im Sinne eines minimalen Monitorings und einer detaillierten Qualitätsdokumentation im Fall einer Auffälligkeit.

Die Qualitätsindikatoren müssen ebenso wie die Anreize zu den Steuerungszielen passen. Im Wesentlichen sind fünf primäre Steuerungsziele zu unterscheiden: das Versorgungsmonitoring, die Korrektur von Versorgungsmängeln, Versorgungsentwicklung, Förderung exzellenter Versorgungsqualität sowie effizienzorientierte Versorgungssteuerung. Bei der Umsetzung der Projekte sind Nebenwirkungen von P4P ebenso zu beachten wie Fragen des Datenschutzes, der Akzeptanz bei allen Beteiligten sowie eine angemessene Evaluation. Das Gutachten bietet zu allen Phasen der Umsetzung methodische und praktische Hinweise und formuliert auch Mindeststandards.

Die Hauptanwendungsbereiche von P4P sieht das Gutachten sowohl in der Förderung exzellenter Qualität und neuer Versorgungsstrukturen als auch im Sanktionieren anhaltend defizitärer Versorgungsqualität. Der Schwerpunkt innovativer Entwicklung wird vornehmlich im selektivvertraglichen Bereich stattfinden, aber auch für den kollektivvertraglichen Bereich zeichnen sich mittelfristig sinnvolle Optionen ab, insbesondere bei den Verfahren der verpflichtenden externen Qualitätssicherung. Neben den Versorgern, den Kostenträgern und ihren Verbänden wird daher künftig auch den

Fachgesellschaften und dem Gemeinsamen Bundesausschuss in diesem Thema eine wichtige Rolle zukommen.

Politisch ergeben sich drei Optionen:

- das Belassen der derzeitigen Rahmenbedingungen,
- die Erweiterung der Möglichkeiten insbesondere im Bereich der Datenverfügbarkeit und der etablierten Vergütungssysteme um P4P-Elemente sowie
- die gezielte Förderung der methodischen Entwicklung und der Umsetzung in verschiedenen Projekten.

Ob P4P künftig ein wichtiges zusätzliches Instrumentarium zur qualitätsorientierten Steuerung im Gesundheitswesen spielen wird, hängt von der dringend notwendigen Weiterentwicklung im Bereich der Qualitätsmessung, von einer breiten Akzeptanz bei den Beteiligten und von klaren politischen Vorgaben ab.

4 Einführung

4.1 Einführung in die Thematik

In den meisten Lebensbereichen sind Abwägungen zur Realisierbarkeit und gleichzeitigen Finanzierbarkeit von Qualität alltäglich. Eine ähnliche Diskussion im Bereich der Gesundheitsversorgung erweist sich als ungleich problematischer. Überlegungen zu einer ggf. notwendigen Beschränkung der Leistungen und damit letztlich der Versorgungsqualität aus ökonomischen Gründen rütteln am gesellschaftlichen Grundkonsens, dass jedem eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung solidarisch zur Verfügung stehen sollte. Aber die zunehmende Divergenz zwischen den mit einer qualitativ hochwertigen Versorgung verbundenen Kosten und den gesellschaftlich bereitgestellten Ressourcen provoziert heftig geführte Debatten. Je nachdem, ob eine unbedingte Limitierung der Kosten oder eine umfassende Ausweitung der bereitzustellenden Mittel gefordert wird, dreht sich die Diskussion um Schlagworte wie Rationierung, Kostenexplosion, Finanzierungslücke, Qualitätsverlust durch Ökonomisierung, Entsolidarisierung, aber auch Health Technology Assessment (HTA) und Kosten-Nutzen-Analysen.

Da aber weder eine reine Kostendebatte noch eine nur an Qualitätsaspekten ausgerichtete Gestaltung des Gesundheitswesens zukunftsfähig ist, richtet sich der Fokus umso dringlicher auf die Steigerung der Effizienz des Gesundheitswesens. Dabei sind die Aspekte der Qualität und der Kosten gleichzeitig zu berücksichtigen.

Die Beziehung zwischen beiden ist komplex. Die Daumenregel, dass mehr Qualität auch mehr kosten würde, kann nicht verallgemeinert werden. In manchen Fällen ist eine bessere Qualität durchaus mit geringeren Kosten verbunden. So werden z. B. Mehrkosten durch die Vermeidung von Komplikationen minimiert. In anderen Fällen kann bessere Qualität nur durch vermehrten Ressourceneinsatz erreicht werden. Beides spielt in der Steuerung des Gesundheitswesens eine Rolle, beide Facetten müssen stets bedacht werden.

Dabei unterscheiden sich Qualität und Kosten vor allem in einem Punkt wesentlich. Die Kosten werden durch ökonomische Kennzahlen prägnant repräsentiert, so dass hier eine präzise Argumentation und Diskrimination auf der Basis von Mengen und Geldäquivalenten möglich ist. Die Herstellung eines numerischen Verhältnisses von Leistungen und Kosten ist durch etablierte Verfahren der Leistungsdefinition, der Preisbildung und Vergütungsfestlegung gesichert.

Auf der Seite der Qualität gibt es dagegen bislang nur sehr begrenzt Möglichkeiten zur Herstellung eines numerischen Verhältnisses von gemessener Leistung und Qualitätsäquivalenten in entsprechenden, annähernd hinreichenden Kennzahlen. Der ökonomischen Bilanz kann keine adäquate, umfassende Qualitätsbilanz entgegengestellt werden. Zwar ist im Bereich der Qualitätsmessung viel in Bewegung, aber das Gesundheitssystem ist noch weit von einem ausgereiften System der umfassenden Qualitätsdarlegung entfernt.

In einer Situation drohender Finanzierungslücken im Gesundheitswesen und der dringlichen Suche nach Wegen, die Effizienz des Gesundheitswesens substanziell und mit größerer Geschwindigkeit erhöhen zu können, findet das Schlagwort von der "leistungsorientierten Vergütung" bzw. "Pay-for-Performance" (P4P) erhöhte

Aufmerksamkeit, weil man hofft, mit P4P über ein mächtiges Steuerungsinstrument zu verfügen.

Dieses Schlagwort ist verführerisch, weil es die Komplexität der Situation durch ein sehr einfaches, in der normalen Alltagswelt taugliches Bild ersetzt: Für bessere Qualität soll mehr gezahlt werden, für schlechtere weniger. Das klingt effizient und gerecht. Es steht als logische Konsequenz an der Spitze einer Entwicklung, auf dem sich die externe Qualitätssicherung in Deutschland in den letzten Jahren befand bzw. noch befindet. Aus einer als rein ärztlich angesehenen Maßnahme der Qualitätssicherung wurde ein Verfahren, das die Träger und Kostenträger einbezog, das politisch der Lenkung des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstellt wurde, das die Patienten beteiligte, das Krankenhäuser zur Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse verpflichtete und das schließlich die Türe zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung öffnete.

Die Entwicklung der externen Qualitätssicherung über diese sechs Stufen verlief zwar zeitlich protrahiert, aber dennoch stringent und robust gegen die zahlreichen Bedenken, die jede neue Etappe begleiteten. In dieser Entwicklungsreihe steht die Vision von der leistungsorientierten Vergütung und von der Steuerung des Gesundheitswesens anhand von Qualitätsdaten seit langem an oberster, aber auch an fernster Stelle. Mit leistungsorientierten Vergütungsformen scheint sich nun auch das Tor zu dieser Entwicklungsetappe weiter zu öffnen. Die Schritte in diese Richtung erfolgen in Deutschland bisher eher zögerlich, episodisch, und werden begleitet von erheblichen Zweifeln zu Machbarkeit und tatsächlichem Nutzen einer solchen Entwicklung.

4.2 Aufgabe und Ziele des Gutachtens

In dieser Zwischensituation soll das vorliegende Gutachten den Sachstand zur Thematik bündeln. Es soll als Informationsquelle und Thesenpapier eine Plattform für fachliche und politische Diskussionen zur weiteren Entwicklung von P4P-Projekten bieten.

Aufgabe dieses Gutachtens ist es,

- die bisherigen Erfahrungen in Deutschland, aber auch international zum Thema P4P darzulegen (siehe Teil A, 6.1 – 6.5),
- die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von P4P-Projekten darzustellen (siehe Teil B),
- zu beschreiben, was für die weitere Entwicklung und praktische Umsetzung von P4P-Projekten in Deutschland zu beachten ist (siehe Teil C),
- für die Umsetzung von P4P methodische und praktische Instrumente zur Verfügung zu stellen (siehe Teil C).
- Dabei finden die folgenden besonderen Themen Berücksichtigung:
- P4P-Konzepte bei der Versorgung von Patienten mit multiplen und/oder chronischen Erkrankungen (siehe Teil B, 1.4.3.2 und Teil C, 3.3.5)
- Indikatoren zur Indikationsstellung (siehe Teil C, 3.5)
- Langzeiterfahrungen mit P4P (siehe Teil B, 1.6)
- Regionale Versorgungsstrukturen (siehe Teil B, 1.7)
- Fragen des Datenschutzes (siehe Teil C, 11.2.4)

Das Gutachten soll eine umfassende, kritische Grundlage für die methodische, praktische und politische Auseinandersetzung mit dem Thema Pay-for-Performance bieten.

4.3 Vorgehen, Aufbau und Produkte des Gutachtens

Definition von Pay-for-Performance

Den Anfang der fachlichen Erörterungen bildet die genaue Definition dessen, was in diesem Gutachten unter "Pay-for-Performance" verstanden wird, in Abgrenzung zu verwandten und ähnlichen Steuerungsinstrumenten, die hier nur am Rande erwähnt werden sollen, aber nicht im Fokus der Untersuchung stehen (siehe Teil A, 4.4).

Wertungshintergrund

Die zweite Grundlage der Untersuchung bildet die Herleitung und Ausformulierung des Wertungshintergrunds, aus dem die Bewertungskriterien für den Untersuchungsgegenstand abgeleitet werden sollen (siehe Teil A, 4.5).

Informationsbeschaffung, Fachdialog und Dokumentation

Folgende Instrumente wurden zur Informationsbeschaffung, zum Fachdialog und zur Dokumentation eingesetzt und sind im Methodikteil (siehe Teil A, 5.1 – 5.4) beschrieben:

- Literaturrecherche
- Internetrecherche
- Internet- und postalische Befragung
- Projektdatenbank
- Experteninterviews
- Workshops

Darstellung vorhandener, relevanter P4P-Projekte

Es werden verschiedene Arten von P4P-Projekten aus dem In- und Ausland vorgestellt. Ihre Besonderheiten werden sowohl exemplarisch als auch systematisch beschrieben (siehe Teil A, 6.2).

Juristisches Gutachten

Ein juristisches Gutachten beleuchtet die aktuellen rechtlichen Aspekte von Pay-for-Performance in Deutschland sowie die Erfordernisse künftiger Weiterentwicklung (siehe Teil E).

Evidenz für P4P

Die in der Literaturrecherche gefundenen Studien zur Evidenz von P4P-Instrumenten werden nach Versorgungsbereichen gruppiert und hinsichtlich konkreter Umsetzungsfragen evaluiert (siehe Teil B).

Generierung von Thesen

Insbesondere in Teil C werden aus den verschiedenen Quellen sowie eigener Expertise Thesen generiert, die bis zum Vorliegen besserer Evidenz als Vorschläge für das

Verständnis der Zusammenhänge und für den Entwurf von Handlungskonzepten dienen sollen. Sie beanspruchen lediglich das Niveau falsifizierbarer Expertenmeinung auf der Basis derzeitiger Erkenntnisse.

P4P-Modell

Zur strukturierten Analyse von P4P-Projekten wurde ein P4P-Modell entwickelt, anhand dessen die Elemente eines solchen Projekts dargestellt und ausführlich erörtert werden sollen (siehe Teil C, 1).

Thesepapiere

Vor dem Hintergrund der vorliegenden Evidenz und der Anforderungen an die Umsetzung von P4P-Projekten werden die Methodik der Qualitätsmessung, die verschiedenen Motivationslagen und die unterschiedlichen Verfahren effektiver Anreizgestaltung sowie die Umsetzung von P4P-Projekten besprochen und in Thesepapieren komprimiert dargestellt (siehe Teil D).

Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Anreize

Als Teil der methodischen Betrachtungen zur Qualitätsmessung wird ein Prüfschema vorgelegt, mit dem die Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Projekte überprüft werden kann (siehe Teil C, 8).

Taxonomie und Profilbogen zur Beschreibung von P4P-Projekten

Um P4P-Projekte standardisiert beschreiben zu können, wurde eine Taxonomie der konstituierenden Elemente und der Rahmenbedingungen solcher Projekte erstellt (siehe Teil C, 9.12). Diese Taxonomie liegt sowohl der Projektdatenbank (siehe Teil C, 9.13) als auch einem Profilbogen zur standardisierten Beschreibung von P4P-Projekten zugrunde (siehe Teil D).

Umsetzungsempfehlungen

Das Gutachten schließt ab mit Umsetzungsempfehlungen und Minimalanforderungen an ein P4P-Projekt (siehe Teil C, 10).

Handbuch

Die Zusammenfassung des Gutachtens, die Thesepapiere, der Profilbogen zur standardisierten Beschreibung von P4P-Projekten, das Prüfschema für Qualitätsindikatoren, die Umsetzungsempfehlungen sowie die Mindestanforderungen an P4P-Maßnahmen werden im Sinne eines Handbuchs gesammelt zur Verfügung gestellt (siehe Teil D).

Literaturverzeichnis

Ein allgemeines sowie zusätzliche, thematisch sortierte Literaturverzeichnisse erleichtern themenfokussierte weitere Recherchen (siehe Teil F, Anhang 1 und 2).

4.4 Definition von Pay-for-Performance

Wenn Vergütungsregeln für Leistungen festgelegt werden, ist damit immer auch ein gewisses Maß an strategischer Lenkung verbunden. Insofern stellt der Versuch, über finanzielle Anreize die Gesundheitsversorgung zu steuern, nichts Neues dar. Viele dieser Verfahren werden unter dem Oberbegriff „Leistungsorientierte Vergütung“ zusammengefasst.

Es sind dabei aber zwei Formen zu unterscheiden:

- die prospektive Festlegung von Vergütung für bestimmte Leistungen und
- retrospektive Formen, bei denen erst durch Nachweis bzw. Messung der erbrachten Leistung (Prozess oder Ergebnis) die Vergütung festgelegt wird.

Die prospektiven Formen haben ihre Tradition und unbestrittene Berechtigung. Der Fokus dieses Gutachtens richtet sich jedoch auf die retrospektiven Formen, weil mit ihnen Neuland betreten wird. Sie finanzieren erst, nachdem Erfolg eingetreten ist. Aber sie bedürfen natürlich auch der Evaluation.

Den hier analysierten Ansätzen ist außerdem gemeinsam, dass sie durch den Versuch der Einflussnahme auf die Motivation der Versorgenden (siehe Teil C, 6) deren Verhalten so ändern wollen, dass es zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz kommt. Dabei berücksichtigen sie die individuellen Leistungsniveaus der Versorger und thematisieren somit die Varianz der Gesundheitsversorgung.

Die Definition von Pay-for-Performance im engeren Sinne – d. h. im Sinne dieses Gutachtens – lautet daher wie folgt:

Definition von Pay-for-Performance im Sinne des Gutachtens

Unter Pay-for-Performance versteht man eine spezielle strategische Form der Vergütung. Pay-for-Performance-Verfahren koppeln die Vergütung von Versorgern im Gesundheitswesen an das von diesen erbrachte, durch Kennzahlen dargestellte Leistungsniveau. Durch differenzierende finanzielle Anreize sollen Versorger motiviert werden, ihre Versorgungspraxis im Hinblick auf Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems nachhaltig und umfassend zu optimieren und weiterzuentwickeln.

Pay-for-Performance-Projekte können gleichzeitig hervorragende Versorgungsqualität und Verbesserung fördern und schlechte Qualität sanktionieren.

Aus den weiter oben genannten Gründen werden u. a. folgende prospektive Formen von Vergütung von uns nicht zu den Pay-for-Performance-Projekten im engeren Sinn gezählt und in diesem Gutachten nicht näher analysiert, ohne ihre Bedeutung für das Gesundheitswesen zu verkennen:

- Prospektive Leistungsvergütung (Einzelleistungsvergütung, Fee-for-Service): prospektive Festlegung einer Vergütungshöhe für Einzelleistungen oder Leistungspakete.
- Vergütung für Qualitätsdarlegung (Pay-for-Transparency): Bezahlung für die Messung und Darstellung der Versorgungsqualität.

- Vergütung von Strukturen für eine bessere Versorgungsqualität (Pay-for-Competence): Finanzierung von speziellen Versorgungsstrukturen wie z. B. leistungsstarke Diagnose- und Therapiegeräte, IT-Ausstattung, zusätzliches Personal für besondere Leistungen.

4.5 Wertungshintergrund

Einzelne P4P-Projekte bestimmen für sich selbst Ziel und Inhalt. Eine übergreifende Bewertung dieser Verfahren muss dagegen von einem allgemein konsentierbaren Wertekanon ausgehen, um daraus schlüssig und bindend Bewertungskriterien ableiten zu können, die von Partikularinteressen unabhängig sind.

Für die Festlegung des Bewertungshintergrunds in einem gesundheitspolitischen Umfeld bietet sich das im Commonwealth Fund etablierte Konzept des „High Performance Health Care System“ an (The Commonwealth Fund 2006; Davis 2005), in dessen Rahmen sich Deutschland jährlich einem Vergleich internationaler Gesundheitssysteme stellt (Schoen et al. 2011). Die Qualitätsdimensionen für ein leistungsstarkes Gesundheitswesen, wie sie der Commonwealth Fund etlichen seiner Projekte zugrunde legt, lauten:

- Qualität der Versorgung (high quality care)
- Zugang zur Versorgung (access to care)
- Versorgungsgerechtigkeit (equity of care)
- Effizienz (efficient care)
- Innovation (system and workplace innovation and improvement)

mit dem Ziel, den Menschen ein langes, gesundes und produktives Leben zu ermöglichen („long, healthy and productive lives“).

In diesen Dimensionen ist es das gesundheitspolitische Ziel von Pay-for-Performance, gleichzeitig Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung effektiv zu steuern.

Der Erfolg und die Eignung eines Pay-for-Performance-Modells begründen sich somit nicht nur aus der Tatsache, dass es die von ihm selbst angestrebten Ziele erreicht, sondern dass darüber hinaus die erreichten Veränderungen insgesamt für das Gesundheitssystem eine Verbesserung darstellen. Dies ist bei der gesellschaftlichen Bewertung von P4P-Projekten zu berücksichtigen.

4.6 P4P als praktisches Instrumentarium

Pay-for-Performance spielt im Kreis der verschiedenen Vergütungsformen eine herausragende Rolle, weil es zur Leistungsdefinition auch die Leistungsmessung als Grundlage der Vergütung hinzuzieht. Damit wird eine Steuerung des Gesundheitswesens zumindest in kleinen Teilen über eine Differenzierung der erbrachten Leistungen möglich. P4P wird oft wie ein neues Paradigma behandelt, dessen Wirksamkeit insgesamt evident nachzuweisen ist.

Dabei wird übersehen, dass es sich bei P4P-Projekten um eine sehr heterogene Gruppe von Steuerungsinstrumenten handelt, bei der man sich schwer tut, etwas pauschal zu ihrer Wirksamkeit zu sagen (siehe Teil B).

Primär geht es bei P4P-Projekten um deren Nützlichkeit in Einzelsituationen: Zu fragen ist, ob bei einem gegebenen Steuerungsproblem im Gesundheitswesen der Einsatz eines der P4P-Instrumente erfolgversprechend ist. Daraus ergeben sich die Folgefragen:

- Wie erkenne ich, ob für ein bestimmtes Steuerungsproblem Pay-for-Performance eine geeignete Option darstellt?
- Wie erkenne ich, welcher P4P-Ansatz für die Lösung des Problems der geeignete ist?
- Was müssen die Beteiligten bei der Realisierung des P4P-Projekts beachten, damit es größtmöglichen Erfolg bei vertretbarem Aufwand bringt?
- Welche Mindeststandards sind bei der Konzepterstellung, Umsetzung, Dokumentation und Evaluation von P4P-Projekten zu beachten?

Versorgung und Vergütung sind praktische Vorgehensweisen. Somit steht die handlungsnaher Sichtweise im Vordergrund, die primär nach der situationsbezogenen Nützlichkeit des Instruments P4P fragt. Aus der Reifung der Werkzeuge, ihrer Evaluation und der damit verbundenen Erfahrung kann dann jene wissenschaftliche Evidenz erwachsen, die den flächendeckenden Einsatz von P4P-Projekten rechtfertigt.

Das Gutachten versucht zur Beantwortung der oben genannten Fragen den Akteuren unterschiedlichste Materialien an die Hand zu geben, die dann in der Nachfolgediskussion und Anwendung weiterentwickelt werden sollen.

5 Methodik

Nachdem zu Beginn des Gutachtens bereits die Grundlagen, d.h. Definition und Wertungshintergrund, festgelegt wurden, werden in diesem Abschnitt die Vorgehensweisen zur Bestandsaufnahme, zur Selektion von Studien und Publikationen und die Einbeziehung von Experten in Interviews und Workshops dargestellt.

5.1 Literatur- und Internetrecherche

5.1.1 Fragestellungen

Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt mit dem Ziel, verschiedene in der nationalen und internationalen Wissenschaft bekannte Pay-for-Performance-Modelle, Modellprojekte, praktische Erfahrungen und Forschungsarbeiten zu identifizieren und ihre wesentlichen Charakteristika zu beschreiben. Ferner sollte die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von P4P-Projekten recherchiert und die praktische Umsetzung von Projekten in Deutschland beschrieben werden.

5.1.2 Auswahl der Datenbanken

Die systematische Literatursuche wurde im Hinblick auf die Recherche nach Primärpublikationen in den Datenbanken Medline und Embase durchgeführt. Die Recherche nach Sekundärpublikationen erfolgte in der Cochrane Library und den CRD Databases. Um auch P4P-Projekte zu finden, die nicht bzw. noch nicht in den internationalen Fachjournalen veröffentlicht wurden, oder um möglichst aktuelle Beschreibungen finden zu können, erfolgte ergänzend eine Internetrecherche. Dafür wurden die Internetseiten von US-amerikanischen, britischen, kanadischen und australischen Institutionen und Versicherungen durchsucht, die sich mit Pay-for-Performance-Projekten (im weitesten Sinne) beschäftigen bzw. solche durchführen.

5.1.3 Entwicklung von Recherchestrategien und Definition der Suchbegriffe

Die Recherchen in den Datenbanken Medline und Embase wurde mit der Suchoberfläche Ovid SP durchgeführt. Für die Recherchen wurden aus der P4P-Definition (siehe Teil A, 4.4) vier Suchbausteine abgeleitet:

- Baustein 1: „Incentive & Bonus“
- Baustein 2: „Quality & Performance“
- Baustein 3: „Leistungserbringer“
- Baustein 4: „Pay-for-Performance“

Die Bausteine 1 - 3 wurden in Analogie zu den in der Definition festgelegten obligatorischen P4P-Bestandteilen kombiniert. Baustein 4 („Pay-for-Performance“) erfasst Stichworte oder Wortkombinationen, die mit hoher Spezifität P4P beschreiben und daher nicht durch Kombinationen mit anderen Suchbegriffen eingeschränkt werden müssen (siehe Abbildung 2).

Für die Recherche nach Systematic Reviews wurde eine Recherchestrategie für die Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) sowie den CRD Databases entwickelt. Die Recherche wurde über die Suchoberfläche von Wiley Interscience durchgeführt.

Die verwendeten Suchbegriffe zur Suchstrategie finden sich im Anhang (siehe Teil F, 3). Die Recherchen wurden zwischen dem 18. und dem 22.03.2011 durchgeführt. Ein letztes Update der Recherche wurde am 12. Januar 2012 vorgenommen.

Für die Internetrecherche von Webseiten der internationalen Institutionen, die sich mit P4P und verschiedenen Vergütungsmodellen beschäftigen, wurde eine sogenannte „freie“ Recherche durchgeführt. Es wurden die Internetseiten von uns bekannten Institutionen, Versicherungen und Akteuren durchsucht und die sich daraus ergebenden Hinweise wiederum im Internet verfolgt. Die Suche wurde parallel zur Volltextanalyse der gefundenen Quellen aus der Datenbankrecherche fortgeführt, da sich aus der Lektüre fortlaufend weitere Hinweise auf aktuelle Projekte und Projektweiterentwicklungen ergaben. Internetseiten, deren Informationen für die Erstellung des Gutachtens besonders relevant waren, sind in Anhang (siehe Teil F, 4) aufgelistet.

5.1.4 Kriterien für den Einschluss von Literatur in das Gutachten

Studientypen

Um die o. a. Fragestellung des Gutachtens beantworten zu können, wurden Quellen der Primärliteratur, d. h. (empirische) Einzelstudien, sowie der Sekundärliteratur (systematische Übersichtsarbeiten, Reviews und Metaanalysen) herangezogen. Bei der Recherche nach Primärliteratur liegt der Fokus im Rahmen einer Evidenzrecherche üblicherweise auf methodisch hochwertigen Studien und Sekundärliteratur, sogenannte Level-Ia bis IIb-Studien mit randomisiertem Design (in Anlehnung an die Klassifikation des G-BA (2011)). Im Rahmen des Gutachtens war jedoch zu erwarten, dass zur Beantwortung der Fragestellung nur wenige Studien mit einem solchen Studiendesign identifiziert werden würden. Somit wurde der Einschluss von Studientypen breiter angelegt und es wurden auch Fallberichte, Fallserien und Beobachtungsstudien (nicht experimentell) eingeschlossen.

Die recherchierten systematischen Übersichtsarbeiten der Cochrane Library wurden hinsichtlich ihrer verwendeten Quellen analysiert. Es wurde geprüft, ob die den Reviews zugrundeliegenden Quellen den Einschlusskriterien des Gutachtens entsprechen. Ebenso wurden die Resultate der Reviews einer kritischen Analyse unterzogen (siehe Teil B, 1.4 -1.5).

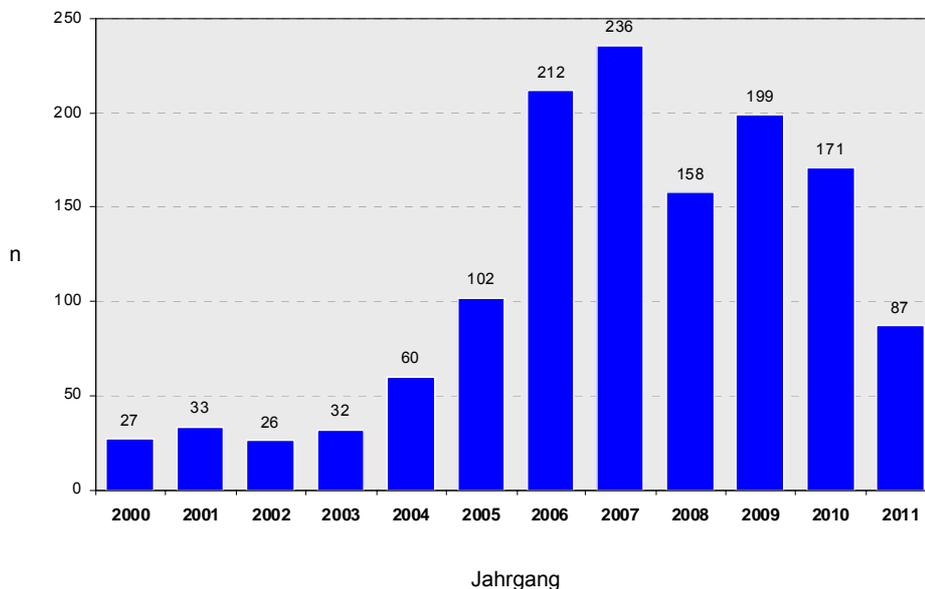
Publikationszeitraum

Im Rahmen von Vorab-Recherchen zeigte sich, dass die Diskussionen und Darstellungen zu P4P in der internationalen Literatur mit Beginn der 1990er Jahre ihren Anfang nahmen. Einige Grundlagenartikel sowie relevante Publikationen wurden in dieser Zeit veröffentlicht. Um einerseits einen möglichst detaillierten Überblick über zentrale P4P-Modelle zu bekommen und auch historisch

gewachsene Zusammenhänge zu erkennen, andererseits jedoch die Treffermenge nicht unverhältnismäßig auszuweiten, wurde die Recherche für das Gutachten auf den Zeitraum ab 2000 festgelegt. Ältere, zentrale Literatur und nach dem „Schneeballprinzip“ gefundene Quellen wurden aber einbezogen.

Betrachtet man die Ergebnisse der nach den o. g. Kriterien durchgeführten Recherche rein nach der Zahl der in die Gutachtenanalyse nach Volltextscreening eingegangenen Publikationen (siehe Abbildung 1), so zeigt sich ein Schwerpunkt an Veröffentlichungen in den Jahren 2006 - 2010. Danach ist bereits wieder eine tendenzielle Abnahme an Publikationen zu verzeichnen. Dieser Eindruck beruht auf der hier gewählten Suchstrategie sowie den gewählten Ein- und Ausschlusskriterien für die weitere Auswahl der Literatur und ist somit nicht objektiv. Er spiegelt aber die in den internationalen Veröffentlichungen selbst deutlich werdende Aufmerksamkeit bezüglich P4P in diesem Zeitraum.

Abbildung 1: Anzahl Publikationen pro Jahr (eingeschlossene Publikationen nach Volltextscreening)



Sprache

Die gefundenen Quellen wurden auf englisch-, französisch- und deutschsprachige Literatur limitiert.

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden folgende inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien für die Selektion der Literatur definiert und angewandt (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien
<p>E 1. Definition von P4P: In die Analyse werden grundsätzlich alle P4P-Modelle eingeschlossen, die den Kriterien des Gutachtens entsprechen. Insbesondere muss die Performance explizit gemessen werden mit retrospektiver Festlegung der Vergütung und Ausrichtung der Ziele am Nutzen für das Gesamtsystem</p>
<p>E 2. Modellarten: etablierte P4P-Systeme, Modellprojekte, Pilotprojekte, Studien, geplante Projekte und Projektentwürfe.</p>
<p>E 3. Studientypen: kontrollierte klinische Studien, Metaanalysen, randomisierte kontrollierte Studien, Reviews, Beobachtungsstudien, Fallberichte, Kongressbände, Kolloquien</p>
<p>E 4. Versorger: Projekte im ambulanten und stationären Bereich, sektorenübergreifende Projekte; Projekte bezüglich einzelner Versorger, Versorgergruppen, Institutionen wie Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren und Pflegeheime.</p>
<p>E 5. Anreize: Finanzieller Anreiz positiver oder negativer Art mit und ohne weitere nicht-finanzielle Anreize (Benchmarking, Public Reporting etc.); indirekte finanzielle Anreize (z. B. Gewährleistung nach OP)</p>
<p>E 6. Verbesserung als Ziel: Angabe einer nachweisbaren Verbesserung oder Effizienzsteigerung durch Kostensenkung als Ziel</p>
<p>E 7. Setting: Es werden alle Bereiche, in denen medizinischen Leistungen ausgeführt werden, eingeschlossen.</p>
<p>E 8. Themenschwerpunkte: Motivation, Akzeptanz, psychologische Aspekte, politische Aussagen, chronische Erkrankungen</p>
<p>E 9. Publikationszeitraum: 2000 – Gegenwart</p>
<p>E 10. Publikationssprache: Deutsch, Englisch, Französisch</p>

Ausschlusskriterien
A 1. Keine Volltextpublikation
A 2. Mehrfachpublikation ohne relevanten Zugewinn
A 3. Ausschließlich Performance-unabhängige Investitions- und Betriebsmittel (z. B. IT-Ausstattung, zusätzliches Personal)
A 4. Anreize ausschließlich für Patienten oder Kostenträger

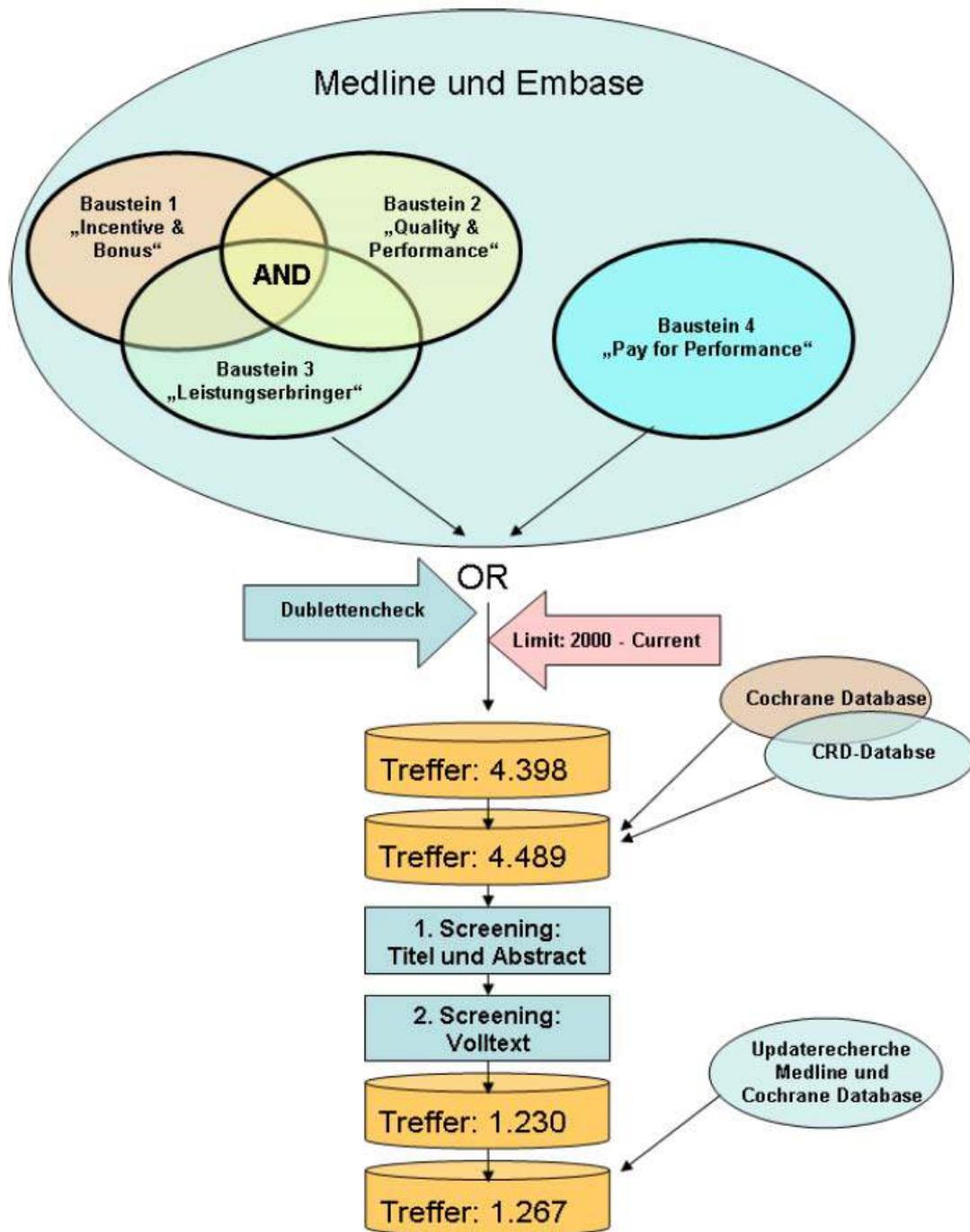
Durchführung der Recherche und Auswahl relevanter Publikationen

Die Recherche wurde in den o. a. Datenbanken durchgeführt. Nach Entfernung der Dubletten fanden sich 4.489 Literaturstellen. Im Rahmen des ersten Screenings wurde anhand von Titel und – falls vorhanden – mit Hilfe des Abstracts entschieden, welche Quellen als potenziell relevant einzustufen sind. Von den 1.345 zunächst als relevant eingestuften Quellen konnten 1.230 Publikationen im Volltext beschafft werden. Fehlende Publikationen sind darauf zurückzuführen, dass die ausgewählten Quellen nicht als Volltext erhältlich waren (z. B. bei Konferenzdokumentationen). Des Weiteren wurden aufgrund von unterschiedlich zitierten Autoren bzw. Titelbestandteilen noch einige weitere Quellen als Dubletten identifiziert und ebenfalls ausgeschlossen. Die im Januar 2012 durchgeführte Update-Recherche der Datenbanken Medline und Cochrane Database ergab einen Zugewinn an 37 Quellen. Die Analyse der Volltexte beruht daher auf 1.267 Quellen (siehe Abbildung 2). In die Analyse wurden deutsch- und englischsprachige Quellen einbezogen. Es konnten keine französischsprachigen Publikationen als relevant identifiziert werden.

Analyse der gefundenen Quellen

Es erfolgte zunächst eine Gruppierung der Quellen nach den Ländern, in denen die beschriebenen P4P-Projekte umgesetzt wurden bzw. werden. Für US-amerikanische Quellen wurde aufgrund der Fülle an Projekten eine weitere Unterteilung in staatliche (CMS-Projekte) und von privaten Versicherungen durchgeführte Projekte vorgenommen (nicht CMS-Projekte). Darüber hinaus wurden die Quellen nach stationären, ambulanten und „sektorenübergreifenden“ Verfahren sortiert. Untergruppen ermöglichen die Zuordnung zu wichtigen Versorgungsgebieten, wie chronische Erkrankungen, hausärztliche Versorgung (Primary Care), Rehabilitation und Pflege, sowie Projekte, die sich auf die Medikation („drugs“) beziehen. Weitere Untergruppen beziehen sich auf Quellen zu den Themenkomplexen Motivation und Akzeptanz sowie zu politischen Fragen und Statements.

Abbildung 2: Darstellung der Recherchestrategie



Die im Rahmen der Volltextanalyse identifizierten Projekte wurden in der P4P-Datenbank systematisch dokumentiert. Dabei wurden alle relevanten und in der Taxonomie beschriebenen Projektcharakteristika festgehalten, soweit sie aus den zu den Projekten verfügbaren Quellen (Literatur, Internetrecherche etc.) hervorgehen.

5.2 Internet- und postalische Befragung

Durchgeführt wurde eine internetbasierte Befragung von an P4P-Projekten tatsächlich oder potenziell Beteiligten in Deutschland.

Ziel der Befragung war es, Kenntnis von aktuellen, nicht oder noch nicht veröffentlichten P4P-Projekten in Deutschland zu erhalten und vorherrschende Meinungen zum Thema P4P und dessen künftiger Realisierbarkeit zu dokumentieren. Die von uns zu diesem Zweck eigens entwickelten Fragebögen, die im Anhang des Gutachtens zu finden sind, wurden so konzipiert, dass sowohl die Nennung als auch die genaue Beschreibung von P4P-Projekten in Deutschland, die bereits durchgeführt werden oder geplant sind, möglich war.

Zielgruppe der Befragung waren Kostenträger, Leistungserbringer, Institutionen des Gesundheitswesens, Wissenschaftler und Experten sowie Patientenvertreter.

Die Befragung war nicht als repräsentative Umfrage angelegt, sondern fokussierte darauf, möglichst viele Informationen über Konzepte, Ziele, Organisation und Ergebnisse konkreter Projekte zu erhalten. Ein Schwerpunkt lag dabei auf den Erfahrungen und Ideen der unterschiedlichen Beteiligten, um Bedarf, Bedürfnisse, Akzeptanz sowie Fallstricke und Hindernisse im Hinblick auf eine konkrete künftige Umsetzung zu beleuchten.

Im Einzelnen umfasste der Fragebogen die folgenden Themenbereiche:

- Angaben zu den Befragten
- Hinweise auf P4P-Projekte (Zielsetzung: Sammeln von Informationen zu existierenden Verfahren)
- Projektbeschreibung konkreter P4P-Projekte (Zielsetzung: Einordnung in die Taxonomie)
- Fragen zu den Erfahrungen mit konkreten Projekten (Zielsetzung: Sammeln von Erfahrungen zu Akzeptanz, Organisation, Fallstricken und Barrieren)
- Fragen zu Anforderungen an P4P-Projekte (Zielsetzung: Sammeln von Ideen)

Die gesamten Fragen sind im Anhang (siehe Teil F, 5) zu finden.

Zur Information der angesprochenen Zielgruppe und der interessierten Fachöffentlichkeit wurde ein Mailing durchgeführt. Wichtige Fachzeitschriften und Verlage wurden gebeten, einen Hinweis auf unsere Umfrage zu veröffentlichen. Zusätzlich wurden rund 400 Institutionen und ihre Vertreter persönlich per Post angeschrieben. Die Umfrage war von 31. Mai 2011 bis 15. Dezember 2011 auf unserer Internetseite zugänglich und konnte online, als herunterladbares PDF oder in Papierform ausgefüllt werden.

Auswertung der Internetbefragung

Die Internetbefragung ergab 80 relevante Antworten, wobei alle Kommunikationswege (Post, E-Mail und Online) genutzt wurden. Die Antworten kamen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens, von Krankenkassen und Krankenversicherungen, wissenschaftlichen Instituten, Versorgern, Versorgenden und Leistungserbringergruppen (z. B. Ärztenetze) sowie auch von Dienstleistungsunternehmen aus der Gesundheitsbranche. Auf eine quantitative Darstellung der Teilnehmergruppen und ihrer Antworten wird bewusst verzichtet, weil die Gruppengrößen zu gering waren, als dass daraus repräsentative Aussagen generiert werden könnten, und weil die sich daraus ableitenden Diskussionen ablenkende Artefakte produzieren würden.

18 Institutionen/Personen haben uns mitgeteilt, dass ihnen in Deutschland keine konkreten P4P-Projekte im Gesundheitswesen bekannt seien.

Insgesamt wurden uns 37 konkrete Projekte genannt und teilweise auch beschrieben, die von den Einsendern als P4P-Projekte klassifiziert worden waren. Davon erwiesen sich bei Anwendung der im Gutachten verwendeten strengen P4P-Definition 12 Projekte als P4P-Projekte in dem Sinne, dass ein direkter Zusammenhang zwischen Qualitätsnachweis und davon abhängiger Vergütung als Projektbestandteil vorhanden war. Diese 12 Projekte wurden genau recherchiert (z. T. mittels persönlicher Nachfrage bei den Projektbeteiligten), analysiert und dann in unserer Projekt-Datenbank gespeichert. Die übrigen 25 Projekte erfüllten die Kriterien der P4P-Definition nicht und wurden daher nicht in die Datenbank aufgenommen. Fünf Projekteinträge waren so unvollständig, dass sie nicht ausgewertet werden konnten.

Darüber hinaus haben 20 Personen den Fragebogen „Allgemeine Stellungnahme zu P4P“ ausgefüllt. Das Bild, das sich aus den „Allgemeinen Stellungnahmen“ ergibt, ist sehr bunt und reicht von kompletter Ablehnung bis zu weitreichenden Vorschlägen für eine Umsetzung von P4P im Gesundheitswesen. Häufig genannte Barrieren sind fehlende Ressourcen (IT, Zeit, Personal), die Komplexität und Schwierigkeit der Qualitätsmessung und Bedenken bezüglich einer zu komplizierten oder aufwändigen Datenerhebung. Von vielen wird eine stärkere Patientenorientierung gewünscht sowie eine gut durchdachte Umsetzung der Projekte in kleinen Schritten unter Einbeziehung aller Beteiligten. Die meisten der Antwortenden waren der Meinung, dass P4P zukünftig im Gesundheitswesen eine zunehmende Rolle spielen wird. Diese Meinung war unabhängig davon, ob der Antwortende diese Entwicklung begrüßte oder nicht.

Die Antworten zeigen, dass das Thema P4P im Gesundheitswesen ernst genommen und kontrovers diskutiert wird. Vor allem Gesundheitsökonominnen und andere Wissenschaftler beschäftigen sich mit dem Thema, aber auch Krankenkassen und Leistungserbringer. Da sich eher Ärzte gemeldet haben, die in Ärztenetzen und bereits bestehenden Qualitätsinitiativen engagiert sind, welche sich z. T. bereits aktiv an entsprechenden Projekten beteiligen, ist davon auszugehen, dass das Thema bei den Leistungserbringern eher bei speziell interessierten Personengruppen, aber noch nicht in ganzer Breite angekommen ist.

5.3 Experteninterviews

Zur Diskussion möglicher Perspektiven von P4P-Projekten wurden Repräsentanten verschiedener Institutionen des Gesundheitswesens in halbstrukturierten Interviews zur Thematik befragt und diese Interviews dann qualitativ ausgewertet. Dabei sollten die Einstellungen der interviewten Personen zur Thematik erfasst werden und welche

Perspektiven, Gestaltungsmöglichkeiten, Gefahren und Chancen im Bereich P4P von ihnen gesehen werden.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte so, dass eine möglichst weit gestreute Vielfalt an gesundheitspolitischen Expertisen und Positionen zusammengetragen werden konnte. Angesichts des explorativen Ansatzes zur Formulierung künftig konsensfähiger Gestaltungsvorschläge wurde zwar eine Vielfalt der Interviewpartner, aber keine Repräsentativität angestrebt. Gerade weil nicht alle Gesprächspartner über explizite P4P-Expertise, sehr wohl aber über einen herausragenden Erfahrungshorizont und Verantwortlichkeit im Gesundheitswesen verfügen, ließ sich eine sehr breit gefächerte Palette an Einstellungen sammeln. Aus rein zeitlichen Gründen konnten leider nicht alle für die Thematik relevanten Personen interviewt werden. Die Liste der Interviewten ist daher gleichzeitig durch die darin vertretene Expertise, aber auch durch missliche jedoch unvermeidbare Lücken an noch fehlenden Interviewpartnern gekennzeichnet (siehe Liste der Experten Teil A, 1). Zu Beginn der Interviews wurde Vertraulichkeit zugesagt. Die Interviews fanden im Zeitraum vom 01. Juni 2011 bis 15. März 2012 statt. Die Interviewzeit schwankte zwischen 45 und 120 Minuten und betrug im Mittel 60 Minuten. Es wurden vier Fragen vorgegeben:

- Erwarten Sie, dass P4P-Projekte in Zukunft eine nennenswerte Rolle im deutschen Gesundheitswesen spielen werden?
- Wenn das Gutachten erstmals vor Ihnen liegen wird, was interessiert Sie dann am meisten?
- Welche Botschaften oder Inhalte sollten auf alle Fälle im Gutachten enthalten sein?
- Sollte die Entwicklung von P4P-Instrumenten und Projekten von der Politik mit Nachdruck gefördert werden?

Auf eine feste Vorgabe weiterer Fragen wurde verzichtet, um den individuellen Gedankengang der Gesprächspartner mit ihren jeweils eigenen Prioritäten nicht zu stören, da es um eben diese Unterschiedlichkeit der Perspektiven, Argumentationsweisen und Wertungskomplexe ging. Den Interviewten wurden zusätzlich ergänzende oder alternative Aspekte zur Thematik angeboten, um so Entwicklungsmöglichkeiten von P4P-Projekten im Dialog zu erkunden.

Die Ansichten, Bedenken und Anregungen der Interviewten haben sich in den lösungsorientierten Texten des Gutachtens niedergeschlagen, ohne dass deren Quellen im Einzelnen benannt sind. Sollte einer der Beteiligten eine solche Nennung im Nachhinein wünschen, wird dies gerne an geeigneter Stelle nachgeholt.

5.4 Workshops

Am 27.09.2011 wurde mit Vertretern unterschiedlicher Institutionen (siehe Liste der Teilnehmer Teil A, 1) ein Workshop durchgeführt, um die bis dahin entwickelten Teile des Gutachtens vorzustellen und mit den verschiedenen Experten zu diskutieren. Da aus terminlichen Gründen nicht alle vorgesehenen Teilnehmer am Workshop teilnehmen konnten, wurde mit diesen Experten ein Nachtermin durchgeführt, um das Meinungsbild zu komplettieren. Insbesondere wurden das P4P-Modell und die Grundzüge der Umsetzungsempfehlungen vorgestellt und diskutiert.

5.5 Thesengenerierung

Angesichts nur lückenhaft vorhandener Evidenz in der Literatur wurden insbesondere in Teil C des Gutachtens aus den vorhandenen Quellen und Expertenmeinungen sowie eigener Expertise verschiedene Thesen abgeleitet, die zumeist hypothetischer Natur sind und keinerlei Verbindlichkeit beanspruchen können. Es wurde stets versucht, die logische und erfahrungsbasierte Herleitung der Hypothesen nachvollziehbar darzustellen. Die Thesen sollen Ausgangspunkt für differenzierte Diskussionen sein und bis zum Vorliegen besserer Evidenz als Grundlage für die Entwicklung von Handlungskonzepten dienen.

6 P4P-Projekte

6.1 Übersicht

6.1.1 Kurzer historischer Abriss

Pay-for-Performance wird seit zwei Jahrzehnten vor allem im englischsprachigen Raum immer häufiger als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen eingesetzt. Es verspricht, gleich mehrere drängende Probleme der aktuellen Gesundheitsversorgung gleichzeitig zu lösen: die Versorgungsqualität zu verbessern und gleichzeitig Kosten zu sparen, wobei bisweilen der Qualitätsaspekt, bisweilen der Kostenaspekt stärker im Vordergrund steht.

Die Ursprünge von P4P liegen in den 1990er Jahren und sind auf Probleme im US-amerikanischen Gesundheitswesen zurückzuführen: hohe Kosten und gleichzeitig nachweisbare Qualitätsmängel. Die Diskussion wurde sehr stark von den beiden Veröffentlichungen „Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century“ (2001) und „To Err Is Human: Building a Safer Health System“ (1999) des US-amerikanischen Institute of Medicine (IOM) geprägt. Insbesondere zeigte sich, dass die teuersten Institutionen oft nicht besten die waren. So entstand die Forderung, dass für vermeidbare schlechte Qualität kein Geld gezahlt und gute Qualität finanziell gefördert werden sollte. Seitdem ist die Zahl der Pay-for-Performance-Projekte und -Programme vor allem im englischsprachigen Raum in die Höhe geschossen und aktuell nicht mehr überschaubar.

Mit Blick auf diese Entwicklung, für die viel Geld ausgegeben worden ist, stellen sich immer mehr Länder, in denen bisher keine großen P4P-Projekte existieren, gegenwärtig die Frage, ob es lohnend wäre, eine qualitätsorientierte Umstrukturierung der Vergütung in Angriff zu nehmen. Beispielhaft seien hier der KCE-Report 2009 aus Belgien (Annemans et al. 2009) oder Pink et al. (2006) aus Canada erwähnt.

Auch in Deutschland wird das Thema seit einiger Zeit in Fachkreisen diskutiert. So hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit seinem Gutachten aus dem Jahr 2007 (SVR 2007) die Diskussion befördert. Zahlreiche Autoren haben zu diesem Thema publiziert (Amelung und Zahn 2009; Burgdorf et al. 2009; Emmert 2008; Lungen und Lauterbach 2002; Malzahn und Heller 2009; Scheppach et al. 2011; Schrappe und Gültekin 2011 u. v. a. m.).

Das zunehmende P4P-Interesse spiegelt sich auch in der Literaturrecherche, die dem Gutachten zugrunde liegt, wider. Es zeigte sich, dass die Zahl der Publikationen zu diesem Thema im Jahre 2006 sprunghaft anstieg und sich bis 2010 auf hohem Niveau hielt. Im Jahre 2011 ist eine gewisse Abnahme der zu P4P neu erschienenen Literatur zu verzeichnen. Diese Aussage ist zwar nur eingeschränkt verwendbar, da sie lediglich auf der Basis der im Gutachten verwendeten Suchstrategie sowie der verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien beruht (siehe Tabelle 1 und Abbildung 2). Dennoch werden daran das große Interesse und die weite Verbreitung der Thematik „qualitätsorientierte Vergütung“ deutlich.

Bei der folgenden Bestandsaufnahme der P4P-Literatur und der darin beschriebenen Projekte sollen vor allem die Variationsbreite und Vielfalt der unterschiedlichen Ansätze erfasst werden. Die genaue Kenntnis der internen und externen Zusammenhänge eines Projektes erscheinen für eine Einschätzung der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit bestimmter Konstellationen wichtig, um daraus eine Vorgehensweise für das deutsche Gesundheitswesen ableiten zu können.

Auf eine nochmalige zusammenfassende Übersicht der gesamten P4P-Literatur, wie sie anderswo bereits in bester Weise zu finden ist (vergl. Amelung und Zahn 2009; KCE-Report (Annemans et al. 2009); Emmert 2008), wurde verzichtet. Stattdessen wurde besonderer Wert auf die aktuelle Literatur der Jahre 2010 und 2011 gelegt (siehe Teil B, 1.8).

6.1.2 P4P-Trends

Wenn man versucht, sich einen Überblick über die P4P Landschaft zu verschaffen, stellt man fest, dass der Schwerpunkt von P4P im angelsächsischen Raum liegt. Dort gibt es einige große und sehr bekannte Projekte, aber auch sehr viele kleine, wenig bekannte, die manchmal sehr kreative und innovative Aspekte aufweisen.

Die überwiegende Zahl der Projekte findet nach wie vor im hausärztlichen Setting statt. Zu nennen wären das Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien, das umfängliche hausärztliche P4P-Projekt der Integrated Healthcare Association (IHA) in Kalifornien, aber auch das Practice Incentive Program (PIP), das in Australien bereits seit 1999 besteht. Im Krankenhausbereich gibt es sehr viel weniger Projekte. Dennoch sind vor allem die großen Krankenhausprojekte in den USA bedeutsam und werden im Gutachten im Detail beschrieben. Gemeinsam ist all diesen „Routineprojekten“ die Verwendung von etablierten Indikatorensätzen, die vorwiegend Prozess- und Strukturindikatoren, nur wenige Ergebnisindikatoren und einige Indikatoren zur Patientenzufriedenheit verwenden. Meist werden auf eine bislang etablierte Basisvergütung (z. B. Fall- und Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütung) finanzielle Anreize positiver (Bonus) oder negativer Art (Malus) gesetzt, in Abhängigkeit vom Erreichen bestimmter Performancescores.

Zu den bisher durchgeführten P4P-Projekten gibt es nur wenige Evaluationsstudien, die hohen wissenschaftlichen Kriterien genügen.

Trotz der – wie noch gezeigt wird (Teil B) – mangelhaften Evidenzlage entstehen laufend neue P4P-Programme nach ähnlichem Muster. Ganz aktuell hat das NHS in England die Voraussetzungen für die Umsetzung von Krankenhausprojekten nach dem Vorbild der Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID; siehe Teil B, 1.5.1) geschaffen. Nachdem zunächst sowohl in England als auch in den USA meist zusätzliche Mittel für die Bonuszahlungen zur Verfügung gestellt wurden (QOF, IHA u. a.), geht der Trend hin zu kostenneutralen Lösungen im Sinne von Shared Savings. Ziel ist es meist, den Kostenanstieg im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen, ohne dass dabei Qualitätsverluste hingenommen werden müssen. Als beste Lösung erscheint es, Kosten durch bessere Qualität einzusparen. Allerdings ist auch bezüglich der Erreichung dieses Ziels eine gewisse Desillusionierung festzustellen (Wilensky 2011).

Darüber hinaus sind Nebenwirkungen und Fehlanreize feststellbar, die berücksichtigt werden müssen. Hier wären z. B. Selektionseffekte, strategische Anpassungsvorgänge, Veränderungen im Dokumentationsverhalten und andere Arten des „Gaming“ zu nennen (siehe Teil C, 7).

Seit dem Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) vom 23.3.2010 ist in den USA eine neue Wendung in den Projekten festzustellen. Diese fußen zwar weiterhin auf bekannten P4P-Bausteinen (Performancemessung, finanzielle Anreize), rücken aber die Verantwortlichkeit der Versorger mehr in den Mittelpunkt. Dieses Konzept ist vor allem in den USA unter dem Oberbegriff „Accountable Care Organization“ (ACOs) im Aufbau. Das Prinzip der ACOs wird weiter unten beschrieben (siehe Teil A, 6.2.9).

Neben den genannten Großprojekten gibt es zahlreiche kleine Projekte, die sich auf besondere Weise besonderen Fragestellungen widmen. Solche Projekte gibt es mittlerweile vereinzelt auch in Deutschland auf der Basis von Selektivverträgen. Erhält man aus den großen Projekten eher Auskunft darüber, was bisher nicht funktioniert hat und welche Aspekte bisher weitgehend unberücksichtigt geblieben sind (wie z. B. Überversorgung und Indikationsstellung), so lassen sich oft gerade aus den kleineren, aber individueller gestrickten P4P-Projekten genauere Erkenntnisse gewinnen, auf welcher Basis eine qualitätsorientierte Vergütung Sinn machen könnte.

6.2 Beispiele für die Vielfalt von P4P-Projekten

Einige Beispiele sollen die Vielfalt der gefundenen P4P-Projekte veranschaulichen.

An ihnen wird eine unterschiedliche Grundphilosophie deutlich. Es gibt große Projekte, die sehr unspezifisch arbeiten, und Ansätze, die ganz gezielt bestimmte Probleme mit P4P lösen möchten. Die im Teil B folgende Darstellung der Evidenz für die Wirksamkeit verschiedener Projekte wird Hinweise enthalten, welche Grundphilosophie in welchen Kontexten für sinnvoll erachtet und welche nicht empfohlen werden kann.

6.2.1 Klassische Projekte

Die häufigste und bekannteste Art, P4P-Projekte zu gestalten, besteht darin, ein bestehendes und oft bereits etabliertes Qualitätsindikatorenset zu nehmen und einen Teil der Vergütung an die Erfüllung bestimmter Ziel- oder Schwellenwerte aus dem gewählten Indikatorenset zu knüpfen. Im Rahmen solcher Programme können für die Bonuszahlungen im Vorfeld Geldmittel aus dem Gesamtbudget zurückgehalten werden oder es wird zusätzliches Geld zur Verfügung gestellt.

Ein sehr bekanntes Beispiel ist das britische Quality and Outcomes Framework (QOF), bei dem die Bonuszahlungen aus zusätzlich bereitgestellten Mitteln finanziert werden (Ausführliche Darstellung in Teil B, 1.4.2.1). Andere ähnlich aufgebaute Hausarztprojekte arbeiten kostenneutral. Die Rochester Individual Practice Association (RIPA) in New York hatte zwischen 1999 und 2004 ein P4P-Programm mit Hausärzten entwickelt, bei dem 5 % der Vergütung an die Praxen einbehalten und in einem „Incentive Pool“ gesammelt wurde. In Abhängigkeit von der Erfüllung von Diabetes- und anderen HEDIS-Indikatoren konnten die Praxen zwischen 50 % und 100 % ihrer „Withdrawals“ zurück erhalten (Young et al. 2007; Beckman et al. 2006). Dem Kapitel zur Kosteneffektivität von P4P (Teil B, 1.10)

vorausgreifend kann gesagt werden, dass solche Projekte bislang nicht sehr erfolgreich waren und nur bedingt zur Nachahmung empfohlen werden können.

6.2.2 Target Payments

Target Payments stellen eine Form der Vergütung dar, die Fee-for-Service (FFS, Einzelleistungsvergütung) ähnelt. Es gibt zusätzliche Einmalzahlungen für bestimmte Leistungen, wie z. B. die Durchführung einer Impfung. Dabei kann die Vergütung für die tatsächliche Durchführung einer Impfung erhöht werden (Fairbrother et al. 1997). Dies ist z. B. beim Vaccines for Children Program (VFC) der Fall. Aufgrund von fehlender Versicherung oder von Versicherungslücken, die Impfungen betreffend, sind in den USA viele Kinder nicht geimpft. Die Hausärzte bekommen die Impfung nicht ausreichend bezahlt und die Patienten folgen der Überweisung zu den zuständigen Public Health Clinics nicht. Kostenloser Impfstoff mit gleichzeitiger Prämie für jede Impfung hat zu einer deutlichen Zunahme von Impfungen geführt (Internetseite am Beispiel New York (siehe Link: New York City Department of Health and Mental Hygiene). Ein wirklicher Qualitätsbezug und damit P4P entsteht aber erst, wenn die Einmalzahlungen oder die Höhe der Einmalzahlungen an einen bestimmten Zielwert gekoppelt wird, d. h. die Zusatzvergütung wird erst bei Erreichen eines bestimmten Prozentsatzes an geimpften Personen in einer dafür in Frage kommenden Population gezahlt. Ein solches P4P-Programm untersuchte die Studie von Kouides et al. (1998). Bezüglich der Wirksamkeit von Target Payments (siehe Teil B, 1.4.1). Bei Unterversorgung mit klar definierten Maßnahmen (wie z. B. Impfen) können solche P4P-Projekte sehr hilfreich sein.

6.2.3 Non-Pay-for-Non-Performance

P4P kann auch „Malus-Charakter“ haben und darin bestehen, dass die Kosten für unerwünschte Ereignisse, wie vermeidbare Komplikationen oder Fehlbehandlungen, nicht vom Kostenträger übernommen werden. Ohne explizit als Pay-for-Performance benannt zu werden, ist ein solches Vorgehen Bestandteil des deutschen DRG-Systems. Auch andere Projekte, z. B. von CMS (CMS-Never Events (Mattie und Webster 2008; Milstein 2009) und CMS Non-Coverage Wrong-Site Surgeries (Shalts 2009), wählen ein solches Vorgehen. Dabei werden stationäre Aufenthalte, die aufgrund einer definierten vermeidbaren Komplikation notwendig werden, nicht bezahlt. Es bestehen wenig Zweifel, dass diese Maßnahmen wirksam sind, Evaluationen stehen aber nicht zur Verfügung.

6.2.4 Provider-driven P4P

Charakteristisch für diese Projekte ist der Wille engagierter Ärztinnen und Ärzte, eine bestimmte Versorgungssituation, die von ihnen als unbefriedigend erlebt wird, zu verbessern und dafür adäquat entlohnt zu werden. Das Projekt wird also von Versorgenseite initiiert, und in der Regel geht es den Versorgenden darum, den durch die bessere Versorgung entstehenden Mehraufwand vergütet zu bekommen. Zu Pay-for-Performance kommt es dadurch, dass die Kostenträger, die diese Zusatzvergütung bezahlen sollen, einen Nachweis über die tatsächliche Qualitätsverbesserung und/oder über Einsparungen, die durch die Verbesserung entstehen, einfordern. Es soll nicht einfach der Mehraufwand im Sinne eines Fee-

for-Service bezahlt werden, sondern die Vergütung vom tatsächlich erreichten Qualitätsniveau abhängig gemacht werden.

Beispiele für solche Projekte sind die sogenannten „Fußnetze“, die sich in Deutschland zur Versorgung und Vermeidung diabetischer FüÙe etabliert haben. Auf der Basis eines IV-Vertrages wird für die Prophylaxe eines diabetischen Fußsyndroms eine „Präventionspauschale“ bezahlt. Für die Behandlung von fortgeschrittenen Stadien eines Fußsyndroms gibt es eine Kombination aus Stadien-abhängiger Pauschale und qualitätsorientierter Vergütung, wenn ein vereinbartes Qualitätsziel erreicht wurde (siehe Link: AOK Nordost). Ein weiteres Beispiel ist das „Phlebologicum“-Projekt (siehe Link: Phlebologicum Deutschland GmbH) das sich dem Thema „Überversorgung“ von Venenerkrankungen widmet und Varizenoperationen in Abhängigkeit von der Güte der Indikationsstellung honoriert. Es wird in Teil C, 3.5.3 vorgestellt.

6.2.5 Verwendung von Rabatt-Verträgen für P4P (Krankenhaus)

Bestehende Rabatt-Verträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern können für Pay-for- Performance genutzt werden. Dies geschieht zum Beispiel im Rahmen eines IV-Vertrages zur Schlaganfall-Versorgung der AOK Hessen. Kriterien sind die stationäre Wiederaufnahmerate nach einem Jahr, die 30-Tage-Sterblichkeit sowie stationäre Wiederaufnahmen innerhalb des ersten Jahres unter den Diagnosen Hirninfarkt, TIA oder intrazerebrale Blutung. In Abhängigkeit von der Performance im Vergleich zum Bundesdurchschnitt wird die Inanspruchnahme von Rabatten, die die Kliniken gewährt haben, durch die Krankenkasse qualitätsabhängig variiert. Bei schlechter Qualität muss der gesamte Rabatt gewährt werden, bei sehr guter Qualität wird nur ein geringer Rabatt fällig.

6.2.6 Einbeziehen von Patienten

P4P kann auch genutzt werden, um Patienten zu einem bestimmten Verhalten zu motivieren. Schmidt et al. (2009) haben zusammengetragen, welche Incentiveprogramme für Patienten es in Deutschland gibt. Krankenversicherungen setzen sowohl positive als auch negative finanzielle Anreize ein, um Patienten zur Mitwirkung an bestimmten Maßnahmen zu bewegen. Beispiele wären die regelmäßige Teilnahme an zahnärztlichen Kontrolluntersuchungen als Voraussetzung für eine höhere Beteiligung der Krankenkasse an der Finanzierung von Zahnersatz oder die Verringerung von Zuzahlungen bei Teilnahme an DMPs. Dieser Ansatz erscheint erfolgversprechend, wurde jedoch an dieser Stelle nicht speziell untersucht. Es gibt auch P4P-Projekte, die sowohl Bonuszahlungen für Versorgende als auch für Patienten vorsehen. Dies ist z. B. in einem Projekt zur Rehabilitation von psychisch Kranken mit „Doppeldiagnose“ (Sucht und psychiatrischer Diagnose) der Fall. Hier gibt es auch für die Patienten finanzielle Anreize zur Teilnahme an bestimmten Reha-Modulen (Reno 2001).

6.2.7 Gainsharing und Shared Savings

Gainsharing-Projekte sind relativ alt. Bereits in den frühen 90er Jahren gab es in den USA Verträge zwischen Ärzten und Krankenhäusern, die vorsahen,

Einsparungen und Kosteneffizienz durch die Verbesserung von Abläufen zu erzielen, z. B. durch Vermeidung unnötigen Materialverbrauchs. Qualitätsziel von Gainsharing ist die Vermeidung von „inappropriate use or waste“ (Weiss 2006). Der Anreiz besteht in einer Beteiligung der Ärzte an den Einsparungen des Krankenhauses. Berechtigte Bedenken gegen diese Art von P4P sind, dass die Einsparungen auf Kosten der Patientenversorgung erzielt werden könnten oder die Kosten durch Überweisungen und Verlegungen auf andere Einrichtungen verlagert werden.

Gainsharing ist somit ein Spezialfall von Shared Savings. Der – wie bereits geschildert – zunehmend in den Mittelpunkt rückende Shared-Savings-Ansatz bezieht sich auf alle Arten von Einsparungen, insbesondere auch auf die Ersparnisse, die durch bessere Ergebnisse (Outcomes) zu erzielen sind (Vermeidung von Komplikationen, stationären Wiederaufnahmen, langen Arbeitsunfähigkeitszeiten usw.). Schwierig gestaltet sich hier häufig die Berechnung der Einsparungen, da diese oft erst langfristig erzielt werden und die Berechnung risikoadjustiert sein muss. Wenn die Vergütung davon abhängt, ist außerdem die Transparenz der durchgeführten, oft sehr komplizierten Berechnungen zu gewährleisten. Ein bekanntes Beispiel für ein Shared-Savings-Projekt ist die Physician Group Practice Demonstration von CMS, die im Teil B, 1.4.2.2 genauer beschrieben wird.

6.2.8 Einsatz von P4P zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung – am Beispiel des Prometheus-Payment-Modells

Die Verbesserung der Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen stationärer und ambulanter Patientenversorgung ist ebenfalls Gegenstand von P4P-Initiativen. Ein deutsches Projekt, das sich dieses Ziel gesteckt hat, ist der IV-Vertrag „Kopfschmerz“ der TKK (Projektbeschreibung siehe Teil A, 6.3.3).

Das Prometheus-Payment-Modell hat als sektorenübergreifendes P4P-Projekt in den Vereinigten Staaten große Aufmerksamkeit gefunden. Zur Entwicklung des Pilotprojektes und der begleitenden Evaluation sind zwischen 2007 und 2010 zahlreiche Publikationen erschienen (Health Care Incentives Improvement Institute 2010; de Brantes et al. 2010; de Brantes et al. 2009; Rastogi et al. 2009; de Brantes und Rastogi 2008; Gosfield 2008; de Brantes und Camillus 2007). Die Vergütungsgrundlage in diesem sehr komplexen Programm stellen die sog. Evidence-based Case Rates (ECR) dar. Diese werden auf Basis derjenigen Kosten risikoadjustiert kalkuliert, die bei einem definierten Behandlungsfall, der nach Maßgabe von Good-Clinical-Practice-Guidelines versorgt wird, anfallen. Der Behandlungsfall wird dabei sektorenübergreifend betrachtet. Hinzu kommt eine sogenannte PAC-Allowance (Potentially Avoidable Complications), mit der die Ausgaben für vermeidbare Komplikationen begrenzt werden. Ein Teil der errechneten Summe pro Fall wird einbehalten und Performance-abhängig ausbezahlt. Zusätzlich gibt es auch Auszahlungen aus dem PAC-Pool als zweite Möglichkeit eines Bonus, sofern die PAC-Allowance nicht ausgeschöpft wird, d.h. wenn weniger als die „erlaubten“ Komplikationen auftreten. Die Bonus-Auszahlung erfolgt zu 70 % bezogen auf die Leistungen einzelner Versorger und zu 30 % bezogen auf die Gesamtleistung der Versorgerkette im jeweiligen Behandlungsfall. Dadurch soll ein Anreiz zur Optimierung der Zusammenarbeit der einzelnen am Behandlungsfall beteiligten Versorger geschaffen werden.

6.2.9 Budgetverantwortung als P4P am Beispiel der Accountable Care Organizations

Der Patient Protection and Affordable Care Act in den USA sieht vor, die Budgetverantwortung an lokale Versorgergruppen, sogenannte Accountable Care Organizations, zu übertragen. Damit wird das Shared-Savings-Konzept auf eine neue Ebene transportiert, indem die Einsparungen direkt im Versorgernetzwerk verbleiben und deren Verteilung auch von den Beteiligten selbst geregelt wird. Durch die Übergabe der Budgetverantwortung soll ein Anreiz entstehen, innerhalb lokaler Versorgungsstrukturen unter anderem auch durch Verbesserung der Versorgungskoordination Einsparungen zu erzielen. Als Boni können dann diese Einsparungen aufgeteilt und/oder zusätzliche Zahlungen für das Erreichen bestimmter Qualitätsziele in Aussicht gestellt werden. Dieser als kostenneutral konzipierte Shared-Savings-Ansatz setzt auf die Eigenverantwortlichkeit und Kreativität der Versorger. Die Accountable Care Organization liefert hierfür den Rahmen. Durch die gestalterische Freiheit innerhalb des vorhandenen Budgets soll die Motivation entstehen, selbst Konzepte zu entwerfen, wie die gesteckten Ziele gemeinsam zu erreichen sind. Dass dieser Ansatz sehr auf die Motivation der mitmachenden Versorger setzt und diese in großem Umfang einbezieht, ist einerseits vielversprechend, gibt aber andererseits auch Anlass zu einer gewissen Skepsis. Aufgrund der Freiwilligkeit der Teilnahme machen möglicherweise doch viele Versorger mit geringerer Versorgungsqualität nicht mit. Außerdem sind weiterhin Umgehungsversuche nicht auszuschließen, die die Bemühungen um eine anhaltende Verbesserung der Versorgungsqualität geschickt konterkarieren (Accountable Care Organization (ACO) 2011; American Health Care Association (AHCA) 2011; Becker et al. 2011; Berenson und Burton 2011; Berwick 2011; Correia 2011; McClellan et al. 2010).

Auch in Deutschland gibt es lokale Versorgungsnetze mit Budgetverantwortung und P4P-Elementen wie das Gesundheitsnetz Nürnberg Nord, das im Teil A, 6.3.5 beschrieben ist.

6.2.10 P4P auf der Ebene des internen und externen Managements

Das Baylor Health Care System, ein Multi-Hospital-System in Texas, hat die Bonuszahlungen für die Managementebene von Kliniken an die Qualität der Patientenversorgung geknüpft (sogenannter Administrator Incentive), die anhand der Joint-Commission-Clinical-Quality-Indikatoren gemessen wird (Herrin et al. 2008).

Darüber hinaus gibt es auch Dienstleistungsunternehmen, die Pay-for-Performance in Form von Shared-Savings-Projekten anbieten. In der Regel stellen diese Unternehmen einer Krankenkasse oder Krankenversicherung Serviceleistungen wie Case-Management oder Disease-Management zur Verfügung und verweisen auf die dadurch zu erzielenden Einsparungen für die Versicherungen. Das Honorar einer solchen Firma hängt dann ganz oder teilweise von den nachgewiesenen Einsparungen ab, die z. B. durch einen Rückgang an stationären Einweisungen oder als Folge von verbesserter Therapieadhärenz der Patienten oder schnellerer beruflicher Wiedereingliederung erzielt werden.

6.2.11 P4P und Überversorgung

Projekte, die sich mit dem Thema Über- und Fehlversorgung beschäftigen, werden im Teil C, 3.5.3 behandelt.

6.3 P4P-Projekte in Deutschland: Bestandsaufnahme

Im Methodenkapitel wurde der Umfang der Antworten beschrieben, den die durchgeführte Internetbefragung und die durchgeführte Recherche nach P4P-Projekten in Deutschland ergeben hat (siehe Teil A, 5.2). Mit Hilfe eines Anschreibens per Post und per E-Mail an über 400 ausgewählte Personen und einem in den Fachmedien breitgefächerten Aufruf zur Teilnahme an der Internetbefragung dürfte der überwiegende Teil derer, die Kenntnis von P4P-Projekten in Deutschland haben, auch erreicht worden sein. Das Ergebnis, dass es in Deutschland nur eine recht geringe Anzahl an P4P-Projekten gibt, auf die die P4P-Kriterien des Gutachtens zutreffen, dürfte also in der Größenordnung realistisch sein, auch wenn vereinzelt der Eindruck entstand, dass bestimmte Projekte nicht preisgegeben wurden. Darüber hinaus mag es P4P-Projekte geben, die nicht explizit als solche initiiert wurden und daher nicht unter diesem Begriff eingeordnet wurden. Ein bekanntes Beispiel hierfür ist die Fallzusammenführung bei stationärer Wiederaufnahme innerhalb der Grenzverweildauer, so dass Wiederaufnahmen wegen Komplikationen nicht gesondert vergütet werden. Dieses „Non-Pay-for-Non-Performance“ innerhalb der DRG-Regelungen fällt unter die Gutachtendefinition von P4P. Im Rahmen der Internetbefragung wurde diese Regelung aber nicht als Beispiel für P4P in Deutschland genannt.

Grundsätzlich lassen sich die gefundenen Projekte in zwei Kategorien einteilen:

- Solche, die auf der Basis von bereits bestehenden Selektivverträgen oder DMPs entstanden sind und
- solche, die ein bestimmtes Versorgungsproblem mit Hilfe von P4P-Elementen komplett neu angehen.

Im Folgenden wird eine Auswahl der in Deutschland gefunden P4P-Projekte genauer beleuchtet (siehe Tabelle 2)

6.3.1 „Pay-for-Competence“

Eine ganze Reihe von Projekten, die uns genannt wurden, fördert bestimmte Strukturvoraussetzungen und Qualifikationen durch die Möglichkeit, zusätzliche EBM-Ziffern oder spezielle Aufschläge abzurechnen. Wenn diese als qualitätsfördernd eingestuften Strukturen und/oder Prozesse nicht etabliert und entsprechende Kenntnisse nicht nachgewiesen werden, werden Vergütungsabzüge vorgenommen.

Projekte dieser Art, die sich mit vielfältigen anderen Qualitätsinitiativen überschneiden, gibt es in größerer Zahl in Deutschland. § 136 SGB V verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen ausdrücklich zu Maßnahmen zur Förderung der Qualität in der kassenärztlichen Versorgung. Unter die zahlreichen Beispiele für Maßnahmen nach § 136 Abs. 4 SGB V fallen u.a. auch die Projekte der KV Bayern, die bis Ende 2011 unter dem Programmnamen „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ im Internet zu finden waren (Tabelle 2). Bei den verwendeten Qualitätsindikatoren handelt es sich unserer Nomenklatur entsprechend um Statusindikatoren (siehe Teil C, 8.8). Diese werden nicht

kontinuierlich gemessen und rückgekoppelt, sondern ihr Erfüllungsgrad wird einmal festgestellt, meist sogar einfach mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“. Sie spiegeln die räumliche, apparative, prozessuale oder persönliche Kompetenz zur Lieferung von Qualität wider, messen aber nicht die tatsächlich erbrachte Versorgungsqualität (Performance), weder als Prozess noch als Ergebnis. Daher wird für diese Art von Projekt der Begriff „Pay-for-Competence“ oder „Pay-for-Structure“ verwendet.

Projekte dieser Art, zu denen z.B. das Sweet-Projekt gehört (s. Tabelle 2), gehen von der Annahme aus, dass die festgestellte Kompetenz auch regelhaft in qualitativ hochwertige Versorgungsqualität umgesetzt wird, ohne dies jedoch nachzuweisen. Einerseits ist natürlich eine gute Versorgung ohne notwendige Strukturen nicht möglich, andererseits entspricht es der alltäglichen Erfahrung, dass das Vorhalten bestimmter Strukturen sehr wenig aussagt über die damit erbrachte Qualität. Diese Maßnahmen haben in bestimmten Konstellationen ihre Berechtigung und werden z. B. dazu genutzt, eine empfundene oder tatsächlich vorhandene Unterfinanzierung von Versorgern qualitätsgebunden fokussiert zu kompensieren. Wegen des mangelnden Effektnachweises bleibt die Effizienz der Mittelverwendung in solchen Projekten jedoch gänzlich unklar. Im Streben nach einem effizienteren Gesundheitswesen mit bester Qualität und verantwortbaren Kosten sind sie ein eher ungeeignetes Instrument.

Die nach § 136 Abs. 4 SGB V bisher initiierten Projekte beschäftigten sich ausschließlich mit Fragen der Zugangsqualität, d.h. mit der prospektiven Koppelung von Struktur/Qualifikation mit einer entsprechenden (Zusatz-) Vergütung. Die vertragliche Vereinbarung von Qualitätszielen, deren Erfüllungsgrad retrospektiv bestimmt und vergütet wird, ist jedoch denkbar und stellt eine Möglichkeit dar, P4P nach der im Gutachten verwendeten Definition umzusetzen.

Wegen der nicht eindeutigen Begrifflichkeit von P4P haben vermutlich manche Initiatoren die o.g. „Pay-for-Competence Projekte als P4P-Projekte mitgeteilt, andere sahen sie nicht als P4P-Initiativen im engeren Sinne an und haben nicht an der Umfrage teilgenommen. Beispielhaft werden (siehe Tabelle 2) einige derjenigen Projekte aufgeführt, die uns in der Internet-Befragung genannt wurden.

6.3.2 Netzwerk Psychische Gesundheit

Das Netzwerk psychische Gesundheit ist ein P4P-Projekt zur Förderung einer integrierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Aufnahmekriterien für Patienten sind neben der Dokumentation einer solchen Erkrankung (ICD F10.5 bis F94) eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum oder einem Antipsychotikum für mindestens drei Monate und ggf. ein Klinikaufenthalt.

Das Projekt wurde im Rahmen eines IV-Vertrags von der Techniker Krankenkasse zusammen mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie neu entwickelt. Dabei bildet eine Koordinierungsstelle die „Zentrale“ des integrierten Versorgungsprozesses, um so die Zusammenarbeit von hausärztlicher Behandlung, fachärztlicher Behandlung, Psychotherapie, Ergotherapie, Soziotherapie und ambulanter psychiatrischer Pflege zu managen. Dadurch soll

die ambulante Versorgung von psychisch Kranken mit hoher Krankheitslast verbessert und die stationäre Einweisung vermieden werden. Als Vergütungsmodell wurde von den Vertragspartnern „Predictive Modeling“ und „Capitation“ gewählt. Dabei erhalten die Teilnehmer für jeden eingeschriebenen Patienten eine risikoadjustierte, prospektive Versorgungspauschale, sowie Bonuszahlungen für jeden Patienten, bei dem eine stationäre Behandlung vermieden werden kann. Wird ein Patient akutstationär oder in einer Psychiatrischen Institutsambulanz behandelt, so wird das Gesamtbudget des Vertragspartners um die dort anfallenden Kosten gekürzt (Bonus-Malus-Regelung). Dadurch soll bei den Versorgern ein wirtschaftlicher Anreiz entstehen, stationäre Behandlungen zu vermeiden. Durch eine Vergleichsgruppe in der Region erfolgt die Evaluation des Projekts (Klusen et al. 2009).

6.3.3 IV-Vertrag Kopfschmerz

Der IV-Vertrag Kopfschmerz der Techniker Krankenkasse ist ein P4P-Projekt zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung. Zusammen mit der Schmerzlinik Kiel, dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und niedergelassenen Schmerztherapeuten wurde ein überregionales, bundesweites Netzwerk zur Schmerztherapie bei Kopfschmerz aufgebaut, das auf einem evidenzbasierten Therapiekonzept beruht. Die Schmerzlinik Kiel organisiert als zentrale Koordinationsstelle die sektorenübergreifende Behandlung. Sie stellt einen Konsildienst für die Netzwerkpartner zur Verfügung und steuert die Erfolgs- und Verlaufskontrolle. Es werden ausschließlich Versorger beauftragt, die gewährleisten, dass bei arbeitsunfähigen Patienten innerhalb von acht Wochen die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt wird. Um hierfür Anreize zu schaffen, wurde zusätzlich zur Vergütung über Komplexpauschalen eine Bonus-Malus-Regelung eingeführt: Tritt die Arbeitsfähigkeit innerhalb des vereinbarten Zeitraums ein und der Patient ist aufgrund der Einschreibungsdiagnose im folgenden halben Jahr nicht länger als sieben Tage arbeitsunfähig, erhält der Versorger einen Bonus. Ist die Arbeitsfähigkeit innerhalb von acht Wochen nicht eingetreten, muss der Versorger einen Teil seiner Vergütung zurückerstatten (Malus). Eine Auswertung des Jahres 2007 ergab eine Auszahlung des Bonus in 81,6 % der Fälle, während nur in 18,4 % der Fälle ein Malus verhängt wurde (Klusen et al. 2009).

6.3.4 IV-Vertrag Rückenschmerz

Analog zum IV-Vertrag Kopfschmerz funktioniert das Konzept zum IV-Vertrag Rückenschmerz, ebenfalls von der Techniker Krankenkasse: Projektstart war im Juli 2005. Es wird in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und der Integrative Managed Care GmbH an über 30 Standorten in Deutschland durchgeführt. Ziel ist ebenfalls die nachhaltige Arbeitsfähigkeit, um den Krankengeldbezug zu vermeiden bzw. zu verkürzen. Dabei wird wie im Kopfschmerz-Projekt das finanzielle Risiko zwischen der Techniker Krankenkasse und den Versorgern durch eine Bonus-Malus-Regelung aufgeteilt. Das Schmerzzentrum erhält bei Erfolg (Schmerzfreiheit innerhalb von vier Wochen) einen 10 %igen Bonus. Bei Nichterfolg nach acht Wochen fällt ein Malus von 5 % auf das Honorar an.

Nach Mitteilung der Techniker Krankenkasse ergab die bisherige Evaluation, dass Teilnehmer im Durchschnitt 72 Tage früher als Nicht-Teilnehmer an ihren Arbeitsplatz zurückkehren konnten.

6.3.5 Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg

Seit 2005 besteht das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg, das seit 2006 auch mit P4P Elementen arbeitet. Grundelement ist ein Hausarztvertrag mit der AOK. Seit dem Wegfall der IV-Vertrag-Anschubfinanzierung beruht die Finanzierung auf einem Shared-Savings-Ansatz. Das Ärztenetz übernimmt dabei Budgetverantwortung, wobei das zur Verfügung stehende Budget aus den voraussichtlichen Kosten vorausberechnet wird. Einsparungen werden aus einer Vergleichsgruppe von nicht-teilnehmenden Ärzten errechnet und zwischen den Versorgern und der AOK sowie der Managementorganisation aufgeteilt. Zur Qualitätsmessung dienen die DMP-Indikatoren und die Raten an Generika-Verordnungen. Unterstützend gibt es verpflichtende Qualitätszirkel, Feed-backs, Public Disclosure und Beratungsmöglichkeiten zur Vermeidung von Polypharmakotherapie. Umfragen zur Patientenzufriedenheit sind ebenfalls Bestandteil des Programms. Akzeptanz entsteht durch eine hohe Identifikation der Beteiligten mit dem Projekt und ihrer Gruppe, mehr Möglichkeit zur Selbstorganisation, positive Marketingeffekte und eine höhere Vergütung.

6.3.6 IV-Vertrag Schlaganfall und TIA und IV-Vertrag Alloplastischer Gelenkersatz

Vertragspartner in diesen beiden Projekten sind die AOK Hessen und behandelnde Krankenhäuser. Im Rahmen von Selektivverträgen wurden Rabatte vereinbart, die qualitätsabhängig reduziert werden können. Hierdurch wurde der bestehende Vertrag zu einem P4P-Projekt. Zentrales Qualitätskriterium in beiden Projekten ist die stationäre Wiederaufnahme innerhalb des ersten Jahres nach dem Ereignis. Im Schlaganfallprojekt kommen noch die 30-Tage-Sterblichkeit sowie die Diagnosen Schlaganfall, transitorisch-ischämische Attacke und zerebrale Blutung bei Wiederaufnahme hinzu.

6.3.7 Phlebologicum

Hier handelt es sich um ein Projekt, das von Seiten der Versorger initiiert wurde, um ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die operative Therapie von Venenerkrankungen zu etablieren. Schwerpunktmäßig geht es einerseits um die Reduktion von Überversorgung (operative Versorgung ohne stichhaltige Indikation) und andererseits um die adäquate Honorierung der Versorgung von Patienten mit höheren Schweregraden ihrer Erkrankung.

Das Projekt wird in Teil C, 3.5.3 näher beschrieben.

6.3.8 DMPs mit vergütungsrelevanten Indikatoren

Disease-Management-Programme sind in Deutschland für mehrere chronische Krankheiten etabliert und können relativ leicht mit P4P-Elementen versehen werden. Dies hat die KV Thüringen zusammen mit Krankenkassen und DMP-beteiligten Ärzten getan. Grund waren die zu einem hohen Anteil nicht

befriedigend ausgefüllten DMP-Bögen, die offen ließen, ob bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt oder nur nicht dokumentiert wurden. Um dieses Problem zu lösen, wurde ein finanzieller Anreiz gesetzt, bei dem es zunächst einen Vergütungseinbehalt für alle am DMP teilnehmenden Versorger gab. Rückwirkend gab es dann eine Zusatzvergütung für jede durchgeführte Maßnahme (z. B. dokumentierte augenärztliche Kontrolluntersuchung, Fußinspektion).

6.3.9 ERGOV: Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall

Hier handelt es sich um ein Pilotprojekt, das den Qualitätswettbewerb von Reha-Kliniken auf seine Fahnen geschrieben hat. Als „Schiedsrichter“ fungiert ein wissenschaftliches Institut, das die Auswertung vornimmt. Auf der Basis von Funktionstests wurde ein eigenes Messinstrument, der Singer-Index, entwickelt. Der Singer-Wert kann risikoadjustiert vorausberechnet und dann mit den tatsächlich erreichten Singerwerten der Patienten verglichen werden. Für die besten Kliniken gibt es Bonuszahlungen, die weniger guten Kliniken müssen Abschläge zahlen. Die Finanzierung des Projekts beruht also auf einer Umverteilung des Budgets, d. h. für die Bonuszahlungen sind keine zusätzlichen Mittel erforderlich. In den bisherigen Probeauswertungen lagen allerdings die Kliniken in ihrer Performance sehr nahe beieinander, so dass nur kleine Beträge umzuverteilen waren. Dies beruht vermutlich auf einen Pilotprojekt-bedingten Selektionseffekt (Gerdes et al. 2009).

6.3.10 Fußnetze für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom

Sowohl in Berlin als auch in Köln/Leverkusen sind auf Initiative von Diabetologen fachübergreifende Fußnetze entstanden, die sich eine bessere Versorgung von Diabetikern mit diabetischem Fußsyndrom zum Ziel gesetzt haben. Die Vergütung erfolgt als schweregradabhängige Pauschale, Qualitätskriterien sind Amputationsraten und Rezidivquoten (Hochlehnert et al. 2009). Soweit bekannt, findet eine direkte Koppelung der Vergütung an die Ergebnisqualität – vermutlich vor allem wegen der erst langfristig sichtbar werdenden Outcomes (Beispiel: Amputationsrate) - nicht statt. Daher handelt es sich derzeit bei diesen Projekten um „Pay-for-Competence“.

6.3.11 IV-ART für künstliche Befruchtung

IV-ART ist ein Projekt des BKK Landesverbandes Bayern und der bayerischen In-Vitro-Fertilisations-Zentren (IVF) zu Schwangerschaft und künstlicher Befruchtung. Ziel ist eine verbesserte Koordination zwischen Kinderwunschzentren, gynäkologischer Schwangerschaftsbetreuung und kinderärztlicher Untersuchung. Die Vergütung sieht eine Absenkung der Basisvergütung der IVF-Zentren in Kombination mit einer Erfolgsprämie für jede eingetretene Schwangerschaft vor.

Tabelle 2: Auswertung Internetbefragung – Projekte in Deutschland

Projektname/ Webadresse	Qualitätsdimension	Projektcharakter	Projektbeteiligte/ Vertragliche Grundlage
Sweet-Projekt SWEET= Bessere Stoffwechselkontrolle bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes: Entwicklung von Referenzzentren. http://sweet-project.eu/	Strukturqualität	Pay-for-Competence	10 europäische Länder, koordiniert vom Kinderkrankenhaus Auf der Bult, Hannover, Vereinsgründung seit 2011
Netzwerk Psychische Gesundheit http://www.tk.de/tk/besondere-tk-angebote/psychische-erkrankungen/netzwerk/208398	Ergebnismessung zur stationären Einweisung	P4P-Elemente	IV-Vertrag der Techniker Krankenkasse (TK)
IV-Vertrag Kopfschmerz http://www.tk.de/tk/behandlungsangebote/besondere-tk-angebote/kopfschmerzen/148124	Ergebnismessung zur Arbeitsfähigkeit	P4P-Elemente	IV-Vertrag TK
IV-Vertrag Rückenschmerz http://www.tk.de	Ergebnismessung zur Arbeitsfähigkeit	P4P-Elemente	IV-Vertrag TK
QuE Netzwerk Nürnberg http://www.que-nuernberg.de/	Struktur-, Ergebnis-, Prozessqualität	P4P-Elemente (z. B. Shared Savings)	IV-Vertrag der Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) Bayern
Vereinbarung zur Integrierten Versorgung von Versicherten mit Schlaganfall und TIA (Transitorisch-ischämische Attacke) http://www.aok-gesundheitspartner.de/he/iv/schlaganfall/index.html	Ergebnismessung	P4P	IV-Vertrag AOK Hessen mit Krankenhäusern
Vereinbarung zur Integrierten Versorgung Alloplastischer Gelenkersatz (Hüft- und Knieendoprothetik) http://www.aok-gesundheitspartner.de/he/iv/endoprothetik/index.html	Ergebnismessung	P4P	IV-Vertrag AOK Hessen mit Krankenhäusern
Hausarztvertrag AOK Niedersachsen www.hausaerzteverband-braunschweig.de	Arzneimittel-, „Grün-Klick-Quote“	Gainsharing, Potential für weitere P4P-Elemente	AOK Niedersachsen und Hausärzte, gemäß § 73b SGB V

Versorgung des diabetischen Fußsyndroms in der Region Berlin http://www.aok-gesundheitspartner.de/nordost/arztundpraxis/meldungen/index_05349.html	Ergebnismessung	Pay-for-Competence	IV-Vertrag AOK-Nordost und Praxen/MVZs, gemäß § 73c SGB V
AnyCare ProMed Versorgungsmanagement http://www.anycare.de	Ergebnismessung und Patientenerbefragungen	P4P der Firma AnyCare	Individuelle Verträge zw. AnyCare und Kostenträgern
DMP-Vergütungsverträge mit definierten Qualitätsparametern http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/dmp/index.html	Prozessqualität	Pay-for-Transparency	KV Thüringen
Phlebologicum http://www.phlebologicum.de/	Struktur-, Ergebnis-, Prozessqualität und Indikationsindikatoren	P4P	„Forschungsvorhaben“ zu IV-Verträgen
Versorgung des diabetischen Fußsyndroms in der Region Köln-Leverkusen http://www.fussnetz-koeln.de/	Ergebnisindikatoren werden gemessen, aber nicht direkt mit der Vergütung verknüpft	Pay-for-Competence	IV-Vertrag
Projekt „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ http://www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de/	Strukturqualität	Pay-for-Competence	KV-Bayern

Nachdem die P4P-Landschaft im In- und Ausland umrissen wurde, die aktuellen Trends dargestellt wurden und anhand von ausgewählten Beispielen gezeigt wurde, wie unterschiedlich P4P-Projekte sein können, soll im Folgenden abstrakter dargelegt werden, in welchen Versorgungssituationen und mit welchen Zielen P4P bisher zum Einsatz kam und welche finanziellen Anreize in den verschiedenen Projekten eingesetzt wurden. Aus den konkreten, einzelnen Projektbeschreibungen wird dabei eine Systematik abgeleitet, die es ermöglicht, die unterschiedlichen Vorgehensweisen zu kategorisieren und damit für Planungszwecke übersichtlich zur Verfügung zu stellen.

6.4 Systematik der Versorgungssituationen und -Ziele

Von den Details der Projektrealisierungen soll nun abstrahiert und zur Entwicklung erfolgreicher Strategien für P4P-Projekte sollen jene Kategorien herausgearbeitet werden, die eine systematische Sicht auf die Projekte gestatten. Insbesondere sollen sie diejenigen Aspekte abbilden, welche für die Motivation der Versorger und damit für den Projekterfolg relevant sind (z. B. relative Höhe der Vergütung im Vergleich zum Umsatz des Versorgers, Unterscheidung zwischen ranking- und schwellenbezogenen Vergütungen).

Die so entwickelten Kategorien wurden zu einer Taxonomie zusammengefasst (siehe Teil C, 9.12). In der Evaluationsphase des Gutachtens wurde außerdem die Beschreibungssystematik anhand der Erfahrungen mit der systematischen Dokumentation weiterentwickelt. Die standardisierte Differenzierung der Beschreibungselemente soll es ermöglichen, die Komplexität von P4P-Projekten in relevanten Kategorien zu erfassen und passende Umsetzungsstrategien zu entwickeln.

Die Herangehensweise in Pay-for-Performance-Projekten lässt sich zunächst mit den Dimensionen Projektziel, Versorgungsart, Sektor und fokussiertes Problem umreißen.

- 1 **Projektziel:** Die Zielsetzung eines P4P-Projekts ist in den öffentlich verfügbaren Publikationen oft nur implizit (über die Qualitätsdimensionen der verwendeten Messinstrumente) oder zusammenfassend (als „Qualität“ oder „Effizienz“ oder „Performance“) beschrieben. Ausgehend vom Projektrahmen sollte aber nicht nur beschrieben werden, in welchem Bereich der Patientenversorgung eine Qualitätsverbesserung respektive Performancesteigerung erzielt werden soll, sondern auch welche konkreten Ziele damit erreicht werden sollen.
- 2 **Versorgungsart:** Hier kann zwischen den verschiedenen Arten der medizinischen Versorgung, welche parallel zu den Entwicklungsstadien von Erkrankungen erfolgen, unterschieden werden: Primärprävention, Screening, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation.
- 3 **Sektor:** Die Rahmenbedingungen in den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems sind für die Versorgung und damit auch für P4P-Projekte sehr verschieden. Um P4P-Projekte angemessen konzipieren und später evaluieren zu können, ist die Information entscheidend, in welchen Sektoren das P4P-Projekt Steuerungswirkung entfalten soll und ob sektorenübergreifende Aspekte bei Qualitätsmessung und Anreizsystem zu berücksichtigen sind.
- 4 **Fokussiertes Problem:** P4P-Projekte sollen ein bestimmtes Versorgungsproblem bessern oder verhindern. Dabei sind drei Möglichkeiten sowie deren Kombination denkbar: Unterversorgung, Überversorgung und Fehlversorgung. Die Messinstrumente und die Anreizinstrumente müssen kritisch auf ihre Eignung für den Problemtyp und das Projektziel geprüft werden (siehe Teil C, 3. und 8.).

6.5 Systematik der Anreize

Neben der Performancemessung ist das zweite zentrale Element von P4P-Projekten das finanzielle Anreizsystem, durch welches die Versorger zur Sicherung und Steigerung der Qualität ihrer Leistungen motiviert werden sollen. Die Analyse der im Gutachten untersuchten P4P-Projekte zeigt, dass bei aller Vielfalt der möglichen Einzelanreize und Anreizkombinationen eine Kategorisierung möglich und sinnvoll ist.

Bei den eigentlichen **P4P-Anreizelementen** handelt es sich um monetäre Anreizelemente, also Bonuszahlungen, Abschläge oder Varianten davon. Oft werden gleichzeitig indirekte monetäre Anreize (z. B. vermehrte Zuweisung von Patienten) und nicht-monetäre Anreize damit kombiniert.

6.5.1 Monetäre Anreize

Der Einfluss finanzieller Interventionen auf die Motivation der Versorgenden zur Qualitätsverbesserung kann in vier Dimensionen beschrieben werden:

- Bonus, Malus und Risikorahmen
- Herkunft der Geldmittel
- Differenzierung der Höhe des finanziellen Anreizes
- Auswahl der Bonus- oder Malusempfänger

6.5.1.1 Bonus, Malus, Kosten und Risikorahmen

Die finanziellen Chancen und das Risiko, welches die an einem P4P-Projekt teilnehmenden Versorger eingehen, sind je nach Konzept unterschiedlich. Die Teilnahme kann für die Versorger ohne Verlustrisiko sein, da nur Boni ausgeschüttet, aber keine Abschläge auf die Vergütung vorgenommen werden, oder es können Verluste bei schlechter Performance drohen. Bei reinen Non-Pay-for-Non-Performance-Maßnahmen besteht ein ausschließliches Verlustrisiko.

Der Befürchtung der Versorger, dass sie letztlich insgesamt an Vergütung verlieren werden, steht die Sorge der Kostenträger gegenüber, dass nur höhere Ausgaben ohne adäquaten Qualitätsgewinn entstehen. Dabei darf man nicht vergessen, dass die Aufwände zur Organisation, Administration, Dokumentation und Evaluation eines solchen Projekts durchaus ins Gewicht fallen können.

Letztlich ist der Aufwand für Qualitätssicherung immer ein Kredit, der den Ressourcen für die Patientenversorgung entzogen wird mit dem Versprechen, dass ein umso größerer Gewinn zurückgegeben werden kann. Dies ist eine hohe Verpflichtung für alle Qualitätssicherungsprojekte.

Welches Modell in einem P4P-Projekt konkret Verwendung findet, hängt u. a. von der erwarteten Akzeptanz der teilnehmenden Versorger und damit insbesondere von der Freiwilligkeit der Teilnahme bzw. der Marktmacht der Kostenträger sowie von der Wahrscheinlichkeit einer Zusatzvergütung, d. h. der Gewinnerwartung der Versorger ab.

Freiwillige Projekte mit gegebenem Risiko eines Vergütungsabschlags werden selten lange erfolgreich sein, weil die Teilnehmer, die sich in der chronischen Verlustgruppe wieder finden, relativ schnell wieder aussteigen werden und somit nur die ohnehin guten Einrichtungen verbleiben, für die aber ein P4P-Projekt eventuell gar nicht notwendig wäre (Selektionsbias).

Zur Indikation von P4P-Projekten siehe Teil C, 2. und 9.2 und zu Erkenntnissen bezüglich der Wirksamkeit unterschiedlicher Anreizmodalitäten siehe Teil C, 6.

6.5.1.2 Herkunft der Geldmittel

Folgende Quellen für die Finanzierung von Anreizen können unterschieden werden:

Zusätzliche Mittel: Zur Förderung hervorragender Qualität bringen die Kostenträger zusätzliche Mittel auf. Bei P4P-Projekten besteht dabei ggf. der große Vorteil, dass die Zahlung dieser zusätzlichen Mittel vom tatsächlichen Erfolg der Maßnahmen abhängig gemacht werden kann: gutes Geld nur für gute Qualität. Das hängt natürlich von der Messbarkeit der Projektziele ab.

Umschichtung der Mittel: Es werden sowohl Boni als auch Malussanktionen verteilt, die sich dann gegeneinander aufheben können. Das kann entweder so festgelegt oder aber auch dem Verlauf des Projekts überlassen werden. In letzterem Fall kommt es oft dazu, dass die Boni durch das Engagement der Versorger die Abschläge überwiegen.

Finanzierung aus Mitteleinbehaltung: Es gibt auch die Möglichkeit, dass im Rahmen von Rabattverträgen oder generell für Teilnehmer eines Projekts ein Teil der Regelvergütung zurückgehalten wird und dann qualitätsbezogen differenziert an die Teilnehmer zurückgegeben wird.

Shared Savings: Ein wichtiger Bereich der P4P-Finanzierung sind Shared-Savings-Projekte. Eingesparte Geldmittel aufgrund von verbesserter Qualität und erhöhter Effizienz werden zwischen Kostenträger und Versorgern oder innerhalb der Gruppe der Versorger verteilt. Am einfachsten sind solche Projekte mit ersichtlichen, leicht nachweisbaren Einsparungen, wie der Reduktion der Krankenhauseinweisungen, der ungeplanten Wiederaufnahmen oder einer Verkürzung der Arbeitsunfähigkeit. Allerdings sind hier mittel- und langfristige Sekundärauswirkungen sorgfältig zu prüfen.

Keine zusätzliche Finanzierung: In Non-Pay-for-Non-Performance Projekten werden meist keine zusätzlichen Geldmittel benötigt. Der Aufwand der Administration und ggf. Dokumentation – sofern er sich nicht aus Routinedaten speist – kann durch die Einsparungen des Non-Payment finanziert werden.

6.5.1.3 Zuteilung und Differenzierung der Höhe des finanziellen Anreizes

Zur Zuteilung von Anreizen gibt es prinzipiell drei Möglichkeiten: Festbetrag, korrelierender Betrag oder relativer Betrag.

Festbetrag: Zahlung eines festen Betrages, dessen Höhe vom Qualitätsergebnis des Versorgers unbeeinflusst ist. Dieser Ansatz ist mit einer hohen Planbarkeit für den Versorger verbunden.

Korrelierender Betrag: Die Vergütungshöhe korreliert unmittelbar mit dem Ergebnis eines Qualitätsindikators oder mit einem Score, welcher

auf Basis mehrerer Qualitätsindikatoren berechnet wird. In diesem Fall ist die Vergütungshöhe direkt durch den Versorger beeinflussbar.

Relativer Betrag: Abhängigkeit der Höhe des finanziellen Anreizes von Parametern, welche andere Aspekte als die Versorgungsqualität abbilden. Dazu gehört z. B. eine Berechnung der Vergütungshöhe nach dem Ranking unter den Teilnehmern oder die Aufteilung von Shared Savings, deren Höhe prospektiv nicht bestimmbar ist.

Höhe der Anreize: Ausgehend von der Grundvermutung, dass finanzielle Anreize die extrinsische Motivation von Versorgern zur Qualitätssicherung und -verbesserung erhöhen, ist eine wichtige Angabe, in welcher Relation die mögliche zusätzliche Vergütung bzw. der Abschlag zum regulären Budget steht, das der Versorger ohne das P4P-Projekt erhalten würde (finanzieller Impact). Eine gängige Einteilung in der Literatur unterscheidet hier zwischen unter 5 % und größer/gleich 5 % der regulären Vergütung als hohen bzw. niedrigen finanziellen Anreiz, wenngleich die Evidenz für die Festlegung dieses Cut-off-Wertes spärlich ist.

Einrichtungen, bei denen die Anreize das Erreichen der Gewinnzone bewirken können, reagieren sehr viel sensibler auf die Möglichkeiten von P4P-Projekten als solche, die wegen eines ohnehin hohen Gewinnpolsters andere Aufwand-Nutzen-Analysen für sich durchführen. Für diese internen Analysen beschreiben Mullen et al. ein differenziertes mathematisches Modell, das der Suche nach einem maximalen Erlös aus Aufwand für gute Qualität und dafür erreichbaren Anreizen dient (Mullen et al. 2010). Für größere Einrichtungen sind offensichtlich bereits Anreize in Höhe von 3 % motivierend, während es in kleineren Einheiten größerer finanzieller Anreize bedarf (über 10 %), um Interesse an der Teilnahme mit dem damit verbundenen Aufwand wecken zu können.

Welche differenzierten strategischen Überlegungen es in der Folge von P4P-Projekten gibt, zeigt das Beispiel von Krankenhäusern in den USA, die erwägen, dass eine durch Anreize geförderte sinkende Wiederaufnahmerate in der wirtschaftlichen Bilanz schlechter abschneidet als eine unverändert hohe Wiederaufnahmerate mit Abrechnung der Fälle (Mullen et al. 2010). Die Bemessung der Anreize ist daher sorgfältig zu wählen. Solche Fälle zeigen auch, wie mächtig finanzielle Anreize in den strategischen Überlegungen der Versorgenden sein können.

6.5.1.4 Auswahl der Bonus- oder Malusempfänger

Differenzierung der Bonus- und Malusempfänger:

Die Differenzierung der Versorger als Adressaten von Anreizen ist eng mit ihrer Differenzierung entsprechend der Qualitätsmessung verbunden. Sie beschreibt, wie diejenigen Versorger ausgewählt werden, die einen finanziellen Anreiz (positiver oder negativer Art) erhalten. Die Messeigenschaften der Performanceindikatoren müssen

dabei mit dem Verfahren zur Differenzierung der Belohnten kompatibel sein (siehe Teil C, 8.8.5).

- **Zielforderung:** Sofern durch einen Qualitätsindikator ein Kontinuum zwischen schlechter und guter Qualität zahlenmäßig beschrieben wird, kann ein Anreizmodell darin bestehen, dass alle Versorger eine zusätzliche Vergütung erhalten, die direkt mit dem erreichten Indikatorergebnis korreliert. Diese kann von Null bis zum Maximum reichen, aber auch von einem Malus im negativen Bereich über Null bis zu einem Bonus.
- **Schwellenforderung:** Ein anderer, naheliegender Ansatz ist, Versorger zu belohnen, die einen bestimmten Schwellenwert eines Qualitätsindikators erreichen oder übersteigen (absolute Indikatorschwelle als Definition guter Qualität). Dies setzt voraus, dass ausreichende Evidenz für die Definition eines Schwellenwerts vorliegt. Durch dieses Anzelement ergibt sich eine besondere Motivation für diejenigen Teilnehmer, die in der Nähe des Schwellenwertes liegen, sei es ober- oder unterhalb. Für weit davon entfernt liegende Teilnehmer ist der Anreiz zur Verbesserung geringer, weil die Schwelle schon erreicht oder unerreichbar ist.
- **Relative Schwelle:** Zur Förderung des Wettbewerbs und zur Weiterentwicklung der Qualität kann auch eine relative Schwelle für das Erreichen guter Qualität definiert werden. Dies geschieht z. B. in Form von Perzentilwerten, etwa die Besten 5 % erhalten einen großen Bonus, die Versorger zwischen der 10. und der 5. Perzentile einen kleineren und die Schlechtesten 5 % erhalten einen Malus. Der größte Motivationseffekt ist auch hier schwelennah anzunehmen, bekommt aber ein zusätzliches Wettbewerbselement.
- **Anreiz für Verbesserung:** Während die oben beschriebenen Auswahlkriterien auf das im Beobachtungszeitraum erzielte, einmalige Qualitätsindikatorergebnis im Sinne eines aktuellen Status fokussieren, bezieht ein anderer Ansatz die Verbesserungsdynamik ein. Dabei erhalten diejenigen Versorger einen finanziellen Anreiz, bei welchen gegenüber einem Bezugszeitraum eine signifikante Verbesserung im Indikatorergebnis vorliegt. Diese Form der Auswahl bietet den Versorgern einen Anreiz, die noch nicht eine Schwelle erreicht haben, aber in der Entwicklung dahin sind. Allerdings werden diejenigen, welche eine sehr schlechte Ausgangsposition haben, deutlich bevorzugt.
- **Kombination von Verbesserung und guter Qualität:** Das Verfahren der Förderung einer Verbesserung über die Zeit wird bisweilen mit Schwellenwertverfahren kombiniert: Es werden also die Guten und die sich Verbessernenden belohnt.

6.5.2 Zeitliche und persönliche Zuordenbarkeit von Performance und Qualität

Die Nähe des finanziellen Anreizes zur Handlung des Versorgenden ist ein Merkmal, welches die Zuordnung von finanziellem Anreiz zum qualitätsorientierten Verhalten (Zuordenbarkeit, Attributierbarkeit, Zuschreibung) und damit auch die Nachvollziehbarkeit von Anreiz oder Sanktionierung für den Versorgenden beeinflusst. Nähe zur Versorgung kann dabei zum einen auf der Ebene der Handelnden und zum anderen zeitlich beschrieben werden:

- **persönliche Zuordenbarkeit:** Diese kann am besten über die Zusammensetzung (Aggregationsgrad) der Zielgruppe beschrieben werden: Zahlungen können unmittelbar an diejenigen Personen (Versorgenden) erfolgen, welche die Patientenversorgung durchführen, sie können aber auch an Einrichtungen (Versorger) mit mehreren Behandlern oder an mehrere Einrichtungen kollektiv zugewiesen werden. Die Zuweisung von Anreizen an Einzelne bewirkt eine gänzlich andere Dynamik als die Zuweisung an Gruppen, deren Teamgefühl und Kooperation dadurch gestärkt werden kann. Auch hier ist darauf zu achten, dass die Anreizform zu den gesetzten Zielen optimal passt. Oft wird Qualität erst durch das Zusammenwirken mehrerer Versorgender erreichbar und kann gar nicht einzelnen Personen zugeordnet werden. Dies findet seinen expliziten Ausdruck in den Accountable Care Organizations (siehe Teil A, 6.2.9), in denen die Übernahme von Verantwortung einer Gruppe von Versorgern übertragen wird.
- **zeitliche Zuordenbarkeit:** Der zeitliche Abstand zwischen der Versorgung und dem gewährten Bonus/Malus setzt sich aus der Latenz zwischen dem Versorgungsgeschehen und der Messung der Qualität (d. h. Vorliegen der Indikatorergebnisse) sowie der Latenz bis zur Gewährung der zusätzlichen Vergütung bzw. bis zum Einbehalt eines Malus zusammen. Neben der abnehmenden psychologischen Motivationswirkung ist bei langen Latenzen damit zu rechnen, dass sich die Situation beim Versorger sowie die externen Rahmenbedingungen zwischenzeitlich geändert haben und damit der Zusammenhang zwischen aktueller Performance und erhaltenem Anreiz schwächer wird. Zum Thema der zeitlichen Dimension von Qualitätsmessung und der künftigen Bedeutung von Intermediate Outcomes siehe Teil C, 3.3.4.

6.5.3 Nicht-Monetäre Anreize

Um das Motivations- und Anreizsystem in P4P-Projekten exakt analysieren und eine Evaluation des Projekterfolgs vornehmen zu können, sind alle durch das Projekt vorgenommenen Maßnahmen (Interventionen) von Bedeutung, welche einen Einfluss auf das Ergebnis haben können. In vielen Projekten stellen nicht allein monetäre Anreize, sondern auch die folgenden Interventionen starke Motivationsfaktoren dar:

- Edukation
- Reminder
- Feedback
- Public disclosure
- fixe Abläufe / forcing function

- Anreize für Patienten

Der jeweiliger Einfluss auf das Projektergebnis wird aber in den Veröffentlichung oft nicht differenziert (siehe Teil B, 1.9).

Die vermehrte Lenkung von Patienten zu bestimmten Versorgern, z. B. durch Veröffentlichungen der Krankenkassen, kann als ein indirekter finanzieller Anreiz gewertet werden, da durch höhere Auslastung von Versorgungsstrukturen deren Effizienz steigt.

6.6 Aktuelle rechtliche Grundlagen für P4P-Projekte in Deutschland

Zur Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie in Deutschland derzeit vorliegen, und zur Frage, welche rechtlichen Voraussetzungen für künftige Weiterentwicklungen von P4P vorliegen müssen, wurde das Gutachten durch ein entsprechendes Rechtsgutachten ergänzt.

Dieses unterscheidet zwei Rechtsbereiche, die hinsichtlich P4P zu berücksichtigen sind, nämlich sozialrechtliche und vergaberechtliche Bestimmungen.

6.6.1 Sozialrechtliche Aspekte:

Die derzeit rechtlichen Grundlagen einer Verknüpfung von medizinischer Qualität und Vergütung, wie es P4P darstellt, sind in den Vorschriften des SGB V niedergelegt.

Das Rechtsgutachten nimmt hier im Einzelnen Stellung zu Fragen des Personen- bzw. Versichertenbezugs, zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zu den einzelnen Erlaubnistatbeständen (Voraussetzungen, Reichweite und Eignung der gültigen Bestimmungen für die Durchführung von P4P-Projekten im Hinblick auf die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Leistungserbringer).

Viele der im SGB V geregelten bzw. vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung weisen bereits eine mittelbare oder unmittelbare Verknüpfung zur Vergütung auf. Meist sind die Anforderungen als Zugangsqualitätsanforderungen ausgestaltet, d. h. der Leistungserbringer muss bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, um die Leistung überhaupt erbringen und abrechnen zu dürfen (prospektive Festlegung der Vergütung; Pay-for-Competence, Pay-for-Structure). An dieser Stelle wären der § 136 (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) sowie § 87 und § 87a (Bundesmantelvertrag, einheitlicher Bewertungsmaßstab, bundeseinheitliche Orientierungswerte) zu nennen. Neben der Regelung von Zugangsqualität besteht hier grundsätzlich auch die Möglichkeit der retrospektiven Messung der Versorgungsqualität und damit auch der retrospektiven Festlegung der Vergütung, d.h. die Anpassung der Vergütung an die nachgewiesene Qualität der erbrachten Leistung (Pay-for-Performance im Sinne des Gutachtens).

Daneben stehen mit den Instrumenten der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, der Strukturverträge gem. § 73 a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, der Selektivverträge gem. § 73c SGB V und der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um P4P-Projekte zu realisieren. Dabei ist diesen Möglichkeiten gemeinsam, dass

sie außerhalb des regulären Sicherstellungsauftrages durch vertragliche Vereinbarungen das Leistungsspektrum, die Qualitätsanforderungen und die Vergütung gesondert regeln. Diese vertraglichen Spielräume sind nicht darauf beschränkt, die Zugangsqualität zu regeln, sondern können auch die Prozess- und Ergebnisqualität einer P4P-Regelung zuführen. Im Rahmen des allgemeinen Sicherstellungsauftrages bzw. Versorgungsauftrages sind bislang nur Maßnahmen der Zugangsqualität geregelt, die eine Verknüpfung von Qualität und Vergütung aufweisen.

Aus sozialdatenschutzrechtlicher Sicht sind P4P-Projekte unzweifelhaft zulässig, soweit sie im Rahmen von bereits existierenden Sonderformen wie integrierten Versorgungsverträgen oder Selektivverträgen realisiert werden; in diesen Fällen ist bereits zum heutigen Zeitpunkt eine datenschutzrechtskonforme Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Eine darüber hinausgehende Implementierung ist jedoch aufgrund des insbesondere im Sozialdatenschutzrecht ausgeprägten Zweckbindungsgrundsatzes nicht möglich. Hierfür ist eine eigenständige gesetzliche Legitimation erforderlich.

6.6.2 Vergaberechtliche Aspekte

Der Abschluss von Selektivverträgen unterliegt den Vorschriften des Vergaberechts, die ein transparentes, diskriminierungsfreies und wirtschaftliches Verfahren verlangen. Es ist bereits nach aktueller Rechtslage zulässig, dass Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit, aber auch soziale Belange bei der Auswahl von geeigneten Bietern berücksichtigt werden. Damit können die Grundgedanken des P4P im Bereich des Vergaberechts ohne Weiteres umgesetzt werden.

6.6.3 Fazit

Zusammenfassend kommt das Rechtsgutachten zum Ergebnis, dass die Grundgedanken von P4P in den maßgeblichen Bereichen des Sozialrechts, des Datenschutzrechts und des Vergaberechts auf der derzeit gültigen Rechtsgrundlage bereits in vielfältigen Zusammenhängen umsetzbar sind. Für eine wirksame, flächendeckende Implementierung erfordern jedoch insbesondere die datenschutzrechtlichen Belange neue gesetzliche Regelungen, die insbesondere die Verfügbarkeit der Daten für neue Formen von P4P-Projekten regelt.

Das gesamte Rechtsgutachten im Wortlaut ist im Teil E nachzulesen.

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung

Teil B Wissenschaftliche Evidenz

Inhalt (Gesamt und Teil B)

Die Teile des Gutachtens

- Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte
- Teil B Wissenschaftliche Evidenz
- Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung
- Teil D Handbuch P4P
- Teil E Rechtsgutachten
- Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Übersicht Teil B

- | | | |
|---|--|----|
| 1 | P4P: Wissenschaftliche Evidenz auf Projektebene | 4 |
| 2 | Zwischenbilanz: Widerspruch von Evidenz und alltäglicher Erfahrung | 43 |

Detailliertes Inhaltsverzeichnis Teil B

1	P4P: Wissenschaftliche Evidenz	4
1.1	Schwierigkeiten bei der Suche nach Evidenz	4
1.2	Verfügbarkeit von Wirksamkeitsnachweisen/Evidenz	4
1.3	Vorgehensweise bei der Suche nach Evidenz	4
1.4	Evidenz von P4P im hausärztlichen Bereich	5
1.4.1	Evidenz aus Cochrane-Reviews	5
1.4.2	Evidenz aus Untersuchungen zu großen hausärztlichen P4P-Projekten	10
1.4.2.1	Quality and Outcomes Framework (QOF)	10
1.4.2.2	Medicare's Physician Group Practice Demonstration (PGPD)	14
1.4.2.3	P4P-Projekt der Integrated Healthcare Association (IHA) in Kalifornien	15
1.4.2.4	The Practice Incentive Program (PIP), Australien	16
1.4.3	Spezialthemen der hausärztliche Versorgung	17
1.4.3.1	Prävention und Screening	17
1.4.3.2	Chronische Erkrankungen	18
1.5	Evidenz von P4P im Krankenhausbereich	21
1.5.1	Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID)	22
1.5.2	Blue Cross Blue Shield of Michigan Participating Hospital Agreement Incentive Program	24
1.5.3	Hawaii Medical Service Association Hospital Quality Service and Recognition P4P Program	25
1.5.4	"All-Payer Maryland-Experience"	26
1.5.5	Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Payment Framework	27
1.5.6	Non-Pay-for-Non-Performance	27
1.5.6.1	CMS Never Events und CMS Non-Coverage Wrong-Site Surgeries	27
1.5.6.2	Das Deutsche DRG-System	27
1.5.6.3	Non-Pay und Malus bei Prozessindikatoren	28
1.5.7	P4P in der stationären Rehabilitation	28
1.5.8	Prädiktoren für ein Ansprechen von Krankenhäusern auf finanzielle Incentives	29
1.5.9	Fazit: P4P im Krankenhaus	31
1.6	Langzeiterfahrungen mit P4P	32
1.7	Regionale Versorgungsstrukturen	32
1.8	Aktuelle Ergebnisse (2010 und 2011)	33
1.9	Limitationen von Studien	36
1.10	Die Kosteneffektivität von P4P (Evidenz)	37
1.10.1	Kosten für Versorger	37
1.10.2	Kosten für Healthplans/Versicherungen	38

1.10.3	Kosten für das Gesundheitswesen: Kann der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gedämpft werden??	39
1.11	Zusammenfassung Evidenzkapitel	41
2	Zwischenbilanz: Widerspruch von Evidenz und alltäglicher Erfahrung	43

1 P4P: Wissenschaftliche Evidenz

Wer eine Steuerung der Qualität im Gesundheitswesen mit Hilfe von Pay-for-Performance in Erwägung zieht, möchte wissen, ob ein solches Vorgehen auch erfolgversprechend ist.

Gefragt wird also nach der Evidenz für die Wirksamkeit von Pay-for-Performance bzw. Pay-for-Performance-Instrumenten. Bei der Suche nach einem solchen Wirksamkeitsnachweis und der Interpretation des Gefundenen sind die folgenden Sachverhalte zu beachten:

1.1 Schwierigkeiten bei der Suche nach Evidenz

Die Zahl der weltweit durchgeführten Projekte mit qualitätsorientierten Vergütungsaspekten ist mittlerweile nicht mehr überschaubar. Bereits im Jahre 2006 hat eine Umfrage in den USA ergeben, dass mehr als die Hälfte der befragten 252 Health Maintenance Organizations (HMOs) P4P in ihre Verträge integriert hatten. Von diesen hatten 90 % P4P-Programme für Ärzte und 38 % für Krankenhäuser (Rosenthal et al. 2006). Diese Projekte, Studien und Vergütungsreformen unterscheiden sich sehr in den Versorgungsbereichen, den initiierenden Playern, den verfolgten Zielen, der Organisation und dem Kontext weiterer qualitätssichernder Maßnahmen. In aller Regel handelt es sich nicht um eine komplette Umgestaltung der Vergütung durch P4P-Instrumente, sondern um die Erweiterung etablierter Vergütungsstrukturen wie Einzelleistungsvergütung (Fee-for-Service) oder Pauschalen (Capitation) um leistungsorientierte Vergütungselemente.

Die Vielfältigkeit von P4P-Projekten, die bereits in Teil A, 6.2 an Beispielen dargestellt wurde, lässt kaum eine allgemeine Aussage über die Wirksamkeit von Pay-for-Performance im Gesundheitswesen zu. Daher werden im Folgenden die Ergebnisse verschiedener Studien und Publikationen im Hinblick auf die jeweils von ihnen untersuchten Einsatzgebiete und hinsichtlich spezifischer Fragestellungen dargestellt. Dies erleichtert später auch die Nachvollziehbarkeit der Vorschläge des Gutachtens zum weiteren praktischen Vorgehen (siehe Teil C, 10).

1.2 Verfügbarkeit von Wirksamkeitsnachweisen/Evidenz

Bei den meisten P4P-Projekten handelt es sich um Modifikationen bestehender Vergütungssysteme, initiiert z. B. von privaten oder staatlichen Krankenversicherungen (vorwiegend in USA) oder um nationale Vergütungsreformen (z. B. des NHS in England). In der Regel sind hochwertige Evaluationen dieser Projekte nicht verfügbar. Die meisten Informationen zur Wirksamkeit von P4P – sofern auf einer wissenschaftlichen Ebene überhaupt vorhanden – stammen aus experimentellen Studien, retrospektiven Vergleichsstudien oder stellen Expertenmeinungen dar. Systematische und durch eine unabhängige Institution durchgeführte Evaluationen, z. B. im Rahmen randomisierter, prospektiver, kontrollierter Studien, liegen meist nicht vor.

1.3 Vorgehensweise bei der Suche nach Evidenz

Im vorliegenden Gutachten wurden vorrangig Ergebnisse mit der höchsten Evidenz berücksichtigt, die aus hochwertigen Studien mit einem Evidenzlevel Ia-IIb stammen (die Evidenzklassifizierung zu therapeutischen Methoden wird in Anlehnung an die Verfahrensordnung des G-BA (2011) verwendet). Als Quelle dienten u. a. jene Cochrane-Reviews, die die Suchkriterien nach P4P in der Recherche erfüllten, da diese die

höchsten Anforderungen an die Qualität der berücksichtigten Studien stellen. Die jeweiligen Ein- und Ausschlusskriterien können den Cochrane-Reviews selbst entnommen werden. Allgemeine Hinweise zur Cochrane-Methodik sind im Cochrane-Handbuch (Higgins und Green 2008) zu finden.

Die in die Cochrane-Reviews eingeschlossenen Studien wurden daraufhin untersucht, ob es sich bei dem Studiengegenstand tatsächlich um Pay-for-Performance im Sinne der Gutachtendefinition handelte. Dies war jedoch nicht überall der Fall, auch wenn die Titel der Reviews dies zunächst nahelegten. Insbesondere, wenn die Cochrane-Reviews sich allgemeiner mit den Auswirkungen von finanziellen Anreizen oder von Änderungen der Vergütungsmodalitäten befassten, fehlte oft die Qualitätsmessung oder die Rückkoppelung zwischen Messergebnissen und Anreiz, um die Studien als P4P-Studien in der hier verwendeten Definition klassifizieren zu können.

Da die verfügbare Evidenz für die Wirksamkeit von P4P, wie im Folgenden deutlich werden wird, jedoch begrenzt ist, berücksichtigt das Gutachten auch andere Hinweise, wie sie sich in Fall-Kontroll-Studien, anderen studienbasierten Erkenntnissen und Expertenmeinungen (Evidenzlevel IIc bis V) finden lassen, sofern die in diesem Gutachten (siehe Teil A, 4.4) festgelegten Kriterien für P4P vorlagen.

1.4 Evidenz von P4P im hausärztlichen Bereich

Das bisher breiteste Einsatzgebiet für P4P im Gesundheitswesen ist die ambulante hausärztliche Versorgung (Primary Care): „Family medicine is one of the most important specialties focused on P4P, as 95 % of all P4P programs incorporate primary care physicians“ (Greene und Nash 2009; Endsley et al 2006).

1.4.1 Evidenz aus Cochrane-Reviews

Bei der in Teil A, 5.1 beschriebenen Recherche wurden sieben Cochrane-Reviews gefunden, die in den Jahren 1999 bis 2011 erschienen sind und die finanzielle Interventionen und ihre Auswirkungen auf das Verhalten von Hausärzten und/oder die Patientenversorgung im hausärztlichen Setting untersuchten (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Cochrane-Reviews

Autoren/ Erscheinungsjahr/ Jahr des letzten Updates	Titel	Anzahl der Studien, die P4P betreffen und Cochrane-Einschluss- kriterien erfüllten	In den Cochrane- Review eingeschlossene P4P-Studien
Giuffrida et al. 1999 (no change to conclusion in 2009)	Target Payments in Primary Care: effects on professional practice and health care outcomes	2 Studien zu P4P	Kouides et al. 1998 Ritchie et al. 1992
Gosden et al. 2000 (no change to conclusion in 2011)	Capitation, salary, FFS and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians	4 Studien, davon 3 Studien kein P4P	Hutchison et al. 1996

Autoren/ Erscheinungsjahr/ Jahr des letzten Updates	Titel	Anzahl der Studien, die P4P betreffen und Cochrane-Einschluss- kriterien erfüllten	In den Cochrane- Review eingeschlossene P4P-Studien
Akbari et al. 2008 (no change to conclusion in 2011)	Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care	Keine Studien zu P4P	
Sturm et al. 2007 (no change to conclusion in 2009)	Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers	Keine Studien zu P4P	
Thomas et al. 2010 (no change to conclusion in 2011)	Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community	2 Studien zu P4P	Kouides et al. 1998 Ives et al. 1994
Scott et al. 2011	The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians	7 Studien zu P4P	An et al. 2008 Gosden et al. 2003 Mullen et al. 2009 Rosenthal et al. 2005 Roski et al. 2003 Twardella und Brenner 2007 Young et al. 2007
Flodgren et al. 2011	An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes	4 Reviews: Petersen et al. (2006) mit 17 Studien, davon 4 Studien kein P4P Gosden (2001) mit 6 eingeschlossene Studien, davon 3 Studien kein P4P Sturm et al. (2007), kein P4P Akbari et al. (2008), kein P4P	Kouides et al. 1998 Norton 1992 Shen 2003 Hillmann et al. 1999 Hillmann et al. 1998 Roski et al. 2003 Christensen et al. 2000 Rosenthal et al. 2005 Grady et al. 1997 McMenamin et al. 2003 Fairbrother et al. 1999 Fairbrother et al. 2001 Beaulieu und Horrigan 2005 Kouides et al. 1998 Ritchie et al. 1992 Hutchison et al. 1996

Im Review von **Gosden et al. (2000)** geht es um die Auswirkungen unterschiedlicher Vergütungsmodalitäten (Kopfpauschale, Einzelleistungsvergütung, festes Gehalt oder kombinierte Vergütungsmodelle) auf das Verhalten von Hausärzten.

Bei näherer Betrachtung stellt sich heraus, dass alle Veröffentlichungen, die diesem Review zugrunde liegen, aus den 1990er Jahren stammen. Zum damaligen Zeitpunkt bezogen sich die Parameter, die das Verhalten der Hausärzte in Bezug auf ihre Patienten beschreiben sollten, fast ausschließlich auf die Anzahl durchgeführter Maßnahmen (z. B. von Verordnungen, diagnostischen Maßnahmen, Überweisungen oder Klinikeinweisungen) pro 1000 Patienten. Nur in der Studie von Hutchison et al. 1996 finden sich P4P-Ansätze in der im Gutachten verwendeten Definition: Hausarztpraxen erhielten einen zusätzlichen Bonus, wenn die Hospitalisierungsrate der von ihnen behandelten Patienten niedriger war als in einer regionalen Vergleichsgruppe. Allerdings führte diese Umstellung der Bezahlung nicht zu einer Abnahme der Hospitalisierungsrate im Vergleich zu Praxen ohne Bonuszahlungen. Der Review von Gosden et al. (2000) kommt zur Schlussfolgerung, dass andere Faktoren als die Vergütung für die Unterschiede im Einweisungsverhalten verantwortlich zu sein scheinen („factors other than the method of physician payment appear to be responsible for the variations in hospital utilization among practices“). Die übrigen Quellen des Reviews von Gosden et al. befassen sich zwar nicht mit P4P, geben aber Hinweise auf den Einfluss der Art der „Basisvergütung“ auf die untersuchten Parameter, z. B. die Menge bestimmter hausärztlicher Maßnahmen im Vergleich (Thema Über- und Unterversorgung). Da P4P derzeit meist als ein weiterer Vergütungsbaustein zusätzlich zu Einzelleistungsvergütung, Kopfpauschalen, Budgets etc. eingesetzt wird, muss der Einfluss der „Basisvergütung“ auf das Verhalten von Hausärzten auf jeden Fall berücksichtigt werden, um P4P-Effekte klarer abgrenzen zu können.

Auffällig ist, dass trotz der rapiden Ausbreitung von P4P-Projekten in den letzten zehn Jahren beim Update des Cochrane-Reviews im Jahre 2011 offenbar keine einzige der neueren P4P-Studien die Hürde der Einschlusskriterien genommen und Aufnahme in den Review gefunden hat.

Evidenz für Target-Payments im hausärztlichen Bereich

In zwei Cochrane-Reviews finden sich Veröffentlichungen, die sich mit den Auswirkungen sogenannter Target Payments im hausärztlichen Bereich beschäftigt haben (**Thomas et al. 2010; Giuffrida et al. 1999**), d. h. mit der Frage, ob eine gezielte zusätzliche Vergütung im Sinne einer Einmalzahlung für bestimmte erwünschte Leistungen die Häufigkeit der Durchführung dieser Leistung beeinflussen und damit einer Unterversorgung in einem bestimmten Leistungsbereich entgegenwirken kann.

Die drei in die beiden Reviews eingeschlossenen Studien (Kouides et al. 1998; Ritchie et al. 1992; Ives et al. 1994) untersuchten diese Frage am Thema Impfen. Zwei Publikationen befassen sich mit der Influenza-Impfung bei über 60jährigen (Kouides et al. 1998 und Ives et al. 1994), und Ritchie et al. (1992) behandeln die Impfraten bei Kindern. Im Ergebnis zeigten sich positive Effekte im Hinblick auf eine Zunahme geimpfter Personen, jedoch waren diese Effekte nicht durchgängig statistisch signifikant. In der Übersichtsarbeit von Thomas et al. (2010) zur

Influenza-Impfung wird darüber hinaus deutlich, dass andere Maßnahmen – der Review hat sich mit den Auswirkungen ganz unterschiedlicher Interventionen zur Erhöhung der Impfrate beschäftigt – wie Feed-back und Benchmarking oder bestimmte Arten von Remindern (jeweils ohne finanzielle Intervention) ähnliche Effektstärken aufwiesen wie das Target-Payment. Auch der zusätzliche Anreiz einer Anhebung der Einmalzahlung um 10 bzw. 20 % bei Erreichen bestimmter Impfraten (> 70 % der Über-60-Jährigen bzw. > 85 % der Über-60-Jährigen) hatte keinen Effekt, der stärker gewesen wäre als er mit anderen, nicht-finanziellen Mitteln ebenfalls zu erzielen war. Bereits die alleinige Bereitstellung von kostenlosem Impfstoff führte in einer Studie (Ives et al. 1994) zu einer ähnlichen (eher größeren) Zunahme der Impfrate als Target-Payments. Bei genauer Betrachtung der Quellen findet man, dass bei beiden als „erfolgreich“ eingestuft P4P-Influenza-Studien der Impfstoff ebenfalls kostenlos zur Verfügung gestellt wurde. Eine Interferenz mit den zusätzlichen Zahlungen für das Impfen kann zumindest nicht ausgeschlossen werden.

Der Cochrane-Review von **Scott et al. (2011)** behandelt die Frage, inwiefern finanzielle Anreize für Hausärzte in der Lage sind, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern. Handelt es sich bei den „Target-Payments“ noch um eine Art Übergang zwischen Einzelleistungsvergütung und P4P (d. h. eine Einzelleistungsvergütung mit retrospektiver Bindung der Zahlung an das tatsächliche Erbringen der Leistung, wobei die „Qualität“ der Leistung in diesem Fall die Durchführung einer Maßnahme in einem bestimmten Prozentsatz der Fälle darstellt), so untersuchten Scott et al. auch die Wirksamkeit von anderen Anreizarten. Ziel des Reviews war es, diejenigen Arten von finanziellen Anreizen zu identifizieren, die mit einer Qualitätsverbesserung assoziiert waren, die Charakteristika von Hausärzten zu ermitteln, die auf finanzielle Anreize angesprochen haben, sowie die Charakteristika von Patientenpopulationen herauszufinden, deren Versorgung sich durch den Einsatz von finanziellen Anreizen verbessern lässt. Unter „incentive“ wurde dabei jede Änderung des „monetary transfer“ verstanden, mit der eine „behavioral response“ beim Versorger herbeigeführt werden soll. Es ging also nicht nur um Performance-abhängige Bonuszahlungen, sondern alle Arten von Änderungen in den Vergütungsmodalitäten (also z. B. ein Wechsel von Einzelleistungsvergütung auf Kopfpauschalen oder eine neue Kombination unterschiedlicher Vergütungsarten usw.), die mit einem qualitätsabhängigen finanziellen Zugewinn (oder Verlust) für den versorgenden Hausarzt verbunden sind.

Studienendpunkte waren „clinical behaviours“, „clinical and physiological measures“ und „patient reported outcome measures and experiences“. Ausdrücklich ausgeschlossen wurden „health professional processes and outcomes“, „utilisation“ und „healthcare costs“.

In ihrer Methodik beschreiben die Autoren, dass nur sieben Studien identifiziert wurden, die die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten. Diese Studien beschäftigten sich mit den Themen Prävention bzw. Screening (Impfen, Raucherberatung und -entwöhnung, Krebsvorsorge, Chlamydien-Screening), Patientenzufriedenheit und Versorgung chronischer Erkrankungen (Diabetes mellitus).

Fasst man die Ergebnisse zusammen, so bleibt festzuhalten, dass das Ziel des Reviews, wirksame Anreize, geeignete Patientenpopulationen und die

Charakteristika von geeigneten Hausärzten zu identifizieren, nicht zu erreichen war. Dies lag zum einen an der geringen Zahl der eingeschlossenen Studien, die ganz unterschiedliche Anreizschemata einsetzten und auf unterschiedliche Versorgungsdetails fokussierten, und zum anderen daran, dass insgesamt nur schwache Effekte bezogen auf wenige Qualitätsindikatoren zu verzeichnen waren. Darüber hinaus wurde aufgrund diverser methodischer Einschränkungen die Qualität der Evidenz von den Autoren als gering eingestuft. Keine einzige Studie berücksichtigte außerdem die Tatsache, dass die Teilnahme an einer P4P-Studie an sich bereits einen möglichen „selection bias“ beinhaltet.

Flodgren et al. (2011) haben in ihrem Review alle Übersichtsarbeiten zum Thema „effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes“ analysiert. Dabei wird der Anreizbegriff sehr weit gefasst und beinhaltet alle bekannten Arten von Entlohnung, so dass einige der eingeschlossenen Studien sich nicht mit P4P im Sinne des vorliegenden Gutachtens beschäftigen. Obwohl dieser Review sehr aktuell ist, trifft man überwiegend nicht auf neue Studien zu Pay-for-Performance, sondern auf bereits bekannte, ältere Studien. Bei zwei der vier eingeschlossenen Übersichtsarbeiten handelt es sich um den bereits erwähnten Cochrane-Review von Sturm et al. (2007), der keine P4P-Studien enthält, sowie den Review von Akbari et al. (2008) (siehe Tabelle 3). Betrachtet man die beiden anderen eingeschlossenen Reviews näher, so zeigt sich, dass in der Veröffentlichung von Petersen et al. 2006 zehn der 17 eingeschlossenen Studien älter als zehn Jahre sind und sich auf die 1990er Jahre beziehen. Alle Studien aus dem vierten eingeschlossenen Review (Gosden et al. 2001) sind aus anderen Reviews/Cochrane-Reviews bereits bekannt. Betrachtet man die von Petersen et al. (2006) und Gosden et al. 2001 eingeschlossenen P4P-Studien näher, so haben diese entweder keine oder nur schwache Evidenz für eine Qualitätsverbesserung unter P4P-Bedingungen gezeigt oder es erschließt sich die Aussagekraft der Ergebnisse trotz bescheinigter hoher Studienqualität nicht. Beispielhaft sei dies an der Studie von Christensen et al. (2000) dargestellt: Hier wurde in einer randomisierten, prospektiven Interventionsstudie der Beratungsservice durch Apotheken untersucht. Die Apotheker erhielten in beiden Vergleichsgruppen eine Pauschale von \$ 40 pro Monat für die Dokumentation ihrer Beratungsleistungen für Medicaid-Patienten. Die Apotheker der Interventionsgruppe konnten für jedes dokumentierte Beratungsgespräch < 6 min Dauer eine Zusatzzahlung von \$ 4 und für Beratungsgespräche > 6 min Dauer eine Zusatzzahlung von \$ 6 mit Medicaid abrechnen. Die Art des im Gespräch behandelten Problems wurde ebenfalls festgehalten („prescription-related“, „drug-related“ oder „patient-related“). „Erwartungsgemäß“ (wie die Studie selbst mitteilt) waren die dokumentierte Beratungsrate und die Beratungsdauer in den Apotheken, die einen Anreiz für die Beratung in Aussicht hatten, höher als in der Kontrollgruppe. Ein interessantes Ergebnis war, dass unterschiedliche Gesprächsinhalte dokumentiert wurden, wobei die Apotheker der Bonus-Gruppe inhaltlich mehr „patient-related problems“ besprachen, so dass hier die Schlussfolgerung gezogen wurde, dass die Apotheker infolge des Anreizes mehr Zeit auf Themen wie z. B. die Patientencompliance verwenden konnten. Die wichtigste Limitation der Studie, die auch erwähnt wird, ist, dass die Dokumentation der Beratungsgespräche „gemessen/ausgewertet“ wurde und nicht die Gespräche selbst, so dass trotz des Designs als randomisierter und kontrollierter

Interventionsstudie weiterhin unklar bleibt, welchen tatsächlichen Effekt die Anreize hatten.

Derartige Limitationen zeigen sich in den meisten Studien, so dass in der Regel auch die Reviewer selbst die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien aufgrund von mangelhaftem Studiendesign mit Vorsicht betrachten. Von den 17 eingeschlossenen Studien des Petersen-Reviews war bei fünf ein positiver Effekt nachweisbar (davon eine die eben erwähnte Studie von Christensen und eine andere die weiter oben beschriebene Impfstudie von Kouides – bei beiden Studien relativieren sich wie bereits beschrieben die positiven Effekte bei näherer Betrachtung), die Autoren von drei Studien konnten keinen Effekt nachweisen und in neun Studien fanden sich partielle Effekte. Auch wenn immer wieder Verbesserungen bei einzelnen Qualitätsindikatoren unter P4P nachweisbar sind, wie z. B. in der Studie von Rosenthal et al. 2005 hinsichtlich des „cervical cancer screenings“ dargelegt, so ist dennoch bei Bonus-Zahlungen für das Erreichen absoluter Zielwerte der Nutzen fraglich, da die meisten Bonus-Zahlungen an die Versorger mit der höchsten Basisperformance gehen, so dass letztlich viel Geld für wenig Verbesserung ausgegeben wird.

Teil B, 1.10 beschäftigt sich näher mit der Evidenz hinsichtlich der Kosteneffizienz von P4P-Projekten.

1.4.2 Evidenz aus Untersuchungen zu großen hausärztlichen P4P-Projekten

Einige Länder haben P4P im hausärztlichen Bereich bereits in großem Umfang umgesetzt. Die umfangreichsten Projekte finden sich in England und in den USA sowie – etwas weniger bekannt – in Australien.

1.4.2.1 Quality and Outcomes Framework (QOF)

Das größte und bekannteste Projekt in Europa ist das Quality and Outcomes Framework des National Health Service (NHS) in Großbritannien, das 2004 eingeführt wurde.

Obwohl mittlerweile sehr viele Veröffentlichungen zu QOF vorliegen, beurteilt der Review von Steel und Willems (2010) die Evidenzgrundlage weiterhin als uneinheitlich und nicht beweiskräftig („patchy and inconclusive“). Aufgrund fehlender Vergleichsgruppen gibt es nur Beobachtungsstudien, kontrollierte Interventionsstudien fehlen. Fasst man die bisher bekannten Ergebnisse zu QOF zusammen, so können folgende Aussagen getroffen werden:

1. Mit QOF war von Anfang an eine Einkommenserhöhung für die Hausärzte geplant, wobei die Qualitätsmessung dazu dienen sollte, die Geldmittel besonders denjenigen Hausärzten zukommen zu lassen, die entsprechende Qualität nachweisen konnten ("QOF was not intended to control costs, but rather to pay GPs for quality" (Doran und Roland 2010). Die englische Regierung stellte dafür ca. 1,8 Milliarden Pfund zusätzlich zur Verfügung.

2. QOF versucht, über ein breit gefächertes Indikatorenset (zu Projektbeginn waren es bereits 146 Indikatoren) die hausärztliche Tätigkeit in möglichst allen Facetten abzubilden (Lester und Campell 2010). Es gibt vier Qualitätsbereiche: „Clinical Indicators“, von denen sich ca. 50 % auf chronische Krankheiten beziehen, mit Erweiterung der medizinischen Versorgungsbereiche („clinical domains“) ab 2006, „Organisational Indicators“ (wie Management, Patientenakten etc.), Indikatoren zu „Patient Experience“ und „Additional Services“ (Vorsorgeuntersuchungen, Kontrazeption). Die Ergebnisse werden in einem Punkte-Score zusammengefasst, wobei seit 2006 maximal 1000 Punkte erreichbar sind. Bereits im ersten Jahr der Teilnahme, die freiwillig ist, waren die britischen Hausärzte sehr erfolgreich im Erfüllen der Indikatorziele (Median des „overall achievement“ von 85,1 % (Doran et al. 2006 und 2008)). In den Folgejahren verbesserten sich die Hausärzte weiter, so dass sie 2008/2009 durchschnittlich 954 von 1000 Score-Punkten erreichten. Laut einer Auswertung der National QOF Data zeigte sich eine substantielle Verbesserung der Diabetikerversorgung zwischen 2004 und 2008 (Vaghela et al. 2009), mit signifikanten Verbesserungen von diabetesrelevanten Prozess- und Intermediate-Outcome-Indikatoren (HbA1c, Blutdruck, Cholesterinspiegel). Allerdings war diese Entwicklung auch schon vor der Einführung von finanziellen Anreizen zu verzeichnen, so dass eine separate Darstellung der Wirkung von QOF über den normalen Verbesserungstrend hinaus schwierig ist (Calvert et al. 2009).
3. Bezogen auf alle Primary-Care-Bereiche handelt es sich bei den von QOF verwendeten Qualitätsindikatoren vorwiegend um Struktur- und Prozessindikatoren. Der Nachweis einer tatsächlichen Verbesserung des Patientenoutcomes wurde bisher nicht erbracht (Strong et al. 2009; Bottle et al. 2008; Downing et al. 2007; Williams und de Lusignan 2006). Ein Zusammenhang zwischen den QOF-Scores und der Mortalität oder der Anzahl der Krankenhauseinweisungen (Downing et al. 2007) ließ sich außer bei der Epilepsiebehandlung nicht nachweisen. Ein Vergleich von Einzelleistungsvergütung in den USA mit QOF kommt zu einem ähnlichen Ergebnis: England hat nach dieser Studie zwar eine stärker standardisierte Versorgung, aber keine besseren Intermediate Outcomes (Crosson et al. 2009). In einer anderen Studie wurde die Leitlinienentreue unter QOF untersucht. Eine erhöhte Leitlinienadhärenz konnte nicht nachgewiesen werden, da die vorhandenen Computerdaten dafür nicht ausreichten (Williams und de Lusignan 2006).
4. Eine weitere Studie, die die geschätzte Mortalitätssenkung („estimated mortality gain“) von acht präventiven Interventionen ohne zusätzliche Vergütung mit den Ergebnissen von QOF mit

entsprechender Zusatzvergütung verglichen hat, kommt zum Schluss, dass es keinen Zusammenhang zwischen „pay“ und „health gain“ gibt (Fleetcroft und Cookson 2006), d. h. eine Wirksamkeit von QOF auf der Ebene von Population Health ist ebenfalls nicht erkennbar.

Alle Ergebnisse zu QOF müssen unter den folgenden Einschränkungen betrachtet werden:

1. Durch die hohe Beteiligung der britischen Hausärzte von aktuell 99 % (Lester und Campell 2010) ist keine kontinuierliche Vergleichsgruppe verfügbar. Einziger Vergleich sind nicht-incentivierte Indikatoren. Bei diesen wird ein geringerer „Zielerreichungsgrad“ festgestellt als bei den incentivierten Indikatoren (58 % vs. 75 %).
2. Da allerdings eine Datenvalidierung nur im Falle extremer Abweichungen vom Durchschnitt erfolgt, bleibt die Frage offen, zu welchem Anteil diese Unterschiede auf einem veränderten Dokumentationsverhalten beruhen. Hinweise für eine Änderung der Dokumentation ohne weiter gehende Verhaltensänderung bei den Hausärzten fanden sich in einer Studie zur Raucherentwöhnung (Coleman 2010).
3. Exception-Rules: QOF erlaubt den Hausärzten den Ausschluss von Patienten aus dem Incentiveprogramm (sog. „exception rules“). Die englischen Hausärzte schlossen auf diese Weise z. B. in den Jahren 2005/2006 durchschnittlich 5,3 % der Patienten von den Qualitätsmessungen aus (Steel und Willems 2010) und 2008/2009 sogar 6,9 % (Ashworth und Kordowicz 2010). Eine Begründung wird dafür im Einzelfall nicht verlangt und eine Überprüfung findet nur bei sehr auffälligen Praxen statt (es gab Praxen, die bis zu 85 % ihrer Patienten ausschlossen, dies waren aber extreme Ausnahmen). Eine Studie aus dem Jahre 2008 untersuchte, wie die Praxen aufgrund der Exception-Rules bei gleichzeitigen Referenzbereichen für die Zielerreichung unter 100 % den maximalen Bonus erhalten können, auch wenn nicht jeder Patient die angemessene Therapie erhält (Balzer et al. 2008). Bei Indikator-Referenzwerten von z. B. 70 % und 6 % ausgeschlossenen Patienten ist ein maximaler „Erfolg“ bzw. Bonus erreichbar, obwohl mehr als 1/3 der Patienten keine optimale Versorgung erhalten haben. Allerdings trifft diese Aussage nur auf Indikatoren zu, bei denen ein Zielerreichungsgrad von 100 % auch tatsächlich sinnvoll wäre (siehe Teil C, 8.8). Eine aktuelle Untersuchung aus dem Jahre 2011 wies nach, dass Patienten, die von P4P ausgeschlossen wurden, seltener die Therapieziele erreichten. Durch den erlaubten Ausschluss von Patienten könnte sich die Benachteiligung bestimmter Patientengruppen vergrößern (Dalton et al. 2011).

4. Bereits vor der Einführung von QOF wurden andere Maßnahmen getroffen, die zu Qualitätsverbesserungen in den dann später mit Anreiz versehenen Bereichen führen sollten (NICE-Guidelines, National Service Framework). Dadurch wurden auch bereits vor der Einführung von QOF Qualitätsverbesserungen erzielt. Hochrechnungen dieser positiven Trends (Gulliford et al. 2007; Millett et al. 2009; Calvert et al. 2009; Campbell et al. 2007) und Vergleiche mit den tatsächlichen Qualitätsergebnissen unter QOF ergaben nur geringe Unterschiede zwischen den ohnehin zu erwartenden Qualitätsverbesserungen und den tatsächlich eingetretenen, wobei Abweichungen in beide Richtungen vorlagen (etwas besser und etwas schlechter). Bis auf diese geringen Abweichungen verlief die Qualitätsentwicklung geradlinig weiter in dem Trend, der schon vor der Einführung von QOF festzustellen war.
5. Kritik wird außerdem an den „Zielvereinbarungen“ (Targets) geübt, die zum Teil als zu niedrig angesehen werden. Beim Erreichen normotoner Blutdruckwerte z. B. liegt der Zielwert bei 70 % der Hypertoniker. Ein Wert unter 100 % macht insofern Sinn, als sicherlich nicht alle Hypertoniker normotone Blutdruckwerte erreichen können. Allerdings besteht zusätzlich die Möglichkeit, „schwierige“ Patienten über die Exception-Rules auszuschließen, so dass die Frage von Ashworth und Kordowicz (2010) berechtigt ist, ob die Kombination von niedrigen Zielwerten und Exception-Rules nicht dazu führt, dass die Versorgenden das Augenmerk mehr auf das „effiziente Punktesammeln“ mit „einfachen“ Patienten richten, als auf die mühsamere Versorgung „schwieriger“ Patienten. Berücksichtigt man darüber hinaus Auffälligkeiten wie den von Carey et al. (2009) gefundenen Bias bei der Blutdruckmessung während der Einführung von QOF, nach dem in Nähe der Schwelle zur Normotonie die gemessenen "just below"-Blutdruckwerte nach 2004 zunahmen und die "just above"-Blutdruckwerte abnahmen, so relativieren sich die oben erwähnten Erfolgsmeldungen (hohe Performance im Sinne der Indikator-Zielerreichung) doch nicht unerheblich.

Die Frage der Kosteneffizienz des Quality and Outcomes Framework wird in Teil B, 1.10 dargelegt.

Fazit zu QOF

Insgesamt sind die Ergebnisse inkonsistent. Einzelne Evaluationen zu QOF betrachten immer nur einzelne Aspekte, z. B. die Verbesserung bestimmter Qualitätsindikatoren, die überwiegend Prozess- und Strukturindikatoren sind. Der Nachweis eines „Gesamtnutzens“ auf der Ebene der Patientenversorgung und vor allem der Outcomes wurde ebenso wenig erbracht wie der Nachweis, dass die finanziellen Anreize die beschriebenen Veränderungen (Erreichen der Qualitätsziele) bewirkt haben. Der Ausschluss schwieriger Patienten und

möglicherweise zu niedrige Zielwerte führen dazu, dass die Qualität der erbrachten Leistungen höher eingeschätzt wird, als sie bezogen auf alle Patienten tatsächlich ist, d. h. maximale erreichte Punktzahl und maximaler Bonuserhalt sind nicht mit bester Versorgung aller Patienten gleichzusetzen.

1.4.2.2 Medicare's Physician Group Practice Demonstration (PGPD)

2005 begann Medicare in den USA ebenfalls ein P4P-Projekt für Hausärzte. Die Physician Group Practice Demonstration (2005-2010) war ein Pilotprojekt, an dem 10 große Physician Group Practices teilnahmen. Das Programm verfolgte im Gegensatz zu QOF von vorneherein das Ziel, Einsparungen zu generieren, diese mit Hilfe einer Vergleichsgruppe nachzuweisen und dann die Einsparungen (Savings) zwischen Versicherern und Leistungserbringern aufzuteilen (Shared-Savings). Die PGPD wollte mit den Qualitätsmessungen sicherstellen, dass Einsparungen nicht mit einem Qualitätsverlust einhergehen, sondern im Idealfall durch Qualitätsverbesserungen erzielt werden. Wie in England kamen überwiegend Prozessindikatoren zum Einsatz (32 Indikatoren, die vorwiegend chronische Erkrankungen und Vorsorgeleistungen betrafen). Ähnlich wie in QOF hatten die Hausärzte überwiegend keine Schwierigkeiten, die vorgegebenen Qualitätsziele zu erreichen. Im vierten Jahr erreichten alle 10 teilnehmenden Practice-Groups mindestens 29 von 32 Qualitätszielen, im fünften Jahr erzielten sieben von zehn die maximale Punktzahl und die restlichen drei erfüllten 30 Qualitätsziele von insgesamt 32. (Wilensky 2011).

Die Verbindung der gemessenen Prozessindikatoren zu Patientenoutcomes war genauso schwach wie bei QOF, so dass auch hier letztlich der Nachweis eines Nutzens für die Patientenversorgung aussteht. Das Hauptziel, die Kosteneinsparung, wurde nicht erreicht. Hier erwies sich bereits die Berechnung der Savings als schwierig. Mit dem eingesetzten Berechnungsmodell schaffte es die Hälfte der 10 Group-Practices nach drei Jahren den geforderten Ersparnis-Schwellenwert von 2 % zu überschreiten und so überhaupt an den Einsparungen zu partizipieren (Wilensky 2011). Im Rahmen eines auf zwei Jahre angelegten „Übergangsjahrs“ (siehe Link: The Physician Group Practice Transition Demonstration (PGP TD) 2011) sollen die Schwierigkeiten der Savings-Berechnung überwunden werden, um dann in der Weiterentwicklung dieses Pilotprojektes hin zu Accountable-Care-Organizations (ACO) eine Grundlage zu schaffen für die Übernahme von Budget-Verantwortung für die Versorgung einer bestimmten Patientenpopulation. Die Practice-Groups sollen dann erneut die Möglichkeit erhalten, durch die Beteiligung an eingesparten Kosten Gewinne zu erzielen. Sie werden aber ab dem dritten Jahr auch an den Verlusten beteiligt (Conway und Clancy 2009). Auf die ACO wurde im Einzelnen im Teil A, 6.2.9 eingegangen.

1.4.2.3 P4P-Projekt der Integrated Healthcare Association (IHA) in Kalifornien

Mit der Beteiligung von sieben Health Plans, 35.000 Ärzten und rund 6,2 Millionen zu versorgenden Patienten ist das 2003 begonnene Hausarztprojekt der IHA in Kalifornien das größte P4P-Projekt in den USA. Ähnlich wie bei den beiden bereits beschriebenen hausärztlichen P4P-Großprojekten stehen beim Projekt der IHA ebenfalls Prävention und chronische Krankheiten im Fokus der Bemühungen. Die verwendeten Indikatoren betreffen die Bereiche klinische Indikatoren, Indikatoren zu Patientenerfahrungen und IT-Strukturindikatoren. Die Grundvergütung der jeweiligen Medical Group wurde beibehalten und kann aus Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütung oder Gehaltszahlungen für die einzelnen Ärzte bestehen. Indikatorenabhängige Bonuszahlungen erfolgen durch die HMOs als „Gruppenbonus“ an die teilnehmende Medical Group. Primär angestrebt wird von den beteiligten HMOs also eine Verhaltensänderung auf der Managementebene der Medical Groups. Ob und wie die Boni an die einzelnen Versorgenden weiter gegeben werden, entscheidet die jeweilige Institution für sich selbst. Zur Wirksamkeit gibt es Untersuchungen sowohl bezogen auf das Gesamtprojekt als auch auf der Ebene einzelner Medical Groups. Die IHA selbst hat zwei Berichte zum Projekt veröffentlicht (Integrated Healthcare Association 2006 und 2009).

Bezüglich der medizinischen Versorgungsqualität wurden Verbesserungen erzielt, die im Bereich von 12 Prozentpunkten über alle klinischen Indikatoren (HEDIS-Indikatoren) lagen; allerdings entsprechen diese Verbesserungen den nationalen Trends. Als besonders erstaunliches Ergebnis haben Rosenthal et al. (2005) in ihrer Analyse des ersten Jahres des IHA-Projektes mit Hilfe einer Vergleichsgruppe herausgefunden, dass die beteiligten Medical Groups in Kalifornien sich zwar verbesserten, aber selbst mit Hilfe der P4P-Anreize nicht das Qualitätsniveau der Kontrollgruppe erreichten (die bereits eine höhere Ausgangsperformance aufwies und sich ebenfalls – auch ohne P4P – in einigen Bereichen verbesserte). Auch im IHA-Bericht von 2009 liegen die Gesamtergebnisse für die „HEDIS-Performance“ in allen Jahren (2004 bis 2008) im nationalen Durchschnitt über den Ergebnissen der HEDIS-Performance der IHA-Projektteilnehmer in Kalifornien. Das bedeutet, dass das P4P-Programm bzw. die finanziellen Anreize auch über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage waren, die vorhandenen Qualitätslücken zu schließen (ganz zu schweigen von einer über den nationalen Durchschnitt hinaus gehenden Verbesserung). Dies betrifft sowohl den Abstand zum nationalen Durchschnitt als auch die große Varianz der Qualität innerhalb des Projektes. Die IHA stellte im Juli 2009 selbst fest, dass man zwar eine kontinuierliche Verbesserung erreicht habe, ein Durchbruch jedoch nicht erzielt werden konnte. („Steady, incremental quality improvements have been realized, but breakthrough improvement has not been achieved“; Integrated Healthcare Association 2009).

Tabelle 4: Große P4P-Projekte aus dem hausärztlichen Bereich

Projekt	Ergebnisse	Autoren / Jahr	Land
Physician Group Practice Demonstration (PGPD)	Qualitätsverbesserungen auf Indikatorebene (hauptsächlich Struktur- und Prozess) wurden erzielt, das Hauptziel Kostendämpfung wurde nicht erreicht.	<ul style="list-style-type: none"> Iglehart 2011 Wilensky 2011 Conway und Clancy 2009 Kautter et al. 2007 	USA
Quality and Outcomes Framework (QOF)	„Evidence base ...patchy and inconclusive“. Nur Beobachtungsstudien verfügbar, viele methodische Limitationen bei der Beurteilung.	<ul style="list-style-type: none"> Steel und Willems 2010 Gulliford et al. 2007 Hippisley-Cox et al. 2007 Fleetcroft und Cookson 2006 	UK
Integrated Healthcare Association (IHA), California	Selbsteinschätzung der IHA: “Steady, incremental quality improvements have been realized, but breakthrough improvement has not been achieved” Trotz finanzieller Anreize wurde das Qualitätsniveau des nationalen Durchschnitts nicht erreicht.	<ul style="list-style-type: none"> Rodriguez et al. 2009 Damberg et al. 2009 Integrated Healthcare Association (IHA) 2009 Cutler et al. 2007 Integrated Healthcare Association (IHA) 2006 Rosenthal et al. 2005 Family Practice Management 2002 	USA
The Practice Incentive Program (PIP)	Flächendeckendes Projekt für Hausärzte seit 1998 – Struktur- und Prozessindikatoren, keine Outcome-Messungen. Bisher keine Evaluation durchgeführt, die Rückschlüsse auf eine Verbesserung der Patientenversorgung zuließe.	<ul style="list-style-type: none"> Cashin und Chi 2011 	Australien

1.4.2.4 The Practice Incentive Program (PIP), Australien

Das Practice Incentive Program ist ein bereits 1998 flächendeckend in ganz Australien vom staatlichen Gesundheitswesen eingeführtes P4P-Programm für Hausärzte, das in der allgemeinen Wahrnehmung trotz seiner Größe und der langen Dauer seines Bestehens nicht sehr präsent ist.

Alle australischen Hausärzte, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, d. h. akkreditiert sind, können daran teilnehmen und erhalten pauschale Boni pro Standardisiertem Patientenaufwand („flat-rate-rewards“ per „Standardized Whole Patient Equivalent“), wenn bei einem bestimmten Prozentsatz der dafür in Frage kommenden Patienten eine bestimmte Maßnahme durchgeführt wurde. Außerdem gibt es finanzielle Anreize für eine Reihe von Strukturparametern. Outcome-Parameter werden

nicht gemessen. Die geringe Beachtung, die dieses umfangreiche und teure Programm (2,7 Milliarden Australische Dollar) bisher fand, liegt vermutlich daran, dass erstaunlicherweise bis heute keine Evaluation des Programms erfolgt ist. In einer Veröffentlichung von Cashin und Chi (2011) wird der aktuelle Report des Australian National Audit Office (von 2010) folgendermaßen zitiert: "...fails to provide evidence on the actual ongoing efforts of participating practices in improving standards of care". „The link between the incentives in the PIP, performance improvement, and better outcomes has never been clearly established, and the overall program is not monitored against any outcome indicators". Nicht einmal die beteiligten Praxen selbst erhalten ein systematisches Feedback für ihr internes Qualitätsmanagement.

1.4.3 Spezialthemen der hausärztliche Versorgung

Zentrale Themen der hausärztlichen Versorgung sind die langfristige Betreuung chronisch Kranker sowie präventive Maßnahmen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen. Wie anhand der vorhandenen Studien und der Analyse länger bestehender, großer hausärztlicher P4P-Projekte bereits beschrieben, enthalten alle P4P-Programme im hausärztlichen Bereich Elemente, die diese Versorgungsschwerpunkte betreffen.

1.4.3.1 Prävention und Screening

Bei Analyse der vorhandenen Publikationen stellt man fest, dass Maßnahmen aus dem Bereich der Prävention und Screeningmaßnahmen besonders häufig Gegenstand näherer Betrachtung waren. Zum Thema Impfen, Raucherberatung und -entwöhnung und zu diversen Krebs screenings (Mammographie, Kolonkarzinomscreening) gibt es im Vergleich zu anderen hausärztlichen Maßnahmen überdurchschnittlich viele Untersuchungen. Dies liegt vermutlich einerseits an der Bedeutung, die diesen Maßnahmen in einer veränderten Gesundheitsagenda beigemessen wird, aber auch daran, dass sie als Einzelinterventionen gut erfassbar und abgrenzbar sind.

Auf der Basis der bereits genannten Studien und Projekte können keine klaren und eindeutigen Aussagen zur Wirksamkeit von P4P im Bereich Prävention und Screening gemacht werden. Einige Hinweise legen nahe, dass gezielt eingesetzte Target-Payments die Rate der durchgeführten Maßnahmen erhöhen können. Allerdings liegen hier Interferenzen vor, denn sie wurden mit edukativen Maßnahmen und kostenloser Impfstoffbereitstellung gekoppelt. Problematisch ist außerdem, dass die „Population health“-Ebene, auf die die präventiven Maßnahmen und Screenings abzielen, in den Projekten in der Regel nicht untersucht wurde.

Beispielhaft sei dies an der Studie von Grady et al. (1997) erläutert. Diese Studie wurde in den Review von Petersen et al. (2006) aufgenommen und wird auch im Gutachten des Sachverständigenrates (SVR 2007) zitiert. Untersucht wurde die Überweisungsrate zum Mammographiescreening. Als Ergebnis wurde in dieser Studie

genannt, dass die Wirksamkeit von systematischen Erinnerungen an die Überweisung (Remindern) höher war als zusätzliche Zahlungen. Ein Effekt der finanziellen Incentives konnte also nicht nachgewiesen werden. Darüber hinaus wird die Frage, inwieweit die Zunahme der Rate an Mammographie-Überweisungen bedeutsam ist bezogen auf die Mortalität von Frauen an Mammakarzinomen bzw. auf die Gesundheit der Bevölkerung, in der Studie überhaupt nicht diskutiert.

1.4.3.2 Chronische Erkrankungen

Die Versorgung chronisch Kranker ist aufgrund der subjektiven Krankheitslast, der wachsenden Anzahl Betroffener, der Komplexität der Behandlung bei multiplen Erkrankungen, aber auch aufgrund der durch diese Erkrankungen entstehenden Kosten besonders bedeutsam. Daher hat die Versorgung chronisch Kranker auch Eingang in alle großen P4P-Programme im hausärztlichen Setting gefunden. Schwerpunktmäßig ist die Versorgung von Diabetikern und Hypertonikern (z. B. für QOF Alshamsan et al. 2010), Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz, aber auch von Asthmakranken (Mandel und Kotagal 2007) und von Patienten mit Depression Bestandteil von P4P-Programmen. Dies ist der Bedeutung dieser „Volkskrankheiten“ geschuldet sowie den Folgekosten, die diese Erkrankungen bei unzureichender Behandlung hervorrufen.

Zunächst kann festgestellt werden, dass das weiter oben geschilderte Problem einer schwachen Evidenz für die Wirksamkeit finanzieller Anreize im hausärztlichen Bereich auch für die Versorgung chronisch Kranker in besonderem Maße vorliegt. Ob P4P-Programme die Situation dieser Patienten verbessern können, bleibt unklar. Dies liegt vor allem daran, dass ganz überwiegend Prozessindikatoren für die Qualitätsmessung eingesetzt werden, wie z. B. die Häufigkeit der HbA1c-Messung, die Überweisung zur augenärztlichen Kontrolluntersuchung usw. Selbst wenn Verbesserungen in diesen Indikatoren festgestellt werden, ist der Zusammenhang zum tatsächlichen gesundheitlichen Zustand dieser Patienten fraglich. Hinzu kommen weitere Einschränkungen. So ist z. B. die Prävalenz chronischer Krankheiten in den Praxen nicht verifiziert (Ashworth und Kordowicz 2010), d. h. wer nicht als Diabetiker oder Hypertoniker kodiert wurde, fällt aus der Qualitätsmessung heraus. Dasselbe gilt, je nach Programm, für „schwierige Patienten“ (Exception-Rules bei QOF). Umgekehrt können „leichter Kranke“ als „Vorzeigepatienten“ in die Messungen eingeschleust werden, z. B. Übergewichtige mit oder sogar ohne pathologische Glucosetoleranz als „diet-controlled diabetic“, wie dies in einem Leserbrief beschrieben wird (Metoyer 2008). Alle diese Faktoren können die Studienergebnisse verfälschen und fallen teilweise unter sogenannte „Gaming“-Strategien. Die Hinweise für das Vorliegen solcher und anderer Effekte, die als Nebenwirkungen von P4P zu betrachten sind, werden weiter unten dargelegt. (siehe Teil C, 7).

Darüber hinaus spielen bei der Versorgung chronisch Kranker die folgenden besonderen Aspekte eine wesentliche Rolle, die sich auch in den bisher durchgeführten P4P-Projekten als problematisch erwiesen haben:

- Interferenzen mit anderen Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, insbesondere DMPs
- besondere Schwierigkeiten bei geriatrischen bzw. multimorbiden Patienten
- die besondere Bedeutung der Therapieadhärenz der Patienten und der langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung

Disease-Management-Programme (DMPs):

Die Gewinnung von Evidenz für die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen auf die Versorgungsqualität chronisch Kranker wird durch die oftmals zeitgleich eingeführten oder im Rahmen von P4P nochmals intensivierten Disease-Management-Programme (DMPs) erschwert. Die Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen (finanzielle und nicht-finanzielle) lässt sich dann kaum oder gar nicht mehr voneinander trennen. Aber auch das „Gesamtpaket“, z. B. ein „care coordination program“ mit P4P, muss nicht zwingend wirksam sein. Die quasi-experimentelle Longitudinalstudie von Fagan et al. (2010) ergab keine Evidenz für einen Benefit für Diabetiker durch das besagte Programm.

Die in Deutschland durchgeführten Disease-Management-Programme enthalten bisher praktisch keine P4P-Elemente. Daher sind sie nicht ausdrücklich Thema des vorliegenden Gutachtens. Im Hinblick auf zukünftige P4P-Bestrebungen ist zudem zu berücksichtigen, dass die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker durch DMPs in Deutschland umstritten ist. Beispielhaft seien die Veröffentlichung von Stock et al. (2010) und eine aktuelle Publikation der Techniker Krankenkasse (Linder et al. 2011) genannt. Stock et al. (2010) sehen positive Effekte des deutschen DMPs für Diabetiker im Hinblick auf die Mortalität sowie die Kosten für Arzneimittel und für Krankenhausaufenthalte. Dem steht eine aktuelle Untersuchung der Techniker Krankenkasse gegenüber, die durch eine Teilnahme am DMP für Typ-2-Diabetiker keinen klar erkennbaren medizinischen Nutzen nachweisen kann und das Programm als „nicht ausreichend effektiv“ ansieht.

Immerhin hat die Einführung der Disease-Management-Programme in Deutschland zu einer größeren Verbreitung von Behandlungsstandards geführt. Außerdem kann die Erfassung bestimmter Parameter mittlerweile als akzeptiert und etabliert angesehen werden. Die dadurch herbeigeführte Bewusstseinsänderung könnte zukünftig als Basis für einen Brückenschlag zwischen herkömmlichen Vergütungsformen und künftigen P4P-Vergütungsmodellen genutzt werden. Eine ungeprüfte Umwandlung von DMPs in P4P-Projekte kann aber auf der Basis der derzeitigen Erkenntnisse nicht empfohlen werden.

Geriatric/Multimorbidität:

Häufig werden Qualitätsindikatoren, die für die Messung der Versorgungsqualität eingesetzt werden, von nationalen oder internationalen Leitlinien abgeleitet. Liegen bei einem Patienten verschiedene chronische Erkrankungen gleichzeitig vor, wie dies bei geriatrischen Patienten häufig der Fall ist, so können Konflikte zwischen der Befolgung der vorhandenen Leitlinien für diese Erkrankungen auftreten (Bauer 2007) oder die Einhaltung aller Leitlinien führt zu einer für den Patienten schädlichen Polymedikation. Boyd et al. (2005) äußern in ihrer Untersuchung Bedenken hinsichtlich der Verwendung der herkömmlichen Leitlinien zur Qualitätsdefinition in P4P-Programmen, die geriatrische Patienten betreffen, weil Fehleinschätzungen und Qualitätsverschlechterungen die Folge sein könnten ("P4P on existing CPGs [Clinical Practice Guidelines] could lead to inappropriate judgement of the care provided to older individuals with complex comorbidities and could create perverse incentives that emphasize the wrong aspects of care for this population and diminish the quality of their care."). Diese Bedenken, die auch zu Akzeptanzproblemen bei der Einführung von P4P-Projekten führen können, sind insofern schwerwiegend, weil in der Regel ein hoher Prozentsatz der Patienten von Hausärzten die Kriterien der Multimorbidität erfüllt.

Therapieadhärenz und Arzt-Patient-Beziehung

Eine zentrale Rolle bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen spielt der Patient selbst, d. h. seine Bereitschaft, langfristig an der Therapie mitzuwirken und die gewählte Behandlung, z. B. die Einnahme bestimmter Medikamente, selbständig und zuverlässig durchzuführen. Insbesondere bei Erkrankungen, die initial keine Beschwerden hervorrufen, sondern erst nach vielen Jahren zu schwerwiegenden Komplikationen führen (z. B. arterielle Hypertonie oder Diabetes mellitus Typ 2), ist das Vertrauen in die ärztliche Beratung und damit die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung grundlegend für eine konsequente nachhaltige Befolgung der empfohlenen Maßnahmen. Die Schaffung sogenannter „Patient Centered Medical Homes“ (PCMH) in den USA oder die Etablierung der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland sollen u. a. diesem Sachverhalt Rechnung tragen. Eine langjährige Kenntnis des Patienten und ggf. seines familiären und sozialen Umfeldes („family doctor“) wird als Voraussetzung gesehen, um eine ganz auf dessen persönliche Situation zugeschnittene Behandlung gemeinsam erarbeiten und durchführen zu können, an der der Patient selbst aktiv mitwirkt.

Dolinar und Leininger (2006) sehen an dieser Stelle in P4P ein Instrument, das die Wahl des Patienten und die Autonomie des Arztes durch „zentralistische Vorgaben“ ersetze. Zudem werde eine personenbezogene Versorgung im o. g. Sinne dadurch unterminiert, dass die Betrachtung des Einzelnen zugunsten der anvisierten Leitlinien-Adhärenz aufgegeben werden müsse. Die „Definitionsmacht“ über das, was „gute medizinische Versorgung“ sei, dürfe nicht an

Versicherungsmanager und Regierungsbeamte abgegeben werden. Ähnlich äußern sich die Schreiber von Leserbriefen, die fragen, was der Staat zwischen Arzt und Patient zu suchen habe (Snyder und Neubauer 2007; Lowther 2008). Die als „Gängelung“ erlebten Vorgaben in P4P-Programmen würden die Arzt-Patienten-Beziehung schwächen und zu unproduktivem, strategischem Verhalten („unproductive gaming behaviour“) führen und damit letztlich zu einer Verschlechterung der Versorgung.

Auch das American College of Physicians befürchtet, dass P4P das Arzt-Patient-Verhältnis untergrabe und ein individuelles Eingehen auf die Patienten und damit eine „differenzierte“ Behandlung des Einzelnen unmöglich mache (Snyder und Neubauer 2007).

Weitere Störfaktoren der Arzt-Patient-Beziehung durch P4P werden darin gesehen, dass das Vertrauen der Patienten in die ärztliche Beratung sinke, wenn deutlich werde, dass von den Entscheidungen des Arztes sein Einkommen abhänge und dadurch beispielsweise auch ungerechtfertigte „Sparmaßnahmen am Patienten“ möglich erscheinen (Sulmasy et al. 2000). In einer Umfrage mit Beteiligung von über 1500 Ärzten fand es die Mehrzahl im Hinblick auf eine mögliche Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung bedenklich, ihren Patienten Informationen über ihre persönlichen finanziellen Motivationen mitzuteilen. Die Ärzte äußerten außerdem ethische Bedenken in Bezug auf Anreize, die eine Reduktion bestimmter Leistungen betreffen. Dieser Standpunkt lässt allerdings außer Betracht, dass auch ohne P4P das jeweilige Vergütungssystem Anreize bietet, die wirtschaftlicher Natur sind und damit eine nicht rein medizinische Motivation darstellen.

Die genannten Argumentationen sind gerade im hausärztlichen Bereich nicht selten und bedürfen der Berücksichtigung, wenn P4P-Instrumente eingesetzt und akzeptiert werden sollen (siehe Teil C, 9.5).

Ein weiteres Problem wird darin gesehen, dass Praxen in sozialen Brennpunkten bei Compliance-abhängigen Indikatoren schlechter abschneiden, da Patienten dort häufiger Kontrolluntersuchungen, Impfungen und Screenings fernbleiben (Ashworth et al. 2008; Friedberg et al. 2010). Hierdurch können Ungleichheiten durch P4P verstärkt werden. Die Abhängigkeit der ärztlichen Performance und damit die Abhängigkeit des Honorars von der Mitarbeit des Patienten wird von vielen als problematisch angesehen und als „ungerecht“ empfunden und muss als Akzeptanz-Hindernis insbesondere im hausärztlichen Setting Beachtung finden (Berg 2008). Andererseits kann die Fähigkeit, Patienten zu einer guten Mitarbeit zu motivieren, auch als Leistung gesehen werden. Diese Einschätzung birgt aber Fallstricke, wenn Patienten dadurch in bedrängte Situationen kommen sollten.

1.5 Evidenz von P4P im Krankenhausbereich

Auch im stationären Setting sind P4P-Initiativen inzwischen verbreitet. Nach Angaben von Mehrotra et al. (2009) zufolge gab es 2009 allein in den USA mehr als 40 „private sector hospital P4P programs“. Gleichzeitig liege aber nur begrenzte empirische Evidenz für die

Wirksamkeit dieser Projekte vor. Bei der in Teil A, 5.1 beschriebenen Suche nach hochwertigen Studien zu P4P fanden sich – im Gegensatz zur hausärztlichen Versorgung – keine Cochrane-Reviews, die sich speziell mit dem Thema P4P im Krankenhaus beschäftigt haben. Die zum Thema hausärztliche Versorgung zitierten Cochrane-Reviews (Tabelle 3) behandelten zwar nicht ausschließlich ambulante P4P-Projekte und haben die Auswirkungen von finanziellen Anreizen unabhängig vom Setting recherchiert. Es fanden jedoch in diese Cochrane-Reviews (Flodgren et al. 2011; Gosden et al. 2000) keine Studien bezüglich P4P im Krankenhaus Eingang. Es ist davon auszugehen, dass keine entsprechenden Studien verfügbar sind, die die Einschlusskriterien der Cochrane-Reviews erfüllt haben.

Die Aussagen, die im vorliegenden Gutachten zu P4P im Krankenhaussetting gemacht werden, stammen daher aus den verfügbaren Einzelstudien, Projektbeschreibungen und Übersichtsarbeiten.

Der oben zitierte Review (Mehrotra et al. 2009) fand acht Studien zu P4P-Projekten im Krankenhaus, die sich auf drei P4P-Initiativen in den USA bezogen, nämlich die Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID), das Hawaii Medical Service Association Hospital Quality Service and Recognition P4P Program und das Blue Cross Blue Shield of Michigan Participating Hospital Agreement Incentive Program.

1.5.1 Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID)

262 Krankenhäuser aus 38 US-Bundesstaaten nahmen an diesem freiwilligen Programm von CMS teil. Die Qualitätsmessungen bezogen sich auf fünf „Tracerkrankheiten“: akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, ambulant erworbene Pneumonie, koronare Bypassoperation sowie Hüft- und Kniegelenksersatz. Erfasst wurden ganz überwiegend Prozessindikatoren sowie einige wenige Ergebnisindikatoren (Mortalität, Wiederaufnahme, schwere Komplikationen). Das PHQID ist insofern ein besonders bemerkenswertes Projekt, weil es nach Mehrotra et al. (2009) das einzige evaluierte Projekt im Krankenhausbereich ist (bis 2009), dessen Daten mit einer Kontrollgruppe verglichen werden konnten.

Nach anfänglichem Enthusiasmus über die gemessene Qualitätsverbesserung nach einem Jahr (zw. 2003 und 2004) sind die später durchgeführten Untersuchungen nach zwei, drei und fünf Jahren weniger optimistisch, was die Wirksamkeit der finanziellen Anreize betrifft. Die Prozessqualität stieg bis 2005 mehr als bei den Vergleichskrankenhäusern, bei denen nur ein Public Reporting eingesetzt wurde (DeVore et al. 2010). Jedoch fand sich weder ein Beleg für die Wirksamkeit der finanziellen Anreize auf die risikoadjustierte 30-Tage-Letalität, die 60-Tage-Kosten oder die Langliegerrate (Ryan 2009b), noch auf die myokardinfarktbedingte Mortalität und die zusammengesetzten Scores in den ersten drei Jahren (Glickman et al. 2007). Die Tabelle 5 zeigt die Studien zum PHQID-Projekt.

Weiterführende Untersuchungen aus dem Jahre 2008 fanden keine Qualitätsverbesserung, die über diejenige der nicht teilnehmenden Krankenhäuser hinaus gegangen wäre (zeitlicher Trend, DeVore 2010). Diese Ergebnisse werden nochmals bestätigt durch eine Veröffentlichung von Werner et al. (2011): Fünf Jahre nach Programmbeginn war die Performance von

teilnehmenden Krankenhäusern und Krankenhäusern der Kontrollgruppe identisch.

Tabelle 5: Veröffentlichungen zur PHQID, sortiert nach Erscheinungsjahr

Autoren/ Jahr/ Titel	P4P-Projekt	Ergebnis	Land
Grossbart 2006. What's the return? Assessing the effect of "pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery.	Studie zu PHQID: erstes Jahr	Nach dem ersten Jahr war das „overall improvement“ der teilnehmenden Kliniken um 2,6 Prozentpunkte besser als das der Kontrollgruppe.	USA
Lindenauer et al. 2007. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement.	Studie zu PHQID: die ersten zwei Jahre	Prozessqualität bis 2005 stieg mehr als bei „gematchten“ Krankenhäusern ohne finanziellen Anreiz.	USA
Glickman et al. 2007. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction.	PHQID: Studie zu den ersten drei Jahren	Kein Beleg für Wirksamkeit der finanziellen Anreize auf die Myokardinfarkt-Mortalität und die zusammengesetzten Scores in den ersten 3 Jahren	USA
Ryan 2009b. Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare patient mortality and cost.	PHQID	Kein Beleg für Wirksamkeit von finanziellen Anreizen auf die risikoadjustierte 30-Tage-Letalität, 60-Tage-Kosten oder Langliegerate	USA
Ryan 2009a. Hospital-based pay-for-performance in the United States.	PHQID	Veränderungen des Qualitäts-Scores im wesentlichen durch Prozessparameter bedingt	USA
DeVore et al. 2010. Results from the first 4 years of pay for performance.	PHQID	Qualität bis 2008 stieg nicht mehr als bei Nicht-Teilnehmern Kein Hinweis auf Benachteiligung ländlicher Regionen	USA
Fairman und Curtiss 2010. Clinical quality indicators and provider financial incentives: does money matter?	PHQID	Aktuelle Zusammenfassung der P4P-Ergebnisse und Evidenz: Es liegen nicht genug fundierte Informationen vor, um zu wissen, wie P4P in der Praxis funktioniert. Dies sollte von allen, die P4P-Projekte umsetzen wollen, beachtet werden, um zu vermeiden, dass viel Geld für Programme ausgegeben wird, die sich dann als wenig erfolgreich herausstellen könnten. („high-level enthusiasm is not necessarily an indicator of high-quality evidence and P4P is no exception“)	USA

Autoren/ Jahr/ Titel	P4P-Projekt	Ergebnis	Land
Hospital Premier Fact Sheet 2010: https://www.cms.gov/HospitalQualityInits/35_HospitalPremier.asp - TopOfPage	PHQID	Beschreibung der Projektdetails	USA
Werner et al. 2011. The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement.	PHQID: Studie fünf Jahre	Nach anfänglich schnellerer Qualitätsverbesserung in der Projektgruppe kein Unterschied mehr in der „overall performance“ nach fünf Jahren.	USA

1.5.2 Blue Cross Blue Shield of Michigan Participating Hospital Agreement Incentive Program

Das zweite Projekt, zu dem Evaluationsstudien vorliegen, ist das Participating Hospital Agreement Incentive Program (PHA-Incentive Program), das Blue Cross und Blue Shield im Jahre 2000 in Michigan starteten.

Verbessert werden sollte die stationäre Versorgung von Herzinfarktpatienten. Erreichbar war ein bis zu 4 %iger Zuschlag zur DRG-Vergütung, wenn mindestens die mittlere Performance aller teilnehmenden Krankenhäuser (85 Krankenhäuser) erreicht wurde, wobei dieser Schwellenwert im Laufe der Jahre nur nach oben, aber – im Falle nachlassender Performance – nicht nach unten korrigiert wurde. Die absolut im Jahre 2004 erreichten Boni betragen für einzelne Krankenhäuser zwischen 30.000 US-Dollar und 4 Millionen US-Dollar. Abschläge gab es nicht.

Um zu prüfen, welche konkreten Veränderungen ein derartiges P4P-Programm bei den einzelnen Krankenhäusern auslöst, haben Reiter et al. eine Umfrage bei 20 ausgewählten Krankenhäusern durchgeführt. Diese ergab, dass 75 % der Krankenhäuser aufgrund des P4P-Programmes Struktur- oder Prozessveränderungen vorgenommen haben (Reiter et al. 2006). Ob damit der Nachweis erbracht wurde, dass die Institutionen dies als Reaktion auf die Einführung dieses P4P-Programms getan haben, bleibt dennoch fraglich, da es wiederum zahlreiche Interferenzen mit anderen Projekten, wie dem PHQID von CMS gab, sowie dem 2004 eingeführten verpflichtenden Quality-Reporting der Joint Commission. Dennoch ist festzustellen, dass Veränderungen initiiert werden können, auch wenn der Zusammenhang speziell zum finanziellen Anreiz nicht bewiesen wurde. Die Veränderungen schlugen sich auch in Qualitätsverbesserungen auf Indikatorebene nieder (Nahra et al. 2006), jedoch fanden Glickman et al. (2007) keinen signifikanten Unterschied beim Vergleich mit einer Stichprobe von Krankenhäusern, die nicht an diesem P4P-Programm teilnahmen (Matthes 2009).

Zum PHA-Incentive Program gibt es eine Cost-Effectiveness-Studie von Nahra et al. (2006), auf die beim Thema Kosteneffizienz (siehe Teil B, 1.10) eingegangen wird.

1.5.3 Hawaii Medical Service Association Hospital Quality Service and Recognition P4P Program

Dieses im Jahr 2001 für die Krankenhäuser auf Hawaii eingeführte P4P-Programm belohnte die Performance der Teilnehmer in Relation zum besten Krankenhaus. Im Fokus standen die Versorgung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt, klinische Komplikationen, die Aufenthaltsdauer nach Geburt und nach 18 häufigen operativen Eingriffen. Die Evaluation des Projektes erfolgte auf der Basis eines internen Vergleichs zwischen den Jahren 2001 und 2004 (Mehrotra et al. 2009; Berthiaume et al. 2006), wobei die Messwerte des Jahres 2001 als „Basisperformance“ dienten. Die Komplikationsrate nahm bei chirurgischen und geburtshilflichen Patientinnen um zwei Prozentpunkte ab und die Aufenthaltsdauer verringerte sich um 1, 2 Tage bei chirurgischen und um 0,4 Tage bei geburtshilflichen Eingriffen. Der Erfüllungsgrad der Scores stieg von 4,5 auf 6,5 von 10 möglichen Punkten. Verbesserungen waren auch bei der Patientenzufriedenheit zu verzeichnen. Einschränkend muss aber festgehalten werden, dass die Ergebnisse bis auf die Abnahmen der Verweildauer nicht statistisch signifikant waren, dass keine externe Kontrollgruppe zur Verfügung stand und die stationäre Verweildauer im allgemeinen Trend ebenfalls rückläufig war. Zudem ist die Bewertung in Relation zum „best performer“ bei Prozessindikatoren wie der ASS-Gabe bei Entlassung nach Myokardinfarkt wenig aussagekräftig.

Tabelle 6: weitere wichtige Krankenhausprojekte

Autoren/ Titel/ Jahr	Projekt	Ergebnis	Land
Mehrotra et al. 2009. Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? (Review)	<ul style="list-style-type: none"> • Hawaii Hospital Quality and Recognition P4P Program • PHA-Incentive Program • PHQID 	Review zum Thema P4P im Krankenhaus: Analyse von acht eingeschlossenen Studien	USA
Sautter et al. 2007. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program	PHA-Incentive Program	Krankenhäuser mit schlechten Ergebnissen, die die strukturellen Voraussetzungen für Qualitätsverbesserung erfüllten, hatten den größten Erfolg, wenn ihnen Anreize angeboten wurden.	USA
Nahra et al. 2006. Cost-effectiveness of hospital pay-for-performance incentives.	PHA-Incentive Program	In der Studie wird Kosteneffektivität bescheinigt, die Berechnungen basieren aber auf einer Reihe von Annahmen, die in der Zusammenschau Anlass für eine kritische Bewertung des Ergebnisses geben (siehe Teil B, 1.8)	USA

Autoren/ Titel/ Jahr	Projekt	Ergebnis	Land
Reiter et al. 2006. Hospital responses to pay-for-performance incentives	PHA-Incentive Program	Umfrage zu Veränderungen in Krankenhäusern als Reaktion auf ein P4P-Programm: Die Krankenhäuser reagieren unterschiedlich in Abhängigkeit von Faktoren, die über die reinen finanziellen Anreize hinausgehen.	USA
Stojic 2002. Michigan hospitals polish data to qualify for payment bonuses	PHA-Incentive Program	keine Studie; Bericht über das Programm und über Verbesserungen auf QI-Ebene	USA
Berthiaume et al. 2006. Aligning financial incentives with quality of care in the hospital setting.	Hawaii Hospital Quality and Recognition P4P Program	Ergebnisse der ersten vier Jahre: Verbesserungen hinsichtlich Komplikationsraten und Verweildauer für einige chirurgische Maßnahmen	USA
Murray 2009. Setting hospital rates to control costs and boost quality: the Maryland experience. The state's all-payer system has kept hospital cost growth well below the national trend – and could be replicated elsewhere	Quality-based-reimbursement im Rahmen des Maryland all-payer hospital payment systems	Vorteile einer All-Payer Initiative	USA

1.5.4 “All-Payer Maryland-Experience”

(Phase1: QBR: Quality-based Reimbursement; Phase 2: MHACs: Maryland Hospital Acquired Conditions; Phase 3: Preventable Readmissions)

Dieses Projekt entspricht vom Konzept her anderen Projekten zur Qualitätsverbesserung im Krankenhaus und zur Reduktion vermeidbarer Komplikationen und vermeidbarer stationärer Wiederaufnahmen, wie z. B. denen von CMS. Es ist eine Besonderheit des Programms und eine Tradition in Maryland, dass eine übergeordnete Institution, die Health Services Cost Review Commission (HSCRC), gemeinsam für alle Versicherungen die Vergütung von Krankenhausleistungen in ganz Maryland regelt. Dadurch gelten für die Krankenhäuser in dieser Region dieselben Bedingungen in Bezug auf Qualitätsvorgaben und Bezahlung, egal bei wem die Patienten versichert sind. Eine weitere Besonderheit ist, dass das Programm auch die Kosten für die Versorgung von Nicht-Versicherten mit einbezieht. („Hospitals therefore have a financial incentive to treat all patients.” (Murray 2009)). Dies ermöglicht den Zugang zur stationären Versorgung für alle Menschen in Maryland.

Seit 2008 wurde ein P4P-Programm etabliert, das die Krankenhausqualität mit 19 Prozessindikatoren, sowie die Rate vermeidbarer Komplikationen und stationärer Wiederaufnahmen misst. Als Vorteile des Projekts gelten die einheitlichen Regeln, die Unabhängigkeit der HSCRC von Partikularinteressen sowie die

Erfahrung, dass die koordinierende Rolle des Staates hilfreich sein und zu mehr Effektivität beitragen kann. Seit Einführung der HSCRC konnte jedenfalls der Kostenanstieg im Gesundheitswesen in Maryland von Ausgangswerten weit über dem Durchschnitt auf unterdurchschnittliche Werte gesenkt werden (Murray 2009). Allerdings bestand das HSCRC schon deutlich vor dem Beginn des P4P-Projektes, so dass die Kostenkontrolle vornehmlich auf die „All-Payer-Initiative“ zurückgeführt werden kann.

1.5.5 Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Payment Framework

Hierbei handelt es sich um ein vom NHS in England entworfenes Programm für die Qualitätssicherung im stationären Bereich, das in Anlehnung an die Premier Hospital Quality Incentive Demonstration seit 2007 einen Rahmen vorgibt, in dem auf lokaler und regionaler Ebene Qualitätsverbesserungsmaßnahmen gefördert werden sollen (Maynard und Bloor 2010) (siehe auch folgenden Link: [The Commissioning for Quality and Innovation \(CQUIN\) payment framework](#)). In diesem Rahmen sind P4P-Projekte möglich. Darüber, inwieweit sie tatsächlich durchgeführt oder geplant werden, liegen keine Informationen vor.

1.5.6 Non-Pay-for-Non-Performance

Im Rahmen der Diskussion um Fragen der Patientensicherheit, die durch die Veröffentlichung der Studie „To Err Is Human“ (Institute of Medicine of the National Academies (IOM) 1999) angestoßen wurde, griff man das Konzept auf, Komplikationen und Krankenhausaufenthalte, die aufgrund von vermeidbaren Behandlungsfehlern auftreten, nicht mehr zu bezahlen. Dadurch sollen die Versorger nicht mehr für schwere, vermeidbare und durch sie selbst verursachte Komplikationen zusätzlich bezahlt werden. Obwohl dieser Ansatz grundsätzlich auf alle Sektoren anwendbar ist, wurde er zunächst im Krankenhaus-Setting verwirklicht und wird daher in diesem Kapitel abgehandelt.

1.5.6.1 CMS Never Events und CMS Non-Coverage Wrong-Site Surgeries

CMS hat sein erstes Non-Pay-for-Non-Performance-Projekt im Jahre 2007 begonnen („CMS Never Events“ (Mattie und Webster 2008; Wharam et al. 2009)). Zunächst gab es für die Behandlung von acht definierten Komplikationen kein Geld mehr, ab 2009 kamen weitere 10 Komplikationen hinzu. Ein weiteres Projekt „CMS Non-Coverage Wrong-Site Surgeries“ startete im Januar 2009. Zu keinem der Projekte liegen Evaluationsergebnisse vor, so dass keine Aussagen über eventuelle Effekte gemacht werden können.

1.5.6.2 Das Deutsche DRG-System

Auch im Rahmen des DRG-Systems in Deutschland werden die Kosten für stationäre Wiederaufnahmen bei Vorliegen einer Komplikation, die durch einen kürzlich vorausgegangenen stationären Aufenthalt verursacht wurde, nicht von den Krankenkassen übernommen. Diese Regelungen werden nur selten als Maßnahme zur

Qualitätsverbesserung eingeordnet, sondern in der Regel als Mittel angesehen, um Mehrkosten von größeren Komplikationen vom verantwortlichen Krankenhaus tragen zu lassen. Im Rahmen der Gutachtenrecherche nach P4P-Projekten konnte keine Studie ermittelt werden, die untersuchte, welche Effekte diese Regelung auf die Qualität der Versorgung hat.

1.5.6.3 Non-Pay und Malus bei Prozessindikatoren

Non-pay-for-Non-Performance könnte auch auf Prozessindikatoren angewandt werden, z. B. in Form von Sanktionen bei Nichtbefolgen von Sicherheitsmaßnahmen (z. B. „failure to develop policies to ensure medication is safely used“ (Benchmarks and Quality Improvement 2008). Arnold Schwarzenegger hat 2006 in Kalifornien ein Gesetz unterschrieben, das für Verfahrensfehler, die die Gesundheit von Patienten unmittelbar gefährden („violation that constitutes immediate jeopardy to a patient’s health and safety“), Strafen von bis zu 25.000 US-Dollar vorsieht. Diese Strafen können vom California Department of Public Health verhängt werden.

1.5.7 P4P in der stationären Rehabilitation

Unter dem Stichwort Rehabilitation hat unsere P4P-Literaturrecherche insgesamt nur 20 Quellen ergeben.

Vier Artikel beziehen sich auf die Umstellung der Vergütung von Reha-Kliniken in den USA auf prospektive Vergütung im Jahre 2003, nachdem zuvor ein jährlicher Kostenanstieg von 17 % über Jahre hinweg von Medicaid nicht mehr als akzeptabel angesehen worden war. In drei Studien wird über die Zeit bis 2010 die Kosteneffizienz nach Vergütungsumstellung („financial performance“) analysiert, wobei eine Verkürzung der Liegezeiten und eine Steigerung der Profitabilität festzustellen war. Da keine patienten- oder versorgungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemessen wurden, kann ein Bezug zu einer verbesserten oder zumindest gleichbleibenden Versorgungsqualität nicht hergestellt werden. Allerdings konnten Verhaltensänderungen der Managementebene beobachtet werden, wenn durch die finanziellen Anreize eine Klinik in die Gewinnzone kommen konnte (McCue und Thompson 2006; Thompson und McCue 2010; Harrison und Kirkpatrick 2011).

Eine Reha-Klinik hat im Rahmen dieser Vergütungsumstellung eine Umstrukturierung hin zu Patienten-zentrierten Teams vorgenommen und im Zusammenhang damit ein P4P-Programm für ihre Angestellten entwickelt (Smith 2004). Individuell festgelegte Ziele sind mit vierteljährlichen Bonuszahlungen verknüpft. Wesentlicher Programmbestandteil ist ein persönliches Feed-back von einem Supervisor. Das Programm wird in der vorliegenden Publikation leider nur subjektiv beschrieben und nicht ausgewertet, so dass auch der Erfolgsbericht auf Erzählebene stattfindet und keine wissenschaftlichen Aussagen zulässt.

Ein weiterer Artikel betrifft ein P4P-Projekt (Ergebnisabhängige Vergütung von Berufsberatern/Sozialarbeitern) zur beruflichen Wiedereingliederung von psychisch Kranken in New York (Gates et al. 2004). Eine weitere Quelle beschreibt ebenfalls ein Projekt zur Rehabilitation von psychisch Kranken mit

„Doppeldiagnose“ (Sucht und psychiatrische Diagnose) und setzt Anreize für Patienten, an bestimmten Rehabilitations-Modulen teilzunehmen (Reno 2001).

Das Modellprojekt ERGOV: Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall wurde bereits in Teil A, 6.3.9, deutsche Projekte, ausführlich beschrieben.

1.5.8 Prädiktoren für ein Ansprechen von Krankenhäusern auf finanzielle Incentives

Auch wenn, ähnlich wie im ambulanten Bereich, die Wirksamkeit von Pay-for-Performance im stationären Setting allenfalls „auf Indikatorebene“ nachzuweisen ist, so können doch bestimmte Hinweise aus Studien und Projektbeschreibungen genutzt werden, um Prädiktoren zu sammeln, die für oder gegen ein „Ansprechen“ von Krankenhäusern auf finanzielle Anreize sprechen.

Tabelle 7 fasst die Ergebnisse zusammen, die anschließend im Text näher erläutert werden.

Tabelle 7: Prädiktoren für ein Ansprechen von Krankenhäusern auf finanzielle Anreize

Prädiktor	Positiver Effekt zu erwarten	Kein Effekt oder negativer Effekt zu erwarten	Autoren/ Jahr
Konkurrenzsituation	Keine Konkurrenz: Krankenhäuser ohne Konkurrenz sprechen mehr auf finanzielle Anreize als auf Public Reporting an	Viel Konkurrenz: Public Reporting in der Regel ausreichend bzw. wirkungsvoller	Werner et al. 2011; Baker et al. 2003
Verhandlungsschwerpunkt der Versicherungen	Qualitätsbasiert	Kostenbasiert	Reiter et al. 2006
Sonstige Marktumgebung		Vergrößerung von Disparities durch „Bestrafung“ von Krankenhäusern in sozialen Brennpunkten (schlechtere Patientencompliance)	Karve et al. 2008 ; Werner et al. 2008
(Finanzielle) Ressourcen	Gute Ressourcen: Investitionen für Verbesserungen möglich oder Strukturen bereits vorhanden	Schlechte Ressourcen: keine Investitionen in qualitätsverbessernde Maßnahmen möglich	Sautter et al. 2007; Reiter et al. 2006
Baseline-Performance	Schlechte – mittelmäßige Baseline-Performance (besonders bei Anreizen für eigene Verbesserung)	Ganz schlechte Baseline-Performance (meist Zeichen für fehlende Ressourcen) oder Sehr gute Baseline-Performance (keine Verbesserung möglich)	Werner und Dudley 2009

Prädiktor	Positiver Effekt zu erwarten	Kein Effekt oder negativer Effekt zu erwarten	Autoren/ Jahr
Grundhaltung der Institution (Managementebene)	Positive Grundhaltung des Managements zu Qualitätsinitiativen und diesbezügliche Unterstützung und Ressourcenbereitstellung	Indirekt negative Signale des Managements bezüglich Qualitätssicherung und gegenläufige Anforderungen an die Mitarbeiter Beispiel: Wenn ein hoher Bonus für bestimmte Aspekte der Patientenzufriedenheit ausgelobt wird, jedoch die Managementebene im Widerspruch dazu die Parole ausgibt, es müsse schneller gearbeitet werden und „nett“ sein sei zweitrangig, dann spiegelt das Ergebnis die Grundhaltung des Managements egal wie hoch der Bonus ist.	Rodriguez et al. 2009; Reiter et al. 2006
Höhe des finanziellen Anreizes	Anreizhöhe deckt Kosten für P4P-Programm bedingte Investitionen (größere Chance auf Return-on-Investment für das Krankenhaus)	Anreizhöhe deckt Investitionskosten nicht (Negativ-Bilanz trotz erreichter Qualität)	Bauer 2007; Health IT 2006
Strategische Ausweichmöglichkeiten zur Einkommensoptimierung (Gambling)	Im Vorfeld beachtet und ausgeschlossen	Im Vorfeld nicht beachtet	Kahn et al. 2006

Auf jeden Fall kann festgestellt werden, dass Krankenhäuser sehr sensibel auf Systemveränderungen in den Vergütungen mit Veränderungen ihrer Strukturen und Prozesse reagieren. Byrnes und Fifer (2010) haben „Recommendations for responding to changes in reimbursement policy“ veröffentlicht, die Hinweise geben, wie Krankenhäuser finanzielle Einbußen vermeiden können, indem sie entsprechende Veränderungen vornehmen, die sich positiv auf die geforderte Qualität (Verringerung von Readmissions usw.) auswirken.

Eine wichtige Rolle wird aber auch der Marktumgebung des Krankenhauses zugesprochen. Krankenhäuser, die sich in starker Konkurrenz zu anderen Krankenhäusern befinden, reagieren auch ohne zusätzlichen finanziellen Anreiz auf die Veröffentlichung von Qualitätsdaten und vergleichende Darstellungen mit ihren Konkurrenten. Bei Häusern ohne lokale Konkurrenz ist dies eher nicht der Fall.

Dies belegt eine Studie aus dem Jahre 2003, die gezeigt hat, dass sich die Marktanteile von „high mortality hospitals“ trotz Public Reporting nicht geändert haben; bis auf ein Krankenhaus trat auch keine Verbesserung über einen Zeitraum von sechs Jahren (1992-1997) ein. Dies mag daran liegen, dass Qualitätsberichte zumindest damals wenig öffentliche Aufmerksamkeit erhielten und dass die Versicherer oft die Entscheidung ihrer Zusammenarbeit mit einem

Krankenhaus eher auf Basis der Kosten als auf der Basis von Qualitätsdaten treffen. Allerdings hat die Untersuchung auch gezeigt, dass die Mehrheit der Krankenhäuser mit sehr hoher Mortalität eher in Gegenden lagen, in der es innerhalb einer größeren Distanz keine konkurrierenden Einrichtungen gab (Baker et al. 2003). Hier könnte ein finanzieller Anreiz eine zusätzliche Option zu Benchmarking und Public Reporting sein (Werner et al. 2011).

Um überhaupt Qualitätsverbesserungen in Angriff nehmen zu können, brauchen die Krankenhäuser finanzielle Reserven oder die Aussicht auf ausreichend hohe Anreize, um Investitionen tätigen zu können. Diese Aussagen stehen in Einklang mit dem Ergebnis, dass sehr schlechte Krankenhäuser häufig nicht in der Lage sind, trotz P4P ihre Qualität zu verbessern, weil ihre finanzielle Grundausstattung nicht ausreicht, um entsprechende Maßnahmen zu finanzieren. Am besten sprechen Krankenhäuser auf P4P an, die eine niedrige Baseline-Performance bei guten Ressourcen haben. Hier ist der Verbesserungsbedarf ersichtlich und die Basis für Veränderung gegeben. High-Performer haben bereits einen entsprechenden Qualitätsfokus und werden in der Regel durch ihre hervorragenden Ergebnisse belohnt. Sie verfügen über Strukturen und Prozesse, die sie für weitere Verbesserungen nutzen können. Zusätzliche finanzielle Anreize haben hier in der Regel keinen großen zusätzlichen Effekt (Werner et al. 2011, Reiter et al. 2006).

Zu bedenken bleibt, dass auch ohne P4P nachweisbare Qualitätsverbesserungen zu erzielen sind, z. B. über Feedback, Benchmarking, Weiterbildung (Edukation) oder die Verbesserung von Abläufen durch entsprechende IT-Unterstützung etc. (Butler et al. 2006). Krankenhäuser mit sehr gutem Bilanzergebnis sind dabei unempfindlicher gegen finanzielle Anreize als solche mit wirtschaftlichen Problemen. Finanzielle Sanktionen erscheinen dort sinnvoll, wo Krankenhäuser mit anhaltend schlechten Ergebnissen in konkurrenzfreien Gebieten liegen, da sie dort bislang nicht durch die Steuerungseffekte von Public Reporting erreicht wurden. Hervorragenden Krankenhäusern kann mit zusätzlichen Anreizen die Finanzierung aufwändigerer Versorgung z. B. mit höherer Patientensicherheit ermöglicht werden, und zwar nur dann, wenn sie damit auch beste Ergebnisse liefern.

1.5.9 Fazit: P4P im Krankenhaus

Qualitätsverbesserungen unter P4P sind, wenn überhaupt, letztlich nur auf der Ebene der Qualitätsindikatoren nachzuweisen. Aber auch die hierbei gemessenen Verbesserungen sind mit Vorsicht zu betrachten, da in den meisten Projekten vorwiegend Prozessindikatoren und kaum Ergebnisindikatoren zum Einsatz kommen und ein Zusammenhang zu den Clinical Outcomes nur selten hergestellt wird. Eine – beispielhaft erwähnte – Untersuchung von Bhattacharyya et al. (2009) zur Messung von Qualität im Krankenhaus im Rahmen eines P4P-Programms von CMS zum Hüft- und Kniegelenksersatz kommt zum Schluss, dass die Möglichkeiten, die Krankenhausqualität zu messen, sehr beschränkt waren. Zumeist handelte es sich um Prozessindikatoren. Ein komplexer Score zeigte keine reduzierten Komplikations- oder Mortalitätsraten. Es wurde beklagt, dass die Qualitätsindikatoren des P4P-Programms von CMS nur begrenzt valide sind, da sie eine niedrige Diskriminationsfähigkeit haben, die Indikatoren

insgesamt unausgewogen sind und mit den wichtigen klinischen Ergebnisparametern nur wenig korrelieren (Bhattacharyya et al. 2009).

1.6 Langzeiterfahrungen mit P4P

Pay-for-Performance-Projekte gibt es seit den 1990er Jahren, vor allem im englischen Sprachraum. Mit dem Quality and Outcomes Framework und dem P4P-Projekt der Integrated Healthcare Association wurden in England und den USA ab 2004/2005 umfangreiche ambulante P4P-Projekte initiiert. Diese Projekte und die dazu verfügbaren Evaluationsergebnisse sind in Teil B, 1.4.2.1 und 1.4.2.3 ausführlich dargestellt. Die P4P-Projekte im stationären Bereich begannen sogar schon früher, im Jahre 2000 (PHA-Incentive Program, Teil B, 1.5.2) und 2001 (Hawaii, Teil B 1.5.3), so dass mittlerweile für einzelne Projekte Auswertungen über fast 10 Jahre vorliegen.

Hinsichtlich der Langzeiterfahrungen kann zusammenfassend festgestellt werden, dass überwiegend nach anfänglichem Enthusiasmus über Qualitätsverbesserungen ein Ceiling-Effekt eintrat, d.h. es wurden keine weiteren Verbesserungen erzielt, wobei in den Fällen, in denen es zeitgleiche Kontrollgruppen gab, meist ähnliche Verbesserungen auch bei nicht an den P4P-Projekten teilnehmenden Versorgern festzustellen waren (zeitliche Trends). Im IHA-Projekt wurden zwar Verbesserungen nachgewiesen, jedoch konnte trotz der finanziellen Anreize der nationale Durchschnitt der Qualitätsergebnisse nicht erreicht werden.

Festgestellt werden konnte auch, dass sich bei Wegnahme der finanziellen Anreize oft die Ergebnisse wieder verschlechterten, so dass man nicht automatisch von einer dauerhaften Etablierung von Prozess- und Verhaltensänderungen durch P4P bei den Versorgern ausgehen kann. Auch muss damit gerechnet werden, dass sich die Versorger langfristig nicht nur in ihren qualitätsverbessernden Maßnahmen an die Programme anpassen, sondern auch hinsichtlich vergütungsoptimierender strategischer Verhaltensweisen. So können z. B. Krankenhäuser im Voraus berechnen, bezüglich welcher Indikatoren sich bei ihrem speziellen Patientengut eine Zielerreichung lohnt und bei welchen nicht (siehe auch Tabelle und Kahn et al 2006).

Auf die Frage, welche Interventionen sich für die langfristige Planung von P4P-Projekten eignen und welche nicht, wird in Teil C, 9.2 näher eingegangen.

1.7 Regionale Versorgungsstrukturen

Patientenversorgung in regionalen Versorgungsstrukturen impliziert die Verzahnung und Koordination von für die Versorgung notwendigen Abläufen. Ziel regionaler Versorgungsstrukturen ist die Überwindung der sektoralen Schranken oder wenigstens die Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Sektoren. Dies ist insbesondere bei langen Krankheitsverläufen, wie sie typischerweise bei chronischen Erkrankungen auftreten, von großer Bedeutung.

Wie bereits in Teil A, 6.2.8 am Beispiel des Prometheus-Payment-Modells aufgezeigt wurde, gibt es P4P-Projekte, die gezielt mittels finanzieller Anreize die sektorenübergreifende Versorgung verbessern wollen. In den USA wird nach in Kraft treten des Patient Protection and Affordable Care Acts die regionale sektorenübergreifende Zusammenarbeit unter der Bezeichnung Accountable Care Organizations (ACOs) gefördert (siehe Teil A, 6.2.9). Freiwillige Zusammenschlüsse von Versorgern können gemeinsame Budgetverantwortung übernehmen und auf der Basis von Shared Savings Modellen an Einsparungen zu partizipieren.

Auch in Deutschland können solche Projekte im Rahmen von IV-Verträgen und unter Verwendung von P4P-Instrumenten stattfinden (siehe Teil A, 6.3.3). Bei der Durchführung müssen aber die Besonderheiten solcher Projekte in der Projektgestaltung berücksichtigt werden.

Für die Gestaltung der Vergütung muss die Verantwortlichkeit für den Versorgungsprozess oder Teile desselben geklärt sein (siehe Teil C 3.3.2) sowie die Aufteilung von Gewinnen und Bonuszahlungen.

Problematisch kann auch sein, dass Einsparungen, die von einem der beteiligten Versorger erzielt werden, für einen anderen an der Versorgerkette beteiligten finanzielle Einbußen bedeuten können. So kann die Vermeidung stationärer Aufenthalte durch bessere ambulante Versorgung zu abnehmenden Fallzahlen in den beteiligten Krankenhäusern führen, wobei die Beteiligung an den Einsparungen die dadurch entstehenden Verluste nicht immer aufwiegen dürfte.

Die freiwillige Teilnahme wird den Zusammenschluss hochmotivierter und ausgezeichneter Versorger begünstigen. Dies macht eine Verbesserung der „schlechten“ eher unwahrscheinlich. Ob diese dann aber ohne weitere Sanktionen aus dem Markt fallen, ist fraglich. Die alleinige Förderung solcher exzellenter freiwilliger Kooperationen dürfte nicht ausreichen, um die gesamte Versorgung auf ein hohes Niveau zu heben (Siehe Teil C, 7.1).

1.8 Aktuelle Ergebnisse (2010 und 2011)

Neben den oben dargestellten Cochrane-Reviews und den darin eingeschlossenen Studien haben die Literatursuche und andere Hinweise (Schneeballsystem, Internetrecherche) zahlreiche weitere Quellen geliefert, die sich mit der Frage der Wirksamkeit von P4P im ambulanten und stationären Bereich beschäftigt haben. Da diese überwiegend bereits von der zitierten Literatur berücksichtigt wurde, oder keine darüber hinaus gehenden Erkenntnisse erbracht haben, konzentriert sich das Gutachten an dieser Stelle besonders auf die Darstellung möglichst aktueller Quellen (ab 2010) und die Frage, ob und ggf. welche neuen Erkenntnisse hinsichtlich der Wirksamkeit von P4P verfügbar sind.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass auch die neueren Studien keine wesentlich anderen Ergebnisse liefern als bisher beschrieben.

In Tabelle 8 sind Veröffentlichungen aus den Jahren 2010 und 2011 aufgelistet, die überwiegend neuere Evaluationsergebnisse der bereits beschriebenen P4P-Projekte enthalten. Die Ergebnisse zeigen wiederum geringe oder fehlende Evidenz für die Wirksamkeit finanzieller Anreize.

Tabelle 8: Aktuelle Studien (2010 bis Januar 2012)

Autoren/ Jahr/ Titel	Leistungsbereich/ "Verbesserungsziel"	Ergebnisse	Land
Hausärztlicher Bereich			
Dalton et al. 2011. Exclusion of patients from quality measurement of diabetes care in the UK pay-for-performance programme.	Studie zu Exception Rules in QOF	Patienten, die aus dem Programm ausgeschlossen wurden, erreichten die Therapieziele seltener und gehörten häufiger einer benachteiligten Schicht an. Der erlaubte Ausschluss von Patienten könnte „health disparities“ verschlechtern	UK
Serumaga et al. 2011. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study.	Studie zur Hypertoniker-Versorgung in QOF	Veränderungen in der Blutdrucküberwachung und -kontrolle oder der Intensivität der Behandlung konnten nicht P4P zugeordnet werden. P4P hatte keinen Effekt auf die kumulative Inzidenz von Schlaganfall, Myokardinfarkt, Nierenversagen, Herzversagen oder Sterblichkeit der Patientengruppen.	UK
Alshamsan et al. 2010. Has pay for performance improved the management of diabetes in the United Kingdom?	Studie zur Diabetiker-Versorgung in QOF	Das Management von Diabetes wurde durch QOF verbessert, aber diese fielen inhomogen je Patientengruppe aus. Jedoch könnten Ungleichheiten der Versorgung verringert worden sein. Die Autoren geben an, dass weitere Forschung nötig ist.	UK
Oluwatowoju et al. 2010: Improvements in glycaemic control and cholesterol concentrations associated with the Quality and Outcomes Framework: a regional 2-year audit of diabetes care in the UK	Studie zur Diabetikerversorgung unter QOF	2006 und 2008 konnte eine Verbesserung der Ergebnisse beim Management von Hyperglykämie und Hypercholesterinämie bei Patienten mit Diabetes mellitus nachgewiesen werden.	UK
Checkland und Harrison 2010: The impact of the Quality and Outcomes Framework on practice organisation and service delivery: summary of evidence from two qualitative studies	Zusammenfassung von zwei Studien in vier Praxen zu Auswirkungen von QOF auf die Organisation	Es gibt viele signifikante Veränderungen der Praxisorganisation und in Erbringen der Leistungen (z. B. Ablauf/Organisation, IT, Zusammenarbeit im Team).	UK

Autoren/ Jahr/ Titel	Leistungsbereich/ "Verbesserungsziel"	Ergebnisse	Land
Chen et al. 2010. Impact of a pay-for-performance program on low performing physicians.	Studie aus PPO Hawaii P4P Program	Low-Performer verbesserten sich dramatisch in den Programm-Jahren eins und zwei mit und ohne P4P. Die Gruppe ohne finanziellen Anreiz erreichte ihre maximale Verbesserung früher als die Interventionsgruppe und zeigte im Gegensatz zu dieser in den Jahren drei und vier dann keine weitere Verbesserung	USA
Coleman 2010. Do financial incentives for delivering health promotion counselling work? Analysis of smoking cessation activities stimulated by the quality and outcomes framework.	Studie zur Raucherentwöhnung in QOF	Die finanziellen Anreize haben insbesondere die Dokumentationshäufigkeit der Beratungsaktivitäten erhöht; darüber hinaus kein weiterer Effekt feststellbar.	UK
Fagan et al. 2010. Chronic Care Improvement in Primary Care.	Primary Care Quasi-experimentelle Longitudinal-Studie	Keine Evidenz für Nutzen für Diabetiker durch Care-Coordination-Program mit P4P	USA
Gavagan et al. 2010. Effect of Financial Incentives on Improvement in Medical Quality Indicators for Primary Care.	Primary Care Quasi-experimentelle Studie	Keine Evidenz für einen klinisch signifikanten Effekt von finanziellen Anreizen hinsichtlich präventiver Leistungen	USA
Peckham und Wallace 2010. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt?	Literaturstudie zu QOF	Evidenz ist begrenzt; unklar, ob Outcomes verbessert werden (Ergebnisse der Studie ähnlich mit denen des Reviews von Steel und Willems 2010).	UK
Krankenhausbereich			
Brackbill et al. 2010. Intervention to increase the proportion of acute myocardial infarction or coronary artery bypass graft patients receiving an order for aspirin at hospital discharge.	Krankenhaus ASS-Verordnung bei Entlassung nach akutem Herzinfarkt oder Bypass Operation	Weiterbildung und vorbereitete Rezepte in der Patientenkartei erhöhten die Verschreibung von ASS bei Patienten nach Bypass-Operation, aber nicht bei Patienten nach akutem Herzinfarkt	USA

Autoren/ Jahr/ Titel	Leistungsbereich/ "Verbesserungsziel"	Ergebnisse	Land
Blustein et al. 2010. Hospital performance, the local economy, and the local workforce: findings from a US National Longitudinal Study	Krankenhaus	Medicares P4P-Programme für Krankenhäuser könnten regionale Ungleichheiten verstärken, wenn sie wie geplant umgesetzt werden Eine Analyse des VBP-Programms ergab, dass Krankenhäuser in benachteiligten Regionen sich unter P4P nicht verbessern konnten.	USA
Peabody et al. 2011. Financial incentives and measurement improved physicians' quality of care in the Philippines.	Projekt der Philippine Health Insurance Cooperation, Krankenhaus Studie, ob finanzielle Anreize eine Verbesserung der medizinischen Versorgung in Krankenhaus bewirken.	„Theoretisches Projekt“, in dem die Performance der Ärzte anhand von fiktiven Patientenfällen gemessen wurde. Unter diesen Bedingungen konnten sowohl Boni für die behandelnden Ärzte (bis zu 5 % des Gehalts), als auch Anreize auf Systemebene die Ergebnisse im Vergleich zur Kontrollgruppe verbessern. Die Aussage ist aufgrund des theoretischen Charakters der Studie begrenzt.	Philippinen
Chen et al. 2011. Does pay for performance improve cardiovascular care in a "real-world" setting?	P4P-Programm der Hawaii Medical Service Association Studie, ob P4P die Outcomes von Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen verbessern kann.(Jahre 2000 bis 2006)	Patienten, deren Ärzte an P4P teilnehmen, erhalten mit größerer Wahrscheinlichkeit qualitativ gute Versorgung als Patienten, deren Ärzte nicht an P4P teilnehmen (seltener neue kardiale Ereignisse, weniger stationäre Aufenthalte, besser kontrollierte Lipidlevel). Die Kontrollgruppe bestand aus den nicht-teilnehmenden Ärzten und war daher relativ klein, da zwischen 87 % (2000) und 98 % (2006) am Projekt teilnahmen.	USA

1.9 Limitationen von Studien

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass fast alle Studien zur Wirksamkeit von P4P mindestens eine, meist aber mehrere der folgenden Limitationen enthalten:

- Keine Vergleichsgruppe
- Keine Berücksichtigung zeitlicher Trends
- keine klare Abgrenzung der Auswirkungen des finanziellen Incentives von den Auswirkungen anderer qualitätsfördernder Maßnahmen, wie Leitlinien-Implementierung, Feedback, Einführung von Disease-Management-Programmen etc.
- fehlende Datenvalidierung
- Sehr kleiner beforschter „Versorgungsausschnitt“ („nur“ bestimmte Impfung, ein Screening, Beratung zur Raucherentwöhnung o. ä.)
- überwiegend Prozess- und Strukturindikatoren, kaum Ergebnisse zu „harten“ Outcomes, keine Aussagen zu „Population Health“.

1.10 Die Kosteneffektivität von P4P (Evidenz)

Zahlreiche P4P-Projekte stellen das Anliegen in den Vordergrund, den stetigen Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen zu verringern, ohne einen Verlust an Versorgungsqualität hinnehmen zu müssen.

Der beste Ansatz wäre dabei, nicht nur Einsparungen ohne eine Qualitätsverschlechterung zu erreichen, sondern die Einsparungen u. a. auch durch eine Steigerung der Versorgungsqualität zu erzielen. Während die schon länger bestehenden „Gainsharing“-Projekte eher das Sparen durch Vermeidung von „Verschwendung“ und Effizienzsteigerung durch Optimierung von Abläufen anstreben, wird das Ziel Kostendämpfung durch Qualitätsverbesserung häufiger im sog. „Shared-Savings“-Ansatz verfolgt. Hierbei werden die errechneten Einsparungen, die durch eine Qualitätsverbesserung (z. B. durch Vermeidung von Komplikationen) oder eine Effizienzverbesserung möglich wurden, anteilig als Bonus/Anreiz ausgezahlt. Die Übergänge zwischen Gainsharing und Shared-Savings sind fließend.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass Kosten auf unterschiedlichen Ebenen entstehen können und Einsparungen nicht unbedingt auf derselben Ebene zum Tragen kommen. Im Hinblick auf die Motivation von Versorgern, in Qualitätsverbesserungen zu investieren, kann dabei problematisch sein, dass diejenigen, die die Kosten für eine Qualitätsverbesserung zu tragen haben, nicht unbedingt dieselben sind, die langfristig von den qualitätsbedingten Einsparungen profitieren (Ovretveit 2009). Insbesondere bei präventiven Maßnahmen oder langfristigen Outcomes zeigen sich die Einsparungen ggf. erst viel später und auf Population-Health-Ebene und können für Shared-Savings nicht eingesetzt werden. Hier könnten z. B. Intermediate-Outcome-Indikatoren (siehe Teil C, 3.3.4) im Rahmen eines P4P-Programmes zwischen den verschiedenen Ebenen vermitteln.

Aufgrund der o. g. Gesichtspunkte werden die Kosten im Rahmen von P4P auf folgenden Ebenen betrachtet:

1.10.1 Kosten für Versorger

Bei einer freiwilligen Teilnahme an P4P-Projekten stellen sich die Versorger die Frage, ob sich für sie die Investitionen, die durch die Teilnahme entstehen, auch auszahlen werden.

Auch bei reinen Bonusprogrammen wird von Versorgerseite oft berichtet, dass ein Zugewinn an Einkommen auch bei optimaler Zielerreichung aufgrund der Investitionskosten „illusorisch“ sei (Gosfield und Reinertsen 2004). Eine solche Einschätzung wird zu Recht als Barriere im Implementierungsprozess von P4P gesehen und diskutiert. Besonders problematisch ist die Situation bei Versorgern mit nur geringen Ressourcen; diese haben oft auch die schlechteste Ausgangsperformance und können sich gleichzeitig die Investitionen am wenigsten leisten.

Am Beispiel „Adoptions of Health Information Technology“ diskutieren Hackbarth und Milgate (2005) unterschiedliche Vorgehensweisen. Zum einen können Versorger mit den finanziellen Mitteln für eine entsprechende Ausrüstung versehen werden (Zuschüsse), oder die Zulassung für die Abrechnung von bestimmten Leistungen kann an das Vorhandensein der entsprechenden Ausrüstung geknüpft werden. Dies wird im Gutachten (wie bereits im Teil A, 6.3.1 definiert) als Pay-for-Structure- und nicht als Pay-for-Performance-Ansatz

verstanden. Diese Strategie findet sich auch in deutschen Projekten (Beispiel Projekte der KVB).

Darüber hinausgehend kann aber auch die Umsetzung bestimmter Prozesse (z. B. die Verwendung von Remindern) über entsprechende Indikatoren geprüft und dann die Zielerreichung belohnt werden. Hierdurch kann für die beteiligten Versorger der finanzielle Anreiz entstehen, ein „Return on Investment“ (ROI) für Prozessoptimierungen in Form von Bonuszahlungen zu erhalten.

Soweit die in solchen Projekten verwendeten Indikatoren einen Status anzeigen, also das Vorhandensein einer bestimmten Struktur oder eines Prozesses, wäre ein solches Vorgehen Pay-for-Structure, Pay-for-Competence oder, wenn es sich um das Berichten von Qualitätsdaten handelt, Pay-for-Transparency, da in einem solchen Fall nur dichotome Anreize möglich sind und keine Förderung einer graduellen Qualitätsentwicklung. (vgl. Indikatoren für P4P; Teil C, 8.8, und Teil A, 6.3.1) Solche Projekte können aber geeignet sein, um die Voraussetzungen für P4P zu schaffen und die Versorger in ihren Bemühungen um Qualitätsverbesserung – auch finanziell – zu unterstützen.

1.10.2 Kosten für Healthplans/Versicherungen

Auch Versicherungen oder Health Plans, die P4P-Projekte initiieren möchten, stehen vor der Frage, ob sich die zusätzlichen Ausgaben für Bonuszahlungen und Verwaltungskosten langfristig lohnen.

Besonders drängend wird diese Frage, wenn das P4P-Projekt zu Einsparungen führen oder zumindest den Kostenanstieg dämpfen soll.

Ein Beispiel hierfür ist die Physician Group Practice Demonstration von CMS, das als Shared-Savings-Programm angelegt war und neben dem Erreichen von Qualitätszielen auch Kosteneinsparungen zum Ziel hatte. Dieses Ziel der Kosteneinsparungen wurde wie bereits beschrieben (siehe Teil B, 1.4.2.2) nur sehr vereinzelt erreicht.

Auch das IHA-Projekt in Kalifornien (Integrated Healthcare Association 2009) (siehe Teil B, 1.4.2.3) erzielte keine Netto-Ersparnisse, eine Verringerung des Kostenanstiegs war ebenfalls nicht zu verzeichnen, allerdings war Kosteneffizienz auch kein erklärtes Ziel des Projekts. Einige Health-Plans beklagten dennoch im Nachhinein die hohen Kosten: „Health plans are questioning their return on investments for incentive payments“ (Integrated Healthcare Association (IHA) 2009). Manche Health-Plans mussten die Versicherungsbeiträge um mehr als 10 % erhöhen und verloren bis zu 7 % ihrer Kunden.

Es gibt auch Studien zu Return-on-Investments auf der Health-Plan-Ebene, z. B. von Curtin et al. (2006). Anhand der ambulanten Diabetikerversorgung im Rahmen des Value-of-Care-Plans der RIPA wurde untersucht, ob die Programmkosten durch erzielte Einsparungen (Vergleich zwischen zu erwartenden Kosten und tatsächlichen Kosten) ausgeglichen werden konnten. Die Kosten für die Diabetikerversorgung nahm für alle Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Arzneimittel) ab, wobei die Abnahme für die stationäre Behandlung mit 6,8 % am höchsten war. Dies widerspricht der Annahme, dass Kostenersparnisse in der Diabetikerversorgung sich erst langfristig zeigen. Die Ersparnisse wurden schon im ersten Jahr deutlich und insgesamt wurde mehr gespart als für Zusatzvergütungen ausgegeben. Allerdings untersuchte die Studie

keine Kontrollgruppe und die Fluktuation der Patienten/Diabetiker in die HMO oder aus der HMO wurde nicht einberechnet. In Erwägung gezogen wurde von den Autoren auch ein „Kalkulationsbias“, da RIPA im Rahmen einer Shared-Savings-Vereinbarung an den Einsparungen profitierte.

1.10.3 Kosten für das Gesundheitswesen: Kann der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gedämpft werden??

Ein Beispiel für die Frage der Kosteneffektivität von P4P für das Gesundheitswesen bzw. die Gesellschaft haben (Nahra et al. 2006) am Beispiel eines Krankenhaus-P4P-Projektes (PHA-Projekt, siehe Teil B, 1.5.2) untersucht. Sie führten eine Berechnung durch, die die Programmkosten in Relation setzt zu einem Zugewinn an Quality-adjusted-Life-Years (QALYs), die durch die Qualitätsverbesserung erzielt worden seien. Die Autoren kommen zum Ergebnis, dass das Projekt kosteneffektiv sei. Allerdings werden auf dem Weg zu diesem Ergebnis zahlreiche Annahmen bemüht, die zwar aus Studienergebnissen hergeleitet werden, jedoch in Summe angewendet fragwürdig erscheinen. Ausgangspunkt ist die Erfüllung von Prozessindikatoren, nämlich die ASS-Verordnung, die Verordnung von β -Blockern bei Entlassung von Patienten nach Myokardinfarkt sowie die Verordnung von ACE-Hemmern bei Herzinsuffizienz. Aus der Verbesserung der Indikatorwerte wird die Anzahl der Patienten berechnet, die nach Projektstart zusätzlich (im Vergleich zu vorher) ASS verordnet bekommen haben. Der klinische Nutzen einer ASS-Sekundärprophylaxe sowie die Therapieadhärenz der Einnahme nach einem, zwei und drei Jahren werden aus der Literatur hergeleitet und daraus wird dann in weiteren Schritten ein – theoretischer – Zugewinn an QALYs errechnet, die in einen Geldwert übersetzt werden.

In England wurde die Frage der Kosteneffektivität von QOF im Vorfeld nicht gestellt. Das Quality and Outcomes Framework war von Anfang an nicht dazu konzipiert, Kosten zu sparen. Im Gegenteil: „the U.K. program was costly and was funded with substantial additional monies rather than by restructuring existing payment systems“ (Doran et al. 2006). Die britische Regierung und damit die Steuerzahler haben rund 1,8 Milliarden zusätzliche Pfund für QOF bereitgestellt. Dies geschah vor dem Hintergrund einer großen Unzufriedenheit der englischen Hausärzte und massiver Nachwuchsprobleme.

Im Hinblick auf eine Zunahme der Zufriedenheit der englischen Hausärzte, die durchschnittlich 25 % Zugewinn an Einkommen verzeichnen konnten, war QOF erfolgreich (Whalley et al. 2008).

Zu QOF gibt es ebenfalls eine Kosteneffektivitätsanalyse, die sich auf Quality-adjusted-Live-Years bezieht. Walker et al. (2010) haben neun therapierelevante Prozessindikatoren ausgewählt und kamen zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich des aus der Indikatorverbesserung errechneten Zugewinns an QALYs das Programm „wahrscheinlich“ kosteneffektiv sei. Allerdings stellen die ausgewählten Indikatoren nur ein kleines Subset dar und die administrativen Kosten für QOF wurden nicht mit einbezogen.

Tabelle 9: Kosteneffizienz von P4P

Autoren/ Jahr/ Titel	Projekt	Ergebnis	Land
Parke 2007. Impact of a pay-for-performance intervention: financial analysis of a pilot program implementation and implications for ophthalmology.	MedEncentive	Guideline-Adhärenz führt zu Kostensenkung. Hier wurde die Guideline-Adhärenz gefördert durch Edukation und finanzielle Anreize für Versorgende und Patienten.	USA
Nahra et al. 2006. Cost-effectiveness of pay-for-performance incentives	BCBS of Michigan PHA Incentive Program	Gilt im Hinblick auf die Relation von Programmkosten und Zugewinn an QALYs als kosteneffektiv. Berechnung allerdings auf der Basis von wenigen Prozessindikatoren und mit Hilfe zahlreicher Annahmen, die in Summe das Ergebnis fragwürdig erscheinen lassen.	USA
Walker et al. 2010. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS	QOF	1,8 Milliarden Pfund zusätzliches Geld von der englischen Regierung für QOF, durchschnittlicher Einkommenszuwachs pro Hausarzt von ca. 25 %. Kosteneffektivitätsanalyse von 9 Prozessindikatoren. Bezugspunkt: QALYs; Kosteneffektivität für die ausgewählten Indikatoren wahrscheinlich; die administrativen Kosten für QOF wurden jedoch in die Analyse nicht mit einbezogen.	UK
Curtin et al. 2006. Return on investment in pay for performance: a diabetes case study.	Value of Care Plan (RIPA) Diabetiker-Versorgung	Return-on-Investment positiv in dieser Untersuchung (Vergleich: prognostizierte Kosten versus tatsächliche Kosten für die Diabetikerversorgung)	USA
Greene und Nash 2009. Pay for Performance: An Overview of Literature.	Part C des Reviews: Cost-Analysis	Autoren beziehen sich auf folgende Quellen: Parke 2007; Nahra et al. 2006; Curtin et al. 2006.	
Ovretveit 2009. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers.	Review	Nicht P4P-bezogen Es gibt wenig Information darüber, wie hoch die Kosten von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen sind. Einsparungen durch QM sind aber beschrieben.	USA

Autoren/ Jahr/ Titel	Projekt	Ergebnis	Land
Rodriguez et al. 2009. The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. Integrated Healthcare Association (IHA) 2009. Innovation through collaboration. The California pay for performance program.	IHA Kalifornien	Keine Netto-Ersparnisse, keine Verringerung des Kostenanstiegs, allerdings war Kosteneffizienz kein erklärtes Ziel des Projekts. Die Health-Plans mussten die Versicherungsbeiträge z. T. um mehr als 10 % erhöhen und verloren bis zu 7 % ihrer Kunden.	USA
Gardner 2007. Pay more, get more. The organizations on the 100 Top Hospitals list give higher quality care at a lower cost, while paying their staffs better.	Solucient Studie (www.solucient.com)	Die 100 qualitativ besten Krankenhäuser in den USA haben die geringsten Kosten und zahlen im Vergleich die höchsten Gehälter an ihr Personal.	USA
Murray 2009. Setting hospital rates to control costs and boost quality: the Maryland experience. The state's all-payer system has kept hospital cost growth well below the national trend – and could be replicated elsewhere.	All-Payer-Maryland	Deutliche Abnahme eines in den 1970er Jahren überdurchschnittlichen Kostenanstiegs der stationären Kosten auf aktuell unterdurchschnittlichen Kostenanstieg mit Hilfe landesweit einheitlicher Regelungen und einer koordinierenden Institution	USA
Wilensky 2011. Lessons from the Physician Group practice demonstration – a sobering reflection.	PGPD	Das Ziel, Einsparungen zu generieren, wurde ganz überwiegend nicht erreicht.	USA
de Brantes et al. 2010. Reducing Potentially Avoidable Complications in Patients with Chronic Diseases: The Prometheus Payment Approach	PROMETHEUS	Vorausberechnungen der möglichen Kosteneinsparungen durch Reduktion von vermeidbaren Komplikationen für sechs chronische Erkrankungen	USA

1.11 Zusammenfassung Evidenzkapitel

Um die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen auf die Qualität einer Leistung auf hohem Evidenzlevel nachzuweisen, bräuchte man prospektive kontrollierte Interventionsstudien, die als einzige Intervention die Änderung der Vergütung in Abhängigkeit von der Performance untersuchen. Solche Studien gibt es praktisch nicht.

Von den wenigen Studien, die in den Cochrane-Reviews die etwas weniger strengen Einschlusskriterien der nächst niedrigeren Evidenzstufen erfüllen, sind die meisten älter als zehn Jahre. Zudem findet man häufig eine Koppelung verschiedener Interventionen, so dass die Wirkung des zusätzlichen Payments nicht sauber von der Wirkung anderer Maßnahmen, wie Feedback oder Public Reporting zu trennen ist. Außerdem führten parallel eingeführte Qualitätsverbesserungsinitiativen wie Leitlinienimplementierung, edukative Maßnahmen, Einführung von DMPs usw. ohnehin zu Qualitätsverbesserungstrends, von denen der Einfluss zusätzlicher finanzieller Anreize meist nicht abgrenzbar ist. Darüber hinaus fällt auf, dass viele Untersuchungen, die ausschließlich die nicht-finanziellen Impulse zur Qualitätsverbesserung untersucht haben, Verbesserungen mit ähnlichen Effektstärken feststellen konnten.

Die im Rahmen von P4P-Studien untersuchten Bereiche bilden lediglich schmale Ausschnitte aus dem Versorgungsalltag ab, und man kann daraus für das gesamte Spektrum z. B. der hausärztlichen Versorgung kaum Substantielles ableiten. Da überwiegend Prozessindikatoren zum Einsatz kamen, ist ein Zusammenhang zwischen der vereinzelt gemessenen, möglicherweise P4P-bedingten Qualitätsverbesserung und einer Verbesserung auf der Ebene von Patientenoutcomes oder gar auf der Ebene von Population Health nicht herzustellen.

Vereinzelt Verbesserungen bei einigen wenigen Indikatoren stehen darüber hinaus Nebenwirkungen gegenüber, wie z. B. Selektionseffekte, wieder nachlassende Qualität nach Wegnahme von finanziellen Anreizen (Lester et al. 2010) oder strategische Umgehungsversuche (Gamingstrategien) und Veränderungen im Dokumentationsverhalten.

Bei den allermeisten P4P-Initiativen handelt es sich nicht um Studien, sondern um Pilot- oder Routine-Projekte von Versicherungen oder staatlichen Einrichtungen. Die genauere Analyse großer und bedeutsamer P4P-Projekte hat das Bild, das sich aus den Studien herleiten ließ, bestätigt. Die Evidenz für die Wirksamkeit finanzieller Anreize war, wenn überhaupt vorhanden, sowohl im stationären wie auch im ambulanten Bereich schwach und dann nur auf der Ebene einzelner Qualitätsindikatoren nachweisbar.

Aufgrund der vielen Interferenzen ist die These, dass finanzielle Anreize etwas bewirken, allerdings auch nicht eindeutig zu widerlegen. Auch die auftretenden „Nebenwirkungen“ sowie Anpassungsvorgänge nach Umstellung der Vergütung z. B. von Einzelleistungsvergütung hin zu Kopfpauschalen zeigen, dass Versorger auf Änderungen der Vergütungsmodalitäten sehr detailliert reagieren, wenn auch oft nicht nur im Sinne der Projektziele. Allerdings ist davon auszugehen, dass die Anreize der etablierten Basisvergütung auf das Verhalten der Versorger durch ihre Höhe und Etabliertheit mehr Einfluss ausübten als die kleineren, performance-abhängigen finanziellen Add-ons.

2 Zwischenbilanz: Widerspruch von Evidenz und alltäglicher Erfahrung

Für die Wirksamkeit von P4P-Projekten fehlt trotz langjähriger Praxis nach wie vor eine verlässliche Evidenzbasis. Es stellt sich die Frage, ob das Thema damit als erledigt gelten muss oder ob es dennoch Sinn macht, P4P als Steuerungsinstrument in Betracht zu ziehen.

Der Mangel an Evidenz überrascht umso mehr, als die alltägliche Erfahrung dafür spricht, dass finanzielle Anreize sehr mächtige Steuerungswirkungen entfalten können und dass diese im Rahmen der bisherigen Vergütungssysteme regelmäßig nachgewiesen werden konnten (z. B. Byrnes und Fifer 2010; Gosden et al. 2000). Dies geht so weit, dass bereits in der Öffentlichkeit vor einer Übermacht finanzieller Anreize gewarnt wird (Baumann 2012). Daher besteht auch bei den interviewten Experten mit großer Mehrheit die Ansicht, dass künftig P4P-Vergütungsformen eine zunehmende Rolle spielen werden. Verschiedene Autoren entwerfen konkret die Möglichkeiten künftiger Projekte (z. B. SVR 2007; Malzahn et al. 2011), und diejenigen, die im Rahmen dieses Gutachtens über ihre Projekte berichteten, waren keineswegs durch den Mangel an Evidenz irritiert. Auch in den USA und anderen Ländern werden sehr intensiv neue P4P-Projekte auf den Weg gebracht, gleichzeitig begleitet von klarer Erfolgsgewissheit der Protagonisten und ebenso deutlichem Zweifel der Gegner.

Der Disput wird nur beigelegt werden können, indem durch eine verbesserte Gestaltung der P4P-Projekte sowie durch eine bessere Evaluation derselben die ausstehende wissenschaftliche Evidenz geliefert wird und entweder die Wirksamkeit nachgewiesen werden kann oder gezeigt wird, dass auch optimale Projekte in der Routine letztlich unwirksam bleiben.

Für ein erstes Vorverständnis der Probleme, die sich für den Evidenznachweis und die Projekte selbst stellen, seien ein paar der widrigen Einflüsse aufgeführt, die von den Autoren der verschiedenen Publikationen genannt werden.

Selektivität der Teilnehmer: Bei freiwilliger Teilnahme an P4P-Projekten nehmen bevorzugt Versorger teil, die ohnehin bereits ein hohes Qualitätsniveau haben und die sich deswegen von der Teilnahme einen Gewinn versprechen. Gerade sie haben aber nur geringes Verbesserungspotenzial. Für Versorger, die am unteren Ende des Leistungsspektrums stehen, ist der Aufwand für substanzielle Verbesserung bisweilen sehr viel größer als der zu erzielende Gewinn. Sie bleiben den Projekten fern. Man spricht hier vom **Selection-Bias** bei freiwilliger Teilnahme. Damit ist das Verbesserungspotenzial der verbleibenden Versorgergruppe limitiert und neben dem zusätzlichen Aufwand zur Performancemessung werden die Anreize im Wesentlichen für ohnehin schon gute bis sehr gute Qualität gezahlt (Rosenthal et al. 2005).

Problemfokussierte Verbesserung verschwindet im Gesamteffekt: Die größten Qualitätsdefizite und daher der dringlichste Verbesserungsbedarf liegen bei Versorgern, die weit vom geforderten Mindestmaß an Versorgungsqualität entfernt sind. Können diese in ein Projekt eingebunden werden und werden hier die Projektziele erreicht, dann ist das Projekt als sehr erfolgreich anzusehen. Dennoch wird dieser Erfolg oft nur als marginale Verbesserung des Gesamtergebnisses sichtbar, wenn eine Mehrheit der Teilnehmer bereits auf einem guten bis sehr guten Versorgungsniveau war. Die Gesamtrate verschleiert die wichtigen, problemfokussierten Erfolge. Die Wirksamkeit des Projekts wird verkannt.

Mischung der Effekte: spontane und P4P-bedingte Qualitätsverbesserung: Immer wieder wird festgestellt, dass die Versorgungsqualität sich auch ohne P4P kontinuierlich verbessert, so dass in Projekten ggf. nur schwer zu unterscheiden ist, wie viel der erreichten Verbesserung auf

die spontane Verbesserungsrate zurückzuführen ist und wie viel durch den finanziellen Anreiz des P4P-Projekts bewirkt wurde.

Mischung der Effekte: Qualitätsverbesserung durch gleichzeitigen Einsatz verschiedener Interventionsinstrumente: In vielen Fällen bestand die Intervention nicht allein in finanziellen Anreizen, sondern diese wurden zusammen mit anderen Instrumenten eingesetzt, wie z. B. Feed-back und Public Reporting. Auf diese Weise konnte bei den erzielten Effekten im Nachhinein nicht mehr bestimmt werden, in welchem Ausmaß die finanziellen Anreize zum Erfolg beigetragen haben.

Systemeffekte stärker als Projekteffekte: Änderungen in der Vergütungssystematik ziehen immer Strategien nach sich, die versuchen, ein Optimum von Aufwand und erzielbarem Erlös zu finden. Dies kann auch Umgehungsstrategien oder den Verzicht auf Teilnahme zur Folge haben. Solche Systemeffekte können die Projekteffekte empfindlich konterkarieren oder gar aufheben, was auch einem Selection-Bias entspricht.

Pragmatismus statt wissenschaftlicher Forschung: Weiterhin werden sehr viele Projekte von Versicherungen oder staatlichen Stellen mit dem pragmatischen Ansatz durchgeführt, Verbesserung zu bewirken, ohne den zusätzlichen Anspruch und den damit verbundenen Mehraufwand auf sich zu nehmen, wissenschaftliche Evidenz zu schaffen. Dem pragmatischen Ansatz reicht die eigene subjektive Erfahrung von Erfolg, um auf diesem Wege weiterzumachen, auch wenn eine externe Evaluation zu anderen Ergebnissen kommt.

Offensichtlich ist die Umsetzung eines nachweislich erfolgreichen P4P-Projekts eine komplexere Angelegenheit, als es das bisherige Bild von Anreiz und reflektorischer Reaktion vermuten lässt. In einem komplexen System wie dem Gesundheitswesen mit starken und sehr unterschiedlichen Motivationen der einzelnen Akteure kann man zweifelsfrei durch Anreize nachhaltige Systemeffekte erzielen. Dass man aber die gewünschten Ergebnisse auf direktem Wege erhält, ist kaum zu erwarten. Für die Entwicklung von P4P zu einem Steuerungsinstrument des Gesundheitswesens muss die Komplexität des Systems und die des Instruments berücksichtigt werden. Dann gilt es, durch gezielte Gestaltung von P4P-Projekten das steuernde Potenzial finanzieller Anreize in eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz umzumünzen und durch Evaluation den Beweis zu erbringen, dass dies tatsächlich gelungen ist.

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung

Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung

Inhalt (Gesamt und Teil C)

Die Teile des Gutachtens

- Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte
- Teil B Wissenschaftliche Evidenz
- Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung
- Teil D Handbuch P4P
- Teil E Rechtsgutachten
- Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Übersicht Teil C

1	P4P-Modell	6
2	Varianz und Selektivität: der strategische Ansatz von P4P	8
3	Qualitätsdimensionen in P4P Projekten	9
4	Umgang mit defizitärer Versorgung: Eine Anleihe beim Risikomanagement	22
5	P4P im Zusammenspiel mit anderen, qualitätsbezogenen Steuerungsinstrumenten	25
6	Motivation und Anreize	27
7	Nebenwirkungen von P4P und Gegenstrategien	34
8	Exkurs: Qualitätsmessung	38
9	Qualitätsstrategie in P4P-Projekten: zentrale Aspekte	52
10	Realisierung von P4P-Projekten	69
11	Politische Optionen zur Weiterentwicklung	73
12	Abschluss	76

Detailliertes Inhaltsverzeichnis Teil C

1	P4P-Modell	6
2	Varianz und Selektivität: der strategische Ansatz von P4P	8
3	Qualitätsdimensionen in P4P-Projekten	9
3.1	Performanz und Qualität	9
3.2	Definition von Qualität in P4P-Projekten	9
3.3	Ergebnisqualität in P4P-Projekten	10
3.3.1	Risikoadjustierung	10
3.3.2	Verantwortlichkeit für Ergebnisqualität	11
3.3.3	Verantwortlichkeit der Patienten	12
3.3.4	Zeitdimension der Ergebnisse: die Bedeutung von Intermediate Outcomes	12
3.3.5	Ergebnisqualität bei chronischen Erkrankungen	12
3.3.6	Objektivierbare Ergebnisqualität in Shared-Savings-Projekten	13
3.3.7	Mengenproblematik	13
3.3.8	Eignung von Ergebnisqualität als P4P-Grundlage	14
3.4	Prozessqualität	14
3.4.1	Aussagekraft von Prozessindikatoren	14
3.4.2	Umgang mit Ausnahmen	15
3.4.3	Fallmengen, Vertrauensbereiche	15
3.4.4	Kein Bedarf für Risikoadjustierung bei Prozessindikatoren	15
3.4.5	Eignung der Prozessqualität als P4P-Grundlage	16
3.5	Indikationsqualität	16
3.5.1	Beispiele für Indikationsindikatoren	17
3.5.2	Entwicklung von Indikationsindikatoren	17
3.5.3	Projekte mit Indikationsindikatoren	18
3.5.4	Eignung der Indikationsqualität für P4P	20
3.6	Strukturqualität: Pay-for-Competence	20
4	Umgang mit defizitärer Versorgung: Eine Anleihe beim Risikomanagement	22
4.1	Versehen, Flüchtigkeitsfehler (Slips)	22
4.2	Fehler (Mistakes)	22
4.3	Regelverletzung: gerechtfertigt	23
4.4	Regelverletzung: motiviert	23
4.5	Regelverletzung aus Eigeninteresse	24
4.6	Beschränkte Kapazitäten	24
5	P4P im Zusammenspiel mit anderen, qualitätsbezogenen Steuerungsinstrumenten	25
6	Motivation und Anreize	28
6.1	Gestaltung der Anreize	29
6.2	Anreize als Belohnung und / oder Strafe	30

6.3	Anreize für einzelne Versorgende und Versorgergruppen	30
6.4	Höhe des finanziellen Anreizes	32
6.5	Anreizgestaltung in Abhängigkeit von der Ausgangsperformance	32
6.6	Zusammenwirken von P4P- Anreizen mit der Basisvergütung	33
6.7	Fokussierung und Spill-over Effekte	33
7	Nebenwirkungen von P4P und Gegenstrategien	35
7.1	Selektionseffekte	35
7.1.1	Selektion der Projektteilnehmer	35
7.1.2	Selektion der Patienten („Rosinenpicken“)	35
7.1.3	Selektion von Maßnahmen	36
7.2	Verändertes Kodierverhalten	36
7.3	Verlagerung von Kosten: Costshifting	37
7.4	Anpassung medizinischer Praxis	37
7.5	Gaming/Gambling	37
7.6	Gegenmaßnahmen	38
8	Exkurs: Qualitätsmessung	39
8.1	Identifikation geeigneter Indikatorbündel, Qualitätsdifferenzierung	39
8.2	Problemfokussierung	39
8.3	Bereitstellung von Indikatoren	39
8.4	Machbarkeit, Angemessenheit und Sinnhaftigkeit	40
8.5	Entwicklungsbedarf	41
8.6	Rolle der Fachgesellschaften	41
8.7	Aussagekraft von Qualitätsergebnissen	41
8.8	Eignung von Qualitätsindikatoren für Pay-for-Performance	42
8.8.1	Differenzierungsbereiche bei Qualitätsindikatoren	43
8.8.2	Anforderungsprofil an Qualitätsindikatoren	44
8.8.3	Allgemeine Gütekriterien an Qualitätsindikatoren (QUALIFY)	45
8.8.4	Spezielle Anforderungen: Basisprüfung	45
8.8.5	Spezielle Anforderungen: Kategorisierung und Kompatibilität	45
8.8.6	Differenzierte Klassifikation der Qualitätsindikatoren	46
8.8.6.1	Art der Messung	47
8.8.6.2	Qualitätsbereich und -richtung	49
8.8.6.3	Kompatibilität von Indikator und Anreiz	50
8.8.6.4	Weitere Eignungskriterien	51
8.8.6.5	Vollständiger Algorithmus und Anwendung in der Quinth-Datenbank	52
9	Qualitätsstrategie in P4P-Projekten: zentrale Aspekte	53
9.1	Klarheit der Ziele	53
9.1.1	Medizinische Ziele	53

9.1.2	Strategische Ziele	53
9.1.3	Machbarkeit der Zielerreichung	53
9.2	Systematik der Steuerungsziele	54
9.2.1	Versorgungsmonitoring	54
9.2.2	Korrektur von Versorgungsmängeln	55
9.2.3	Versorgungsentwicklung	56
9.2.4	Förderung exzellenter Versorgungsqualität	57
9.2.5	Effizienz-orientierte Versorgungssteuerung	58
9.2.6	Tabellarische Übersicht über die Steuerungssituationen	58
9.3	Klarheit der Interventionskonzepts	59
9.4	Evaluation der Projekte	60
9.5	Akzeptanz von P4P	61
9.5.1	Akzeptanz bei Versorgern und Versorgenden	61
9.5.2	Akzeptanz bei Kostenträgern, Patienten und Bevölkerung	63
9.6	Zusammenhang von Akzeptanz, Förderung und Sanktionierung	64
9.7	Reduktion des Aufwands	64
9.8	Datenverfügbarkeit und Datenschutz	65
9.8.1	Datenschutzkonforme Nutzung von Daten des Heilungs- oder Krankheitsverlaufs	65
9.8.2	Realisierung datenschutzkonformer Datenflüsse	65
9.8.3	Datenverfügbarkeit	66
9.9	Gaming	66
9.10	Vertrauensbildung bei der Bevölkerung	66
9.11	Dokumentation der Projekte und deren Verfügbarkeit	67
9.12	Taxonomie	67
9.13	Datenbank	69
10	Realisierung von P4P-Projekten	70
10.1	Aufbau auf Benchmarkverfahren	70
10.2	Selektiv- und Kollektivvertraglicher Bereich	70
10.3	Umsetzungspfad für P4P-Projekte	71
10.4	Mindestanforderung an P4P-Projekte	73
11	Politische Optionen zur Weiterentwicklung	74
11.1	Stufe 1: Entwicklung im derzeitigen Rahmen	74
11.2	Stufe 2: Erweiterung der Möglichkeiten für P4P-Projekte	74
11.2.1	Politisches Signal	74
11.2.2	Stabilität	74
11.2.3	Zugängigkeit von Daten	75
11.2.3.1	Legitime Datenverfügbarkeit	75
11.2.3.2	Beteiligung mit allen Patienten eines Versorgers	75

11.2.4	Datenschutz	75
11.2.5	Schutz vor parallelen Projekten	75
11.2.6	Selektivvertraglicher Bereich auch unabhängig von IV-Verträgen	76
11.2.7	Erweiterung der etablierten Vergütung	76
11.2.8	Möglichkeiten der Budgetbereinigung	76
11.3	Stufe 3: Aktive Förderung von P4P-Projekten und deren Entwicklung	76
12	Abschluss	77

Übersicht über Teil C

Nachdem das Gutachten sich bisher der Darstellung von P4P-Projekten (Teil A) und der vorliegenden Evidenz hinsichtlich ihrer Wirksamkeit (Teil B) gewidmet hat, versucht Teil C nun darzustellen, welche Schlüsse aus den gewonnen Erkenntnissen gezogen werden können. Dabei geht es vor allem um den zukünftigen Umgang mit Pay-for-Performance im Gesundheitswesen im Hinblick auf eine Weiterentwicklung und darum, was bezüglich einer konkreten Umsetzung in Deutschland zu beachten wäre. Dabei wird für die Entwicklung des Umsetzungskonzepts die vorhandene - allerdings lückenhafte - Evidenz berücksichtigt und zusammengebracht mit logisch-theoretischen und erfahrungsbasierten Ansätzen.

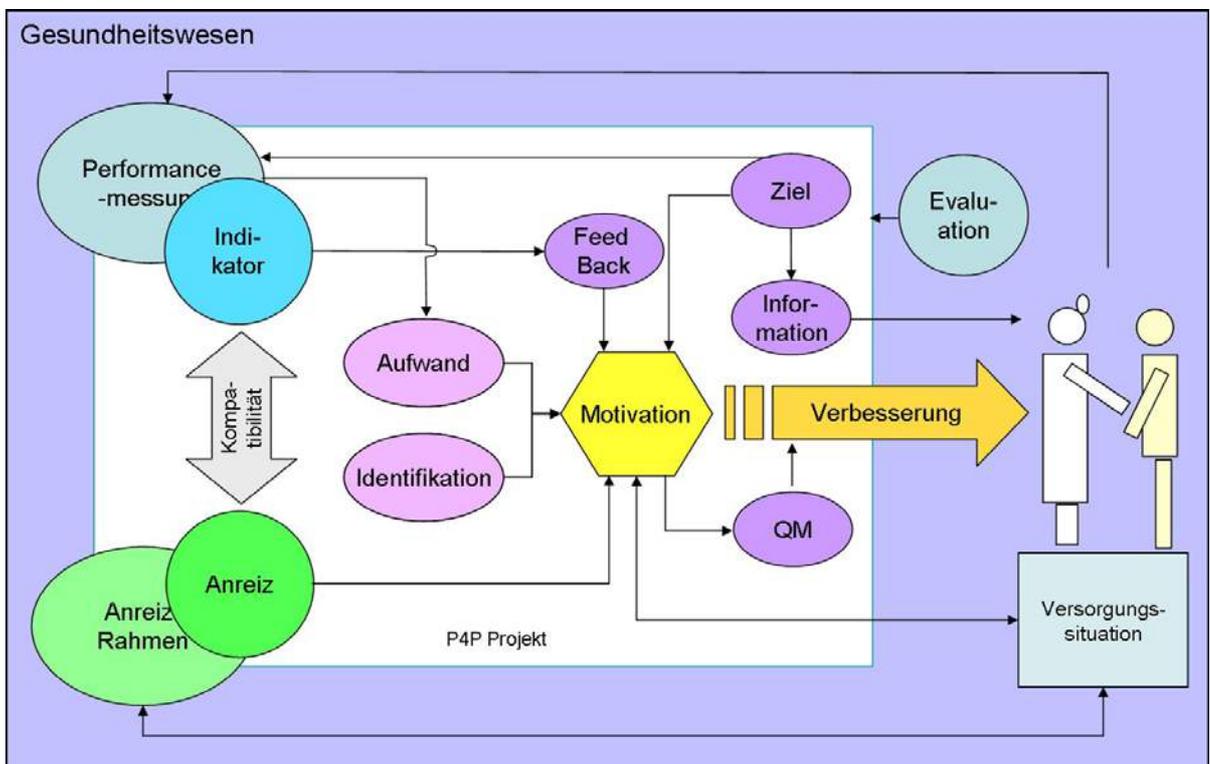
Zunächst soll ein P4P-Modell Übersicht über die Elemente derartiger Projekte liefern (Teil C, 1.) und die Komplexität des Zusammenwirkens der einzelnen Bestandteile deutlich machen. Varianz der Qualität und Selektivität der Honorierung sind dabei die strategischen Schlüsselbegriffe von P4P (Teil C, 2.), Daher werden Effizienz und besonders Qualitätsaspekte im Folgenden detailliert erläutert. (Teil C, 3.). Bei der Steuerung durch P4P geht es um finanzielle Anreize, die zur Verbesserung von Versorgungssituationen beitragen sollen. Welche grundlegenden Mechanismen Versorgungsdefiziten zugrunde liegen, zeigt das Analyseschema des Risikomanagements (Teil C, 4.). Aus den Darlegungen wird deutlich, dass P4P immer als ein Instrument unter mehreren und im Zusammenspiel mit diesen zu verstehen ist (Teil C, 5). Daher stellt sich die Frage nach angemessenen Indikationen für P4P und wie die Anreize gestaltet sein müssen, damit P4P seine Wirkung entfalten kann (Teil C, 6.). Mit dieser Wirkung sind natürlich auch die Nebenwirkungen des Instruments P4P zu diskutieren (Teil C, 7.).

Mit diesen gewonnenen Erkenntnissen und theoretischen Grundlagen kann sich das Gutachten der konkreten Umsetzung von P4P zuwenden, eingeleitet durch einen Exkurs zu praktischen Fragen der Qualitätsmessung (Teil C, 8.). Es folgen Vorschläge für wesentliche Elemente einer Qualitätsstrategie mit P4P (Teil C, 9.), sowie die zentralen Aspekte der Realisierung (Teil C, 10.) und der politischen Optionen zur Weiterentwicklung (Teil C, 11).

1 P4P-Modell

So vereinfachend Pay-for-Performance oft als (An)Reiz-Reaktions-Kette dargestellt wird, so viel komplexer sind die tatsächlichen Verhältnisse. Um die dabei zusammenwirkenden Elemente übersichtlich darstellen und in ihrem Zusammenspiel analysieren zu können, wurde das folgende P4P-Modell entwickelt (siehe Abbildung 3). Es stellt keinen Ablauf dar, sondern die verschiedenen Faktoren und Elemente, die bei der Realisierung eines P4P-Projekts zusammenwirken. Zunächst soll das Modell kurz vorgestellt werden, um später die einzelnen Elemente ausführlicher behandeln zu können.

Abbildung 3: P4P-Modell



Ausgangspunkt ist eine **Versorgungssituation** innerhalb des **Gesundheitssystems**, deren Qualität und Effizienz als dringlich verbesserungsbedürftig eingestuft wird. Die notwendige Verbesserung soll ggf. zusammen mit anderen Steuerungsmaßnahmen durch die finanziellen Anreize eines **P4P-Projekts** gefördert werden. Für den Erfolg des Projekts bedarf es einer genauen Formulierung der **Ziele**. Im Zentrum der Veränderung steht die **Motivation** der Versorgenden, die für diese Ziele gewonnen werden muss. Eine hohe **Identifikation** der teilnehmenden Versorgenden mit diesen Zielen ist anzustreben und durch ihre Einbeziehung in die Projektgestaltung sicherzustellen. Entsprechende **Informationen** zu diesen Zielen und den als notwendig erachteten Versorgungsprozessen (Eduktion) werden sowohl für Versorger als auch für die Patienten bereit gestellt. Es werden geeignete finanzielle **Anreize** etabliert, die im Rahmen der übrigen Vergütungsregelungen, rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen (**Anreizrahmen**) ihre motivierende Wirkung entfalten sollen. Durch eine **Messung der Performance** erhalten die Versorger eine Rückmeldung zur Qualität der von ihnen erbrachten

Leistungen (**Feed-back**). Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgungsqualität anhand von **Indikatoren** verlässlich dargestellt wird. Dabei ist auf die **Kompatibilität** von Indikator und Anreiz zu achten, um die Validität des Verfahrens nicht zu gefährden. Die Effizienz des Verfahrens und nicht zuletzt die Motivation der Versorgenden kann durch den zusätzlichen **Aufwand** an Administration und Dokumentation empfindlich gestört werden. Daher ist der zusätzliche Aufwand so weit wie möglich zu minimieren. Ziel des Verfahrens ist eine **Verbesserung** der Versorgung, die durch explizite Maßnahmen des internen **Qualitätsmanagements** unterstützt werden können. Eine prospektiv definierte **Evaluation** prüft kritisch die Zielerreichung und den Gesamtnutzen des Projekts.

Nähere Erläuterungen zu Elementen des P4P-Modells sind zu finden unter:

- Gesundheitssystem
- Versorgungssituation (siehe Teil C, 9.2)
- P4P-Projekte (siehe Teil A, 6)
- Anreiz (siehe Teil C, 6.1)
- Anreizrahmen (siehe Teil C, 6)
- Performance Messung (siehe Teil C, 8)
- Performance Indikator (siehe Teil C, 8.7)
- Kompatibilität (siehe Teil C, 8.7.6.3)
- Aufwand (siehe Teil C, 9.7)
- Identifikation (siehe Teil C, 9.5.1)
- Information, Edukation (siehe Teil C, 5)
- Feed-back (siehe Teil C, 9.2.6)
- Verbesserung
- Qualitätsmanagement
- Evaluation (siehe Teil C, 9.4)

2 Varianz und Selektivität: der strategische Ansatz von P4P

In den USA folgte die Einführung von P4P-Projekten der Aufdeckung erheblicher Qualitätsdefizite in der Versorgung trotz hoher Gesamtkosten im Gesundheitswesen (Institute of Medicine of the National Academies (IOM) 2006; McGlynn et al. 2003). Demgegenüber gab es in der Diskussion in Deutschland bislang keine prinzipielle Sorge um die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen. Die Praxis der medizinischen Versorgung verfügt per se über sehr wirksame Mechanismen der kontinuierlichen Qualitätskontrolle und -verbesserung. Ohne diese hätte das heutige Versorgungsniveau nicht erreicht werden können. Bei der Evaluation einiger P4P-Projekte konnte gezeigt werden, dass oft bereits vor den Projekten auch ohne Anreiz eine kontinuierliche Verbesserung von Versorgungsqualität zu beobachten ist. Oft bleibt unklar, ob die finanziellen Anreize tatsächlich noch eine zusätzliche Beschleunigung der Verbesserung bewirken können (siehe Teil C, 6).

Allerdings zeigen auch die umsichtigsten Verfahren der vergleichenden Qualitätsmessung regelhaft eine sehr große Varianz in der Prozess- und Ergebnisqualität zwischen den Versorgern (siehe z. B. Benchmarks in den Qualitätsreports des § 137er Verfahrens). Die punktuell bestehenden Mängel und Ineffizienzen stellen ggf. ein ernstzunehmendes ethisches wie ökonomisches Problem dar, das der gezielten Gegensteuerung bedarf. Bislang waren aber die Möglichkeiten, hier stringent Abhilfe zu schaffen, beschränkt.

Die Minderung dieser Varianz ist ein wichtiges Ziel, da sie einerseits Patienten vor mangelhafter Behandlung schützt und andererseits verhindert, dass „gutes Geld für schlechte Qualität“ ausgegeben wird. P4P adressiert gezielt diese Varianz. Es kann selektiv Anreize setzen und dabei gleichzeitig Qualität, Effizienz und Finanzierung in einem Instrument zusammenführen. Das ist seine konzeptionelle Stärke, in dieser Komplexität liegt aber gleichzeitig auch seine Schwäche.

Bei allgemeinen Versorgungsproblemen, denen man mit finanziellen Mitteln gegensteuern möchte, ist die Modifikation der etablierten Vergütungssysteme das Mittel der Wahl. Wenn P4P zum Einsatz kommt, geht es um Varianz. Das spielt bei den späteren Überlegungen zu Aufwand und Nutzen von P4P-Projekten eine zentrale Rolle.

Die Ziele, die P4P-Projekte verfolgen, lassen sich wie folgt kategorisieren:

- Förderung und Weiterentwicklung hervorragender Versorgungsqualität
- Nachhaltige Verbesserung von Versorgungsqualität in einem mittleren Leistungsbereich.
- Stringente Verbesserung oder Verhinderung von Versorgungsqualität, die unterhalb eines akzeptablen Niveaus liegt.

So schlicht diese Einteilung zunächst wirken mag: Jede der Rubriken stellt andere Anforderungen an die Qualitätsindikatoren und Anreize. Bei allen dreien ist auch das Verhältnis von Aufwand und Nutzen in unterschiedlicher Weise zu bedenken. Daher ist eine eindeutige Zielformulierung zu Beginn des Projekts wichtig, damit Ziele und Instrumente tatsächlich zueinander passen und das Projekt erfolgreich sein kann.

Vor der detaillierten Erörterung dieser wichtigen Fragestellungen im Hinblick auf einzelne Facetten von P4P-Konzepten sollen zunächst Fragen der Qualitätsmessung thematisiert werden, da der Status quo der Versorgungsqualität vor Festlegung des Projektzieles bekannt sein muss.

3 Qualitätsdimensionen in P4P-Projekten

Die wahrscheinlich größte Herausforderung für P4P-Projekte ist eine valide, mit vertretbarem Aufwand realisierbare Qualitätsmessung, die den erhöhten Anforderungen einer an die Performanz gekoppelten Finanzierung gewachsen ist. Wer sich mit der künftigen Gestaltung von P4P-Projekten auseinandersetzt, kommt nicht umhin, sich den großen Komplex der Qualitätsmessung zumindest im Überblick zu vergegenwärtigen.

Seit etlichen Jahren wird fast schon selbstverständlich davon gesprochen, dass das Gesundheitswesen künftig anhand von Qualitätskennzahlen gestaltet und gesteuert werden sollte. Wie im Einzelnen noch zu zeigen sein wird, hinken die Messverfahren dem angestrebten Ideal weit hinterher, so dass ein großer Teil der für P4P noch zu leistenden Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der Qualitätsmessung liegt.

3.1 Performanz und Qualität

Die Norm EN ISO 9000:2005 definiert Qualität als den „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“. Versorgungsqualität ist demnach zuallererst, dass für einen Patienten die erreichbaren Gesundheitsziele weitgehend erreicht werden (Ergebnisqualität). Das Erreichbare wird dabei festgelegt durch das, was

- nach medizinischem Wissensstand für diesen Patienten an Gesundheit als erreichbar gelten kann und
- gleichzeitig durch das Gesundheitssystem auch finanzierbar ist.

Effizienz und Wirtschaftlichkeit sind somit Bestandteile von Versorgungsqualität. Jede Einsparung bei gleichem Qualitätsniveau vermehrt die zur Verfügung stehenden, freien Ressourcen und erhöht das Erreichbare für alle Patienten. Effizienz liegt damit in unmittelbarem Patienteninteresse. Sie findet ihre Grenze dort, wo die Versorgungsqualität leidet, und setzt angemessene Preise voraus, so dass Effizienzgewinne dem Gesundheitswesen insgesamt wieder zugute kommen.

Versorgungsqualität taucht also zweimal auf: einmal als Ziel für sich alleine und zum anderen im Verhältnis zu den dafür aufzuwendenden Ressourcen – repräsentiert durch Kosten und Vergütung.

3.2 Definition von Qualität in P4P-Projekten

Qualität der Versorgung definiert sich zuallererst an der für den einzelnen Patienten erreichten Ergebnisqualität und wird gemessen am Erreichbaren. Sie teilt sich in

- die Erreichung der medizinischen Qualitätsziele (Minimierung der Auswirkungen von Erkrankungen, Wiederherstellung von körperlicher und psychosozialer Funktionalität, Stabilisierung, Beschwerdefreiheit, Heilung und Verbesserung der Lebensqualität),
- die Vermeidung vermeidbarer Komplikationen (Patientensicherheit) und
- die Aspekte der Patientenerfahrung und -zufriedenheit.

Medizinische Wissenschaft und die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen erweitern kontinuierlich die Möglichkeiten dessen, was erreichbar ist. Benchmarkverfahren machen die Varianz der Ergebnisse der einzelnen Versorger transparent und markieren die von P4P-Projekten fokussierten Verbesserungspotenziale.

3.3 Ergebnisqualität in P4P-Projekten

Ergebnisindikatoren messen das, was als Ziel intendiert ist: bessere Versorgungsergebnisse bei Patienten. Daher haben sie gegenüber anderen Indikatoren absoluten Vorrang. Außerdem sind sie offen für Innovationen in den Versorgungsprozessen und für unterschiedliche Organisationsformen: nur das Ergebnis zählt.

Die Problematik dieser Indikatoren besteht darin, dass

- Behandlungsergebnisse meist multifaktoriell bedingt sind und daher einer Risikoadjustierung bedürfen,
- bei längeren Verläufen oder komplexeren Therapien die Zuordnung zu einem Versorger bisweilen schwierig ist,
- Behandlungsergebnisse stark von der Compliance der Patienten abhängen können,
- die Behandlungsziele oft langfristig sind (z. B. Rezidivfreiheit) und das für den Patienten relevante Behandlungsergebnis zeitlich erst nach längerem Heilungs- oder Krankheitsverlauf beurteilt werden kann,
- chronische Erkrankungen eine besondere Konstellation darstellen und es meist keine therapeutisch klar abgegrenzten Einzelinterventionen gibt
- Behandlungsergebnisse in ihrer Bewertung durch Einzelne stark schwanken können, weil sie oftmals graduell unterschiedlich ausgeprägt sind und
- für relevante statistische Aussagen zur Ergebnisqualität kleine Fallmengen ein Problem darstellen.

Bei der Realisierung von P4P-Projekten, die auf Ergebnisqualität beruhen, sind daher folgende Aspekte zu berücksichtigen.

3.3.1 Risikoadjustierung

In den meisten Fällen müssen Ergebnisindikatoren risikoadjustiert werden (s. o.), damit sie für P4P belastbar genug sind. Dabei ist darauf zu achten, dass die Auswahl der einbezogenen Risikofaktoren auch medizinisch relevant ist, dass Confounder-Konstellationen berücksichtigt werden und dass eine angemessene Modellgüte erreicht wird.

Zu beachten ist, dass man - auch wenn eine Risikoadjustierung durchgeführt wurde - nicht automatisch davon ausgehen kann, dass sämtliche Einflüsse, die eine faire Bewertung stören würden, automatisch und perfekt bereinigt sind. Dies ist oft nicht der Fall. Insbesondere Risikoadjustierungen, die wenige, allgemeine und einfache Surrogatfaktoren wie das Alter verwenden, sind bezüglich ihrer Güte zu prüfen. So ist z. B. das Alter eines Patienten selbst kein Risikofaktor. Alter ist lediglich häufiger mit Risikofaktoren unterschiedlicher Art und Stärke assoziiert. Bei einer großen Gruppe an Patienten ist das weniger problematisch. Bei der vergleichenden Bewertung kleiner Patientengruppen ist mit solchen Surrogatparametern Vorsicht geboten. Es ist daher zu prüfen, ob zumindest Daten zu den relevantesten Risikofaktoren in brauchbarer Weise verfügbar sind, damit der Aufwand, sie zu erheben, auch gerechtfertigt ist.

In manchen Bereichen werden bereits sehr viele Patientendaten in spezifischen IT-Systemen vorgehalten (z. B. Herzchirurgie, Transplantationsmedizin), da hier die Berechnung differenzierter Risikoscores bereits Teil des klinischen Fallmanagements ist. Hier lässt sich eine risikoadjustierte Qualitätsdarlegung

sehr leicht etablieren. Diese hochspezialisierten Bereiche könnten für andere Versorgungsbereiche Modellcharakter haben.

Risikoadjustierungen vergleichen das Erreichte mit dem Erreichbaren („Observed“ in Bezug auf „Expected“) und abstrahieren dabei vom Leistungsniveau. Ein Versorger, der auf hohem Versorgungsniveau mit risikobehafteten Patienten ein sehr gutes Ergebnis erzielt hat, erhält die gleichen Ergebniswerte wie einer, der ebenso gute Ergebnisse auf einfacherem Niveau mit risikoarmen Patienten erreichte. Zu einer adäquaten Bewertung eines Versorgers anhand seiner risikoadjustierten Ergebnisse gehört daher immer auch eine Darstellung des Risikoniveaus der versorgten Patienten.

Im Rahmen von P4P wird Risikoadjustierung in folgenden beiden Kontexten besonders relevant: Zum einen soll die Risikoadjustierung verhindern, dass zugunsten guter Ergebnisse bei Patienten mit hohem Behandlungsrisiko seltener ein Therapieversuch gemacht wird, d. h. es soll eine Patientenselektion verhindert werden. Zum anderen soll eine Unausgewogenheit etablierter Vergütungssysteme überwunden werden. Bislang kann mit der Heilung fast gesunder Patienten die gleiche Vergütung erzielt werden wie mit der Heilung schwer erkrankter Patienten. P4P könnte in Zukunft die Vergütungshöhe unter Nutzung einer validen Risikoadjustierung von der Dringlichkeit der Therapie, dem Risikoprofil der behandelten Patienten und dem dazu in Beziehung gesetzten Behandlungsergebnis abhängig machen. Dies könnte – eine entsprechende Machbarkeit im Einzelfall vorausgesetzt – eine gerechtere Vergütung schaffen. Das Koppeln finanzieller Anreize an risikoadjustierte Ergebnisqualität und die Berücksichtigung von Indikatoren zur Indikationsqualität (siehe Teil C, 3.5) sind erste Schritte in diese Richtung.

3.3.2 Verantwortlichkeit für Ergebnisqualität

Bei Ergebnisindikatoren kann es die Schwierigkeit geben, dass mehrere Versorger am Behandlungsprozess eines Patienten beteiligt waren und sich daher auch die Verantwortlichkeit auf mehrere Versorger verteilt. Einerseits erweist sich dies als erschwerend für P4P-Projekte, andererseits betrifft es einen sehr wichtigen Problembereich: die Koordination von Versorgung. Die Prometheus-Payment-Modelle in den USA haben zu dieser Thematik im Rahmen von Shared-Savings-Projekten Gruppen- und Einzelanreize kombiniert. Eine Gruppe von Versorgern übernimmt gemeinschaftlich die Verantwortung und teilt damit auch die Vergütungskonsequenzen. In Deutschland sind es die neuen Kooperationsformen von Versorgern, die diese Thematik berühren. Oftmals schließen sich mehrere Versorger zusammen, um eine hochqualifizierte, koordinierte Versorgung von Patienten zu übernehmen und dafür eine entsprechende Mehrvergütung zu erhalten (Beispiel siehe Teil A, 6.3.3). Die aktuelle amerikanische Gesundheitsgesetzgebung sieht die Bildung solcher selbstverantwortlicher Versorgerverbünde (Accountable Care Organisations (ACO), siehe Teil A, 6.2.9) explizit vor, und auch in Deutschland werden sie weiterhin an Bedeutung gewinnen. Dabei bleiben bei Ergebnisindikatoren den Versorgern alle Möglichkeiten der Innovation offen. Umgekehrt werden zusätzliche Vergütungen nur dann gezahlt, wenn nicht nur die Konzepte erfolgversprechend sind, sondern wenn dies auch durch entsprechende

Ergebnisse fortlaufend belegt werden kann. P4P-Projekte können auf diese Weise erfolgsgesteuert die Bildung neuer Kooperationsstrukturen gezielt fördern.

3.3.3 Verantwortlichkeit der Patienten

Darüber hinaus gibt es auch eine Verantwortlichkeit des Patienten, von dessen Mitarbeit (Therapieadhärenz, Compliance) die Ergebnisqualität besonders bei chronischen Krankheitsverläufen abhängt. Es ist daher bei entsprechenden Indikatoren immer wieder eine Risikoadjustierung diskutiert worden, bei der die Patientencompliance berücksichtigt wird. Die praktische Durchführung stellt sich jedoch als sehr schwierig heraus. Es gibt auch Projekte, die versuchen, das Problem der Compliance durch Anreize für Patienten zu lösen, damit diese sich beispielsweise an Vorsorgeuntersuchungen und Prophylaxemaßnahmen beteiligen (Schmidt, 2009).

3.3.4 Zeitdimension der Ergebnisse: die Bedeutung von Intermediate Outcomes

Behandlungsergebnisse können in spezifischen Zeitfenstern beobachtet werden. Kurzfristige Ergebnisse bestehen meist im Auftreten oder Ausbleiben von interventionsnahen Komplikationen, aber auch das Erreichen von Therapiezielen kann bisweilen bereits kurzfristig beobachtet werden, wie z. B. Durchblutungsverbesserungen nach Gefäßoperationen oder Schmerzfreiheit. Andere Ergebnisse zeigen sich oft erst mittelfristig, z. B. die Wirkung einer Dauermedikation oder das Ergebnis nach postinterventioneller Heilung und Rehabilitation. Schließlich lässt sich in bestimmten Fällen die Qualität der Versorgung erst nach längerem Zeitintervall beurteilen, so zum Beispiel das langfristige Funktionieren eines Bypass, die Rezidivfreiheit nach Hernienoperationen oder nach onkologischen Behandlungen oder die langfristige Lebensqualität mit einem Implantat.

P4P ist natürlich darauf angewiesen, Qualitätsindikatoren zu nutzen, die noch so zeitnah am therapeutischen Ereignis sind, dass sie Steuerungswirkung entfalten können. Hierzu sind Studien notwendig, die zunächst die Langzeitergebnisse einer größeren Gruppe von Versorgern ermitteln. Anschließend sind unter verschiedenen mittelfristigen Ergebnisindikatoren (Intermediate Outcomes) diejenigen zu identifizieren, die ein hohes Potenzial haben, die langfristige Versorgungsqualität eines Versorgers vorherzusagen. Dabei kann es sich ggf. um einen zusammengesetzten Indikator handeln, der Prozessindikatoren und risikoadjustierte Intermediate Outcomes zusammenfasst. Auf diese Weise könnten langfristige Aspekte der Versorgungsqualität annäherungsweise in P4P-Projekten berücksichtigt werden. Die größere zeitliche Nähe der Intermediate Outcomes zum primären therapeutischen Ereignis erhöht zudem die Zuordnungsmöglichkeit der Ergebnisse zum Versorger und verringert den Einfluss Dritter auf die Ergebnisse im Krankheits- bzw. Heilungsverlauf.

3.3.5 Ergebnisqualität bei chronischen Erkrankungen

Bei chronischen Erkrankungen (siehe Teil B, 1.4.3.2), bei denen es meist keine therapeutisch klar abgegrenzten Einzelinterventionen gibt, geht es oft um die Stabilität des Zustands des Patienten und die Optimierung von Lebensqualität in

bestimmten Krankheitskonstellationen. Für die qualitative Bewertung von Versorgern bieten sich alternative Formen von Qualitätsindikatoren, Datenquellen und Analyseverfahren an, die diese besonderen Konstellationen unter Einschluss der zeitlichen Aspekte berücksichtigen. Diese müssen jedoch zum Teil noch entwickelt oder weiterentwickelt werden und die Registerverfahren mit den Methoden der Qualitätsvergleiche und denen der statistischen Prozesskontrolle innovativ verbinden (Fisher 2006).

3.3.6 Objektivierbare Ergebnisqualität in Shared-Savings-Projekten

So schwierig bisweilen die differenzierte und manchmal subjektiv gefärbte Ergebnisqualität zu bewerten ist, gibt es dennoch Facetten objektivierbarer Ergebnisse, die sich für P4P-Projekte gut eignen. Dies ist dann der Fall, wenn auf das Auftreten oder Ausbleiben kostenrelevanter Folgeereignisse fokussiert wird. Eine verkürzte Rekonvaleszenzphase mit frühem Wiedereintritt in das Arbeitsleben sowie eine verringerte (Wieder-)Aufnahmerate ins Krankenhaus sind Beispiele hierfür. Das besondere ist, dass dies Ergebnisindikatoren sind, die sehr verlässlich den Routinedaten zu entnehmen sind und die direkt mit Einsparungen von Behandlungskosten verbunden sind. Sie eignen sich daher gut für Shared-Savings-Projekte (siehe Teil A, 6.2.7). Es bedarf nicht einer Messung der Gesamtversorgungsqualität, sondern die Realisation im Einzelfall kann schon Bonuszahlungen triggern.

3.3.7 Mengenproblematik

Wie bereits angesprochen hängt die Ergebnisqualität nicht nur vom Versorger, sondern auch von verschiedensten weiteren Einflussfaktoren ab, wie z. B. dem Risikoprofil und der Compliance der Patienten, von Zufallseinflüssen im Krankheits- und Heilungsverlauf und von Versorgern, die an der Weiter-/Nachbehandlung beteiligt sind. Zur Bewertung der Versorgungsqualität bedarf es daher einer ausreichend großen Anzahl an Fällen, die zur Qualitätsmessung herangezogen werden können. Dies gilt umso mehr, wenn das zu beobachtende Ergebnis selten auftritt, wie z. B. seltene Komplikationen. Bei einer Einrichtung, in der bei 100 Behandlungsfällen nur zwei Fälle mit schweren Komplikationen auftreten, möchte man sehr viel eher von guter Qualität sprechen, als bei einem Versorger mit sieben Fällen ohne Komplikation, bei dem eine Aussage zur Qualität problematisch erscheint.

Für Ergebnisqualitätsindikatoren wurden in der externen Qualitätssicherung bislang hauptsächlich Leistungsbereiche mit hohen Fallzahlen ausgewählt (Geburten, Schenkelhalsfrakturen, Herzkatheter). Wie Leistungsstatistiken einzelner Versorger schnell belegen, findet ein Großteil der Medizin aber überwiegend in Bereichen mit Fallzahlen zwischen 10 und 50 pro Jahr statt, bei denen die bisherigen Analyseinstrumente oft deutliche Differenzierungsschwierigkeiten zeigen (Robinson et al. 2009).

Wenn Ergebnismessung in der Medizin künftig nicht auf fallzahlstarke Bereiche beschränkt bleiben soll, dann bedarf es neuer Evaluationskonzepte, die jenseits der Jahresprozentzahlen liegen. Solche Konzepte gibt es bereits, z. B. die Nutzung jahresübergreifender, rollierender Verfahren kombiniert mit Methoden der statistischen Prozesssteuerung.

Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass selbst bei sehr kleinen Fallmengen mit den herkömmlichen Instrumenten Qualitätsaussagen getroffen werden können, nämlich dann, wenn sehr schlechte Ergebnisse vorliegen. Eine Komplikationsrate von 7 von 12 Patienten verdient durchaus eine kritische Analyse der Zusammenhänge und ggf. konsequentes Eingreifen.

3.3.8 Eignung von Ergebnisqualität als P4P-Grundlage

Wenn Ergebnisqualität in einem Versorgungsbereich halbwegs verlässlich und adjustiert gemessen werden kann, dann sind die entsprechenden Indikatoren immer das Instrument der Wahl. Allerdings ist im Einzelfall die Machbarkeit durch verschiedenste Faktoren erschwert. Darüber hinaus müssen die Ergebnisindikatoren eine sehr hohe methodische Qualität nachweisen, damit sie für P4P-Projekte justitiabel sind. Zu den möglichen Nebenwirkungen von Qualitätsindikatoren und P4P-Projekten siehe Teil C, 7.

3.4 Prozessqualität

Die meisten Indikatoren in P4P-Projekten bilden Prozessqualität ab. Im Gegensatz zu den Ergebnisindikatoren haben sie folgende Vorteile:

- Es sind meist klare Inhalte und damit auch Zielvorgaben formuliert.
- Die Erfüllung der jeweiligen Anforderung ist meist einfach mit Ja oder Nein dokumentierbar.
- Es besteht ein direkter Bezug zum Versorgenden und zum Versorgungszeitpunkt.
- Prozessindikatoren bedürfen keiner Risikoadjustierung.
- Sie können auch bei kleinen Fallmengen ausgewertet werden, es wird kein Vertrauensbereich gebraucht.

3.4.1 Aussagekraft von Prozessindikatoren

Prozessqualität ist bestimmt durch „das Richtige richtig tun“. Die Durchführung von gebotenen Desinfektionsmaßnahmen oder die Durchführung der im Einzelfall richtigen, d. h. indizierten Operation sind wichtige Voraussetzungen für das Erreichen bester Qualität. Aber dass sie durchgeführt wurden, beschreibt noch nicht, ob sie auch effektiv waren, am besten gemessen an ihrem Ergebnis oder ersatzweise anhand weiterer Prozessdetails. Die Angabe, dass ein bestimmter Prozess durchgeführt wurde, sagt nur bedingt etwas darüber aus, wie die Versorgungsqualität insgesamt einzustufen ist. Shwartz et al. 2011 zeigten dies für die Identifizierung von Krankenhäusern mit überdurchschnittlicher Versorgungsqualität. Prozessparameter sind daher nur bedingt verlässliche Surrogate für Ergebnisindikatoren. Dennoch sind Prozessindikatoren dort nützlich, wo Ergebnisqualität nur extrem schwer zu bestimmen ist und man wenigstens die Durchführung wesentlicher Versorgungsprozesse sicherstellen möchte.

Die Behandlung von Patienten erfolgt in sehr seltenen Fällen nur durch eine einzelne Prozedur. Die Abfrage einzelner Prozesse fokussiert daher immer auf einen einzelnen Aspekt eines Prozessbündels, das ausschließlich als Gesamtheit zu guter Ergebnisqualität führen kann. Antibiotikaphylaxe ist sicherlich eine wichtige, evidenzbasierte Maßnahme zur Reduktion vermeidbarer

Komplikationen, aber im Gesamtverlauf einer Endoprothesenimplantation ist sie nicht mehr als nur ein Detail. Selbst zur Verhinderung von nosokomialen Infektionen kommt ihr nur eine Teilbedeutung zu. Das Screening des HbA1c-Werts von Patienten mit Diabetes mellitus ist zwar hilfreich, aber es bedarf etlicher effektiver und nachhaltiger Folgeprozesse, um für die Gruppe von Patienten, bei denen eine Verbesserung möglich ist, auch das Erreichbare zu erreichen.

So praktikabel Prozessqualität auch ist, ohne einen gleichzeitigen Blick auf die Ergebnisqualität ist sie aus Sicht der Patienten und damit aus Sicht des Gesundheitssystems nur bedingt aussagefähig. Dies spricht nicht gegen die Verwendung von Prozessindikatoren, sehr wohl aber gegen eine Überschätzung ihrer Validität bei der Bewertung von Versorgungsqualität.

3.4.2 Umgang mit Ausnahmen

Nicht für alle Patienten können empfohlene Prozeduren auch durchgeführt werden. Besondere Erkrankungskonstellationen und Komorbiditäten erfordern bisweilen ein Abweichen von allgemein empfohlenen Standards. Prozessindikatoren sollten diese Ausnahmen bei der Bewertung der Versorgungsqualität berücksichtigen. Hierzu kann eine Regelung dienen, dass solche Ausnahmefälle von den Versorgern selbst im Einzelfall ausgeschlossen werden können – mit oder ohne Begründung. Alternativ kann der Referenzbereich, der gute Qualität definiert, einen entsprechenden Korridor vorsehen. Aber eine dieser beiden Maßnahmen reicht aus. Beide zusammen führen dazu, dass hohe Qualität „auf dem Papier“ erreichbar ist, obwohl u.U. ein hoher Prozentsatz an Patienten nicht die bestmögliche Versorgung erhalten hat (vergl. QOF, siehe Teil B, 1.4.2.1). Die Ausnahmeregelung sollte so stringent gestaltet sein, dass ein strategisches Umgehen nur schwer möglich ist.

3.4.3 Fallmengen, Vertrauensbereiche

Anders als bei der Ergebnisqualität sind Prozessindikatoren auch bei kleinen Fallmengen aussagekräftig. Bei vollständigen Erhebungen ist ein Vertrauensbereich zur Bewertung nicht unbedingt erforderlich. Wenn von sieben Patienten nur vier ein Antibiotikum bekommen haben, das eigentlich in mindestens 90 % der Fälle gegeben werden sollte, dann sagt dies durchaus etwas über Versorgungsqualität aus.

3.4.4 Kein Bedarf für Risikoadjustierung bei Prozessindikatoren

Prozessindikatoren bedürfen oft einer Ausnahmeregelung, nicht aber einer Risikoadjustierung. Ob ein Versorger etwas tut oder nicht, hängt nicht von Risiken ab, sondern von der Gegebenheit einer Indikation – dem Prozessanlass, dem Erkennen der Angemessenheit, den Willen zur Umsetzung und den Möglichkeiten, es zu tun. Prozessrisiken zeigen sich in der Ergebnisqualität der Prozesse, aber nicht an den Prozessen selbst.

Als Gegenbeispiel gegen die These, dass für Prozessindikatoren keine Risikoadjustierung notwendig sei, wird manchmal das Beispiel von Indikatoren genannt, die stark von der Patientencompliance abhängen, z. B. das vollständige Impfen von Patienten inklusive der notwendigen Auffrischungen. Dies kann

natürlich in Praxen, in denen die Patienten aus sozialen oder finanziellen Gründen sehr viel schwerer zu motivieren sind, nur in geringerem Maße passieren. Daher wird eine Risikoadjustierung gefordert. Da jedoch die Teilnahme der Patienten an einer Maßnahme das Ergebnis einer gelingenden oder misslingenden Motivation zur Teilnahme ist, handelt es sich um einen Ergebnisindikator. Prozessindikator wäre z. B. die Beratung aller Patienten, ein gutes Ergebnis wäre die Überzeugung möglichst vieler Patienten.

3.4.5 Eignung der Prozessqualität als P4P-Grundlage

Die Messung von Prozessqualität ist zumeist einfach und dort am sinnvollsten, wo es klare Leitlinienempfehlungen oder evidenzbasierte Behandlungspfade gibt, von denen jedoch in relevantem Ausmaß abgewichen wird. Sie dienen daher der Absicherung einer funktionalen Qualität, die noch keine Garantie für gute Versorgungsqualität ist, aber ein wichtiger Schritt dorthin. Indikatoren der Prozessqualität in P4P-Projekten können auch dazu dienen, besondere, hochqualifizierte Versorgungsprozesse, die über den Standard hinaus gehen, durch finanzielle Unterstützung zu ermöglichen, wobei allerdings dann rasch die Grenze zu Fee-for-Service überschritten wird.

3.5 Indikationsqualität

Im Rahmen der Qualitätssicherung und der Kostendebatte spielt immer wieder die Frage eine große Rolle, wie Überversorgung verhindert werden kann, d. h. wie überflüssige Therapie und Diagnostik erkannt und ihre Honorierung eingeschränkt werden kann. Dabei kommt der Beurteilung der Qualität der Indikationsstellung eine zentrale Rolle zu. Gleichzeitig spielt diese auch eine Rolle beim Erkennen von Fehl- und Unterversorgung, nämlich dort, wo indizierte Interventionen aufgrund einer systematisch irrtümlichen Entscheidung oder aufgrund anderer sekundärer Einflüsse unterlassen werden. Nicht zuletzt ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, inwieweit wirtschaftliche Interessen die Indikationsstellung sachfremd mitbestimmen.

Dabei ist Indikationsstellung eine sehr unscharfe Entität. Zwischen der absoluten Indikation, die in bestimmten Krankheitssituationen alternativlos das weitere Vorgehen vorgibt und der entsprechenden absoluten Kontraindikation, gibt es einen nach allen Seiten offenen, fließenden Übergang, der einerseits der offenen Evidenzlage der medizinischen Wissenschaft und andererseits der Unbestimmtheit und Komplexität der individuellen Krankheitssituation eines Patienten geschuldet ist. Für die Klärung der richtigen Indikationsstellung hat der Gesetzgeber immerhin die Möglichkeit von Zweitmeinungsregelungen für notwendig erachtet (§ 137 SGB V).

Auch bei der Entwicklung von Indikationsindikatoren erfolgt zunächst ein Rückgriff auf evidenzbasierte Leitlinien. Diese beschreiben meist positiv, was indiziert und was kontraindiziert ist. Die Nationale Versorgungsleitlinie Rückenschmerz von 2010 (Bundesärztekammer et al. 2010) hat dabei bereits auch Maßnahmen beschrieben, die als unwirksam einzustufen sind. Dies zielt auf die Vermeidung unnützer Diagnostik und Therapie und kann als Basis für die Entwicklung von P4P-Projekten zur Reduktion von Überversorgung eingesetzt werden. Es ist denkbar, dass solche abgrenzenden Einstufungen künftig eine wachsende Bedeutung haben werden. Gerade den wissenschaftlichen Fachgesellschaften kommt ein nicht unerheblicher Teil an Verantwortung zu, Evidenzen zur Indikationsstellung in den Leitlinien zu berücksichtigen

und notwendige, angemessene und nicht angemessene, kontraindizierte Maßnahmen zu unterscheiden.

Indikatoren zur Indikationsstellung werden meist fordern, dass für einen Mindestanteil der Patienten harte Indikationskriterien für eine bestimmte Intervention erfüllt sein müssen und dass der Anteil an Patienten, für die eine nur schwache oder nicht nachvollziehbare Indikation besteht, ein gewisses Maß nicht überschreiten darf.

Die Frage der Indikationsstellung wird oft auch durch Korridorforderungen in der Ergebnisqualität ausgedrückt. Eine Einrichtung, bei der die histologische Untersuchung von Knoten der Brust fast immer nur gutartige Befunde ergibt, erscheint den prophylaktischen Zweck der Intervention ebenso zu verfehlen wie eine Einrichtung, bei der fast nie gutartige Befunde auftauchen, so dass mit dem Übersehen von Karzinomen zu rechnen ist, die klinisch nur grenzwertig auffallen.

3.5.1 Beispiele für Indikationsindikatoren

In der Indikatoren-Datenbank Quinth des GKV-Spitzenverbands (siehe Link: GKV-Spitzenverband) finden sich 107 Indikatoren zum Thema Indikationsstellung (Stand Januar 2012). Davon sind 101 Prozessindikatoren und 6 Ergebnisindikatoren. Die Quinth-Datenbank bietet dank eines vom BQS-Institut entwickelten Bewertungsinstruments (siehe Teil C, 8.8) zu jedem dort dokumentierten Indikator die Information, ob er potenziell für Pay-for-Performance geeignet ist. Von den 107 Indikationsindikatoren trifft dies für 29 zu. Beispiele sind die Indikatoren „Indikation zur Operation bei asymptomatischer Karotisstenose (Ifd. Nr. 991)“ oder „Indikation bei Cholezystektomie (Ifd. Nr. 119)“.

Die restlichen 78 Indikatoren sind zurzeit nicht für einen Einsatz in Pay-for-Performance-Projekten geeignet. Zumeist liegt das daran, dass sie noch nicht fertig entwickelt und nicht operationalisiert sind. Einige Indikatoren stammen aus Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses oder sind aus Bundesmantelverträgen abgeleitet. Beispiele hierfür sind „Indikation für eine kernspintomografische Untersuchung (Ifd. Nr. 1573)“ oder „Indikationsstellung zur Vakuumbiopsie der Brust (Ifd. Nr. 1432)“. Mehrere Indikatoren sind aus der Hilfsmittelverordnung abgeleitet, z. B. „Indikation von Systemen zur Schlafapnoe-Behandlung (Ifd. Nr. 1909)“.

3.5.2 Entwicklung von Indikationsindikatoren

Für Indikationsindikatoren stellen sich prinzipiell zwei unterschiedliche Fragen:

- Hatten alle, die eine bestimmte medizinische Leistung erhalten haben, hierfür eine ausreichende Indikation?
- Haben alle, die in einer bestimmten medizinischen Situation waren, die richtige Diagnostik oder Behandlung erhalten?

Im ersten Fall besteht die Grundgesamtheit aus der Menge aller Patienten, die auf bestimmte Weise behandelt wurden. Die Schwierigkeit besteht darin, wie mit denjenigen, für die keine ausreichenden Indikationskriterien dokumentiert sind, umgegangen werden soll, da ja im Einzelfall Indikationen bestehen können, die sich mit der normierten Dokumentation nicht abbilden lassen. Wenn der Anteil dieser Patienten mit unklarer Indikation ein gewisses Maß überschreitet, wird die Versorgungssituation als prüfbedürftig angesehen.

Im zweiten Fall ist die Grundgesamtheit die Menge aller Patienten, die eine bestimmte Erkrankung haben und für die es diagnostische oder therapeutische Alternativen gibt. Auch hier besteht die Schwierigkeit darin, den Schweregrad und die Details einer Erkrankung so darzustellen, dass die Behandlungsentscheidung nachvollzogen werden kann. Meist reichen dazu Routinedaten nicht aus, und die Patienten können in unterschiedlichen Versorgungsbereichen auftauchen, so dass es schwierig ist, eine ausreichend präzise Grundgesamtheit darzustellen.

Für beide Fragestellungen gibt es Leitlinien, die entweder für bestimmte diagnostische Verfahren oder Therapien die zugehörigen Indikationsstellungen formulieren oder für Erkrankungssituationen diagnostische und therapeutische Alternativen mitsamt der Indikationsstellung aufzeigen. Auf diesen aufbauend können Indikationsindikatoren für P4P-Projekte entwickelt werden.

Zu erwähnen ist hier auch, dass Indikationsindikatoren zur Eindämmung von Nebenwirkungen von P4P-Projekten wichtig sein können, wenn z. B. aufgrund von finanziellen Anreizen eine Übertherapie befürchtet wird.

3.5.3 Projekte mit Indikationsindikatoren

Im Rahmen der Gutachtenerstellung sind nur wenige P4P-Projekte gefunden worden, die die Qualität der Indikationsstellung als zentrales Element enthalten, das die Vergütung steuert.

Diese Projekte beschäftigen sich mit dem Thema Über- und Fehlversorgung und sie versuchen, über entsprechende finanzielle Anreize an der Qualität der Indikationsstellung anzusetzen.

Value of Care Plan der Rochester Individual Practice Association (RIPA)

Excellus Blue Cross Blue Shield of Rochester haben zusammen mit der Rochester Individual Practice Association (RIPA) im Jahre 1999 den Value of Care Plan gestartet, ein Projekt, in dem unter anderem versucht wird, das Problem einer festgestellten Über- und Fehlversorgung mit Hilfe von Pay-for-Performance anzugehen.

Ausgewählt wurde das Thema „Management der akuten Sinusitis und der akuten Otitis media“, weil in diesem Bereich eine Fehl- und Überversorgung mit Antibiotika und voreiliger, inadäquater Röntgendiagnostik (konventionelles Röntgen und CT der Nasennebenhöhlen) aufgefallen war. Das Programm richtete sich an Hausärzte, Kinderärzte und Internisten und prüfte die Guideline-Adhärenz. Anhand der vorhandenen Leitlinien wurden „Pathways“ für die Diagnostik und Therapie der akuten Sinusitis und der Otitis media definiert, die z. B. vorsahen, dass eine Antibiotika-Verordnung nicht ohne persönlichen Kontakt, also nicht „am Telefon“, erfolgen sollte oder dass zwischen dem Erstkontakt und einer weiterführenden Röntgendiagnostik mindestens sieben Tage liegen sollten. Die Einhaltung der definierten Pathways wurde mit Hilfe von Abrechnungs- und Arzneimitteldaten überprüft. Als zusammenführende Messeinheit dienten die sog. „pathway exceptions per episode“, für die Minuspunkte vergeben wurden. Referenzwert war eine „pathway adherence“ von 75 %. Als finanzielle Konsequenz wurde ein im Vorfeld einbehaltender Anteil der Vergütung (15 % der Kopfpauschale) Performance-abhängig geändert. Die besten 5 % der Versorgenden erhielten 5 % der Abzüge zurück, für die

schlechtesten 5 % der Versorgenden wurde die anfängliche Kürzung (Rückbehalt, „Withhold“) auf 20 % erhöht, wobei in das Endergebnis die Punkte für die Pathway-Exceptions sowie weitere Qualitätsergebnisse wie die Patientenzufriedenheit einfließen.

Zu diesem Projekt liegen mehrere Veröffentlichungen vor, die sich mit den Ergebnissen der durchgeführten Interventionen beschäftigt haben (Francis et al. 2006; Greene et al. 2004).

Insgesamt wurde das Projekt als Erfolg gewertet, weil die Pathway-Exception-Punkte um 20 % gegenüber dem Ausgangswert absanken, wobei der Hauptanteil daran auf den Wegfall einer nicht angemessenen Antibiotika-Behandlung entfiel. Auch der Umfang nicht adäquater Röntgendiagnostik ging zurück. Alle Abnahmen waren statistisch signifikant und es kam nicht zu einem „Ausweichen“ auf vermehrte Überweisungen zum Facharzt oder zu einer Zunahme von Arztkontakten. Einschränkend muss aber erwähnt werden, dass es keine Kontrollgruppe gab, die Antibiotika-Gabe im allgemeinen Trend ebenfalls rückläufig war und in Rochester im Jahre 1999 ein hoher Ausgangswert („Antibiotika-Peak“) vorlag, der aus dem nationalen Bereich herausfiel. Zudem können Änderungen im Kodierverhalten und die Ausgabe von Ärztemustern bzw. das Ausstellen von Privatrezepten/Selbstzahler-Rezepten für Antibiotika nicht ausgeschlossen werden. Eine weitere Intervention, deren Auswirkung nicht von der finanziellen zu trennen ist, war eine intensive Edukation über die dem Projekt zugrunde liegenden Guidelines.

Im Otitis-media-Projekt kam es ebenfalls zu Verbesserungen über alle Leistungserbringergruppen, wobei die Hausärzte sich am wenigsten verbesserten, was auf eine geringere „Affinität“ von Hausärzten gegenüber Leitlinien zurückgeführt wurde, sowie auf deren „edukative Isolierung“ in ländlichen Regionen.

Evidence-based Reimbursement

Diamond und Kaul (2009) beschäftigen sich ebenfalls, allerdings derzeit noch theoretisch und ohne Umsetzung in die Praxis, mit dem Thema Indikationsstellung. Sie schlagen ein Procedere vor, das die nicht-indizierte Durchführung von Koronarangiographien bei stabiler Angina pectoris (KHK) vermeiden helfen soll. Sie fokussieren dabei auf den Nutzen der Untersuchung für den Patienten bzw. das Herausfiltern derjenigen Patienten, bei denen tatsächlich ein therapeutischer Nutzen durch die Durchführung der Untersuchung zu erwarten ist. Dieses Filtern bei der Indikationsstellung zur Koronarangiographie soll mit Hilfe der Definition eines Evidenz-basierten Angemessenheits-Scores (evidence-based appropriateness of the procedure-score) erreicht werden, wobei – ähnlich wie im RIPA-Projekt umgesetzt – auch hier vorgeschlagen wird, nicht die Leitlinienadhärenz zu belohnen, sondern das Nichtbefolgen der Leitlinie mit finanziellen Abzügen zu „bestrafen“. Die vorausberechnete Kosteneinsparung durch Anwendung einer nach dem Ergebnis des Appropriateness-Scores gestaffelten Vergütung würde nach Diamond und Kaul (2009) 52 % (oder ca. 4,8 Milliarden US-Dollar) betragen.

Phlebologicum

Die Phlebologicum Deutschland GmbH hat deutschlandweit „qualitätsgestützte Selektivverträge“ für das Fachgebiet Phlebologie (siehe Link: Phlebologicum) geschlossen. Diese Verträge beinhalten „ein nach Aufwand und Qualität der Behandlung gestaffeltes Honorarsystem“, das auf der Basis im Einzelfall dokumentierter und nachgewiesener Schweregrade eine gestaffelte Bezahlung für die operative Behandlung einer Varikosis vorsieht. Einer höheren Bezahlung für schwierigere Fälle steht eine Mengenbegrenzung durch Vermeidung nicht indizierter Eingriffe gegenüber, da Eingriffe bei nicht bestehender oder rein kosmetischer Indikation nicht vergütet werden. Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet und erfolgt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Phlebologie. Nach mündlicher Mitteilung ist davon auszugehen, dass ca. 30 - 50 % der derzeit durchgeführten Operationen in die Kategorie nicht indiziert oder kosmetisch fallen. Bei Teilnahme aller operativ tätigen Venenspezialisten wären beträchtliche Einsparungen zu erwarten, wobei das Projekt sich nur auf den ambulanten Bereich bezieht. Bezüglich der Einkommensentwicklung einzelner Ärzte sind Vorhersagen schwierig, da die bessere Honorierung für schwere Fälle sich nur für diejenigen Ärzte positiv auswirkt, die auch schon vor dem Projekt vorwiegend indizierte Operationen durchgeführt haben. Die Frage der Einkommensentwicklung wird je nach den Voraussetzungen einzelne Ärzte zur freiwilligen Teilnahme motivieren, andere nicht. Dadurch entsteht ein Selection-Bias.

3.5.4 Eignung der Indikationsqualität für P4P

Indikationsqualität spielt eine Rolle bei Überversorgung, insbesondere wenn diese durch finanzielle Anreize der etablierten Vergütungssysteme oder durch P4P selbst hervorgerufen wurde. Indikationsqualität wird künftig auch in der Lenkung therapeutischer Alternativen z. B. im Rahmen von Shared-Savings-Projekten eine Rolle spielen. Schließlich sind Indikationsindikatoren in Kombination mit einer differenzierten Risikoadjustierung auch denkbar zur Anpassung der Vergütungshöhe an die therapeutische Leistung: Je nachdem ob ein Niedrigrisikopatient oder ein problematischer Hochrisikopatient mit Erfolg behandelt wurde, variiert die Vergütungshöhe. Die Vergütung orientiert sich damit auf faire Weise an der Leistung. Allerdings basiert auch die Indikationsqualität auf graduellen Befunden und ihre zuverlässige Dokumentation ist nicht leicht zu organisieren.

3.6 Strukturqualität: Pay-for-Competence

Es gibt auch etliche Indikatoren, die einen Vergütungsanreiz setzen, wenn die Versorger bestimmte Strukturen vorhalten, von denen man einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität annimmt. Das kann spezialisiertes zusätzliches Fachpersonal sein, wie z. B. Physiotherapeuten oder Logopäden. Es kann sich um eine besondere Geräteausstattung handeln oder um IT-Strukturen, von denen man sich durch besondere Funktionalitäten eine Steigerung der Versorgungsqualität verspricht, z. B. Remindersysteme oder automatische Medikationsüberprüfung. Struktur ist jedoch nur sehr schwach mit Ergebnis korreliert, insbesondere wenn es sich um Surrogatparameter handelt wie IT-Ausstattung, deren alleiniges Vorhandensein kaum etwas darüber aussagt, ob damit die Ergebnisqualität für Patienten verbessert wird oder nicht. Struktur kann

Performance ermöglichen, daher verstehen wir die Finanzierung von Struktur als „Pay-for-Competence“, die jedoch nicht näher im Fokus dieses Gutachtens steht. (Beispiele siehe Teil A, 6.3.1.)

4 Umgang mit defizitärer Versorgung: Eine Anleihe beim Risikomanagement

Steuern mit P4P heißt, Versorgungsprozesse bei den Versorgern zu initiieren, die bislang aus verschiedensten Gründen so noch nicht stattfinden. Für die Analyse, warum bestimmte Dinge nicht so geschehen, wie gewünscht, und wie dies korrigiert werden kann, gibt es im Risikomanagement seit längerem sehr differenzierte Konzepte (z. B. Reason 1995) die für Mängel und das Unterlassen von Prozessen zunächst zwischen Versehen („slips“), Fehlern („mistakes“) und Regelverletzungen („violations“) unterscheiden. In Anlehnung an diese Konzepte wurde die Liste der Ursachen für fehlerhafte Prozesse, die für P4P relevant sind, wie folgt erweitert:

- Versehen, Flüchtigkeitsfehler
- Fehler
- Regelverletzung: gerechtfertigt
- Regelverletzung aus motivierten Gründen
- Regelverletzung aus Eigeninteresse
- Beschränkte Kapazitäten

Diese werden im Folgenden näher erläutert und dann im Zusammenspiel verschiedener Steuerungsinstrumente nochmals neu betrachtet.

4.1 Versehen, Flüchtigkeitsfehler (Slips)

Beschreibung: Eine Person weiß, was sie korrekterweise tun sollte, und möchte dies auch tun, aber durch ein ungewolltes Versehen tut sie etwas anderes.

Beispiel: Verwechslung von Medikamenten wegen deren äußerlicher Ähnlichkeit der Verpackung. Versehen sind insbesondere ein Thema der Patientensicherheit.

Erläuterung: Versehen spielen in P4P dort eine Rolle, wo sie durch wiederholtes Auftreten die Patientensicherheit ernsthaft reduzieren.

Instrument zur Vermeidung: Sanktionierung und Belohnung können hier wenig bewirken, da im Moment des Handelns der Verantwortliche für einen kurzen Moment z. B. durch Ablenkung nicht ausreichend Herr der Situation ist. Versehen gehen meist auf systemische Mängel zurück, wie z. B. Verwechselbarkeit von Arbeitsmaterial, Störung der Aufmerksamkeit in kritischen Situationen, Unübersichtlichkeit von Arbeitssituationen etc. und bedürfen daher **systemischer Lösungen**, die gleichzeitig den **Aufmerksamkeitsfokus** der Versorgenden in den kritischen Handlungsmomenten stärken.

4.2 Fehler (Mistakes)

Beschreibung: Eine Person ist motiviert, einen Prozess korrekt durchzuführen, sie handelt aber auf der Basis fehlerhaften Wissens. Daher kommt es zu fehlerhaften Prozessen.

Beispiel: Eine Person kennt die evidenzbasierten Anforderungen an die Therapie einer Erkrankung nicht und handelt z. B. auf der Basis veralteten Wissens.

Erläuterung: Fehler spielen zum Beispiel dort eine Rolle, wo sich aufgrund medizinischen Fortschritts evidenzbasierte Behandlungsschemata ändern und dieses Wissen die Versorger nur mit großer zeitlicher Verzögerung erreicht.

Instrument zur Vermeidung: Information der Versorger, Korrektur des handlungsrelevanten Wissens, Weiterbildung. Sanktionierung ist hier aufgrund der bestehenden Motivation nicht angebracht. Versorgende, die trotz bestem Wissen lernresistent sind, gehören allerdings nicht hierher, sondern in die Gruppe der Regelverletzungen.

4.3 Regelverletzung: gerechtfertigt

Beschreibung: Eine Person weiß, was sie eigentlich tun sollte und weicht davon aufgrund besseren Wissens und/oder einer besonderen Versorgungssituation gerechtfertigt ab.

Beispiel: Leitlinien können für bestimmte Versorgungssituationen bestimmte Standards vorgeben, z. B. die diagnostischen und therapeutischen Schritte bei Aufnahme von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie. Bei terminal erkrankten Patienten, bei denen nur eine palliative Behandlung durchgeführt werden soll, wird ein Versorgender dann sinnvollerweise von der Regel der Leitlinie abweichen.

Erläuterung: P4P-Regeln sollten das begründete und gerechtfertigte Abweichen von den geforderten Prozessen als Option immer beinhalten, weil ja auch Innovation darin besteht, alte durch neue, bessere Regeln zu ersetzen. Leitlinien sehen ganz bewusst die Möglichkeit vor, in bestimmten Situationen von der geforderten Therapieregul abzuweichen, sofern dies gerechtfertigt und begründet ist.

Instrument zur Vermeidung: keine Vermeidung notwendig, P4P-Systeme müssen diese Form der Abweichung angemessen berücksichtigen.

4.4 Regelverletzung: motiviert

Beschreibung: Eine Person weiß, was sie eigentlich tun sollte und weicht davon aber in guter Motivation ab, im Glauben, das Beste damit zu erreichen. Die Evidenz spricht jedoch dagegen und kein besonderer Umstand rechtfertigt die Abweichung.

Beispiel: Es wird in guter Absicht eine Therapieform gewählt, für die keine Evidenz vorliegt und die von der geforderten Therapie wesentlich abweicht, z. B. die Anwendung alternativer Behandlungsformen in Fällen, wo eine Antibiotikatherapie evidenzbasiert indiziert wäre.

Erläuterung: Der Versorgende entscheidet sich trotz fehlender Evidenz aufgrund eigener Überzeugungen und Erfahrungen für bestimmte Therapien, die die Mehrheit der wissenschaftlichen Fachkollegen jedoch als fehlerhaft einstuft.

Instrument zur Vermeidung: Information (Edukation), soziale Aufmerksamkeit (z. B. Public Reporting), finanzielle Anreize (P4P)

4.5 Regelverletzung aus Eigeninteresse

Beschreibung: Eine Person weiß, was sie eigentlich tun sollte, weicht jedoch aus Gründen des Eigeninteresses davon ab.

Beispiel: Wegen wirtschaftlicher Gründe oder aus Bequemlichkeit werden bestimmte Maßnahmen nicht durchgeführt oder es wird minderwertiges Material verwendet.

Erläuterung: Regelverletzungen aus Eigeninteresse sind in jedem Fall zu sanktionieren, da die Versorgenden trotz besserem Wissen aufgrund eigener Interessen das Wohl der Patienten vernachlässigen.

Instrument zur Vermeidung: Soziale Aufmerksamkeit (Public Reporting), finanzielle Sanktionen (P4P)

4.6 Beschränkte Kapazitäten

Beschreibung: Ein Versorger wäre hoch motiviert, die Versorgungsqualität auf hohem Niveau weiterzuentwickeln, aber aufgrund mangelnder Ressourcen kann er innerhalb der bestehenden Finanzierung diese bessere Versorgungsqualität nicht realisieren (siehe Teil B, 1.5.8).

Beispiel: Im Bereich Patientensicherheit oder Frührehabilitation können mit entsprechendem Mehraufwand oft bessere Ergebnisse erzielt werden. In diesem Bereich gibt es einige Selektivverträge, die Einrichtungen entsprechend mehr bezahlen, wenn diese durch einen erheblichen Mehraufwand auch überdurchschnittliche Ergebnisse erzielen. Die Ergebnisqualität bemisst sich dabei z. B. als hohe Rate zeitnaher Wiedereingliederung in normale Lebensverhältnisse, geringe Rate ungeplanter Wiederaufnahmen etc.

Erläuterung: Es gibt Bereiche, in denen man durch einen intensiven Ressourceneinsatz nachweislich bessere Ergebnisse erzielen kann. Dieser wird aber im Rahmen der pauschalierten Bezahlung nicht finanziert. Es gibt die Möglichkeit für die Kostenträger, durch prospektive Zuzahlung auf den Erfolg zu vertrauen. P4P gestattet es, diese Zuzahlung nur bei erfolgreichem Einsatz der Ressourcen zu leisten, also gezielter einzusetzen. Dies ist auch die Chance für hochqualifizierte Einrichtungen, dass bei ihnen, die beste Versorgungsqualität nachweisen können, die finanziellen Mittel gezielt ankommen. Dieses Vorgehen ist besonders dort sinnvoll, wo die intensivere Versorgung der Patienten nicht im allgemeinen Pauschalsatz einbezogen ist und wegen der sich sonst anschließenden Flächeneffekte auch nicht einbezogen werden kann.

Instrument: gezielte Förderung herausragender Qualität.

Die Einteilung zeigt, dass bei leichter Abwandlung des Schemas aus dem Risikomanagement eine sinnvolle Kategorisierung der defizitären Versorgungssituationen gewonnen werden kann. Sie zeigt, dass bestimmte Steuerungsinstrumente nur in bestimmten Situationen wirksam sind. Wie bei allen Instrumenten ist auch bei P4P die wohlüberlegte, passende Indikationsstellung ein wichtiger Teil des Erfolgs (siehe Tabelle 10).

5 P4P im Zusammenspiel mit anderen, qualitätsbezogenen Steuerungsinstrumenten

Fast alle P4P-Projekte kombinieren verschiedene Steuerungsinstrumente – was es anschließend umso schwieriger macht, die Effekte der einzelnen Instrumente zu evaluieren, was aber offensichtlich für den Projekterfolg sehr hilfreich ist. Bei diesen Instrumenten handelt es sich um Edukation, Qualitätsmessung mit Benchmark, Feed-back, Public Reporting und finanzielle Anreize.

Wie sehr diese Instrumente aufeinander aufbauen und sich ergänzen, wird besonders klar, wenn man sie anhand ihrer Wirkmechanismen (Tabelle 10) und anhand der oben dargestellten Kategorisierung der Versorgungssituationen (Tabelle 11) auffächert.

Tabelle 10: Maßnahmen und Wirkmechanismen von Interventionsinstrumenten

Maßnahme	Motivation durch	Bereich
Edukation	Information Aufklärung Sensibilisierung	Persönlicher Bereich
Qualitätsmessung mit Feed-back	Information eigene Berufszufriedenheit Appell an das eigene Berufsethos	Persönlicher Bereich
Public Reporting	Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld Rückmeldungen aus dem Marktumfeld	Sozialer und wirtschaftlicher Bereich
P4P	Finanzielle Anreize	Wirtschaftlicher Bereich

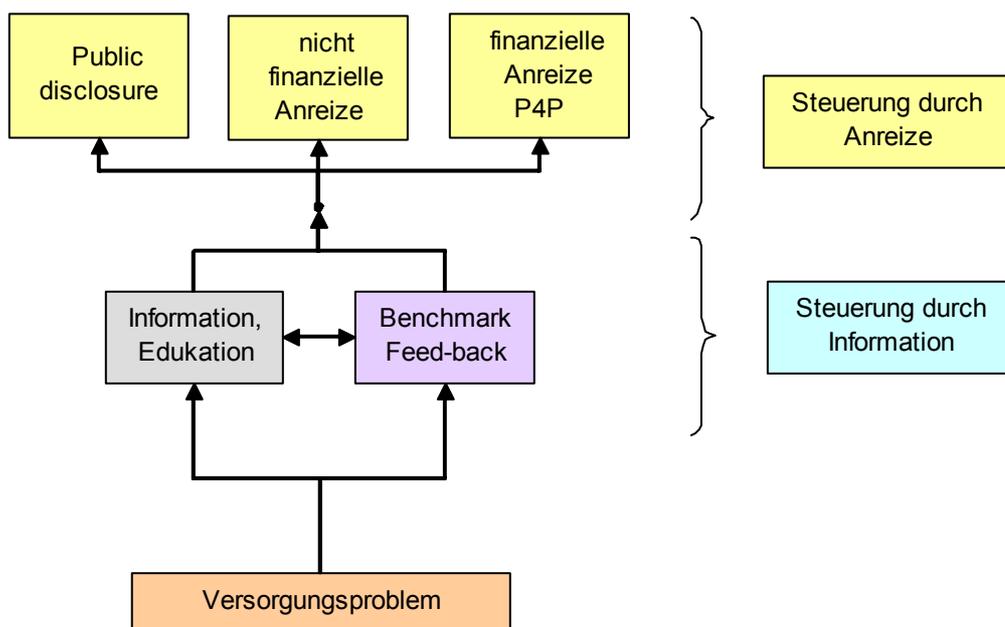
Tabelle 11: Zusammenhang zwischen verhaltensbedingten Mängeln, den dafür sinnvollen Maßnahmen und den dazu passenden Interventionen

Verhaltensbedingte Ursachen für Mängel	Maßnahmen zur Mängelbehebung	Interventionsinstrumente
Versehen, Flüchtigkeitsfehler	Sensibilisierung, Aufmerksamkeitsfokussierung, Verbesserung des Systems	Edukation, Feed-back, Beheben von Konstellationen vor Ort, die das Versehen mitverursacht haben.
Fehler	Transparenz der Leistung, Information, Wissensaktualisierung	Feed-back, Edukation

Verhaltensbedingte Ursachen für Mängel	Maßnahmen zur Mängelbehebung	Interventionsinstrumente
Regelverletzung: gerechtfertigt	Verbessern des QS Systems	Feed-back
Regelverletzung aus motivierten Gründen, aber ungerechtfertigt.	Information Soziale Aufmerksamkeit Finanzielle Anreize	Feed-back, Public Reporting, P4P Bonus/Malus
Regelverletzung aus Eigeninteresse	Finanzielle Sanktionen	Feed-back, Public Reporting, P4P-Malus
mangelnde Ressourcen	Finanzielle Anreize	P4P-Bonus

Es stellt sich somit nicht mehr die Frage, ob P4P funktioniert oder nicht, sondern in welchen Situationen P4P ggf. in Kombination mit anderen Instrumenten geeignet erscheint. Hierzu soll die Tabelle 11 eine erste Orientierung geben, bevor später auf diese Fragestellung nochmals im Detail eingegangen wird (siehe Teil C, 9.2). Dabei gibt es eine aufsteigende Hierarchie der Interventionsinstrumente (siehe Abbildung 4). Auf einer einfacheren Stufe wird versucht, durch Information zu steuern, während in der Ausbaustufe ein oder mehrere Anreizinstrumente zum Einsatz kommen, weil die Informationsstufe nicht ausreicht.

Abbildung 4: Hierarchie der Interventionsinstrumente



6 Motivation und Anreize

“In theory there is no difference between theory and practice, in practice, there is“ (Yogi Berra)

Diese Aussage beschreibt treffend den in sozialwissenschaftlichen Disziplinen geprägten Begriff des KAP-Gap (Bongaarts 1991). KAP steht dabei für Knowledge, Attitude und Performance oder Practice (je nach Autor). Mit KAP-Gap wird die Diskrepanz zwischen dem Wissen von Menschen, was sie eigentlich tun sollten, ihrer inneren Haltung dazu und den von ihnen tatsächlich durchgeführten Handlungen beschrieben. Dabei scheint das zentrale Problem die innere Einstellung zu sein, da mit einer positiven Einstellung auch die Wissensvermittlung und die Umsetzung von Wissen in die Praxis viel leichter gelingen.

Von Psychologen wurden über die Jahre die verschiedensten Motivationstheorien aufgestellt, um zu erklären, aus welchen Gründen Menschen bestimmte Verhaltensweisen an den Tag legen. Neben Bedürfnishierarchien und Analysen zu Faktoren der Zufriedenheit und Unzufriedenheit finden sich Konstrukte zur intrinsischen und extrinsischen Motivation und Thesen zur Motivationswirkung von Feedback und vieles mehr. Allen gemeinsam ist, dass sie entweder gar nicht, oder nur in sehr artifiziellen Settings empirisch untersucht wurden (Rynes et al. 2005).

P4P versucht nun, mit finanziellen Anreizen in die sehr komplexe Motivationslage der Versorgenden einzugreifen: Die folgenden vier Aussagen dienen als Ausgangspunkte für die weiteren Ausführungen.

- Es gibt eine hohe („intrinsische“) Motivation zu guter Versorgungsqualität, sonst hätte die Medizin nicht ihr heutiges Qualitätsniveau erreicht.
- Es ist eine deutliche Varianz dieser Motivation zwischen den einzelnen Versorgenden zu beobachten.
- Geld ist ein sehr mächtiger Anreiz, der große Veränderungen – auch im Gesundheitswesen – bewirken kann.
- Bislang gelang es nicht, die Wirksamkeit finanzieller Anreize im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsqualität im Rahmen von P4P-Projekten wissenschaftlich nachzuweisen.

In Teil B, 1.1 wurden bereits dargelegt, dass die hohe Komplexität des Gesundheitssystems eine Ursache ist, warum der wissenschaftliche Nachweis der Effekte bestimmter Vergütungsmodalitäten und finanzieller Anreize so schwierig ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Einfluss des Geldes auf die Versorgungsqualität zu vernachlässigen wäre. Im Gegenteil kann der Eindruck entstehen, dass die Wirksamkeit von finanziellen Anreizen sehr groß ist und dass die Systemintelligenz durch Geldflüsse regelmäßig zu Anpassungsleistungen beflügelt wird, die eine möglichst hohe Vergütung bewirken, ohne dass die dafür vorgesehenen Verbesserungsleistungen erbracht werden (siehe Teil C, 7) Aus Versorgersicht ist dies ein Verhalten, das der eigenen – durchaus legitimen – Effizienzsteigerung und ggf. Gewinnmaximierung dient.

Um P4P-Projekte so gestalten zu können, dass die eingesetzten Mittel wirklich in Verbesserungen umgesetzt werden, bedarf es eines tieferen Verständnisses, wie Motivation und Anreize zusammenhängen.

Betrachtet man die Situationen, in denen Versorgungsmängel auftreten, aus der methodischen Sicht der Patientensicherheit (siehe Teil C, 4), dann gibt es als Ursachen für fehlerhafte Versorgung trotz vorhandener Motivation

- die Fehler aus Versehen,
- die Fehler aus Nicht-Wissen und
- die gerechtfertigten Regelverletzungen, in denen eine hohe Motivation der Versorgenden angenommen werden kann.

Verschiedene Studien zeigen deutlich, dass in allen diesen Fällen die Instrumente der Edukation, des Benchmarks mit Feed-back und ggf. des Public Reporting völlig ausreichend sind und mindestens genauso stark wirken wie finanzielle Anreize (Grady et al. 1997; Thomas et al. 2010). Da sie sehr viel einfacher zu handhaben sind, sind sie stets die Steuerungsinstrumente der ersten Wahl. Sie bedienen sich der Motivationskomponenten, mit denen Medizin klassischerweise eine hohe Qualität erreicht: Berufsethos, persönliche Verantwortlichkeit und Stolz sowie soziale Anerkennung. Bemerkenswert ist an dieser Stelle, dass insbesondere Menschen, deren Selbsteinschätzung von der Fremdbeurteilung deutlich abweicht, die also sich selbst und ihre Leistung für besser halten, als sie tatsächlich gemessen wurde (sog. "overestimator"), sehr gut auf Feed-back ansprechen und sich sehr bemühen, ihre tatsächlichen Leistungen mit ihrer Selbsteinschätzung in Einklang zu bringen (Rynes et al. 2005). In Teil C, 9.2 werden bei den Steuerungszielen die Szenarien detailliert beschrieben, in denen die verschiedenen Instrumente indiziert sind.

Der finanzielle Anreiz ist also ein Instrument, das in vielen Fällen erst zum Einsatz kommen soll, nachdem andere Methoden zur Reduktion der Versorgungsvarianz entweder nicht anwendbar waren (z. B. kein Public Reporting möglich) oder keine Effekte zeigten. Mithin sind es die folgenden Versorgungssituationen, die in Frage kommen:

- die Motivation ist vorhanden, aber die Mittel für exzellente Qualität reichen nicht aus (Förderung exzellenter Qualität),
- die Motivation ist vorhanden und neue kooperative Versorgungsformen sollen erprobt und gefördert werden (Versorgungsentwicklung) oder
- die Motivation fehlt und hartnäckigen Verweigerern soll das Verharren in defizitären Versorgungsprozessen unattraktiv gemacht werden.

Bevor jedoch der praktische Handlungsstrang weiterentwickelt wird, sollen einige Studien zu diesem Thema mit folgenden Schwerpunkten vorgestellt werden:

- Gestaltung der Anreize
- Anreize als Belohnung und / oder Strafe
- Anreize für einzelne Versorgende oder Versorgergruppen
- Höhe der Anreize
- Anreize in Abhängigkeit von der Ausgangsperformance
- Zusammenwirken von P4P- Anreizen mit der Basisvergütung
- Qualitätseffekte: Fokussierung und Spill-over

6.1 Gestaltung der Anreize

Conrad und Perry (2009) haben versucht, die Evidenz für die Wirksamkeit oder Unwirksamkeit bestimmter „Incentive-Modalitäten“ zusammen zu tragen. Dabei haben sie jeweils die aus allgemeinen Quellen zur Verfügung stehenden Erkenntnisse als Annahmen formuliert und diese dann an den vorhandenen Studien zu P4P auf ihre Evidenz im Gesundheitswesen hin überprüft.

6.2 Anreize als Belohnung und / oder Strafe

Ergebnisse von Untersuchungen aus der „Verhaltensökonomie“ (behavioral economics) haben ergeben, dass bei gleicher Höhe des Betrages Bonuszahlungen einen geringeren Effekt haben, als entsprechende Abzüge. Dieser Effekt wird auf die sog. „Verlustaversion“ zurückgeführt.

Die meisten P4P-Programme im Healthcare-Bereich arbeiten jedoch nicht mit Einkommenseinbußen, sondern mit qualitätsabhängigen finanziellen Zugewinnen, und im Falle drohender Verluste oder im Voraus einbehaltener Vergütungsanteile („withholds“) stehen diesen Abzügen in der Regel Zugewinnmöglichkeiten bei Qualitätsverbesserung gegenüber (shared risk). Daher lässt sich die Annahme, dass finanzielle Verluste einen stärkeren Anreiz als gleichhohe Gewinne darstellen, aus den bisherigen P4P-Projekten nicht belegen. Die Auswirkungen der positiven und der negativen Anreize sind im Falle eines „shared risk“ Ansatzes nicht zu trennen.

Jedoch befürworten auch Diamond und Kaul (2009) eher eine signifikante finanzielle Einbuße z. B. bei fehlender Leitlinienadhärenz als große Zugewinne bei Befolgen der Guidelines. Sie begründen dies mit den anderen in der Gesellschaft allgemein üblichen „social contracts“, die schmerzhaft Strafen für Fehlverhalten vorsehen, jedoch keine oder nur geringe Belohnungen bei Wohlverhalten.

Wenn einzelne Punkte einer Leitlinie nur deswegen eingehalten werden, weil ihre Erfüllung mit einem finanziellen Anreiz verbunden ist, so ist ernsthaft zu bezweifeln, dass aus einer solchen Situation heraus tatsächlich eine umfassend gute Versorgungsqualität resultiert, und nicht nur ein stoisches isoliertes Erfüllen einer einzelnen Anforderung zur Gewinnmitnahme. Ein Beleg hierfür ist die Tatsache, dass die Rücknahme von Boni für die Durchführung einzelner Prozesse dazu führt, dass die Zielerreichung wieder vernachlässigt wird (Goldberg et al. 2002). Im Bereich der Einhaltung allgemeingültiger Anforderungen reicht für die motivierten Versorgenden meistens ein Benchmark mit Feedback und ggf. Public Reporting und für die hartnäckig Unmotivierten ein finanziell schmerzlicher Abschlag. Es spricht einiges dafür, dass eine fehlende Grundmotivation nicht durch zusätzliche Boni ersetzt werden kann.

6.3 Anreize für einzelne Versorgende und Versorgergruppen

Wie bereits im allgemeinen Evidenzteil (siehe Teil B) beschrieben, gibt es klare Anhaltspunkte dafür, dass finanzielle Anreize im Rahmen von Pay-for-Performance sowohl das Verhalten von einzelnen Ärzten als auch von Versorgergruppen beeinflussen können. Bezüglich der Frage, ob man einzelne Ärzte oder Gruppen von Versorgenden gemeinsam mit P4P-Boni honorieren soll, gibt es folgende Erkenntnisse:

Psychologische Studien zeigen, dass die meisten Menschen individuelle Anreize bevorzugen; insbesondere „high-performer“ wechseln aus Settings mit Gruppenanreizen hin zum Einzelincentive, wenn sie die Möglichkeit dazu haben, weil meist die Leistung innerhalb einer Gruppe ungleich verteilt erbracht wird und sich „high-performer“ gegenüber Menschen, die eine geringere Leistung erbringen oder gar gegenüber „Trittbrettfahrern“ benachteiligt fühlen. Das Risiko von Trittbrettfahrern nimmt mit der Gruppengröße zu und die Leistungsträger lassen, wenn sie in einer solchen Umgebung bleiben, mit der Zeit in ihrer Leistung nach, da diese in der Gruppenleistung auf- bzw. untergeht und nicht ihrem Anteil entsprechend gewürdigt wird.

Andererseits hängt die Möglichkeit von Einzelanreizen vom Ausmaß der gegenseitigen Abhängigkeit innerhalb einer Gruppe ab. Je höher die Interdependenz der Aufgaben,

umso besser funktioniert ein Gruppenincentive, da die Leistung der Einzelnen nicht gut voneinander abgrenzbar ist. Aus Untersuchungen zur Teamperformance weiß man außerdem, dass das Fokussieren auf die individuelle Einzelleistung der Teamleistung schadet (Wharam et al. 2009). Krankenhäuser stellen Settings dar, in denen es schwierig sein dürfte, die Leistung einzelner so klar abzugrenzen, dass eine individuelle leistungsabhängige Vergütung möglich erscheint.

Aus den Projektbeschreibungen zu P4P wird leider oft nicht deutlich, ob und ggf. wie die Bonuszahlungen für Versorger wie Krankenhäuser oder Gruppenpraxen auf die einzelnen Versorgenden verteilt werden. Die Versorger entscheiden die Frage der Weitergabe von Boni individuell und diese Entscheidung fließt oft nicht in die Auswertungen mit ein, so dass keine Aussage darüber möglich ist, ob ein Anreiz auf Gruppenebene oder auf der Ebene der Versorgenden wirksam wurde. Wenn nicht anders dargestellt, muss von Gruppenincentives ausgegangen werden. So arbeiten die Hausärzte in England ganz überwiegend in Gemeinschaftspraxen und alle Performancemessungen, Punktescores und Bonuszahlungen beziehen sich ausdrücklich auf die Gemeinschaft. Über die Verwendung des zusätzlichen Geldes innerhalb der Praxen ist nichts bekannt.

Gerade im Krankenhaussetting ist die Frage nach der Weitergabe von Bonuszahlungen für die Institution an die einzelnen Versorgenden interessant. Hier sind immer zwei, wenn man die Managementebene mit einbezieht, sogar drei Ebenen zu berücksichtigen („erweiterte“ Agency-Theory, (Reiter et al. 2006). Die unterschiedlichen Bonusprogramme setzen durchaus an den verschiedenen Ebenen an. Es gibt Anreize für das ganze Krankenhaus, „administrator incentives“ für das Krankenhausmanagement (Herrin et al. 2008) und Anreize für die im Krankenhaus tätigen Versorgenden.

Conrad und Christianson (2004) haben sich der Frage zugewandt, ob die Weitergabe finanzieller Boni an die konkret Versorgenden effektiv ist und kommen zu dem Ergebnis, dass eine Verbesserung der Versorgung bereits erzielt wird durch Feed-back, Weiterbildung, und Unterstützungsmaßnahmen für das Pflegepersonal („nursing support“). Ob zusätzliche Bonuszahlungen darüber hinaus einen zusätzlichen Effekt haben, sei noch unklar; möglicherweise spielt hier auch der meist niedrige Betrag der Bonuszahlungen bezogen auf Einzelpersonen eine Rolle. Persönliche Berichte im Rahmen der Recherchen betonen die starke Wirksamkeit von öffentlicher Anerkennung und Verbesserung der Arbeitsumgebung mit vergleichsweise geringen Mitteln. Statt einer Verteilung der Boni in kleinen Beträgen kann durch solche Maßnahmen (z. B. Verbesserung der Arbeitsumgebung) die extrinsische Motivation des finanziellen Zuschlags erfolgreich umgewandelt werden in die sehr wirksame intrinsische Motivation des beruflichen Ethos und der sozialen Anerkennung. Die erlebte Unterstützung und der Stolz auf das eigene Tun haben dann mehr Gewicht als zusätzliche Geldmittel.

Der Erfolg von P4P-Projekten hängt auch sehr stark von der Grundhaltung der Managementebene zu Qualitätsverbesserungen ab, gegen deren Einstellung die finanziellen Anreize für die einzelnen Versorgenden machtlos sind. Dies wurde bereits im Zusammenhang mit den Prädiktoren für das Ansprechen von Krankenhäusern auf finanzielle Anreize dargestellt (Rodriguez et al. 2009).

Spezielle Untersuchungen, die Gruppenincentives vs. Einzelincentives im direkten Vergleich untersuchen, sind den Autoren aus dem Bereich des Gesundheitswesens nicht bekannt geworden.

6.4 Höhe des finanziellen Anreizes

Die Frage der „richtigen“ Höhe des finanziellen Anreizes kann nicht eindeutig beantwortet werden. Häufig wird die magische Höhe von 5 % des Einkommens genannt, die über Erfolg oder Misserfolg entscheide. Jedoch kann ein Bonus von 10 % für eine Maßnahme, die nur einen geringen Prozentsatz der Patientenpopulation einer kleinen Einzelpraxis betrifft, nur wenig ins Gewicht fallen, wohingegen ein Plus von 2 % für ein Krankenhaus sehr viel sein kann.

Die für eine Veränderung notwendige Höhe der Anreize hängt darüber hinaus von der Marktumgebung bzw. der Konkurrenzsituation ab (Werner et al. 2011), (siehe Teil B, 1.5.8) und davon, für wie wichtig die Zielerreichung von den jeweiligen Versorgenden gehalten wird.

Erfahrungen aus dem IHA-Projekt in Kalifornien (Integrated Healthcare Association (IHA) 2009) zeigen, dass trotz insgesamt hoher Summen, die die Health Plans für Anreize ausgegeben haben, bei den Versorgern nur wenig ankam. Die Bonushöhe betrug ca. 2 % der Einnahmen und war für den Einzelnen Versorgenden eher niedrig. Andererseits sahen die Health Plans keinen durchgreifenden Erfolg für die hohen Summen, die sie ausgegeben hatten. Aufgrund der hohen Kosten, die das P4P-Programm verursachte, mussten einige Health Plans ihre Beiträge um bis zu 10 % anheben und verloren deshalb bis zu 7 % ihrer Kunden (siehe Teil B, 1.10.2). Die Schlussfolgerung, die daraus in den USA gezogen wurde, war, auf Shared Savings zu fokussieren und höhere Bonuszahlungen durch nachgewiesene Einsparungen zu finanzieren. Dadurch entstehen höhere finanzielle Anreize einerseits und die Boni bleiben bezahlbar (Integrated Healthcare Association (IHA) 2009).

Konsens besteht darüber, dass die Anreizhöhe in P4P-Projekten auf jeden Fall so hoch angesetzt werden sollte, dass die Kosten, die durch das Programm bzw. die Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung für die Versorger entstehen, durch die bei Erreichen der Qualitätsziele zu erwartenden Boni abgedeckt sind, d. h. dass kein Verlust durch die Teilnahme am Programm entsteht. Dies ist keineswegs selbstverständlich: „Although physicians with high-quality performance might get bonuses from P4P Programs, they will not necessarily realize higher margins“, „the net impact on the margin in a given practice is often neutral or negative“ (Gosfield und Reinertsen 2004). Die Höhe des Anreizes ist ein maßgeblicher Faktor für die Motivation, an einem P4P-Programm teilzunehmen, also die Akzeptanz (siehe Teil C, 9.5.1)

Ein weiterer Aspekt der Höhe des Anreizes ist die Frage, ob dieser sich am Aufwand orientiert, der für das Erbringen einer bestimmten Leistung getrieben werden muss, oder am Nutzen, der aus der Durchführung der Leistung resultiert (health gain). Die Studie von Fleetcroft und Cookson (2006) hat den „estimated mortality gain“ von acht präventiven Interventionen mit den Kosten verglichen (Projektbezug: QOF). Untersucht wurde, ob diejenigen Interventionen, die das meiste zusätzliche Geld einbringen, auch den meisten Nutzen für die Bevölkerung haben ("population health gain"). Die Autoren kommen zum Schluss, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Anreizhöhe und dem „Health gain“ gibt, da die Höhe der Anreize, ähnlich wie bei der Einzelleistungsvergütung, nach dem vermuteten Aufwand festgelegt wurde.

6.5 Anreizgestaltung in Abhängigkeit von der Ausgangsperformance

Die bisherigen Ergebnisse aus P4P-Projekten zeigen, dass die Ausgangsperformance eine wichtige Rolle spielt bei den zu erreichenden Verbesserungen. Naturgemäß können

sich Versorger mit hoher Basisperformance nicht im selben Ausmaß verbessern wie Versorger mit schlechterer Ausgangsperformance. Werden Anreize für absolute Zielwerte gezahlt, so sollte bedacht werden, dass in einem solchen Setting im Hinblick auf die High-Performer viel Geld für wenig Verbesserung ausgegeben wird (Rosenthal et al. 2005). Da die Motivation der Versorger mit hoher Ausgangsleistung bereits hoch ist und die Infrastruktur für die tatsächliche Erbringung der guten Leistung ebenfalls schon vorhanden ist, ist die Frage berechtigt, ob es sinnvoll ist, die vorhandenen Mittel für Anreize für diese Leistungserbringer einzusetzen.

Rosenthal et al. (2005) stellen deshalb die Frage, ob es unterschiedliche Anreize für Low-Performer und High-Performer geben sollte. Aber auch innerhalb der Low-Performer-Gruppe finden sich wichtige Unterschiede: Hier zeigt sich, dass „Very Low Performer“ oft nicht die Ressourcen haben, um sich zu verbessern. An ihren Leistungen kann ein finanzieller Anreiz nichts ändern, da die finanzielle Entlastung durch die Bonuszahlungen erst nach der Verbesserung kommt, für die aber im Vorfeld Investitionen nötig wären, für die die Mittel fehlen.

6.6 Zusammenwirken von P4P- Anreizen mit der Basisvergütung

Es bleibt zu berücksichtigen, dass P4P keine eigene Vergütungsform darstellt und somit die P4P-Anteile der Vergütung in den bisherigen Projekten immer nur einen kleinen Anteil an der „Basisvergütung“ ausmachen. Dies schränkt die Wirksamkeit der Bonuszahlungen ein, da diese von ihrem Ausmaß her nicht darauf angelegt sind, mit der Basisvergütung zu konkurrieren. Es sollte also nach Möglichkeit vermieden werden, dass Basisvergütung und Bonuszahlungen divergierende Ziele incentivieren. Stovsky und Jaeger (2008) erläutern dies am Beispiel der Therapie der benignen Prostatahyperplasie (BPH). Eine weniger gute Versorgung darf nicht aufgrund der Modalitäten der Basisvergütung letztlich eine bessere wirtschaftliche Bilanz haben als die qualitativ hochwertige Versorgung, die zwar einen Bonus bringt, aber den Versorgenden trotzdem finanziell schlechter stellt. Wenn eine solche Konkurrenz zur Basisvergütung vorliegt, ist P4P nicht sinnvoll möglich. Die Vergütungsstrukturen müssen in einem solchen Fall so verändert werden, dass der Versorgende die Therapieentscheidung im Sinne einer hohen Versorgungsqualität für den einzelnen Patienten treffen kann, ohne dass diese Entscheidung gleichzeitig eine Entscheidung gegen die eigenen Einnahmen darstellt (und umgekehrt). In eine ähnliche Richtung argumentierte Donald Berwick bereits 1996, indem er feststellte: „Doctors and organizations that want to reintegrate care too often find that the payment system is their biggest obstacle“ (Berwick 1996).

Das Sprichwort „You get, what you pay for“ beschreibt treffend den oben geschilderten Zusammenhang zwischen dem Anreiz, der von der Gesamtvergütung ausgeht, und dem „was gemacht wird“. Dieser Satz bedeutet ja nicht nur, dass „Qualität kostet“, sondern auch „Was bezahlt wird, wird auch gemacht“ (Greene et al. 2004). Somit ist eine Anpassung des Vergütungsmodus generell, jedoch auch mit Hilfe von P4P-Elementen erforderlich, um zu erreichen, dass das, was nicht gemacht werden soll, auch nicht mehr bezahlt wird (siehe Teil C, 3.5).

6.7 Fokussierung und Spill-over Effekte

Mullen et al. (2010) interessierten sich für die Frage, ob finanzielle Anreize eher zu einer Fokussierung auf die belohnten Versorgungsziele unter Vernachlässigung anderer Bereiche führen, oder ob es zu einem übergreifenden Bemühen um Qualitätsverbesserung kommt mit dem Ziel, dann quasi automatisch die Bonuszahlungen

zu erhalten. Die Analyse der Autoren bezieht sich auf das bereits beschriebene hausärztliche P4P-Projekt der IHA-Californien (siehe Teil B, 1.4.2.3). Anhand einer Modellrechnung und mit Hilfe einer Vergleichsgruppe, die nicht am P4P-Projekt teilnahm, kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass sich nach der Einführung von Anreizen die Ergebnisse bestimmter Indikator-Messwerte im IHA-Projekt verbesserten, so dass grundsätzlich von einem Effekt der finanziellen Anreize ausgegangen werden kann. Allerdings traf dies nicht auf alle Indikatoren zu und es ließ sich weder ein Langzeiteffekt nachweisen (siehe Teil B, 1.6), noch ein Übergreifen („Spill-over“) auf nicht geförderte Bereiche. Ein Spill-over fand auch dann nicht statt, wenn die für das P4P-Projekt geschaffene Infrastruktur dies relativ leicht ermöglicht hätte. Z. B. hätte die Ausstattung mit Erinnerungssystemen auf IT-Basis relativ leicht für alle dafür in Frage kommenden Maßnahmen und nicht nur für die „belohnten“ genutzt werden können. Das war aber nicht der Fall. Somit gab es keine Evidenz für eine „transformative Kraft“ von finanziellen Anreizen (zumindest in der Form wie sie im IHA-Projekt zur Anwendung kamen) im Hinblick auf eine grundlegende und dauerhafte Verbesserung der Versorgung.

7 Nebenwirkungen von P4P und Gegenstrategien

Man könnte es als ironische Konstellation ansehen, dass zur Wirksamkeit von P4P-Projekten keine eindeutigen Nachweise vorliegen, dass aber Einigkeit darüber herrscht, dass sie starke Nebenwirkungen nach sich ziehen können. Tatsächlich spricht dies für eine Kombination aus Attraktivität der finanzieller Anreize und konstitutiver Schwäche der P4P-Konstruktionen, dass die Systemkompetenz es sehr oft schafft, sich der zusätzlichen Finanzmittel zu bemächtigen ohne adäquate Gegenleistung dafür zu erbringen. Genau diese Konstruktionsschwäche ist aber der Grund zu den detaillierten methodischen und praktischen Überlegungen dieses Gutachtens.

7.1 Selektionseffekte

Zu den Nebenwirkungen von P4P-Projekten zählen zunächst Selektionseffekte. Es gibt sie auf verschiedenen Ebenen.

7.1.1 Selektion der Projektteilnehmer

Die Teilnahme an Pay-for-Performance-Projekten ist ganz überwiegend freiwillig, so dass ein erster Selektionseffekt sich bereits daraus ergibt, dass hochmotivierte Leistungserbringer an den Projekten eher teilnehmen, als solche, die sich nicht für den konkreten Nachweis der Qualität ihrer Leistungen interessieren. Dieser „Selection bias“, der in vielen Studien als limitierender Faktor angegeben wird, wurde bereits in Teil B, 1.9 beschrieben. Auf diese Weise nehmen genau die teil, die es eigentlich nicht bräuchten, und diejenigen, bei denen Verbesserung notwendig wäre, bleiben weg oder springen ab. Somit wird es schwer für das Projekt, Verbesserung zu erzielen. Das Geld wird für ohnehin gute Versorger ausgegeben.

7.1.2 Selektion der Patienten („Rosinenpicken“)

Die Vermutung liegt nahe, dass auch hinsichtlich der in ein Programm einbezogenen Patienten Selektionseffekte auftreten. Shen et al. (2003) sind dieser Frage anhand eines „Performance-based contracting systems“ für die ambulante Behandlung von Suchtkranken in Maine speziell nachgegangen. In dieser Studie konnte mit Hilfe eines Vorher-Nachher-Vergleichs gezeigt werden, dass im Verlauf des Programms eine Selektion hin zur Behandlung weniger kranker Patienten erfolgte, um die Performanceergebnisse zu verbessern, von denen die Vergütung der Folgejahre abhing. Dieses Ergebnis macht nochmals die Bedeutung einer guten Risikoadjustierung bei der Verwendung von Ergebnisindikatoren deutlich.

Auch die Exception Rules in QOF stellen eine Form der Patientenselektion dar, auf deren Auswirkungen im Rahmen von QOF in Teil B, 1.4.2.1 näher eingegangen wird.

Die Gefahr der Patientenselektion wird auch von anderen Autoren bestätigt. So kann beispielsweise die bei akuter Pneumonie geforderte Antibiotikagabe innerhalb der ersten vier Stunden dazu führen, dass in vollen Notaufnahmen Patienten mit pneumonie-verdächtigen Symptomen schneller an die Reihe kommen oder – diese wäre eine andere Art der Nebenwirkung – ohne genaue Diagnose „vorausgehend“ mit Antibiotika behandelt werden (Pines 2006).

„Rosinenpicken“ wären auch z. B. das Fokussieren auf Patienten mit besserer Compliance und das bevorzugte Arbeiten in „besseren“ Gegenden. In diesem Zusammenhang wäre die mögliche Benachteiligung von Versorgern, die in sozialen Brennpunkten arbeiten, durch P4P-Projekte zu prüfen.

7.1.3 Selektion von Maßnahmen

„Was nicht gemessen wird, ist nicht wichtig“. Dieser Satz drückt die Befürchtung aus, dass nur die gemessenen Maßnahmen beachtet und andere vernachlässigt werden. Tatsächlich gibt es die Beobachtung, dass Anstrengungen zum Erreichen bestimmter Qualitätsziele nicht zwingend auch im Umfeld zu Verbesserungen führen (Spill-over-Effekte). Dies spricht für ein selektives Beachten der gemessenen Indikatoren und nicht für ein generelles Streben nach nachhaltiger Verbesserung.

Auch zahlreiche andere geäußerte Bedenken betreffen die Selektion von Maßnahmen. So befürchtet z. B. das American College of Physicians (Snyder und Neubauer 2007), dass nicht messbare, aber wichtige Faktoren wie die Pflege der zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Arzt und Patient sich als Nebenwirkung von P4P zum Negativen hin entwickeln könnten. Hier wird auf die Bedeutung der Patientenzufriedenheitsindikatoren hingewiesen, die sich in vielen P4P-Projekten in unterschiedlicher Ausgestaltung finden.

Unter das Kapitel der Selektion von Maßnahmen fallen auch Indikationsstellungen, die aufgrund der zu erwartenden Honorierung und nicht allein aufgrund des Nutzens für den Patienten getroffen werden (vergl. Teil C, 6.7). In diesem Zusammenhang sind präzise Indikationsindikatoren von großer Wichtigkeit (siehe Teil C, 3.5)

7.2 Verändertes Kodierverhalten

Veränderungen des Kodierverhaltens werden vielfach beschrieben. Manche Autoren argwöhnen sogar, dass ein Großteil der gemessenen Verbesserungen der Indikatorergebnisse, z. B. in QOF darauf zurück zu führen ist, dass die Versorgenden die Dokumentation der incentivierten Maßnahmen vermehrt beachten, hingegen bei nicht-incentivierten Maßnahmen in diesem Punkt nachlässiger sind. Da es bei den allermeisten Projekten keine Datenvalidierung gibt, kann darüber allenfalls vereinzelt eine sichere Aussage gemacht werden. Fairbrother et al. (1999) und Fairbrother et al. (2001) fanden beispielsweise, dass zwar die dokumentierten Impfungen zunahm, dass jedoch die Zahl der nicht durchgeführten Impfungen trotz Gelegenheit dazu („missed opportunities to vaccinate“) nicht abnahm. Dies lässt darauf schließen, dass nicht mehr Menschen als vorher geimpft wurden. Ebenso lässt die Tatsache, dass die Performance nach Wegfall des Anreizes wieder schlechter wird (Lester et al. 2010) darauf schließen, dass keine grundlegende und stabile Veränderung von Prozessen stattgefunden hat, sondern eher ein vermehrtes Achten auf Dokumentation. Auch der fehlende „Spill-over-Effekt“ (Mullen et al. 2010) deutet in diese Richtung.

Sowohl das „Aggravieren“ als auch das „Bagatellisieren“ von Diagnosen mit entsprechendem „Up- oder Down- coding“ konnte festgestellt werden und zwar je nachdem, welches Verhalten die höheren Boni versprach. So hat Norton (1992) festgestellt, dass in bestimmten mit finanziellen Anreizen bedachten Altenheimen die Aufnahme von schwerbehinderten Senioren zunahm, die dann – wundersamer Weise - in

kurzer Zeit sich erholten („miraculously recovered over a short period“) – und wieder nach Haus entlassen werden konnten. Wie bereits erwähnt, gibt es auch Mitteilungen darüber, dass „Prädiabetiker“ zu „diet-controlled“ Diabetikern „hochgestuft“ werden, um Patienten mit gut eingestellten Werten in das Incentiveprogramm einzuschleusen. „Down-coding“ findet z. B. bei Verlegung von stationären Patienten in die Rehabilitation als Reaktion auf die Einführung des deutschen DRG-Systems statt (Haaf et al. 2004).

7.3 Verlagerung von Kosten: Costshifting

Der zuletzt beschriebene Sachverhalt führt gleichzeitig zu einer Kostenverlagerung in andere Bereiche. Verkürzte Liegezeiten in der Akutklinik führen zu kränkeren Patienten in der Rehabilitation und damit zu einem höheren Aufwand und einer Verschiebung der Kosten (Haaf et al. 2004).

Auch in den USA wird Costshifting im Zusammenhang mit einer Veränderung von Vergütungsmodalitäten beobachtet (Friesner und Rosenman 2002). Im engeren Zusammenhang mit P4P kommt „strategisches“ Verhalten zum Tragen, wenn Krankenhäuser intern oder ganze Providergruppen sektorenübergreifend „ausrechnen“, welche Qualitätsziele sie vorrangig erfüllen sollten, um bestimmte Anreize zu erhalten und dies dann in Beziehung zu den entstehenden Kosten setzen (Bernacki und Ko 2010). Ein weiteres Beispiel wären Verluste für Krankenhäuser durch die Vermeidung von stationären Wiederaufnahmen infolge einer intensiveren ambulanten Betreuung.

7.4 Anpassung medizinischer Praxis

Normalerweise sollten die Anforderungen eines P4P-Projekts eine gute, an den Patienteninteressen ausgerichtete medizinische Versorgung fördern. Bestimmte Qualitätsindikatoren können jedoch zu einer Absicherungsversorgung führen, die ursprünglich so nicht geplant war. Es wird z. B. aus USA berichtet, dass in Krankenhäusern Patienten mit einer asymptomatischen Bakteriurie bereits sehr früh und zu oft antibiotisch behandelt werden, um mögliche Harnwegsinfekte abzuwenden, wenn dies einer der Indikatoren ist (Mullen et al. 2010). Insofern sind alle Indikatoren auf ihre Gefahr zu prüfen, Fehlanreize zu setzen, um ggf. Gegenmaßnahmen treffen zu können.

7.5 Gaming/Gambling

Alle Vergütungsmodelle, so auch Pay-for-Performance, veranlassen ein strategisches Verhalten der Versorger, die diese Vergütung optimal zu nutzen versuchen. Dies ist bis zu einem gewissen Grad völlig legitim und kann dennoch erhebliche Fehlanreize bewirken und ggf. den Kreis des Legitimen verlassen. So wird in den USA eine Rate von etwa 4 bis 8 % aktiv gefälschter Arztrechnungen angenommen (siehe Link: The National Healthcare Anti-Fraud Association).

Die überwiegende Anzahl der Anpassungsvorgänge an Vergütungssysteme sind jedoch legitim und somit kann man davon ausgehen, dass die Versorger in wesentlich größerem Umfang versuchen, ihre Möglichkeiten zur Erlössteigerung ausschöpfen. Hier ist die Wirksamkeit von P4P unbestritten. Die oben berichteten Fälle der Veränderung von Patientenauswahl, Codierung und Versorgungsverhalten zeugen von dieser Wirksamkeit. Donald Berwick kommentierte in diesem Zusammenhang, dass zur Vermeidung zu starker Konflikte eine kluge Anreizregelung das individuelle Einkommen eines Arztes nicht zu eng an die Behandlungsoptionen des einzelnen Patienten knüpfen dürfe: „Though there is little evidence that doctors withhold needed care, even when their income is at

risk, many policy analysts and HMO managers agree that a prudent incentive structure should not link an individual doctor's financial well-being too tightly to a specific choice for a specific patient" (Berwick 1996)

7.6 Gegenmaßnahmen

Gerade weil P4P-Projekte mit finanziellen Anreizen arbeiten und fair und justitiabel sein müssen, sind diese potentiellen Nebenwirkungen insbesondere bei der Konstruktion der Indikatoren, der Dokumentation und dem Controlling angemessen zu berücksichtigen. Dies ist auch ein Grund, warum P4P-Projekte wann immer möglich erst auf bereits bewährten Qualitätsmesssystemen aufbauen sollten, weil deren systemische Nebenwirkungen und die möglichen Gegenmaßnahmen dann zumindest teilweise schon bekannt sind. Ein Kaltstart gleichzeitig mit neuen, nur bei kooperativen Institutionen geprüften Indikatoren und mit neuen Anreizen birgt viel zu große Gefahren des Scheiterns.

Die vier wichtigsten Gegenmaßnahmen gegen Nebenwirkungen von P4P sind:

- Wirksame Dokumentationskontrollen durch statistische Plausibilitätsprüfungen und Stichprobenverfahren gegen Fehlcodierung;
- Präzise Indikationsindikatoren gegen unsachgemäße Leistungsausweitung wegen finanzieller Anreize;
- Prüfung von Qualitätsindikatoren auf ihr Potential, Fehlanreize zu setzen und ggf. Veranlassung von gegensteuernden Maßnahmen,
- Risikoadjustierung zur Minderung des Anreizes zum Therapieausschluss von Hochrisikopatienten
- Umfassendes Indikatorenset zum Ausschluss von Vernachlässigungen durch Fokussierung auf P4P-Kennzahlen (z. B. Einbeziehung von Patientenerfahrung und Patientenzufriedenheit)

8 Exkurs: Qualitätsmessung

8.1 Identifikation geeigneter Indikatorbündel, Qualitätsdifferenzierung

Am Anfang der Gestaltung eines P4P-Projekts steht die klare Formulierung der Projektziele (Teil C, 9.1), die Identifikation der Steuerungsziele (Teil C, 9.2) sowie das Interventionskonzept (Teil C, 9.3). Dafür ist ein passendes Konzept zur Qualitätsmessung zu entwickeln. Dieses definiert anhand der Ziele, welche Qualitätsdimensionen abzubilden sind, welche Indikatoren oder Indikatorensets dazu notwendig sind und in welchem Qualitätsbereich eine Differenzierungsfähigkeit der Indikatoren gefordert ist. Bei einem Projekt, das die Umsetzung einer neuen Leitlinie unterstützen will, wird es sich hauptsächlich um Indikations- und Prozessindikatoren handeln, die spezifisch die Umsetzung der Leitlinie abbilden und im Bereich ausreichender Qualität differenzieren sollen. Bei der Förderung exzellenter Qualität wird es sich ggf. eher um ein Bündel von Indikatoren handeln, die Ergebnisqualität, Patientensicherheit, Patientenerfahrung und –zufriedenheit in angemessener Weise repräsentieren und die einzeln oder in Kombination in der Lage sind, exzellente Qualität von guter Qualität hinreichend genau zu differenzieren, so dass sie zu den gewählten Anreizen kompatibel sind. Dabei ist immer auch die Verfügbarkeit entsprechender Daten sowie die Eignung der Indikatoren hinsichtlich ihrer Zeitdimension zu berücksichtigen (Teil C, 3.3.4).

8.2 Problemfokussierung

Für die Effizienz von P4P-, aber auch anderen QS-Verfahren, ist es wichtig, dass sie die Ressourcen primär problemzentriert einsetzen. Die angestrebte Korrektur von Versorgungsdefiziten muss stringent nachgehalten werden und die detaillierte Dokumentation hierzu sollte auf primär auffällige Versorger eingeschränkt und nach Zielerreichung auch wieder verlassen oder zumindest minimiert werden. Es ist zwischen einem minimalen **Versorgungsmonitoring** und einer problemzentrierten, detaillierten **Qualitätsdokumentation** zu unterscheiden. Eine flächendeckende und zeitlich unbegrenzte Dokumentation mit primär unauffälligen Versorgern ist auch in P4P-Projekten wenig sinnvoll. Für sie könnte die Dokumentationspflicht bei stabiler Versorgungsqualität ausgesetzt oder durch ein Monitoringverfahren auf ein Minimum reduziert werden, während der Fokus der Aktivitäten sich auf die Versorger mit konstant mangelhafter Qualität konzentriert. Die Effizienz eines Verfahrens ist nicht zu messen an der Menge der erhobenen Daten, sondern an der erreichten Verbesserung in einem relevanten Problembereich in Relation zum Gesamtaufwand.

Die **aktuelle Relevanz** des Themas und **die realisierten Verbesserungen** sollten daher regelmäßig kritisch überprüft werden. Dabei sollte es weder so sein, dass eine Überzahl an Versorgern mit guter Qualität wegen wenigen mit Versorgungsmängeln zur fortlaufenden Dokumentation angehalten wird, noch dass wegen des Erreichens der Qualitätsziele bei den meisten die Defizite der wenigen einfach nicht mehr beachtet werden. Hier ist bei QS-Verfahren, aber gerade auch bei P4P-Projekten eine nachhaltige Problemfokussierung geboten.

8.3 Bereitstellung von Indikatoren

Außer für Projekte mit einer sehr großen Teilnehmerzahl ist eine eigene Indikatorenentwicklung meist zu aufwändig und zeitraubend. Die meisten Projekte sowohl

in Deutschland als auch den USA greifen daher auf bestehende Indikatoren und Indikatorensets zurück. In der Quinth-Datenbank des GKV-Spitzenverbands (<http://quinth.gkv-spitzenverband.de/>) ist eine wachsende Anzahl von Qualitätsindikatoren abrufbar, zu denen es gleichzeitig auch eine Bewertung gibt hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit für P4P-Projekte. Diese Bewertung wurde anhand des im Folgenden beschriebenen Algorithmus durchgeführt (siehe Teil C, 8.8). Allerdings sind sehr viele der in Frage kommenden Indikatoren noch nicht ausreichend operationalisiert, so dass noch entsprechende Entwicklungsarbeit zu leisten ist.

Künftig werden sehr viel mehr und vor allem elaboriertere Indikatoren benötigt. Der Nutzen von Indikatoren für Intermediate Outcomes wurde bereits dargelegt (Teil C, 3.3.4.). Im Hinblick auf P4P-Projekte berücksichtigen Intermediate Outcome Indikatoren gleichzeitig das Bedürfnis nach Zeitnähe und den prospektiven Bezug auf Langzeitergebnisse. Weitere Entwicklungserfordernisse sind Evaluationskonzepte für Versorgungsbereiche mit kleinen Fallzahlen und die zunehmende Bedeutung von Ergebnisqualität. Diese können ggf. nur in Projekten mit mehreren Partnern finanziert werden oder aus dem Bereich der Qualitätssicherung nach § 137a SGB V entlehnt werden. Der Aufwand wird sich dann aber nur lohnen, wenn auch entsprechende Möglichkeiten gegeben sind, mit P4P die Versorgung stringent und substantiell zu verändern.

8.4 Machbarkeit, Angemessenheit und Sinnhaftigkeit

Insbesondere bei der Messung von Qualität gibt es sowohl methodische wie auch praktische Grenzen, die es zu beachten gilt. Es ist weder sinnvoll noch machbar, dass die Qualität sämtlicher Versorgungsleistungen in der Medizin kontinuierlich gemessen wird. Schon ein detaillierter Konsens über das, was Qualität im Einzelnen konstituiert, dürfte schwer zu erzielen sein. Dabei muss die Qualitätsmessung in P4P-Projekten aus folgenden Gründen besonders hohen Anforderungen genügen:

- Sie muss justitiabel sein, d. h. sie muss zu verlässlichen, fairen Aussagen mit hoher Sensitivität und mit hoher Spezifität kommen, ob die Versorgungsqualität eines Versorgers oder einer Versorgergruppe den Anforderungen entspricht oder nicht und
- der Aufwand zu ihrer Bestimmung muss angemessen sein.

Es gibt bereits jetzt Qualitätsindikatoren, die für P4P geeignet sind. Andere müssen erst noch entwickelt werden und für etliche Bereiche der Medizin wird es auf absehbare Zeit keine solchen Indikatoren geben. An verschiedenen Stellen dieses Gutachtens wird aufgezeigt, was bei der Indikatorenentwicklung für P4P beachtet werden muss und wie künftig die Qualitätsmessung zu gestalten ist, damit sie mit angemessenem Aufwand sinnvoll umgesetzt werden kann.

P4P ist limitiert auf das, was machbar ist und ein Augenmaß hierfür ist wichtig. Es zeichnen sich jedoch viele Möglichkeiten ab, die Grenzen des Machbaren um Einiges zu erweitern, ohne den Kreis des Angemessenen und Sinnvollen zu verlassen.

Der Machbarkeit der Qualitätsmessung steht die Machbarkeit der Verbesserung der Versorgungsqualität gegenüber. Qualitätsmessung ist nur sinnvoll, wenn sie wirklich Veränderung bewirken kann.

Wegen der begrenzten Möglichkeiten der Qualitätsmessung wird häufig eine Ausweitung der Interventionsinstrumente für nicht sinnvoll gehalten. Umgekehrt wird argumentiert, dass es wegen der begrenzten Möglichkeiten zum Eingreifen in die Versorgungssituation sinnlos sei, größere Ressourcen in die Entwicklung besserer Qualitätsmessinstrumente

zu stecken. Diesen Zirkel gilt es aufzubrechen und in eine sinnvolle wechselseitige Entwicklung von Messung und Intervention umzuwandeln, wobei aber auch ihre angemessenen Grenzen zu beachten sind.

Die Frage nach dem gleichzeitig Machbaren, Sinnvollen und Angemessenen ist ebenso wichtig wie das Drängen, sich mit dem Machbaren von heute nicht zufrieden zu geben und die Handlungsmöglichkeiten sinnvoll zu erweitern.

8.5 Entwicklungsbedarf

Dieses Machbare wird zu einem großen Teil durch das immer noch sehr beschränkte Instrumentarium zum Messen von Versorgungsqualität eingeschränkt und die Entwicklung innerhalb der letzten Jahre ist weit hinter dem zurückgeblieben, was denkbar wäre. In Teil C, 3.3 sind einige der drängenden Fragen genannt worden, z. B. die Bewertung der Versorgungsqualität bei Fallmengen zwischen 20 und 50 Fällen pro Jahr (siehe Teil C, 3.3.7), die Messung von Intermediate Outcomes als Surrogat für Langzeitergebnisse (siehe Teil C, 3.3.4), die Berücksichtigung mehrerer verantwortlicher Versorger (siehe Teil C, 3.3.2) sowie eine adäquate Abbildung der Versorgungsqualität bei Patienten mit chronischen oder multiplen Erkrankungen (siehe Teil C, 3.3.5) und die Integration verschiedener Qualitätsdimensionen zur Bewertung exzellenter Qualität (siehe Teil C, 8.1). Die Auswertung von Daten in fixen Jahresrhythmen müsste zugunsten zeitnaher Steuerungsmöglichkeiten durch dynamische Analyseschemata ersetzt werden und es gilt auch, neue Datenquellen wie z. B. Labordaten, für die Qualitätsmessung zu erschließen.

8.6 Rolle der Fachgesellschaften

Grundlage für eine justitiable Qualitätsmessung ist die wissenschaftliche Evidenz hinsichtlich einer optimalen Patientenversorgung. Die normgebende Funktion wissenschaftlicher Fachgesellschaften wird für die Entwicklung operationalisierter Qualitätsindikatoren eine wichtige, wenn auch nicht die einzige, Grundlage sein. Mit der Umsetzung von Leitlinieninhalten in Qualitätsmessung kann das gemeinsame Ziel nach Weiterentwicklung der Versorgung nachhaltig unterstützt werden und die Daten aus der Qualitätssicherung können in bewährter Weise auch die Leitlinienfortschreibung unterstützen. Dabei müssen jedoch die Leitlinien selbst entsprechende Qualitätskriterien erfüllen. Es steht zu erwarten, dass die Verwendung von Leitlinieninhalten in P4P-Projekten auf deren Erstellung Rückwirkungen hat, z.B. wenn es um Indikationsindikatoren geht, bei denen nicht nur die Kategorien „indiziert“ und „kontraindiziert“, sondern auch „nicht indiziert“ und andere Zwischenstufen möglich sind. Hier wird im besonderen Maße auf eine strikte fachliche Neutralität der Leitlinien geachtet werden müssen.

8.7 Aussagekraft von Qualitätsergebnissen

Qualitätsergebnisse werden interpretiert, indem aus Messergebnissen Qualitätssaussagen formuliert werden. Diese Aussagen werden dann in ganz anderen Zusammenhängen als Argumente interessengeleitet verwandt. Diese schrittweise Umwandlung ist stets kritisch zu durchleuchten, insbesondere dann, wenn aus partikulären Messergebnissen umfassende Qualitätsaussagen abgeleitet werden.

Die Tatsache, dass in über 90 % der TEP-Operationen an der Hüfte eine Antibiotikaprophylaxe durchgeführt wurde oder dass bei über 80 % der Diabetiker

regelmäßig der HbA1c-Wert bestimmt wurde, ist zwar ein wichtiger Hinweis, dass für eine gute qualitative Versorgung einzelne notwendige Dinge beachtet wurden. Wenn Versorger in diesen Indikatoren die Anforderungen erfüllen, so ist das ein Zeichen für eine gute Basisqualität. Es kann jedoch sicher nicht automatisch darauf geschlossen werden, dass diese Versorger eine insgesamt exzellente Qualität erbringen.

Gemessenes Ergebnis und abgeleitete Aussage müssen stets in ausgewogenem Zustand zueinander sein. Ansonsten leidet auf Dauer die Akzeptanz der Verfahren. Dies betrifft z. B. Versorger, die sehen müssen, dass in veröffentlichten Ranglisten andere aufgrund von einfachen Prozessparametern oder Surrogatparametern für Ergebnisqualität an Spitzenpositionen landen, während die eigene überragende Leistung mangels Darstellungsmöglichkeit nicht zur Wertung beiträgt.

Es ist durchaus legitim, dass das Einhalten bestimmter Verfahrensvorgaben, z. B. entsprechender Leitlinien, durch Qualitätsindikatoren abgeprüft wird. Die Verallgemeinerung von einzelnen Prozessergebnissen zu umfassenden Qualitätsaussagen für den Versorger ist aber irreführend und schadet der Sache langfristig. Die abgeleiteten Aussagen sollten die Fokussierung der Qualitätsindikatoren widerspiegeln.

P4P-Projekte sollten daher in ihren Zielen genau das widerspiegeln, was sie mit den Qualitätsindikatoren auch tatsächlich messen können. Umfassende Qualitätsaussagen können dann gemacht werden, wenn auch ein umfassendes Set an Qualitätsindikatoren zu relevanten Behandlungsergebnissen, Prozessqualität, Patientensicherheit, Patientenerfahrung und Patientenzufriedenheit eingesetzt wird.

8.8 Eignung von Qualitätsindikatoren für Pay-for-Performance

Mit validen Qualitätsindikatoren lässt sich in einem ausgereiften QS-Verfahren die Qualität medizinischer Versorgung verlässlich bewerten. Das könnte dazu verleiten, im Rahmen eines P4P-Projekts solche Indikatoren einfach zu übernehmen. Dabei wird jedoch übersehen, dass Indikatoren und Anreize eines P4P-Projekts zueinander passen müssen, um nicht zu Fehlsteuerungen zu führen. Dies sei an folgendem Beispiel verdeutlicht.

Alle Evidenz spricht dafür, dass eine Antibiotikaphylaxe bei Hüftoperationen die Häufigkeit von Wundinfektionen deutlich zu senken vermag. Nun kann es aber verschiedene Gründe geben, warum nicht alle Patienten eine Antibiotikaphylaxe bekommen können, z. B. wegen bestehender Allergien. Um die Dokumentationslast der teilnehmenden Krankenhäuser nicht unnötig auszuweiten, wird darauf verzichtet, von diesen eine differenzierte Dokumentation der Therapiefähigkeit der Patienten zu fordern. Stattdessen wird ein Referenzbereich gewählt, der das Ergebnis für qualitativ unauffällig hält, wenn mindestens 90 % der Patienten einer Abteilung eine Antibiotikaphylaxe erhalten haben. Dies ist für das Ziel, eine flächendeckende Prophylaxe sicherzustellen, ausreichend und praktikabel. Der so gestaltete Qualitätsindikator kann nun zwar differenzieren, dass ein Ergebnis von 93 % Antibiotikaphylaxe deutlich besser ist als ein Ergebnis von 85 % (siehe Abbildung 5). Er vermag aber nicht zu sagen, ob 98 % besser ist als 93 %, da bei 98 % ggf. Patienten eine Antibiotikaphylaxe erhalten haben, für die diese eigentlich nicht geeignet war. Oberhalb von 90 % vermag der Indikator nicht mehr zwischen besserer und schlechterer Qualität zu unterscheiden. Wird nun ein solcher Indikator für ein Anreizverfahren genutzt, das die besten 5 % aller Abteilungen fördert, so

können dadurch unangemessene Artefakte entstehen, da genau in diesem Bereich keine echte Differenzierungsfähigkeit des Indikators vorliegt.

Abbildung 5: Erläuterung zum Beispiel Antibiotikaphylaxe bei Hüftoperationen

Der Referenzbereich für gute Qualität ist definiert als 90 % - 100 %.

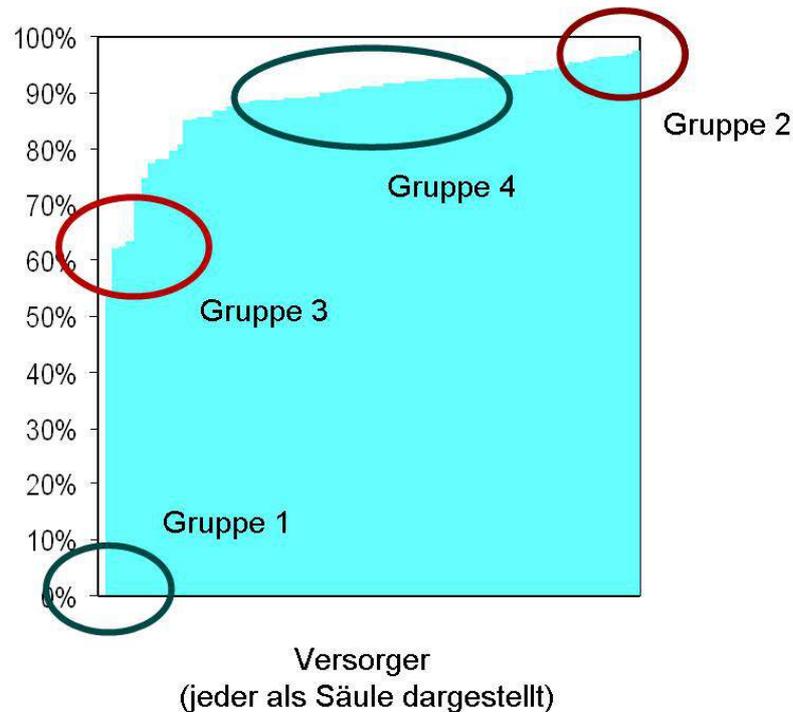


8.8.1 Differenzierungsbereiche bei Qualitätsindikatoren

Sehr viele Indikatoren, deren ideelle Zielgröße 0 % (keine Komplikationen) oder 100 % (flächendeckende Prozesse oder Heilung aller Patienten) ist, büßen in der Nähe des absoluten Zielpunktes an Differenzierungsfähigkeit ein. Es kann nicht ernsthaft behauptet werden, dass das Auftreten von zwei Wundinfektionen bei 300 Patienten eine Abteilung als „besser“ qualifiziert im Vergleich zu einer anderen mit drei Wundinfektionen auf die gleiche Anzahl an Patienten. Da Anreizsysteme oft daraufhin ausgelegt sind, in der Nähe des erwünschten Zielpunktes zwischen sehr guter und guter Qualität zu differenzieren, ist im Einzelfall genau zu überprüfen, ob in diesem Bereich der Indikator auch wirklich noch eine ausreichende Differenzierungsfähigkeit besitzt.

Die folgende Grafik (siehe Abbildung 6) zeigt anhand einer Ergebnisverteilung, wie sich die verschiedenen Ergebnisbereiche eines Indikators voneinander unterscheiden können. Dabei stellt jede Säule eine teilnehmende Abteilung dar. Bei Abteilungen mit extremen Abweichungen vom Zielpunkt (Gruppe 1) handelt es sich meist um Artefakte wie z.B. grobe Missverständnisse in der Dokumentation oder technische Übertragungsfehler. Erst wenn diese Extremwerte auch nach Rücksprache hartnäckig bestehen bleiben, erhebt sich der Verdacht auf ein grundlegendes qualitatives Problem. Im optimalen Bereich (Gruppe 2) nahe dem Zielwert nimmt die Differenzierungsfähigkeit des Indikators deutlich ab und außerdem bedürfen fehlerfreie, optimale Ergebnisse regelmäßig einer kritischen Würdigung. Ernste qualitative Probleme finden sich überwiegend bei den Einrichtungen, die deutlich unterdurchschnittliche Ergebnisse liefern (Gruppe 3) und gute bis sehr gute Ergebnisse finden sich definitionsgemäß innerhalb des Referenzbereichs (Gruppe 4).

Abbildung 6: Verteilung von Ergebnissen eines Benchmarks mit typischen Ergebnisbereichen (beste Qualität 90-100 %; siehe Text)



Diese Beispiele sollen zeigen, dass Indikatoren sich über ihren gesamten Ergebnisbereich oft diskontinuierlich verhalten, wobei das entsprechende Muster nach Art des Qualitätsindikators variieren kann. Daher ist es wichtig zu prüfen, ob ein Indikator zu einem Anreizmodus im Rahmen eines P4P-Projekts passt.

8.8.2 Anforderungsprofil an Qualitätsindikatoren

Die Anforderungen an Qualitätsindikatoren in P4P-Projekten sind also hoch und sehr differenziert. Für ein Projekt, das Gesundheitsversorgung nachhaltig und mit Anreizen verbessern will, reicht es nicht, beispielsweise die Häufigkeit des Blutdruckmessens einfach zum Qualitätsindikator zu erheben. Nachdem im vorhergehenden Abschnitt exemplarisch die Differenziertheit des Themas dargestellt wurde, soll es im Folgenden um die Formulierung eines systematischen Anforderungsprofils für Qualitätsindikatoren gehen.

In Teil F, Anhang 7 findet sich ein komplette Übersicht über den Prüfalgorithmus zur Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P.

Die Anforderungen teilen sich in die allgemeinen Gütekriterien, die allgemein bekannt sind, sowie spezielle Anforderungen, die dem speziellen Nutzungskontext geschuldet sind.

8.8.3 Allgemeine Gütekriterien an Qualitätsindikatoren (QUALIFY)

Die allgemeinen Gütekriterien teilen sich in Relevanz, Wissenschaftlichkeit und Praktikabilität u. a. mit folgenden Unterpunkten:

- Relevanz
- Nutzen
- Indikatorevidenz
- Reliabilität
- Validität
- Sensitivität und Spezifität
- Diskriminationsfähigkeit
- Risikoadjustierung
- Berücksichtigung potenzieller Risiken / Nebenwirkungen
- Beeinflussbarkeit durch die Versorger
- Umsetzbarkeit
- Überprüfbarkeit

Diese Kriterien sind Teil von QUALIFY, einem Instrument mit insgesamt 20 Kriterien für die allgemeine Bewertung von Qualitätsindikatoren (Reiter et al. 2008) und sollen wegen ihrer Allgemeingültigkeit hier nicht besonders behandelt werden.

8.8.4 Spezielle Anforderungen: Basisprüfung

Um die Eignung von Qualitätsindikatoren für Pay-for-Performance Modelle bewerten zu können, wurde das QUALIFY-Instrument modifiziert. Es wurde ein Algorithmus entwickelt, der zur Beurteilung der Eignung eines Qualitätsindikators für Pay-for-Performance dient. Die Prüfung erfolgt mehrstufig. In Teil F, Anhang 7 ist der ganze Algorithmus grafisch dargestellt. Die folgenden Grafiken sind Ausschnitte daraus.

Grundlegende Voraussetzung für die Prüfung eines Indikators ist, dass dieser in seiner **Entwicklung abgeschlossen** ist. Weitere Grundvoraussetzung ist eine ausreichende **Validität** und **Reliabilität**, da der Indikator justitiabel sein muss. Die QUALIFY-Bewertung muss bezüglich aller dieser Kriterien mindestens die Beurteilung „trifft eher zu“ ergeben. Zudem sind folgende Eigenschaften des Indikators zu prüfen: **Evidenz**, **Praktikabilität** und **Diskriminationsfähigkeit**.

8.8.5 Spezielle Anforderungen: Kategorisierung und Kompatibilität

Wie in Teil A, 6.2 erläutert, gibt es sehr unterschiedliche Modelle für Pay-for-Performance mit diversen Anreizen für die Versorger und ebenso unterschiedlichen Regelungen, unter welchen Bedingungen Versorger Bonuszahlungen oder Sanktionen erhalten. Folgende Modelle sind denkbar:

- Boni für alle, die eine bestimmte Schwelle überschreiten
- Abzüge für Versorger, die eine bestimmte Schwelle unterschreiten
- Die Versorger mit den besten Ergebnissen erhalten einen Bonus (z. B. 10 % oder Ranking)
- Boni für die Versorger, die die größte Verbesserung erreicht haben

- Nur Versorger, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen, dürfen eine Leistung abrechnen bzw. dürfen die Leistung zu einem höheren Satz abrechnen (Pay-for-Competence, siehe Teil A, 6.3.1)

Auch Kombinationen der oben genannten Modelle sind denkbar. Wie das P4P-Modell gestaltet wird (z. B. mehr Geld im System, Umverteilung von Geld, Einsparungen), hängt davon ab, welche Ziele erfüllt werden sollen.

Ob ein Qualitätsindikator für P4P geeignet ist, kann nicht pauschal beantwortet werden, da die Eignung eines Indikators immer vom Modell abhängig ist, in dem er eingesetzt wird. Nur eine vorhandene Kompatibilität von Anreiz und Indikator ermöglicht auch eine sinnvolle Verknüpfung von gemessener Qualität und finanzieller „Belohnung“.

Um die richtige Zuordnung bewerkstelligen zu können, bedarf es einer differenzierteren Sicht auf die Qualitätsindikatoren als bislang üblich.

8.8.6 Differenzierte Klassifikation der Qualitätsindikatoren

Klassisch wird bei Qualitätsindikatoren zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren unterschieden (Donabedian 1980). Eine spezielle Untergruppe bilden die Indikationsindikatoren, auf die in Teil C, 3.5 näher Bezug genommen wurde.

Für den Einsatz als „P4P-Indikator“ ist darüber hinaus eine weitere Differenzierung der Qualitätsindikatoren notwendig, damit eine sinnvolle Kombination von Performance und Anreiz möglich wird.

Für diese weitere Differenzierung wurden zwei neue Indikatoreigenschaften definiert, nämlich die „Art der Messung“, sowie „Qualitätsbereich und Qualitätsrichtung“. Die Notwendigkeit für diese neuen Kategorien besteht, weil sich z. B. hinter der Kategorie „Prozessindikator“ sehr unterschiedliche Merkmale verbergen können, die sich bei der Frage, wie eine bestimmte Qualität im Rahmen eines P4P-Projektes honoriert werden soll, sehr unterschiedlich auswirken können. So kann ein Prozessindikator die Etablierung eines bestimmten Prozesses anzeigen, aber auch die Anzahl oder den Anteil durchgeführter Prozesse. Dieser Unterschied („Vorhandensein“ oder „Zählbarkeit“) ist aber im Rahmen von P4P ein sehr wichtiges Kriterium, da nur bei Zählbarkeit differenzierte Abstufungen in der Qualität möglich sind und damit Varianz in der Versorgungsqualität über die dichotome Darstellung hinaus (Vorhanden: ja/nein) abgebildet werden kann. Wie in Teil C, 2 dargestellt, adressiert P4P Varianz in der Versorgung; deshalb ist es von entscheidender Bedeutung für die P4P-Eignung von Indikatoren, dass diese die Varianz auch differenziert darstellen können.

Die beiden neu eingeführten Indikatoreigenschaften werden im Folgenden ausführlich erläutert.

8.8.6.1 Art der Messung

Die Art der Messung kann in folgende Kategorien gefasst werden:

- Status (Vorhandensein)
- Qualifizierter Status
- Quantitativ: Anzahl
- Quantitativ: statistische Beschreibung

Status (Vorhandensein) gibt an, dass dieser Indikator anzeigt, ob eine bestimmte Voraussetzung erfüllt ist, z. B. dass eine bestimmte Struktur oder ein bestimmter Prozess etabliert wurde, dessen Vorhandensein als gute Qualität angesehen wird.

Der **qualifizierte Status** drückt über das reine Vorhandensein hinaus zusätzlich eine qualitative Komponente aus, die erfüllt sein muss, damit von guter Qualität ausgegangen werden kann. Ein Beispiel wäre, dass nicht nur erhoben wird, ob ein Röntgenbild gemacht werden kann, sondern auch, dass die angefertigten Aufnahmen eine bestimmte Qualität aufweisen.

Alle Strukturindikatoren sind naturgemäß Statusindikatoren. Aber auch Prozessindikatoren können Statusindikatoren sein. Statusindikatoren haben keine Mengenkompente.

Davon deutlich unterschieden sind Indikatoren, die Qualität über die dichotome Dimension (vorhanden oder nicht) hinaus als Zahl ausdrücken können. Damit wird eine differenzierte Darstellung von Varianz möglich.

Fahzahlen sind Beispiele für Indikatoren, die eine **Anzahl** messen.

Am häufigsten sind Indikatoren, die Qualität **statistisch** beschreiben z. B. durch einen Anteil in Prozent oder durch eine risikoadjustierte Quote von beobachteten zu erwarteten Ereignissen.

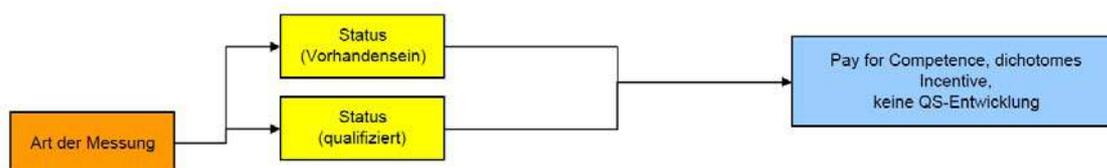
Beispiele für Indikatoren und die Zuordnung zur Art der Messung sind in der folgenden Tabelle 12 zusammengefasst.

Tabelle 12: Beispiele für Indikatoren mit unterschiedlichen Arten der Messung

	Prozessindikator	Ergebnisindikator	Strukturindikator
Status (Vorhandensein)	ein Standardverfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien wird nachweislich in allen Fällen eingesetzt		Es gibt ein Standardverfahren zur Dokumentation von Medikamentenallergien
qualifizierter Status	Bildqualität bei kernspintomographischer Untersuchung des Halses	Ergebnis nach Operation – Beurteilung durch Peer Review	Räumliche Gestaltung der Akutthromaklinik
quantitativ: Anzahl	Anzahl stationärer Behandlungen wegen Brustkrebs	Anzahl mütterlicher Todesfälle bei Geburt	Anzahl der Intensivtherapieplätze auf der neonatologischen Intensivstation
quantitativ: statistische Beschreibung	Hormonrezeptoranalyse in der Mammachirurgie (Anteil in %)	Anfallsfreiheit bei Epilepsie-Patienten (Durchschnittliche anfallsfreie Zeit)	Anteil der 2-Bett - Zimmer

Aus der Kategorie „Art der Messung“ folgt dann eine erste Einschätzung der Eignung für bestimmte Pay-for-Performance-Modelle. Strukturindikatoren bilden einen Status ab, der anzeigt, ob die geforderten Strukturen vorhanden sind. Alle Statusindikatoren, egal ob es sich dabei um Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikatoren handelt, sind aufgrund der eingeschränkten Differenzierungsfähigkeit nur bedingt für P4P geeignet, da eine Förderung gradueller Qualitätsentwicklung ist mit ihnen nicht möglich ist. Sie werden daher Pay-for-Competence zugeordnet (Abbildung 7).

Abbildung 7: Eignung von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit der Art der Messung „Status“



8.8.6.2 Qualitätsbereich und -richtung

Ebenfalls neu definiert wurden Qualitätsbereich und Qualitätsrichtung.

Bei Indikatoren, die eine quantitativ statistische Beschreibung vornehmen, muss eine Bewertung des Qualitätsbereichs und der Qualitätsrichtung erfolgen, um ein geeignetes Anreiz-Modell zu finden.

Ein Qualitätsbereich bzw. eine Qualitätsrichtung gibt an, wann eine gute bzw. bestmögliche Qualität erreicht ist. So gibt es folgende Kategorien an Anforderungen:

- Zielforderung (kontinuierlich)
- Schwellenforderung
- Korridorforderung
- Sentinel Event

Indikatoren mit einer **Zielforderung** sind solche, bei denen der Versorger umso besser ist, je vollständiger er eine Forderung erfüllt. Beispiele wären „Beratung von allen Patienten über Behandlungsoptionen“ oder „Exitus im Zusammenhang mit einer Operation“. Hier liegt eine kontinuierliche Zielforderung vor, die sowohl in Richtung 100 % als auch in Richtung 0 % gerichtet sein kann.

Aber nicht alle Indikatoren verhalten sich bis zum Absolutwert von 0 % oder 100 % gleichförmig. Häufig ist der Fall einer **Schwellenforderung** gegeben, bei der ein bestimmter Prozentsatz von jedem Versorger erreicht werden sollte. Ab einer Überschreitung dieser Schwelle ist jedoch nicht mehr differenzierbar, welcher Versorger besser ist. Dies wurde bereits unter Teil C, 8.8 dargestellt. So könnte beispielsweise ein Versorger, der bei 96 % der Patienten eine intraoperative Antibiotikaphylaxe vornimmt, besser sein als einer, der dies in 99 % der Fälle macht, da letzterer vielleicht auch Patienten eine Prophylaxe zukommen ließ, bei denen Kontraindikationen vorlagen. Diese Tatsache muss berücksichtigt werden, wenn Ziele für Pay-for-Performance vereinbart werden. So wird beispielsweise zum britischen Quality and Outcome Framework oft bemängelt, dass die Zielstellungen für die einzelnen Indikatoren nicht bei 100 % liegen, und dadurch auch bei guten Ergebnissen der Versorger die Bevölkerung nicht optimal versorgt sei (z. B. Ashworth & Kordowicz 2010). Dies mag in Zusammenhang mit niedrig angesetzten Schwellenwerten auch der Fall sein, jedoch muss berücksichtigt werden, dass Ziele von 100 % bei Indikatoren, denen keine kontinuierliche Zielforderung zu Grunde liegt, sowohl dazu führen können, dass Patienten mit Kontraindikationen behandelt werden, als auch, dass Versorger oberhalb der Schwelle nicht fair miteinander verglichen werden.

Bei Indikatoren mit **Korridorforderung** liegt der ideale Zielbereich in einem Korridor (z. B. über 60 % aber unter 90 %). Ein Beispiel hierfür ist der Indikator „Histologie nach Appendektomie pathologisch auffällig“, der für eine gute Versorgungsqualität weder zu geringe noch zu hohe Werte haben sollte. Innerhalb des Zielbereichs lässt sich (genau wie

oberhalb des Schwellenwerts) nicht differenzieren, welcher der Versorger besser ist.

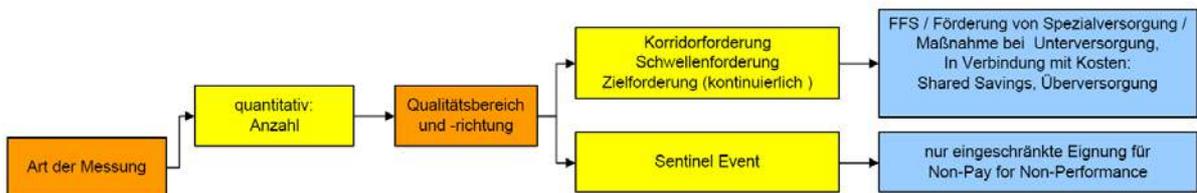
Sentinel-Event-Indikatoren bilden seltene Ereignisse ab, die so nicht vorkommen sollten (Mainz 2003).

8.8.6.3 Kompatibilität von Indikator und Anreiz

Erst nachdem die zu prüfenden Indikatoren entsprechend kategorisiert sind (Art der Messung und ggf. Qualitätsbereich und -richtung), kann ihre Zuordnung zu den in Frage kommenden Anreizmodellen erfolgen.

Indikatoren mit der Art der Messung „Anzahl“ sind, sofern es sich nicht um Sentinel-Event-Indikatoren handelt, entsprechend ihrem konkreten Inhalt für Fee-for-Service-Projekte oder Target Payments geeignet, nämlich für die Behebung von Unterversorgung oder für die Förderung von Spezialversorgung. Im Zusammenhang mit Kosten können Indikatoren dieser Gruppe ggf. auch in Shared-Savings-Projekten und zur Behebung von Überversorgung eingesetzt werden. Die folgende Abbildung 8 zeigt dies im Überblick. Sentinel-Event-Indikatoren eignen sich lediglich eingeschränkt für P4P, nämlich ausschließlich für Non-Pay-for-Non-Performance.

Abbildung 8: Eignung von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit der Art der Messung „Anzahl“



Bei Indikatoren mit „quantitativ: statistische Beschreibung“ als Art der Messung muss für die Eignung nach Qualitätsbereich und Qualitätsrichtung differenziert werden:

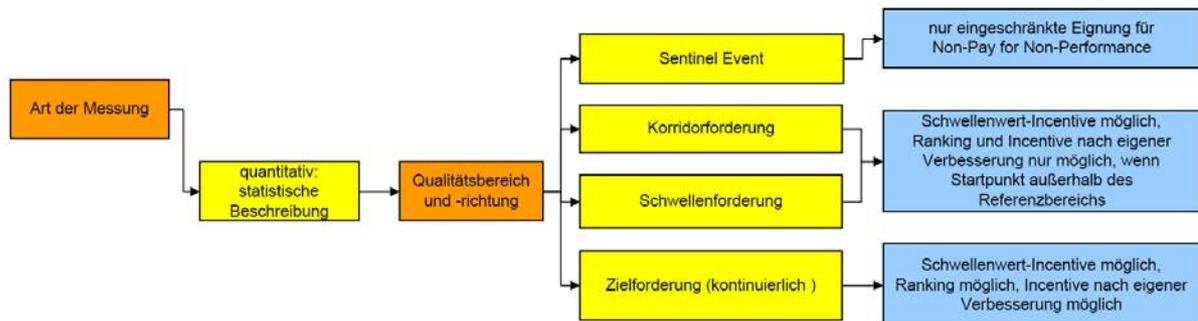
Indikatoren, denen eine Korridor- oder Schwellenforderung zugrunde liegt, lassen sich mit Anreizen verbinden, die sich eines Schwellenwerts bedienen. Auch Anreize, die ein Ranking vorsehen oder auch die relevante Verbesserung eines Versorgers belohnen, können infrage kommen, sofern dieser zu Beginn der Beobachtungszeit den Anforderungslevel noch nicht erreicht hatte. Oberhalb des Schwellenwerts kann nicht mehr differenziert werden.

Indikatoren, denen eine kontinuierliche Zielforderung zugrunde liegt, eignen sich für P4P-Projekte mit Ranking-Anreizen, Verbesserungs- und Schwellenwert-Anreizen.

Sentinel-Event-Indikatoren sind im Allgemeinen nicht für P4P-Projekte geeignet, im Einzelfall können sie für Non-Pay-for-Non-Performance eingesetzt werden.

Die folgende Abbildung 9 zeigt die Eignung von Indikatoren, denen eine statistische Beschreibung als Messung zugrunde liegt, im Überblick.

Abbildung 9: Eignung von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit der Art der Messung „quantitativ: statistische Beschreibung“



8.8.6.4 Weitere Eignungskriterien

Nachdem die grundsätzliche Eignung eines Indikators für ein bestimmtes Modell festgestellt wurde, müssen weitere Kriterien geprüft werden, die die Eignung für Pay-for-Performance beeinflussen. Dazu zählen neben der Validität, der Reliabilität, der Evidenz, der Diskriminationsfähigkeit und der Praktikabilität, die ganz am Anfang geprüft wurden, noch folgende Eigenschaften:

- Aggregationsgrad
- Zeitraum
- Risikoadjustierung
- Complianceabhängigkeit

Die Abhängigkeit eines Indikators von der Compliance der Patienten ist von Bedeutung, da eine hohe **Complianceabhängigkeit** je nach Patientenkontext in der Praxis/Region eine Vergleichbarkeit der eigentlichen Performance erschwert. Zudem sind Indikatoren, die im hohen Maß von der Compliance abhängig sind, nicht für negative Anreize geeignet. Um das Problem der Complianceabhängigkeit zu umgehen, ist beispielsweise im Quality and Outcome Framework (QOF) des britischen National Health Service das „Exception Reporting“ vorgesehen. So dürfen u. a. Patienten, die nach mehrmaliger Einladung nicht beim Arzt erscheinen, ausgeschlossen werden. Die Raten des Exception Reporting lagen im Studienzeitraum 2004/2005 bei einem Median von 6,0 % (Doran et al 2006).

Zudem muss vor Einsatz eines Indikators geprüft werden, auf welche Einzelversorger oder Gruppen von Versorgern er sich bezieht (**Aggregationsgrad**, z. B. institutionell, kooperativ, regional). Sind mehrere Versorger für ein Ergebnis verantwortlich, müssen diese auch entsprechend bei der Anreizgestaltung berücksichtigt werden.

Bei Ergebnisindikatoren ist von großer Bedeutung, in welchem **Zeitraum** Aussagen über die Ergebnisse vorliegen. Beispielsweise ob es sich um „Intraoperative Komplikationen“ oder um die „3-Jahres-Überlebensrate nach Herzinfarkt“ handelt. Wegen der Zuteilung der finanziellen Anreize eignen sich Indikatoren mit langer Latenzzeit tendenziell eher nicht für P4P. Hier werden künftig Intermediate Outcomes (siehe Teil C, 3.3.4) eine große Rolle spielen. Zudem muss bei Ergebnisindikatoren überprüft werden, ob eine geeignete **Risikoadjustierung** (siehe Teil C, 3.3.1) vorliegt.

Das Bewertungsinstrument sieht für alle diese Fälle die Generierung spezieller Hinweise vor, zeigt ggf. Fallstricke auf und lenkt die Aufmerksamkeit gezielt auf mögliche Probleme bei der Anwendung.

8.8.6.5 Vollständiger Algorithmus und Anwendung in der Quinth-Datenbank

Der gesamte Algorithmus zur P4P-Eignung von Indikatoren ist im Anhang F dargestellt. Dieses Verfahren wurde im Rahmen der Quinth Indikatorendatenbank an mehr als 2000 Indikatoren getestet und eingesetzt. Die Quinth Indikatorendatenbank des GKV-Spitzenverbands kann unter <http://quinth.gkv-spitzenverband.de> eingesehen werden.

9 Qualitätsstrategie in P4P-Projekten: zentrale Aspekte

9.1 Klarheit der Ziele

Eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Durchführung von P4P-Projekten ist die Klarheit der Zielvorgabe, an der sich alle Inhalte, Strukturen und Prozesse eines Projekts ausrichten. An den Zielen kann die Angemessenheit der gewählten Performancemessung und der gewählten Anreize geprüft werden.

Oft werden in Publikationen statt der Ziele die verwendeten Indikatoren beschrieben. Diese reichen jedoch nicht aus, um alle wichtigen Aspekte der Projektintentionen klar darzustellen. Im Folgenden werden die bedeutsamen Inhalte kurz dargestellt.

9.1.1 Medizinische Ziele

- Die klare Benennung des medizinischen Ziels, entweder als Ergebnis- oder Prozessqualität oder eine Kombination von beidem.
- Die Angabe der dem Ziel zugrunde liegenden Evidenz. Insbesondere bei Prozessindikatoren ist nachzuweisen, dass diese für die Behandlungsqualität von Relevanz und daher legitimiert sind. Bei Ergebnisqualität ist die Angabe der zugrunde liegenden Evidenz nur in Fällen mittelbarer Ergebnisse, wie z. B. dem Erreichen bestimmter physiologischer Befundbereiche (Blutwerte, Blutdruck) notwendig. Bei Ergebnissen, die direkt die Befindlichkeit und Lebensqualität von Patienten betreffen, wie z. B. Schmerzfreiheit, Gehfähigkeit oder rezidivfreies Intervall, bedarf es keiner evidenzbasierten Legitimation.

9.1.2 Strategische Ziele

- Die Angabe, ob ein Projekt für eine begrenzte Zeit zielgerichtet Versorgungsmängel beheben soll oder ob es als kontinuierlich begleitendes Monitoring Teil des Versorgungsmanagements sein soll.
- Die Angabe, ob eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen das Ziel ist, oder ob lediglich versorgerintern Prozesse und Versorgungsverhalten verändert werden sollen.

Eine ungenaue Definition der Ziele birgt die große Gefahr, dass weder die Qualitätsmessung noch die Interventionsinstrumente für die Ziele passend sind. Um dieser Gefahr zu begegnen, soll im Folgenden eine Systematik der Steuerungssituationen entwickelt werden, die eben diese Zuordnung und Angemessenheit von fokussierten Problemen, Zielvorgaben, Dokumentation, Indikatoren und Interventionsinstrumenten leisten kann.

9.1.3 Machbarkeit der Zielerreichung

Unter Teil C, 8.4 wurde bereits die Problematik der Machbarkeit angesprochen. Bei den Zielen ist immer auch eine Abstimmung notwendig, ob es

- zu den gesundheitspolitisch relevanten Zielen auch entsprechende Indikatoren gibt bzw. ob solche entwickelt werden können,
- ob diese in der Routine der Versorgungspraxis reliabel gemessen werden können und

- ob es realistische Möglichkeiten gibt, die Versorgungspraxis in Bezug auf die Messergebnisse tatsächlich zu beeinflussen.

Bei der Wahl der Projekte ist die Machbarkeit der Zielerreichung ein wichtiges Kriterium, aber der Relevanz der Ziele ist fast ein noch höheres Gewicht zu geben. Ein methodisch und praktisch noch so hervorragend durchgeführtes Projekt schadet, wenn die Priorität und Relevanz seiner Ziele in der Öffentlichkeit nicht kommunizierbar sind.

9.2 Systematik der Steuerungsziele

P4P ist ein mögliches Instrumentarium unter mehreren, um Versorgungsabläufe zu beeinflussen, und sowohl einzelne als auch Kombinationen dieser Instrumente haben sich als wirksam erwiesen (siehe Teil C, 5). Das P4P-Modell stellt dabei das Zusammenspiel der verschiedenen Elemente schematisch dar (siehe Teil C, 1). Dabei sind im Ablauf solcher Interventionen folgende Phasen zu unterscheiden:

- **Problemidentifikation:** Feststellung und genaue Lokalisation von Versorgungsmängeln
- **Problemanalyse:** Ursachenanalyse und Konzepterstellung zur Korrektur
- **Problemkorrektur:** Maßnahmen zur Korrektur der Versorgungsmängel oder Förderung effizienterer Versorgungsstrukturen

P4P-Projekte setzen bisweilen als Instrument der Problemkorrektur erst in der dritten Stufe ein, können aber auch alle drei Phasen integrieren. Bisweilen befassen sich P4P-Projekte mit der Problemanalyse und fördern dann bestimmte Versorgungskonstellationen, bisweilen überlassen sie Analyse und Korrektur den Versorgern und messen lediglich die Zielerreichung, die dann durch Anreiz gefördert wird.

An **Steuerungszielen**, für die P4P eingesetzt wird oder an die sich P4P anschließt, unterscheiden wir folgende Grundkategorien:

- Versorgungsmonitoring
- Korrektur von Versorgungsmängeln
- Versorgungsentwicklung
- Förderung exzellenter Versorgungsqualität
- Effizienz-orientierte Versorgungssteuerung

Diese sollen im Folgenden näher beschrieben werden. Tabelle 13 stellt diese unterschiedlichen Szenarien dann nochmals in einer Übersicht dar.

9.2.1 Versorgungsmonitoring

Fokussiertes Problem: Das Versorgungsmonitoring ist Teil einer abgestuften und daher aufwandsminimierenden Qualitätsmessung, die für P4P die Grundlage liefert. Es wird eingesetzt, wenn der Verdacht auf relevante Varianzen in der medizinischen Versorgung besteht, aber nur beschränkt Informationen hierzu vorliegen. Es werden nicht sofort alle Versorger zu einer ausführlichen Dokumentation verpflichtet. Stattdessen soll durch das Monitoring der Kreis der Versorger, die zur detaillierten Dokumentation aufgefordert werden, auf die

primär Auffälligen des Monitoring eingeschränkt werden. Eine Auffälligkeit im Monitoring löst erst die eigentliche Analyse aus, ob ein Versorger ein qualitatives Problem hat und wie dies korrigiert werden soll. Insofern ist das Monitoring eine Vorstufe von korrigierenden Maßnahmen, zu denen auch P4P gehört.

- Zielgruppe:** Sämtliche Versorger, sämtliche Versorger einer Region, alle Teilnehmer eines Gruppenvertrags, kollektivvertraglicher Bereich
- Ziel:** Identifikation von Versorgungssituationen, bei denen durch eine detailliertere Dokumentation und Analyse geprüft werden sollte, ob ein Versorgungsproblem vorliegt
- Dokumentation:** Da alle Versorger betroffen sind, sollte der zusätzliche Dokumentationsaufwand auf ein Minimum reduziert werden. Es besteht keine Notwendigkeit, bereits während des Screenings Daten zu sammeln, die erst später zur Problemanalyse bei wenigen auffälligen Versorgern gebraucht werden. Dieses Vorgehen erspart einer großen Zahl von qualitativ unauffälligen Versorgern unnötige Detaildokumentation. Wenn möglich sollte zur Dokumentation fast vollständig auf bereits vorhandene Daten zugegriffen werden.
- Qualitätsindikatoren:** Grob orientierende Prozess- und Ergebnisindikatoren, die bei minimalem Dokumentationsaufwand ein möglichst hohes prädiktives Potenzial für echte Versorgungsmängel haben sollen. Eine hohe Sensitivität ist hier wichtiger als eine hohe Spezifität, da die Eingrenzung der Probleme erst in der nächsten Projektphase, der Problemanalyse, erfolgt.
- Intervention:** Vor der eigentlichen Identifizierung von Qualitätsproblemen ermöglicht ein Monitoring ein Eingrenzen primär auffälliger Versorger mit geringem Aufwand.
- Zeithorizont:** Wegen des geringen Dokumentationsaufwands kann das **Versorgungsmonitoring** kontinuierlich in der Gruppe der Teilnehmer durchgeführt werden, ggf. in Form regelmäßiger Stichproben.

9.2.2 Korrektur von Versorgungsmängeln

- Fokussiertes Problem:** Deutliche und wiederholte Abweichung einiger Teilnehmer eines Benchmarkprojekts von den Qualitätsanforderungen (Prozess- oder Ergebnisqualität) ohne ersichtlichen Grund.
- Zielgruppe:** eine Minderheit von Versorgern
- Ziel:** Klärung der Ursachen der Abweichung, nachhaltige Mängelbeseitigung

Dokumentation:	Verpflichtung zu gezielter, ausführlicher Dokumentation im Bereich der Auffälligkeiten. Für die nicht auffälligen Teilnehmer gibt es keine detaillierte Dokumentationspflicht.
Intervention:	Edukation, Feed-back, Analyse der Barrieren, die eine Verbesserung verhindern, institutionelle Intervention z. B. im Rahmen der Verfahren nach § 137a SGB V, Public Reporting, P4P-Sanktionen. Bei Versorgern, denen eine Behebung vermeidbarer Mängel in angemessenem Zeitraum nicht gelingt, können Abschläge von der Vergütung vorgenommen werden. Es ist fraglich, ob mit Zuschlägen für das Einhalten von einzelnen Prozessindikatoren eine insgesamt bessere Versorgung erreicht werden kann.
Qualitätsindikatoren:	Prozess- und Ergebnisindikatoren, Differenzierung im Bereich defizitärer Qualität
Zeithorizont:	Die Korrektur von Versorgungsmängeln sollte mit seinen zusätzlichen Dokumentationsverpflichtungen nur die betroffenen Abteilungen für eine begrenzte Zeit betreffen, längstens bis der Mangel behoben ist. Dann gelten für den Versorger die reduzierten Dokumentationsverpflichtungen des Qualitätsmonitoring (s. u.).

9.2.3 Versorgungsentwicklung

Fokussiertes Problem:	Ein Qualitätsstandard wird von einer Mehrheit der Versorger noch nicht in der Routine erreicht.
Zielgruppe:	eine Mehrheit von Versorgern
Ziel:	Erreichen eines Qualitätsstandards in der medizinischen Routine durch eine möglichst hohe Anzahl von Versorgern
Dokumentation:	Spezifische Dokumentation bezogen auf den umzusetzenden Qualitätsstandard. Diese Dokumentation dient durch entsprechende Fragen gleichzeitig als Erinnerung für die Behandlungsstandards.
Qualitätsindikatoren:	eine Kombination aus Prozess- und Ergebnisindikatoren, die zwischen ungenügender und genügender Qualität differenzieren können
Intervention:	Edukation, Feed-back, Public Reporting. P4P-Anreize und Sanktionen erst nach Lernphase. Es ist zu erwarten, dass eine Mehrheit der Versorger motiviert ist, die neuen Standards umzusetzen. Daher ist in den meisten Fällen ein Benchmarking mit Feed-back und ggf. Public Reporting ausreichend. P4P Elemente sind erst in einer späteren Phase angemessen, wenn Versorger, die anhaltend schlechte Qualität liefern, identifiziert sind und wenn versucht werden soll, sie mit P4P-Interventionen zu einer Verhaltensänderung zu motivieren. Allerdings ist mit Vorsicht zu bewerten, ob mit Vergütungszuschlägen

tatsächlich eine durchgehend gute Versorgungsqualität erreicht werden kann und nicht nur ein formales, punktuelles Abhaken bestimmter Anforderungen.

Zeithorizont: Die Intervention zugunsten einer Versorgungsentwicklung sollte im Allgemeinen zeitlich begrenzt sein und die Zielerreichung muss kritisch reflektiert werden.

9.2.4 Förderung exzellenter Versorgungsqualität

Fokussiertes Problem: In bestimmten Versorgungsbereichen lassen sich durch erhöhten Ressourceneinsatz deutlich bessere Ergebnisse erzielen, z. B. in Bezug auf Patientensicherheit oder Rehabilitation. Wenn die Standardvergütung dieses Mehr an Leistung nicht abdeckt, kann eine zusätzliche Vergütung vereinbart werden, die nur bei exzellenten Ergebnissen ausgezahlt wird.

Auf diese Weise können auch optimierte Behandlungsformen oder neue, effektivere Kooperationsformen medizinischer Versorgung unterstützt und somit Umstrukturierungs- und Koordinationsmaßnahmen mitfinanziert werden. Solche Projekte sind oft von Versorgern initiiert (provider-driven). P4P bietet die Möglichkeit, diese Finanzierung nur dann zu leisten, wenn tatsächlich verbesserte Ergebnisqualität nachgewiesen werden kann.

Zur Abgrenzung sei erwähnt, dass eine finanzielle Unterstützung von Prozessen (Prozessqualität) in die Kategorie Fee-for-Service (FFS) fallen würde.

Zielgruppe: ausgewählte Versorger

Ziel: Unterstützung exzellenter Versorgungsqualität und neuer Versorgungsformen, die relevant verbesserte Ergebnisse nachweisen können

Dokumentation: Gezielte Dokumentation der Ergebnisparameter, die die erreichte höhere Qualität belegen.

Qualitätsindikatoren: Ergebnisindikatoren, die im Bereich hoher Qualität differenzieren können.

Intervention: P4P-Zuschläge, aber auch vermehrte Zuweisung von Patienten

Zeithorizont: Zeitlich begrenzt bis zur erfolgreichen Implementierung von Umstrukturierungsmaßnahmen oder fortlaufend als Zusatzfinanzierung.

9.2.5 Effizienz-orientierte Versorgungssteuerung

- Fokussiertes Problem:** Versorgungsformen, die gleichzeitig die Kosten für Behandlungen oder deren Folgekosten senken und die Versorgungsqualität beibehalten oder sogar steigern, sollen gefördert werden. Ggf. soll es den Versorgern ermöglicht werden, innovativ neue Möglichkeiten vorzuschlagen.
- Zielgruppe:** ausgewählte Versorger bzw. verantwortliche Gruppen von Versorgern (wie z. B. Accountable-Care-Organizations)
- Ziel:** Effizienzsteigerungen des Gesundheitswesens sollen durch Teilhabe der Versorgenden an den dadurch erzielten Einsparungen gefördert werden.
- Dokumentation:** Messung kostenrelevanter Ereignisse (Vermeidung stationärer Aufnahme und Wiederaufnahme, Remissionszeiten, Zeiten bis zur Reintegration in Arbeitsleben etc.), ggf. aus Routine- und Follow-up-Daten .
- Intervention:** P4P-Anreize in Sinne von Shared-Savings oder Umverteilung.
- Qualitätsindikatoren:** Indikatoren, die sowohl kostenrelevante Aspekte der Versorgung als auch die Versorgungsqualität messen können, Differenzierung von nicht-ausreichender und ausreichender Qualität.
- Zeithorizont:** Diese Form von P4P kann zeitlich offen gestaltet werden, da sie sich aus den Einsparungen finanziert.

9.2.6 Tabellarische Übersicht über die Steuerungssituationen

Tabelle 13: Übersicht über die Steuerungssituationen

Art des Ziels	Zielgruppe	Problem	Ziel	Dokumentation	Intervention
Versorgungsmonitoring	Sämtliche Versorger, umfassende Versorgergruppen	Kein Problem bekannt. Routinemäßige Suche nach auffälligen Abweichungen, um gezielte Problemfokussierung und -behebung betreiben zu können	Eingrenzung der Gruppe der Versorger, die eine detaillierte Dokumentation ihrer Versorgungsqualität zu leisten haben	Einfache Dokumentation für eine erste sichtende Bewertung der Versorgungssituation	Bei Versorgern mit Auffälligkeiten im Monitoring: differenzierte Qualitätsmessung zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten

Art des Ziels	Zielgruppe	Problem	Ziel	Dokumentation	Intervention
Korrektur von Versorgungsmängeln	Eine Minderheit von Versorgern	Deutliche Abweichung von den Qualitätsvorgaben (Prozess- oder Ergebnisqualität) ohne ersichtlichen Grund	Auffälligkeitsanalyse, Klärung und Mängelbeseitigung	gezielte, ausführliche Dokumentation und Analyse im Bereich der auffälligen Versorger	Eduktion, Feed-back, institutionelle Intervention, Public reporting, P4P-Sanktionen
Versorgungsentwicklung	Eine Mehrheit der Versorger	Ein Qualitätsstandard wird von einer Mehrheit der Versorger noch nicht in der Routine erreicht	Durchsetzung eines Qualitätsstandards in der medizinischen Routine	Spezifische Dokumentation bezogen auf den Qualitätsstandard, gleichzeitig als Reminder	Eduktion, Feed-back, P4P-Boni und Sanktionen
Förderung exzellenter Versorgungsqualität	Einzelne Versorger oder Gruppen von Versorgern	-	Förderung exzellenter Qualität	Versorgungsspezifische Dokumentation, die insbesondere die höhere Qualität und Effizienz messen kann.	P4P-Boni und Shared Savings
Effizienzorientierte Versorgungssteuerung	Sämtliche Versorger, Gruppen verantwortlicher Versorger	Reduktion offensichtlich vermeidbarer Zusatzkosten der Behandlung z. B. durch Reduktion vermeidbarer Komplikationen	durch Finanzierung des Mehraufwands Unterstützung des Wandels von Versorgungsstrukturen; Ergebnisorientierte Förderung effizienter Kooperationsstrukturen	Effiziente Messung kostenrelevanter Versorgungsparameter und -ergebnisse	P4P als Shared Savings

9.3 Klarheit der Interventionskonzepts

Die obigen Kategorien der Steuerungsziele zeigen deutlich, wie differenziert die Handlungskontexte sind und wie abgestimmt die Dokumentation, die Qualitätsindikatoren und Interventionsinstrumente sein müssen, um überhaupt eine Möglichkeit zu haben, die gesteckten Ziele zu erreichen. Es wird auch ersichtlich, dass die alleinige Nennung der Qualitätsindikatoren noch nicht genügend über die Ziele aussagt, um die Schlüssigkeit eines Projektkonzepts prüfen zu können.

Zu dieser Schlüssigkeit gehört auch, dass das Projektkonzept klar darlegt, mit welcher Intervention man versuchen möchte, die Projektziele zu erreichen und ob die Interventionsinstrumente im Kontext des Projekts geeignet sind. In Teil C, 5 ist das ergänzende Zusammenspiel der verschiedenen Interventionsinstrumente Edukation, Benchmarking, Feed-back, Public Reporting und P4P dargestellt und aus Teil C, 4 lässt sich ableiten, für welche Konstellationen P4P aus Motivationssicht besonders geeignet ist.

Aus dieser Notwendigkeit der Differenzierung ergibt sich, dass keine allgemeingültige Empfehlung zur Wahl eines Interventionsinstruments gegeben werden kann. In Abhängigkeit von Projektziel, Art des Versorgungsdefizits und den Kontexten des Projekts muss ein Gesamtkonzept zur Intervention abgeleitet werden, das dann an den geeigneten Stellen seine spezifische Wirksamkeit entfalten kann.

Wesentlich ist jedoch, dass dieses Interventionskonzept sich nicht auf die Hoffnung einer allgemeinen Wirksamkeit finanzieller Anreize verlässt, sondern eine klare Vorstellung entwickelt und niederschreibt, wie und mit welchen Instrumenten im Einzelnen die Projektziele erreicht werden können. Hierzu gehört auch die transparente Festlegung der Umsetzungsparameter wie z. B. der angestrebte Zeithorizont.

9.4 Evaluation der Projekte

Evaluation sollte ein fester Bestandteil aller Projekte sein. Das Thema teilt sich in die bekannten Bereiche

- (1) Wissenschaftliche Evaluation, ob P4P unter kontrollierten Bedingungen und in Abgrenzung zu anderen Instrumenten überhaupt wirksam sein kann.
- (2) Versorgungswissenschaftliche Evaluation, ob P4P-Projekte in der allgemeinen Versorgung außerhalb von Studien erfolgreich sind.
- (3) Projektevaluation, die zeigt, ob die Veränderung in den Vergütungsregelungen zusammen mit anderen Instrumenten zur Erreichung der Projektziele geführt hat.

Hier ist primär von der Projektevaluation die Rede. Für diese ist es notwendig, dass prospektiv definiert wird, wie das Erreichen der Projektziele festgestellt werden soll. Für jedes Projekt ist es äußerst hilfreich, wenn bereits bei der Durchführung die Zielparame-ter bekannt sind. Insofern ist von jedem Projekt zu fordern, dass es auf der Basis prospektiv festgelegter Erfolgskriterien eine ernstzunehmende Evaluation durchführt, im besten Fall durch neutrale Dritte. Für das Einzelprojekt spielt dabei ggf. auch eine Rolle, wie sehr in der Wahrnehmung der Teilnehmer einzelne Projektelemente zum Erfolg beigetragen haben, bzw. für die Ziele kontraproduktiv waren.

Als Messdimensionen können unter anderem dienen:

- Entwicklung der medizinischen Versorgungsqualität
- Entwicklung der Kosten für die medizinische Versorgung
- Aufwand und Kosten für das Projekt (zusätzlicher Aufwand, zusätzliche Vergütung, Einsparungen)
- Akzeptanz bei den Versorgern inkl. Bewertung der verschiedenen Projektelemente
- Akzeptanz bei den Kostenträgern inkl. Bewertung der verschiedenen Projektelemente
- Akzeptanz bei den Patienten inkl. Bewertung der verschiedenen Projektelemente

9.5 Akzeptanz von P4P

Der kritischste Erfolgsfaktor für P4P- und andere QS-Projekte ist die Akzeptanz bei den Versorgern und Versorgenden. Nur wenn sie die Versorgung ändern, wird es eine Verbesserung geben. Sieht man von einer rein mechanischen Abarbeitung von geforderten Prozessschritten ab, die nur geschieht, um der Form genüge zu tun (siehe auch Teil C, 3.4.), so kann man sich keine gelingende Versorgung ohne primäre Motivation vorstellen (siehe auch zum Thema Motivation Teil C, 6.). Es ist nur schwer vorstellbar, dass in einer Situation, in der die Gabe eines einfachen Medikaments wie ASS bei Entlassung einzig und allein durch einen finanziellen Anreiz erreicht werden kann, damit insgesamt die Versorgung auf bestes Niveau gehoben werden kann. Finanzielle Anreize können primäre Motivation nicht ersetzen und sollten dies in keinem Fall versuchen. Der Fehlglaube, dass dies möglich wäre, erklärt vielleicht die enttäuschenden Ergebnisse mancher P4P-Projekte.

Die Fragestellung ist, wie man gute bis sehr gute Versorgung durch eine Mehrheit der Versorgenden möglichst ungestört lässt, wie man Versorgungsmängel bei motivierten Versorgenden am effektivsten mit ihnen zusammen verbessern kann und wie man bei einer kleinen Minderheit das Beharren auf eigenen, qualitativ defizitären Prioritäten durch Sanktionen unterbinden kann.

Dies beschreibt die Zielsetzung, für die die Versorgenden und Versorger, also die Menschen und die Institutionen, zu gewinnen sind. Oft wird allerdings die Hoffnung der Versorger, über P4P die Versorgungs- und ihre eigene Situation verbessern zu können, übertroffen durch die Befürchtung, dass ohnehin jede Veränderung im Gesundheitswesen zu ihren Lasten geht.

9.5.1 Akzeptanz bei Versorgern und Versorgenden

Eine Umfrage von Meterko et al (2006) hat die Haltung von Versorgenden gegenüber P4P-Programmen untersucht. Es wurden die Antworten von über 600 an P4P-Programmen teilnehmenden Ärzten ausgewertet. Dabei konnte die Annahme bestätigt werden, dass die folgenden sieben Faktoren für die Akzeptanz von P4P-Programmen von zentraler Bedeutung sind:

- Das Programm muss verstanden werden und es muss ein (Problem-) Bewusstsein dafür vorhanden sein („awareness and understanding“).
- Medizinische Relevanz der Qualitätsziele („clinical relevance of the quality targets“). Die Versorgenden müssen sich mit den evidenzbasierten Zielen identifizieren können.
- Bedeutsamkeit des finanziellen Anreizes („salience of the financial incentive“), der auch in Bezug zum Aufwand und ggf. zum Risiko von Abschlägen gesehen werden muss.
- Verfügbarkeit der Ressourcen, die für die Umsetzung der Verbesserungen nötig sind („control over the resources needed to achieve the quality targets“)
- Fairness („fairness in the administration of the incentive program“); hierunter würde z.B. eine adäquate Risikoadjustierung fallen.
- Nützlichkeit des Feed-backs für die Versorgenden („Frequency and nature of performance feedback provided“)
- mögliche unerwünschte Konsequenzen („possible unintended consequences associated with the pursuit of the quality targets“), z.B. für Versorgungsbereiche, die nicht durch Anreize gefördert werden, d.h. es

dürfen keine Befürchtungen bestehen, andere Bereiche vernachlässigen zu müssen.

Diese Kriterien wurden zum großen Teil bereits an anderer Stelle, z.B. bei der Wirksamkeit von Anreizen erwähnt (siehe Teil C, 6) oder finden bei der Darstellung der Qualitätsmessung (siehe Teil C, 8), dem Aufwand (siehe Teil C, 9.7) und der Datengrundlage (siehe Teil C, 9.8) Berücksichtigung. Sie stimmen außerdem weitgehend mit den Aussagen überein, die in der „Allgemeinen Stellungnahme“ der Internetumfrage (Siehe Teil A, 5.2) bezüglich der Akzeptanz von den – allerdings wenigen – Versorgenden genannt wurden.

In einer Umfrage von Sulmasy et al (2000) wurden ethische Bedenken hinsichtlich P4P und „Cost-control-Arrangements“ untersucht. Mehr als dreiviertel der befragten Ärzte sahen persönliche finanzielle Anreize zur Eindämmung bestimmter Handlungsweisen (z. B. Durchführung bestimmter Untersuchungen oder Überweisungen) als ethisch inakzeptabel an. Die Ärzte sahen das Vertrauen der Patienten in ihre Loyalität in Gefahr. Hier wird insbesondere bei Projekten zur Eindämmung von Überversorgung darauf zu achten sein, dass Indikationsindikatoren eine verstärkte Aufklärungsarbeit bei Ärzten und Patienten erfordern.

Auf keinen Fall sollte man davon ausgehen, dass eine mangelnde Motivation durch finanzielle Anreize gleichsam erkaufte werden könne. Bei fehlender Motivation wird man allenfalls eine Erfüllung der Form halber erreichen können, die insgesamt nicht als gute Versorgung gelten kann.

In den USA, wo es bereits sehr viele P4P-Projekte von unterschiedlichen Versicherern gibt, wurden bereits Internettools entwickelt, mit deren Hilfe die Ärzte ein P4P-Programm hinsichtlich seiner Vor- und Nachteile abklopfen können. Ein Beispiel für ein solches Werkzeug findet sich auf der Internetseite der American Academy of Family Physicians (siehe Link: American Academy of Family Physicians; Endsley 2004) und wird in Tabelle 14 beispielhaft dargestellt.

Tabelle 14: Kriterien für die Akzeptanz von P4P-Projekten der American Academy of Family Physicians

Kriterium	Detaillierte Anforderung	Originaltext
Transparenz für die Versorger	Ein Vertreter der Krankenversicherung kann die Vergütungsregeln und deren Herleitung erklären.	A health plan rep can explain the compensation formula and how it was derived.
Niedriges finanzielles Risiko	Das Programm bietet eher Bonuszahlungen an als Rückstellungen	The program offers a "bonus" rather than a "withhold."
Beteiligung der Versorger an der Gestaltung	Hausärzte waren am Design des Programms beteiligt (z. B. in der Auswahl der Indikatoren)	Family physicians were involved in the program's design (e.g. selecting the measures).
Bewährte Indikatoren, anerkannte Ziele	Die Performance Indikatoren sind landesweit anerkannt (durch Medicare, NCQA, etc.).	The performance measures are nationally recognized (by Medicare, the NCQA, etc.).

Kriterium	Detaillierte Anforderung	Originaltext
inhaltliche und organisatorische Unterstützung der Versorger	Das Programm bietet inhaltliche und organisatorische Unterstützung, wie z. B. Leitlinien, Ablaufpläne und Informationsmaterial für Patienten	The program offers non-financial assistance, such as guidelines, flowsheets and patient ed materials.
Verwendung detaillierter, relevanter Daten aus dem Behandlungsablauf	Das Programm nutzt Behandlungsdaten und nicht Abrechnungsdaten	The plan uses encounter data, not claims data.
Praktische technische Unterstützung der Versorger	Wenn Behandlungsdaten genutzt werden, dann bietet die Krankenversicherung technische Unterstützung bei der Dokumentation	If encounter data is used, the health plan provides technical assistance for data collection.
Anreizhöhe 5-10%	Der Anreiz beträgt 5-10% der Erlöse aus dem Kontrakt	The potential incentive is 5 to 10 percent of income from the plan.

Eine Teilnahme an einem P4P-Projekt wird bedingt empfohlen, wenn drei oder vier der acht Kriterien erfüllt sind und uneingeschränkt empfohlen bei einem Erfüllen von mindestens fünf Kriterien.

Eine so hohe Anzahl paralleler P4P-Projekte wie in den USA wäre in Deutschland aller Voraussicht nach ein schwerwiegendes Akzeptanzhindernis, da verschiedene Programminhalte für die Patienten einer Praxis einen deutlich erhöhten Aufwand bedeuten und unterschiedliche Standards bei der Behandlung in Deutschland von den Patienten häufig hinterfragt werden.

Da die Teilnahme an P4P-Projekten im selektiv-vertraglichen Bereich freiwillig ist, können Versorger nur dann zum Vertragsabschluß motiviert werden, wenn sie für sich eine Möglichkeit der Verbesserung sehen. Dies trifft vor allem auf Projekte zu, die die Versorger selbst initiieren („provider driven“). Mit diesen Projekten möchten die Versorger in der Regel eine Förderung von besonders hoher Versorgungsqualität erreichen und streben dies z. B. im Rahmen von IV-Verträgen an. Hier finden sich auch verschiedene Shared-Savings Projekte. Akzeptanz könnten auch regionale Projekte zur Etablierung besser koordinierter Versorgungsstrukturen und -abläufe finden, da sie dem Wunsch vieler Versorger nach besserer und effektiverer Kooperation entgegenkommen.

P4P-Verfahren im selektivvertraglichen Bereich, bei denen es auch Sanktionen gibt, laufen Gefahr, dass sich nur gute Einrichtungen zur Teilnahme bereitfinden und dass deswegen keine wesentlichen Verbesserungspotentiale bestehen, weil diejenigen, die sich verbessern sollten, dem Projekt fernbleiben. Auch dies kann einer der Gründe sein, warum bislang P4P-Projekte oft trotz Aufwand keine wesentliche Verbesserung bewirken konnten.

9.5.2 Akzeptanz bei Kostenträgern, Patienten und Bevölkerung

Kostenträger sind naturgemäß an Qualitätsverbesserungen und einer Steigerung der Effizienz bei der Versorgung ihrer Patienten interessiert. Dies führt jedoch

nicht zwangsläufig zu einer Akzeptanz von P4P-Ansätzen. Die Umfragen und Gespräche haben ergeben, dass Versorger mit Ideen für Verbesserungen oft Schwierigkeiten haben, Kostenträger für die Umsetzung zu gewinnen, da auch von dieser Seite oft die Befürchtung vorherrscht, dass die Versorgenden vornehmlich eine Aufstockung ihrer Einkünfte anstreben.

Darüber hinaus spielen oft Marketing-Aspekte eine Rolle, die eher auf das Anwerben bestimmter Versichertengruppen abzielen als auf eine Darstellung hinsichtlich guter Versorgung von chronisch Kranken oder Problempatienten.

Neben der Transparenz der datenschutzrechtlichen Anstrengungen (siehe Teil C, 9.8.1) ist insbesondere bei größeren P4P-Projekten eine adäquate Aufklärung der Bevölkerung zu Zweck und Zielen der Projekte notwendig und es soll deren Kooperation erreicht werden. Andererseits schafft die Transparenz der Projekte auch die Möglichkeit der Überprüfung, ob die Projektziele tatsächlich am Nutzen des Gesundheitswesens insgesamt orientiert sind, oder ob es sich nur um die Verfolgung von Partikularinteressen auf Kosten der Patienten handelt. Kritische Begleitung, Werben um Kooperation und Schutz vor polemischen Attacken sind die Aufgaben einer begleitenden Öffentlichkeitsarbeit für P4P-Projekte insgesamt.

9.6 Zusammenhang von Akzeptanz, Förderung und Sanktionierung

Es gibt die Einstellung, dass gute Qualität nur durch positive Förderung erreicht werden könne. Andere wiederum sagen, dass der Mensch nur auf schmerzhaft Sanktionen nachhaltig reagieren würde. Die Erfahrung in QS-Projekten legt jedoch nahe, dass man beides braucht. Motivierte Versorger, die bereits durch Feed-back zur Verbesserung eines Mangels bewegt werden können oder die durch gezielte Förderung zu überdurchschnittlicher Versorgungsqualität bereit und fähig sind, wird man durch undifferenziertes Drohen mit Sanktionierung eher demotivieren, da ihre intrinsisch positive Motivationslage von vorn herein in Abrede gestellt wird.

Anders liegt der Fall bei Versorgern, die trotz differenziertem Feed-back und vielleicht auch Public-Reporting nicht zu einer Behebung von Mängeln zu bewegen sind, da sie für sich selbst andere Prioritäten setzen. Es erscheint wenig wahrscheinlich, dass sie durch finanzielle Anreize zu einer motivierten, nachhaltigen Verbesserung ihrer Versorgungsqualität insgesamt zu bewegen sind. Auf den Unterschied zwischen dem formalen Erfüllen einer Prozedur und einer qualitativ guten Versorgung wurde bereits hingewiesen (siehe Teil C, 6.2).

Ein Qualitätssystem, das mit großem Aufwand Versorgungsqualität misst, aber relevante Unterschiede zwischen den Versorgern weitgehend folgenlos belässt, verliert deutlich an Akzeptanz, und zwar genau bei denen, die gute Qualität liefern. Sie sehen ihre eigenen Bemühungen um gute Qualität konterkariert durch die Diskrepanz der hehren Ziele eines Projekts, dem dafür notwendigen Aufwand und den minimalen Effekten. Für die Akzeptanz eines Projekts ist daher eine glaubhaft differenzierende Förderung, aber auch der Wille zu einer stringenten Sanktionierung bei hartnäckigen Defiziten wichtig.

9.7 Reduktion des Aufwands

Einer der kritischen Punkte von P4P-Projekten ist auch der damit verbundene zusätzliche Aufwand, der auf Kosten der Patientenversorgung zu erbringen ist und der deshalb sehr gut begründet sein muss. Wenn diesem Aufwand ein kaum wahrnehmbarer Nutzen

zugeordnet ist, bleibt die Akzeptanz von QS- und P4P-Projekten verständlicher Weise auf niedrigem Niveau.

Eine Minimierung des Aufwands ist daher einer der zentralen Erfolgsfaktoren für eine Projektakzeptanz. Hierzu werden an den verschiedenen Stellen des Gutachtens im jeweils praktischen Kontext Vorschläge gemacht, auf die hier nur verwiesen werden soll.

Es dreht sich dabei im Wesentlichen um eine Minimierung des Aufwands

- bei der Erstellung der Indikatoren (siehe Teil C, 8.3)
- bei der Erstellung der Dokumentations- und Datentransferwerkzeuge (siehe Teil C, 9.8)
- der Dokumentation durch Problemzentrierung (siehe Teil C, 8.2) sowie
- durch Verwendung von bereits vorhandenen Daten (siehe Teil C, 9.8.3)

9.8 Datenverfügbarkeit und Datenschutz

Datenschutz im Rahmen von P4P-Projekten betrifft insbesondere die drei Bereiche

- Datenschutzkonforme Nutzung von Daten des Heilungs- oder Krankheitsverlaufs,
- Realisierung datenschutzkonformer Datenflüsse
- Datenverfügbarkeit und
- Vertrauensbildung bei der Bevölkerung

Bei allen diesen Themen hat aber der absolute Schutz der Daten der Patienten oberste Priorität. Dies ist aber mit den Zwecken von P4P-Projekten gut vereinbar und mit vertretbarem Aufwand realisierbar.

9.8.1 Datenschutzkonforme Nutzung von Daten des Heilungs- oder Krankheitsverlaufs

Für viele medizinische Bereiche macht eine Qualitätsmessung nur Sinn, wenn mittel- und langfristige Ergebnisse eines Heilungs- oder Krankheitsverlaufs erfasst werden. Hinzu kommt ggf. noch die zugeordnete stichprobenartige Befragung von Patienten zu ihren Erfahrungen und ihrer Zufriedenheit. Diese Daten müssen so zusammengeführt und gespeichert werden, dass an neutralem Ort die Daten als anonyme Fälle und Patienten gespeichert werden und für Auswertungen zur Verfügung stehen, ohne dass überhaupt eine Rückführbarkeit zum konkreten Patienten möglich ist oder ggf. nur mit dessen Einverständnis und entsprechend hohen Hürden. Dabei sollten nur die für einen Versorgungsbereich wichtigen Fakten zusammenkommen. Die Verlaufsdaten eines Patienten könnten daher ggf. mehrfach unter ganz unterschiedlichen Aspekten und nie vollständig als Gesamtfall gespeichert werden. Wesentlich ist, dass die Einzeldaten noch vor Zusammenführung im P4P-Projektpool von der einzelnen Person klar abgetrennt sind, so dass niemand fürchten muss, dass seine Gesundheitsinformationen und ggf. Krankengeschichte mit seiner Person je wieder in Zusammenhang gebracht werden kann. Andererseits ist die Identifizierbarkeit des Versorgers bei P4P-Projekten selbstverständlich eine Voraussetzung.

9.8.2 Realisierung datenschutzkonformer Datenflüsse

Die Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und zu verschiedenen Registern realisieren derzeit routinemäßig Datenflussstrukturen,

die mit den Datenschutzbeauftragten entwickelt wurden, die Vertrauensstellen nutzen und Datenschutz auf sehr hohem Niveau gewähren. Die Nutzung moderner Technologien wie Webservice gestatten auch Umsetzungen, die im Betrieb aufwandsarm sind. Die jetzt im Rahmen der Projekte aufgebaute Infrastruktur könnte ohne größere Schwierigkeiten auch als Vehikel für andere kleinere Projekte mit großer Effizienz genutzt werden und würde allen Beteiligten den mühsamen Aufbau paralleler Strukturen ersparen. Dabei müsste nicht einmal ein einziger Standard für alle Projekte in gleicher Weise realisiert werden. Zentrale und dezentrale Strukturen könnten mit einem kleinen Set an Standards eine große Anzahl unterschiedlicher Funktionalitäten abdecken.

9.8.3 Datenverfügbarkeit

Die Verfügbarkeit qualitätsbezogener Daten ist Voraussetzung für eine qualitäts- und effizienzorientierte Steuerung. Datenanonymität, Datensparsamkeit und Nutzung vorhandener Daten sind dabei Prämissen für eine erfolgreiche Umsetzung von QS- und P4P-Projekten. Während in bestimmten Bereichen das Einholen des Einverständnisses der Patienten zur Nutzung ihrer Daten Sinn macht, wäre in anderen Bereichen ein Nutzungsrecht der vorhandenen Daten für die Zwecke von P4P-Projekten ohne Einverständnispflicht eine große Erleichterung in der Umsetzung. Hierzu gehört auch die legitime Möglichkeit der Datenzusammenführung von medizinischen und Abrechnungsdaten in einer funktional anonymen Zone, in der das Risiko der Reidentifikation von Patienten praktisch ausgeschlossen ist. Hier gilt es insbesondere für neue P4P-Formen die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen (siehe Teil E).

9.9 Gaming

Kein Projekt kann vermeiden, dass die Teilnehmer die Spielregeln bis zum Rande des Legitimen für sich nutzen – und ggf. noch bis in eine Grauzone hinein dehnen. Daher wurde bereits empfohlen, P4P-Projekte auf bereits laufenden Benchmark-Verfahren aufzusetzen, für die eine entsprechende Reife schon da ist, d. h. für die man bereits die Systemreaktionen kennt und entsprechende Gegenmaßnahmen entwickeln konnte.

9.10 Vertrauensbildung bei der Bevölkerung

Wenn Medizin und Gesundheitssystem künftig die eigene Entwicklung daten- und indikatoren gestützt weiterentwickeln wollen, dann gilt es, neben den bisherigen Alternativen von gänzlicher Intransparenz oder vollständiger Transparenz eine positive dritte Vision zu entwickeln, in der nach transparenten Regeln das Gesundheitssystem sich selbst datenbasiert steuert, ohne dabei Zugriff auf die Privatsphäre des Einzelnen zu haben. Dies muss konzeptionell überzeugend entwickelt und dargestellt werden und hierfür sollte in geeigneter Weise bei der Bevölkerung um Zustimmung geworben werden: Vertrauen durch Transparenz. Der erhöhte Nutzen für Patienten, die erhöhte Patientensicherheit, die Unterstützung der Wahlfreiheit und die erzielbare höhere Effizienz des Gesundheitswesens sind gute Argumente. Allerdings muss das Erreichen dieser angestrebten Ziele dann auch nachgewiesen werden. Andererseits kann gezeigt werden, dass zur Erreichung dieser Ziele eben kein gläserner Patient geschaffen werden muss, sondern dass sie unter Wahrung der Anonymität des Einzelnen realisiert werden können. Schließlich ist das Vertrauen der Bevölkerung in ein solidarisch finanziertes Gesundheitswesen ein wichtiger Teil des sozialen Zusammenhalts der Gesellschaft.

Dieses Vertrauen basiert gleichzeitig auf dem wirksamen Schutz der Privatsphäre und öffentlicher Transparenz der Versorgungsqualität.

Bis dahin ist allerdings noch ein Stück Weg zurück zu legen. Wenn man die bisherigen Publikationen zu P4P betrachtet, gab es häufig keine ausreichende Transparenz der Projekte oder die Frage der Transparenz wurde erst gar nicht thematisiert.

9.11 Dokumentation der Projekte und deren Verfügbarkeit

Bei der Suche nach P4P-Projekten und Projektbeschreibungen, wie sie in Teil A beschrieben wurde, stellte sich regelhaft heraus, dass die Darstellung von P4P-Projekten durch die Projektbeteiligten meist kasuistisch und lückenhaft erfolgte. Viele wichtige Detailinformationen waren nicht verfügbar. Die vorhandenen Informationen sind in keiner Weise standardisiert und damit sind die Projekte untereinander hinsichtlich ihres Aufbaus, ihrer Ziele und ihrer Ergebnisse nur sehr schwer vergleichbar.

Um dem abzuhelpen, wurde ein standardisiertes Beschreibungsinstrument (Taxonomie) entwickelt, das die Möglichkeit bietet, P4P-Projekte in ihren wesentlichen Bestandteilen systematisch zu erfassen. Im Rahmen des Gutachtens wurde dazu eigens ein Profiltbogen (siehe Teil F, Anhang 6) für P4P-Projekte entwickelt. Die systematische Projektanalyse mit Hilfe der Taxonomie kann sowohl bei der Konzeption von P4P-Projekten als auch bei ihrer Evaluation unterstützen.

9.12 Taxonomie

Für die systematische Beschreibung von P4P-Projekten wurden Kategorien erarbeitet, die von den konkreten Detailinformationen einzelner Projekte abstrahieren und stattdessen die wesentlichen, für die Realisation und Einbettung in die Vergütungssysteme relevanten Charakteristika abbilden.

Die **Hauptelemente** zur Beschreibung von P4P-Projekten sind:

- Projektrahmen und -Organisation
- Projektinhalte
- Projektergebnisse

Unter **Projektrahmen** fallen die allgemeine Projektbeschreibung, Träger und Vertragsrahmen, die Herkunft der Mittel, das Projektmanagement und die Projektteilnehmer.

Bei der Herkunft der **finanziellen Mittel** (siehe Teil A, 6.5.1) kann prinzipiell zwischen einer Finanzierung aus dem Gesundheitssystem (dies ist der Regelfall) oder einer Finanzierung durch zusätzliche Mittel aus anderen Quellen unterschieden werden. Da häufig für die Kostenträger eine Budgetneutralität der Projekte gefordert wird, müssen die für zusätzliche Vergütungen benötigten Mittel wahlweise durch Einsparungen, durch Umverteilung unter den Projektteilnehmern, durch einen Einbehalt vom Gesamtbudget, der ggf. auch Nicht-Teilnehmer betreffen kann, oder durch eine Kombination dieser Maßnahmen beschafft werden.

Die **Projektinhalte** umfassen Thema, Zielsetzung und Leistungsbereich, die Performancemessung, das Anreizkonzept und die Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation.

Die **Zielsetzung** eines P4P-Projekts genau zu erfassen, erschien angesichts der Zieldarlegungen in den verfügbaren Publikationen besonders wichtig. Dort wird oft nur implizit (über die Qualitätsdimensionen der verwendeten Messinstrumente) oder generalisierend (als „Qualität“ oder „Effizienz“) zu den Projektzielen Stellung genommen.

Die Beschreibung der **Performancemessung** greift die Qualitätsdimensionen aus dem Projektziel auf und erlaubt so einen Abgleich zwischen Projektziel und tatsächlich im P4P-Projekt erfolgter Messung.

Neben den Qualitätsdimensionen werden weitere Basisinformationen für die Bewertung der methodischen Qualität der verwendeten **Qualitätsindikatoren** erfasst sowie der Aggregationsgrad der Leistungserbringer, die Datengrundlage, Art und Ausprägung des Referenzbereiches, Vorhandensein einer Risikoadjustierung und ggf. Sonderregelungen (z. B. Exception Rules).

Eine wichtige Anforderung an die im Gutachten verwendete Taxonomie war eine exakte Beschreibung des **Motivations- und Anreizsystems**. Für die Evaluation von P4P-Projekten ist insbesondere von Bedeutung, welche durch das Projekt vorgenommenen Maßnahmen (Interventionen) einen Einfluss auf das Ergebnis haben können. Dazu wurden die monetären Anreize, aber auch weitere Interventionen (z. B. Public Reporting, Edukation, Feed-back usw.) erfasst.

Bei den eigentlichen P4P-Anzelelementen, d. h. den finanziellen Anreizen, ist zwischen nicht-monetären Zusatzleistungen (z. B. Sachmitteln) und monetären Leistungen (Bonuszahlungen bzw. Abschlägen) zu unterscheiden. Daneben sind mittelbare finanzielle Vorteile, etwa durch Zuweisung von Patienten oder Erlaubnis zur Abrechnung von Leistungen, zu berücksichtigen.

Die monetären Anreize werden in vier Dimensionen kategorisiert und erfasst:

- Differenzierung der belohnten Versorger: Dieser Aspekt auf der Anreizseite ist eng mit Qualitätsbereich und -richtung der Performanceindikatoren auf der Messseite verbunden. Er beschreibt, wie diejenigen Versorger ausgewählt werden, die einen finanziellen Anreiz (positiver oder negativer Art) erhalten. Da diese Auswahl in der Regel auf der Grundlage der Qualitätsergebnisse vorgenommen wird, müssen die Messeigenschaften der Performanceindikatoren mit dem Vorgehen zur Differenzierung der Belohnten kompatibel sein.
- Differenzierung der Vergütungshöhe: Verwandt mit der Auswahl der Anreizempfänger ist die Festlegung der Vergütungshöhe und der relativen Verteilung des Budgets. Varianten sind z. B. die Zahlung eines Betrages, welcher direkt mit dem Ergebnis eines Performanceindicators korreliert, oder die Aufteilung eines Budgets unter einer Gruppe von Versorgern.
- Höhe des finanziellen Betrags: In welcher Relation steht die mögliche zusätzliche Vergütung bzw. der Abschlag zum regulären Budget, das der Versorgende ohne das P4P-Projekt erhalten hätte? Diese Angabe ermöglicht eine Einschätzung des finanziellen Impacts von P4P-Projekten auf die Versorger.
- Risikorahmen: Ist der an einem P4P-Projekt teilnehmende Versorger „auf der sicheren Seite“, da nur Boni ausgeschüttet, aber keine Abschläge auf die Vergütung vorgenommen werden, oder drohen Verluste bei schlechter Performance?

Darüber hinaus wird die persönliche und zeitliche Zuordenbarkeit der Boni/Mali erfasst.

Auf die Erfassung der **Projektergebnisse** wird besonderer Wert gelegt. Erfasst wird, ob das Projekt fortbesteht oder beendet ist, ob die Projektziele erreicht wurden sowie ob

Qualitäts- und/oder Effizienzverbesserungen zu verzeichnen waren. Eine detaillierte Freitextbeschreibung der Ergebnisse ist möglich.

Der Profilbogen, der die komplette Taxonomie enthält, findet sich in ganzer Länge in Teil F, Anhang 6.

9.13 Datenbank

Für die Analyse im Rahmen des Gutachtens wurden die eingeschlossenen P4P-Projekte in einer Datenbank erfasst, die auf den Elementen der beschriebenen Taxonomie basiert.

Die Datenbank bietet grundsätzlich die Möglichkeit der systematischen Dokumentation von P4P-Projekten und die Herstellung einer Vergleichbarkeit anhand von Projekteigenschaften. Eine Auswertung im Sinne einer Statistik über P4P-Projekte erscheint aber nicht sinnvoll, da aufgrund der Variabilität der Projekte einerseits und der hohen Ähnlichkeit innerhalb bestimmter Gruppen von Projekten die Auswertungsergebnisse irreführend wären. Sie hängen nämlich in hohem Maße davon ab, welche Projekte oder Unterprojekte zu einem Eintrag zusammengefasst wurden, ohne dass sich für diese Zusammenfassung allgemein gültige Kriterien festlegen ließen. Es kann aber beispielsweise nach Projekten gesucht werden, die sich mit einer vermuteten Unterversorgung beschäftigten oder bei denen zusätzlich zu finanziellen Anreizen eine Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (Public Reporting) erfolgt. Durch die Beschreibung der Projekte über definierte Einzeldimensionen können vorhandene und fehlende Elemente analysiert und ggf. Vergleiche gezogen werden.

Profilbogen und Datenbank können als Grundstein für eine systematische Dokumentation von P4P-Projekten in Deutschland dienen, z. B. bei einer zentralen Registerstelle.

10 Realisierung von P4P-Projekten

10.1 Aufbau auf Benchmarkverfahren

Die Qualität und Belastbarkeit der Qualitätsmessung ist einer der wichtigen Erfolgsfaktoren für P4P-Projekte. Es empfiehlt sich daher, P4P am ehesten auf bestehende Benchmarkverfahren mit Feed-back aufzusetzen. So gibt es eine gewisse Erfahrung mit den Indikatoren und den gewollten wie auch adversen Reaktionen und Ausweichstrategien. Die Dokumentationsinstrumente stehen zur Verfügung und die Daten werden von den Versorgern ggf. ohnehin erhoben. Bereits jetzt nutzen einige Projekte mit IV-Verträgen die Daten der externen Qualitätssicherung ggf. gekoppelt mit Routine-datenindikatoren. Mit neuen Indikatoren in ein neues P4P-Projekt zu starten birgt große Risiken, dass Artefakte und unerwartete, bislang unbekannte Systemreaktionen auftreten, die den Erfolg eines solchen neuen Projekts gefährden können.

Da Benchmark, Feed-back und Public Reporting einfachere, aber mindestens genauso wirksame Werkzeuge zur Qualitätssteuerung sind, ist es sinnvoll, zunächst einmal mit einem Indikatorenset die Reihenfolge von Benchmark, Feed-back und ggf. Public Reporting zu durchlaufen und deren Wirksamkeit zu erkunden. Erst mit dieser Erfahrung kann entschieden werden, ob es Sinn macht, mit P4P die Wirksamkeit des Verfahrens noch zu erhöhen. Insofern ist P4P in vielen Fällen als ein Instrumentarium der dritten Reihe zu sehen – nach Benchmark und Public Reporting, wobei im selektivvertraglichen Bereich Public Reporting seltener zur Anwendung kommt.

In bestimmten Fällen von Förderung und Shared Savings kann P4P auch direkt eingesetzt werden, was aber immer noch voraussetzt, dass mit dem Indikatorenset bereits Erfahrungen existieren.

Die Empfehlung, auf ein bestehendes Benchmarkverfahren aufzubauen, bedeutet ausdrücklich nicht, dass solche Verfahren ohne Prüfung einer Eignung für P4P einfach übernommen werden können. Wie bereits ausführlich dargelegt, müssen sowohl die Anreize als auch die Indikatoren sowie ihre Kombinierbarkeit im Hinblick auf die angestrebten Ziele und die möglichen Nebenwirkungen hin im Vorfeld überprüft werden.

10.2 Selektiv- und Kollektivvertraglicher Bereich

Im kollektivvertraglichen Bereich sollte nicht mit neuen Verfahren experimentiert werden. P4P wird daher zunächst hauptsächlich im selektivvertraglichen Bereich angewandt werden. Dort gibt es auch die größten Möglichkeiten, innovative Ansätze zu erproben und z. B. im regionalen Bereich Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln. Shared Savings und reine Förderprojekte haben wegen des geringen oder fehlenden Risikos die besten Chancen bei den Versorgern. Bei Projekten mit Verlustrisiko durch Sanktionen besteht die Gefahr, dass man nur die guten Versorger zu einer freiwilligen Teilnahme gewinnen kann und dann sind die Verbesserungspotentiale – wie bereits beschrieben (siehe Teil C, 7.1.1) – eher gering. In einer rein selektivvertraglichen Konstellation ist allerdings die Anzahl der einbezogenen Patienten oft vergleichsweise klein, so dass P4P nur einen geringen Gesamteffekt hat.

Mit einer Öffnung der etablierten Vergütungsformen für optionale P4P-Ergänzungen ergeben sich auch im kollektivvertraglichen Bereich einige Möglichkeiten. Es könnte z. B. den bewährten Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung ein Werkzeug an die Hand gegeben werden, das bundesweit sowohl für positive Motivation als auch für

Sanktionen bei anhaltend defizitären Versorgungssituationen eingesetzt werden. Da etliche Verfahren der verpflichtenden externen Qualitätssicherung bewährt sind und die Daten ohnehin bereits erhoben werden, könnte P4P deren Wirkungsgrad weiter erhöhen. Auf der Basis der §§ 136 Abs. 4 SGB V, § 87 und § 87a SGB V sind im kollektivvertraglichen Bereich bereits jetzt Projekte im engeren Sinne von P4P möglich, wenn Qualitätsmerkmale definiert werden, die die Vergütung von einer retrospektiv gemessenen Leistung abhängig machen (siehe P4P-Definition, Teil A). Hierfür ist es jedoch erforderlich, dass die dazu notwendigen Daten auf gesetzlicher Grundlage genutzt werden dürfen.

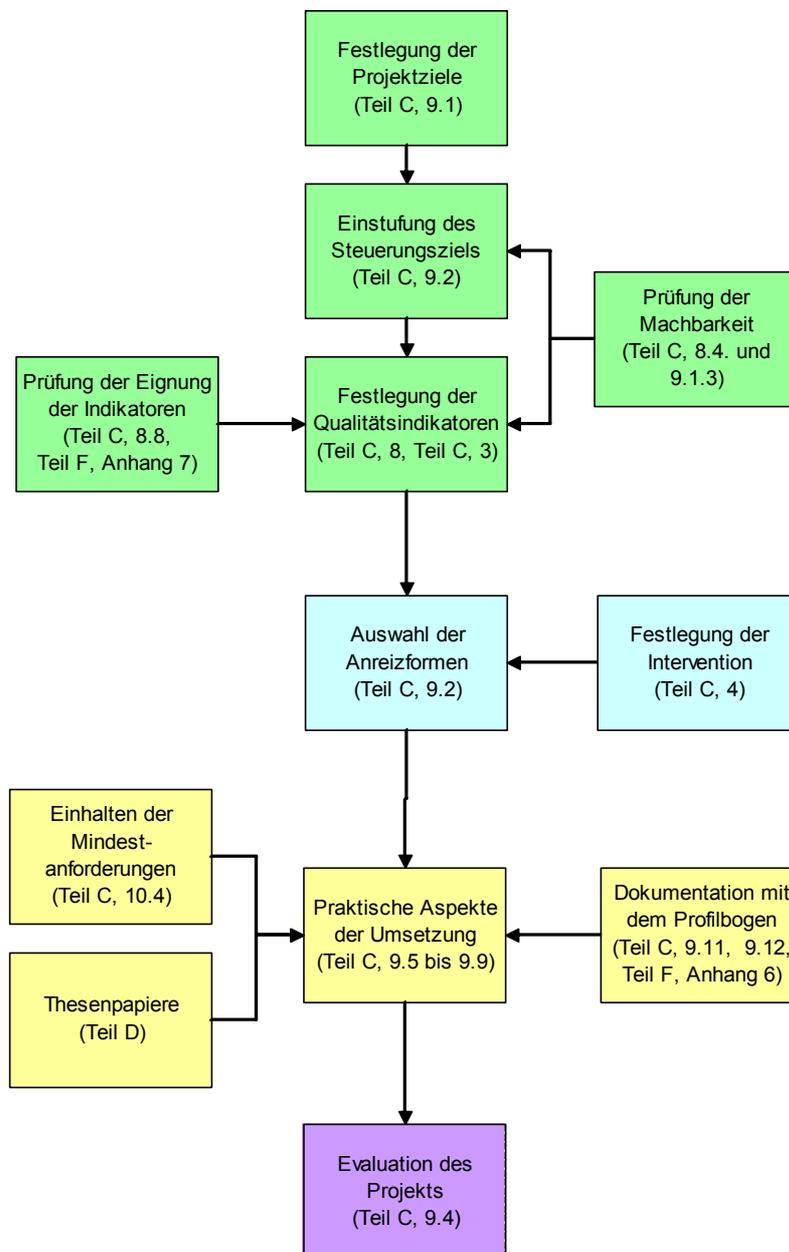
Besonders im kollektivvertraglichen Bereich ist darüber hinaus das Gebot der Minimierung von Aufwänden zu berücksichtigen und das tatsächliche Veränderungspotential sorgfältig zu bewerten. Dabei kann der kollektivvertragliche Bereich auf erfolgreich implementierte Modelle des selektivvertraglichen Bereichs zurückgreifen.

10.3 Umsetzungspfad für P4P-Projekte

Bis zu diesem Punkt sind die wesentlichen Aspekte zusammengetragen, die bei der Gestaltung und Durchführung von P4P-Projekten notwendig und sinnvoll sind. Die Reihenfolge der Themen folgte bislang einer inhaltlichen Gruppierung. Hier soll nun in der Chronologie der Projekterstellung und -durchführung auf die verschiedenen Themenbereiche verwiesen werden.

Zunächst sind die Projektziele (siehe Teil C, 9.1) festzulegen und in ihrer Evidenz und Machbarkeit zu prüfen (Teil C, 8.4. und 9.1.3), um sich anschließend über die Steuerungsziele und -szenarien klar zu werden (siehe Teil C, 9.2). Damit ist auch die Festlegung der Qualitätsindikatoren möglich (siehe Teil C, 8, in allgemeinerer Form auch Teil C, 3 sowie zum Verständnis der Interventionen Teil C, 4). Die Eignung der Indikatoren lassen sich mit dem von QUALIFY abgeleiteten Bewertungsalgorithmus prüfen (Teil C, 8.8, Teil F, Anhang 7). Ebenso können die passenden Anreizformen gewählt werden (Teil C, 9.2, Tabelle 13). Weitere praktische Aspekte zur Umsetzung finden sich in Teil C, 9.5 bis 9.8. Der Profilbogen für P4P-Projekte dient gleichzeitig als Dokumentationsstandard und als Checkliste (Teil C, 9.11 und 9.12, sowie Teil F, Anhang 6). Hinweise zur Evaluation finden sich unter Teil C, 9.4 und die Mindestanforderungen sind unter 10.4. aufgelistet. Des Weiteren stehen die Thesenpapiere im Teil D zur Verfügung.

Abbildung 10: Realisierungspfad für P4P-Projekte mit Bezug auf Teile des Gutachtens



10.4 Mindestanforderung an P4P-Projekte

Aus den obigen Ausführungen lassen sich folgende Minimalanforderungen für P4P-Projekte ableiten:

1. Das Projektziel ist klar formuliert, patientenorientiert, evidenzbasiert, relevant, konsensfähig und die angestrebte Verbesserung ist erreichbar.
2. Die Qualitätsindikatoren passen zu den Projektzielen und zu den Anreizen und sind auf Eignung geprüft.
3. Den Versorgenden wird angemessene Unterstützung in der Umsetzung gewährt.
4. Es erfolgt eine standardisierte Projektdokumentation (Profilbogen).
5. Anreize passen mit dem Projektziel und den Qualitätsindikatoren zusammen, sie sind transparent zugänglich, sie verknüpfen Qualitätsergebnisse und Vergütung retrospektiv; mögliche Fehlanreize wurden berücksichtigt.
6. Evaluation mit prospektiver Formulierung der Erfolgskriterien ist Bestandteil des Projekts
7. Geförderte P4P-Projekte verpflichten sich darüber hinaus ggf. bei einer zentralen Registerstelle die entsprechende Projektdokumentation und die Evaluationsberichte einzureichen.

11 Politische Optionen zur Weiterentwicklung

Betrachtet man auf der Basis des bisher Erörterten die politischen Erfordernisse, so lassen sich drei Optionen unterscheiden.

- Stufe 1: Entwicklung im derzeitigen Rahmen
- Stufe 2: Erweiterung der Möglichkeiten für P4P-Projekte
- Stufe 3: Aktive Förderung von P4P-Projekten und deren Entwicklung

11.1 Stufe 1: Entwicklung im derzeitigen Rahmen

Die derzeitigen Rahmenbedingungen gestatten bereits die Realisierung von P4P-Projekten im selektivvertraglichen und im kollektivvertraglichen Bereich in verschiedenen Konstellationen. Es gibt einige Kostenträger und Versorger, die diese Möglichkeit bereits nutzen und ausbauen wollen, weil sie mit den jetzigen Projekten konkrete Erfolge sehen, wenn auch eher im kleinen Rahmen.

Die Diskussion um sinnvolle Einsatzgebiete von P4P-Projekten, um deren erfolgsorientierte Gestaltung, Weiterentwicklung und Evaluation sollte weiter gefördert werden, wozu dieses Gutachten und dessen ggf. kontroverse Rezeption beitragen kann. Dennoch ist ohne weitere unterstützende Maßnahmen nicht zu erwarten, dass P4P-Projekte ihr derzeitiges Nischendasein überwinden.

11.2 Stufe 2: Erweiterung der Möglichkeiten für P4P-Projekte

Folgende Punkte werden für eine Erweiterung der Möglichkeiten für P4P-Projekte vorgeschlagen.

11.2.1 Politisches Signal

Die Realisationsmöglichkeiten für P4P-Projekte hängen wesentlich vom politischen Umfeld ab, das die für die Projekte notwendigen Rahmenbedingungen schafft. P4P kann sein Potential nur dann richtig entfalten, wenn politisch klar signalisiert wird, dass diese Form des finanziell differenzierenden Umgangs sowohl mit exzellenten als auch mit defizitären Versorgern gewollt ist und als notwendig erachtet wird. Je klarer die Perspektiven sind, umso eher werden die Partner im Gesundheitswesen die sich bietenden Möglichkeiten ergreifen.

11.2.2 Stabilität

Für alle Beteiligten ist es wichtig, dass sie sich darauf einrichten können, dass die Rahmenbedingungen und Grundstrukturen für P4P-Projekte für einen gewissen Zeitraum Stabilität besitzen und dass die Projekte langfristig beabsichtigt sind. Sowohl die politischen Verlautbarungen als auch die zu treffenden Regelungen sollen klare Aussagen zu Stabilität und Perspektiven enthalten.

11.2.3 Zugängigkeit von Daten

11.2.3.1 Legitime Datenverfügbarkeit

Die Akzeptanz von P4P-Verfahren hängt u. a. davon ab, dass entsprechende Daten zur Verfügung stehen und dass der damit verbundene Aufwand für alle Partner, insbesondere aber für die Versorgenden gering ist. Dieser Aufwand kann insbesondere reduziert werden, wenn bereits vorhandene Routinedaten und medizinische Behandlungsdaten für die Qualitätsmessung genutzt und an einem datenschutzkonformen Ort zusammengeführt werden können, ohne dass es dazu der Einverständniserklärung der Patienten bedarf. Dies setzt natürlich voraus, dass das Verfahren unter Beachtung sehr hoher datenschutztechnischer Kautelen erfolgt. Schließlich ist auch die Einbeziehung anderer Datenquellen, wie z. B. Labordaten als Routinedaten, für sinnvolle und erfolgversprechende Projekte vorzusehen. Hierfür sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu schaffen, dass eine Nutzung für Zwecke der Qualitäts- und Effizienzverbesserung gestattet ist, ohne dass Patienten eine (Re-) Identifizierbarkeit befürchten müssen.

11.2.3.2 Beteiligung mit allen Patienten eines Versorgers

Ein Problem von P4P-Projekten einzelner Krankenkassen ist, dass deren Patienten ggf. nur einen kleinen Teil der von einem Versorger behandelten Patienten ausmachen, was die Problematik kleiner Fallzahlen zusätzlich erhöht. Hier wäre sinnvollerweise zu regeln, dass zumindest die Option besteht, dass ein Versorger an P4P-Projekten mit den Daten sämtlicher von ihm behandelten Patienten teilnimmt, wenn sich dies datentechnisch angemessen realisieren lässt.

11.2.4 Datenschutz

Unter Teil C, 9.8. wurden bereits ausführlich die Erfordernisse der Datenverfügbarkeit und des Datenschutzes beschrieben. Das Rechtsgutachten (Teil E) unterstreicht die Notwendigkeit, insbesondere für neue Formen von P4P, die Nutzung der Daten auch ohne Patienteneinwilligung zu legitimieren.

11.2.5 Schutz vor parallelen Projekten

Es muss für Versorger möglich sein, sich bei parallel stattfindenden P4P-Projekten mit unterschiedlichen Krankenkassen nach festgelegten Kriterien nur an einem der Projekte zu beteiligen, um nicht für Patienten mit gleichen Erkrankungen ggf. unterschiedliche Qualitätsanforderungen erfüllen zu müssen.

Mehrere parallele Projekte von verschiedenen Krankenkassen vermindern in der Regel die Akzeptanz bei den Versorgenden erheblich, da sie den Aufwand deutlich erhöhen, unübersichtliche Strukturen begünstigen und gegenüber den Patienten in Erklärungsnotlagen bringen, wenn diese nach unterschiedlichen Standards behandelt werden sollen oder unterschiedliche Maßnahmen erstatet werden. Kooperationen von Krankenkassen in Sinne von „All-Payer-Initiativen“

wären für alle Beteiligten wünschenswert. Schließlich sollten diese Projekte sich mehr durch ihren direkten Nutzen legitimieren, als durch ihre werbliche Funktion.

11.2.6 Selektivvertraglicher Bereich auch unabhängig von IV-Verträgen

Selektivvertragliche Regelungen sollten auch direkt bilateral zwischen Kostenträgern und Versorgern geschlossen werden können, ohne andere Versorgungssektoren integrieren zu müssen.

11.2.7 Erweiterung der etablierten Vergütung

Eine Möglichkeit zur vereinfachten Einführung von P4P-Projekten könnte darin bestehen, dass die etablierten Vergütungsformen generell um die Möglichkeit der Modulierung durch P4P-Elemente erweitert werden, so dass sowohl im selektiv- als auch kollektivvertraglichen Bereich auf eine P4P-modulierte Vergütung umgeschaltet werden kann. Im Rahmen von § 87, § 87a und § 136 SGB V (Kollektivvertrag) sowie im Rahmen von Strukturverträgen gem. § 73a, von Hausarztverträgen gem. § 73b und von Selektivverträgen gem. § 73c SGB V sind solche Öffnungen der Vergütungssystematik bereits möglich.

11.2.8 Möglichkeiten der Budgetbereinigung

Zur sinnvollen Integration von P4P-Projekten und ihrer Finanzierung in die Gesamtversorgung muss eine adäquate Budgetbereinigung möglich sein.

11.3 Stufe 3: Aktive Förderung von P4P-Projekten und deren Entwicklung

Es könnte allerdings politisch als dringlich erforderlich angesehen werden, die Entwicklung von P4P-Instrumenten voranzutreiben, weil ein erheblicher Bedarf an P4P-Steuerungsinstrumenten in absehbarer Zeit erwartet wird und dazu ausgereifte Instrumente zur Verfügung stehen sollten. Misserfolge mit ungeeigneten Instrumenten, die unter Zeitdruck entwickelt wurden, sollten vermieden werden. Prinzipiell machen P4P-Projekte nur Sinn, wenn sie sich selbst finanziell tragen. Allerdings gibt es noch einiges an Entwicklungsarbeit zu leisten, das ggf. die Kapazitäten eines Projekts alleine übersteigt. Daher könnte eine finanzielle Förderung von P4P-Projekten z.B. durch Rückbehalt von 1 bis 2 % der Budgetsumme oder über den Risikostrukturausgleich erfolgen. Dabei sollten den Projektpartnern folgende Auflagen gemacht werden:

- Geförderte Projekte müssen Mindeststandards erfüllen (siehe Teil C, 10.4).
- Sie sind nach einheitlichem Standard zu dokumentieren (siehe Teil D, Profildbogen)
- Sie sind nach einheitlichem Standard evaluieren
- Die Projektunterlagen sind an zentraler Stelle zur Verfügung zu stellen, damit gemeinsames Lernen möglich ist.

Ggf. kann die Bereitstellung der Projektbeschreibungen und Evaluationen anonym erfolgen, wenn es um berechnigte Schutzinteressen der Projektpartner geht. Es ist im Einzelnen ein guter Kompromiss zwischen Transparenz und Schutz zu finden und kollektives Lernen aus den Erfahrungen ermöglicht werden.

Eine Förderung von P4P-Projekten kann sich auch speziellen Themen widmen, wie z. B. der Förderung ergebnisorientierter regionaler Versorgungsstrukturen.

12 Abschluss

Im Gegensatz zum angelsächsischen Ausland führen P4P-Projekte in Deutschland noch ein Nischendasein. National wie international stützen sich P4P-Projekte bisher mehr auf praktische Erfahrung und Erwartung als auf wissenschaftliche Evidenz. Dennoch gehen etliche Experten davon aus, dass es angesichts der absehbaren oder bereits erreichten Grenzen bisheriger Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen dringlich alternativer Möglichkeiten bedarf, zu denen P4P zählt, zumal es sich um ein griffiges und einfaches Konzept zu handeln scheint. Darin liegt aber die Gefahr zu hoher Erwartungen. Das vorliegende Gutachten hat das Instrumentarium P4P nach verschiedensten Seiten hin analysiert und versucht, sehr praxisnah Umsetzungsansätze aufzuzeigen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass zwischen diesen Konzepten und dem Erfolg eines realisierten Projekts die Hürden der methodischen, praktischen und politischen Machbarkeit und der konkreten Durchführung liegen.

Projekte, die ohne oder mit mäßigem Erfolg realisiert wurden, zeigen, dass die Umsetzung komplexer ist, als es zunächst scheint. Erfolgreiche Projekte zeigen, dass es geht. Die hier vorgelegten Konzepte schlagen Wege vor, auf denen Machbarkeit erreicht werden kann. Dazu bedarf es eines klaren politischen Willens, kritisch konstruktiver Begleitung und realistischer Erwartungen. Dann können positive Entwicklungen für das Gesundheitswesen erreicht werden. Fachlich und praktisch überzeugende P4P-Instrumente sind ein wichtiger Schritt auf diesem Weg.

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung

Teil D Handbuch zu P4P

Inhalt (Gesamt und Teil D)

Teile des Gutachtens

- Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte
- Teil B Wissenschaftliche Evidenz
- Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung
- Teil D Handbuch zu P4P
- Teil E Rechtsgutachten
- Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Übersicht Teil D

1	Zusammenfassung des Gutachtens	3
2	Profilbogen für P4P Projekte	7
3	P4P-Modell	14
4	Thesenpapiere	16
5	Tabellarische Übersicht über die Steuerungssituationen	21
6	Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Projekte	23
7	Zusammenfassung des Rechtsgutachtens	28

Inhaltsverzeichnis Teil D

1	Zusammenfassung des Gutachtens	3
1.1	Fragestellung	3
1.2	Gutachtenbestandteile	3
1.3	Vorgehensweise	3
1.4	Ergebnisse	3
2	Profilbogen für P4P Projekte	7
3	P4P-Modell	14
4	Thesenpapiere	16
4.1	Thesenpapier Qualitätsmessung	16
4.2	Thesenpapier P4P, Anreize und Motivation	17
4.3	Thesenpapier P4P-Umsetzung	18
4.4	Umsetzungspfad für P4P-Projekte	19
5	Tabellarische Übersicht über die Steuerungssituationen	21
6	Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Projekte	23
6.1	Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte	23
6.2	Hinweistexte	25
7	Zusammenfassung des Rechtsgutachtens	28
7.1	Sozialrechtliche Aspekte:	28
7.2	Vergaberechtliche Aspekte	29
7.3	Fazit	29

1 Zusammenfassung des Gutachtens

1.1 Fragestellung

Im angelsächsischen Raum gibt es seit einigen Jahren eine wachsende Zahl von P4P-Projekten im Gesundheitswesen und auch in Deutschland werden im selektivvertraglichen Bereich seit einiger Zeit P4P-Elemente angewandt. Pay-for-Performance (P4P) im engeren Sinne koppelt dabei die Vergütung von Versorgern ganz oder teilweise an die von ihnen erbrachte und durch Qualitätsmessung nachgewiesene Leistung. Das Gutachten soll nun eine Diskussionsgrundlage liefern zur Frage, ob und in welcher Form P4P künftig eine Rolle im deutschen Gesundheitswesen spielen könnte.

1.2 Gutachtenbestandteile

Das Gutachten definiert zunächst P4P und legt den normativen Hintergrund fest, von dem sich die Bewertungskriterien der P4P-Projekte herleiten. Es folgt eine Bestandsaufnahme von P4P-Projekten in Deutschland und international (Teil A), um dann die bisherigen Erkenntnisse zur Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von P4P-Elementen in ihren verschiedenen Aspekten darzustellen (Teil B). Zur Entwicklung von Umsetzungskonzepten werden zunächst einzelne Fragestellungen der P4P-Gestaltung differenziert methodisch reflektiert, um dann konkrete Vorschläge in Form von Thesen zur weiteren Umsetzung vorzulegen und hierfür entsprechende Instrumente zur Verfügung zu stellen (Teil C).

1.3 Vorgehensweise

Mit Hilfe einer systematischen Literaturrecherche wurde die relevante Literatur zum Thema P4P im Gesundheitswesen erfasst, mit dem Ziel, die verschiedenen in der nationalen und internationalen Wissenschaft und Versorgungslandschaft bekannten P4P-Modelle, Modellprojekte, Forschungsarbeiten und praktischen Erfahrungen zu identifizieren und sie in ihren wesentlichen Charakteristika und ihrer Verschiedenartigkeit zu beschreiben. Ferner wurde die wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit von P4P-Projekten recherchiert. Da es nur wenige wissenschaftliche Studien mit hohem Evidenzgrad gibt, wurden auch Publikationen mit geringerer Evidenz sowie Expertenmeinungen und praktische Erfahrungen mit P4P-Projekten berücksichtigt, sofern sie den inhaltlichen Einschlusskriterien genügten. Darüber hinaus wurde eine Umfrage per Post und Internet bei deutschen Institutionen zu P4P durchgeführt. Alle in Deutschland gefundenen P4P-Projekte, die der Definition des Gutachtens entsprachen, werden im Einzelnen dargestellt. 23 Vertreter verschiedenster Gesundheitsinstitutionen wurden zu politischen, fachlichen und praktischen Fragen des Themas interviewt und in Workshops wurden die Zwischenergebnisse des Gutachtens diskutiert. Auf der Basis der so zusammengetragenen Fakten und Einsichten sowie weiteren, theoretischen Quellen wurden Thesen zur Umsetzung und Weiterentwicklung von P4P-Projekten generiert und zu einem Handlungskonzept für Deutschland zusammengeführt.

1.4 Ergebnisse

P4P-Projekte weisen sehr unterschiedliche Vorgehensweisen auf. Diese reichen von den klassischen Bonus-Projekten und Zielprämien (Target Payments) über Zahlungsstopp bei schwerwiegenden Mängeln (Non-Pay-for-Non-Performance), Beteiligungen an

Einsparungen (Shared-Savings Ansätze) bis hin zu umfassender Budget- und Qualitätsverantwortung von Versorgergruppen (Accountable Care Organizations in den USA). Auch die in Deutschland realisierten P4P-Projekte weisen eine große Vielfalt an Zielen und Organisationsformen auf. Sehr viele der Projekte arbeiten gleichzeitig mit nicht-finanziellen Anreizen, wie z. B. Edukation, Benchmark mit Feed-back oder Public Reporting. Rechtlich stehen in Deutschland mit den Instrumenten der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, den Strukturverträgen gem. § 73a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, den Selektivverträgen gem. § 73c SGB V, der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V und dem Bundesmantelvertrag (§ 87 SGB V), sowie den §§ 87a und 136 SGB V verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um P4P-Projekte zu realisieren (Teil E).

Eine kritische Sichtung der Literatur mit den Schwerpunkten hausärztlicher Bereich und Krankenhausbereich sowie Kosteneffektivität von P4P kommt - auch unter Berücksichtigung der neueren Literatur von 2010 und 2011 - zum gleichen Ergebnis wie andere Reviews zuvor: Bislang ist es in Studien noch nicht gelungen, zweifelsfrei die Wirksamkeit von P4P-Projekten nachzuweisen. Zwar gibt es Belege für die Effektivität kombinierter Verfahren unter Einschluss nicht-finanzieller Anreize. Der Anteil der finanziellen Anreize am Erfolg ließ sich bislang jedoch nicht eindeutig nachweisen. Dies widerspricht der allgemeinen Erfahrung, dass Geld durchaus ein sehr starker Anreiz ist und Änderungen der Vergütungssysteme stets intensive Reaktionen nach sich ziehen. Die Komplexität medizinischer Versorgung sowie die systemischen Optimierungs- und Umgehungsreaktionen beeinflussen die Ergebnisse einiger Projekte durch diverse Selektionseffekte sehr. Viel an Wirksamkeit wird dabei verdeckt oder nicht realisiert, was an einzelnen Beispielen gezeigt werden kann. Zahlreiche Organisatoren bestehender Projekte sind jedoch von ihrem Tun und ihren guten praktischen Erfahrungen überzeugt und führen die Projekte fort oder bauen sie weiter aus. Trotz der mangelnden überzeugenden Evidenz für die Wirksamkeit von P4P sind die meisten der Befragten in Deutschland der Ansicht, dass P4P in der Zukunft eine größere Rolle spielen wird. Unklar bleibt, in welchem Umfang dies derzeit bereits politisch umsetzbar ist.

Basierend auf Studienergebnissen (Literatur) und der im Verlauf der Gutachtenerstellung gesammelten Expertise (Expertengespräche, Workshops, Umfrage) wurden Thesen zu P4P generiert, die eine Diskussions- und Handlungsgrundlage für künftige Projekte sein sollen.

P4P-Projekte stellen einen Steuerungseingriff in ein komplexes System dar und setzen für eine erfolgreiche Realisierung ein gutes Verständnis der Zusammenhänge voraus. Das Gutachten liefert hierzu zunächst ein Modell, das die verschiedenen Elemente eines solchen Projekts in einer Übersicht darstellt. Eine eigens hierfür geschaffenes Beschreibungsinstrument (Taxonomie) und der entsprechende Profilbogen für P4P-Projekte gestatten, diese standardisiert und damit vergleichbar zu dokumentieren. Gleichzeitig kann der Katalog der Projekt-Items als Checkliste bei der Realisierung von Projekten dienen.

Ausgangspunkt für P4P-Projekte ist eine klare Formulierung der Ziele und der zur Zielerreichung vorgesehenen Interventionsinstrumente. Eine Anleihe beim Risikomanagement macht verständlich, warum für verschiedene Typen von Versorgungsdefiziten verschiedene Interventionsinstrumente sinnvoll sind. Da sehr viele Qualitätsprobleme bereits auf Feed-back, Edukation und Public Reporting ansprechen, sollte das aufwändigere P4P-Instrument erst dann gewählt werden, wenn die Möglichkeiten der anderen Instrumente ausgeschöpft sind. Im konkreten Fall eines Benchmarkprojekts mit

Feed-back und Public Reporting kann dann überlegt werden, ob zusätzliche finanzielle Anreize die Wirksamkeit eines Projekts noch erhöhen können. Dieser abgestufte Einstieg empfiehlt sich, weil es mit einer bereits praktizierten Qualitätsmessung Erfahrungswerte gibt und die Systemreaktionen bekannt sind. Der direkte Einsatz von neuen Indikatoren in einem P4P-System erscheint zumindest sehr risikoreich, da mit unerwarteten Artefakten zu rechnen ist, die dann ggf. nicht sofort als solche erkennbar sind und die den Erfolg des Projekts gefährden können.

P4P adressiert Varianz in der Versorgungsqualität. Daher ist die Qualitätsmessung ein zentrales Element von P4P. Bisher mangelt es noch in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung an operationalisierten Qualitätsindikatoren. Hier ist methodische Entwicklungsarbeit zu leisten, z. B. bei der Identifizierung geeigneter intermediärer Ergebnisindikatoren (Intermediate Outcome Indikatoren), die mit hohem prädiktivem Wert die Perspektive von Langzeitergebnissen deutlich früher verfügbar machen. Auch das Problem kleiner Fallzahlen kann und sollte mit neuen statistischen Verfahren gelöst werden, da ein Großteil medizinischer Versorgung im Mengenbereich von 20 bis 50 Fällen stattfindet. Dabei sind gänzlich neue Wege der Qualitätsmessung zu gehen, für die es bereits erste Ansätze gibt. Zu beachten ist auch, dass sich Ergebnis- und Prozessindikatoren ganz unterschiedlich verhalten, so dass je nach Zielvorgabe die entsprechenden Indikatoren zu wählen sind. Indikationsindikatoren werden künftig eine wachsende Rolle spielen und zu entwickeln sein.

Nicht alle Indikatoren sind für die Verwendung in P4P-Projekten gleichermaßen geeignet. Daher wurde auf der Basis von QUALIFY (Reiter et al. 2008) ein neues Prüfverfahren für die Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P entwickelt, das im Gutachten vorgestellt wird. Dieses Verfahren wurde an über 2000 Indikatoren getestet und ist bereits in der praktischen Anwendung.

Die meisten Probleme von P4P ergeben sich aus Problemen der Qualitätsmessung. Es ist wichtig, dass bei all den Projekten das Verhältnis von Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Angemessenheit gewahrt bleibt und dass die Qualitätsaussagen auf das beschränkt werden, was die Messinstrumente leisten können. Dazu zählt auch die Berücksichtigung des damit verbundenen Aufwands. Dieser kann z. B. minimiert werden durch Problemzentrierung und zweistufige Dokumentation im Sinne eines minimalen Monitoring und einer detaillierten Qualitätsdokumentation im Fall einer Auffälligkeit.

Die Qualitätsindikatoren müssen ebenso wie die Anreize zu den Steuerungszielen passen. Im Wesentlichen sind fünf primäre Steuerungsziele zu unterscheiden: das Versorgungsmonitoring, die Korrektur von Versorgungsmängeln, Versorgungsentwicklung, Förderung exzellenter Versorgungsqualität sowie effizienzorientierte Versorgungssteuerung. Bei der Umsetzung der Projekte sind Nebenwirkungen von P4P ebenso zu beachten wie Fragen des Datenschutzes, der Akzeptanz bei allen Beteiligten sowie eine angemessene Evaluation. Das Gutachten bietet zu allen Phasen der Umsetzung methodische und praktische Hinweise und formuliert auch Mindeststandards.

Die Hauptanwendungsbereiche von P4P sieht das Gutachten sowohl in der Förderung exzellenter Qualität und neuer Versorgungsstrukturen als auch im Sanktionieren anhaltend defizitärer Versorgungsqualität. Der Schwerpunkt innovativer Entwicklung wird vornehmlich im selektivvertraglichen Bereich stattfinden, aber auch für den kollektivvertraglichen Bereich zeichnen sich mittelfristig sinnvolle Optionen ab, insbesondere bei den Verfahren der verpflichtenden externen Qualitätssicherung. Neben den Versorgern, den Kostenträgern und ihren Verbänden wird daher künftig auch den

Fachgesellschaften und dem Gemeinsamen Bundesausschuss in diesem Thema eine wichtige Rolle zukommen.

Politisch ergeben sich drei Optionen:

- das Belassen der derzeitigen Rahmenbedingungen,
- die Erweiterung der Möglichkeiten insbesondere im Bereich der Datenverfügbarkeit und der etablierten Vergütungssysteme um P4P-Elemente sowie
- die gezielte Förderung der methodischen Entwicklung und der Umsetzung in verschiedenen Projekten.

Ob P4P künftig ein wichtiges zusätzliches Instrumentarium zur qualitätsorientierten Steuerung im Gesundheitswesen spielen wird, hängt von der dringend notwendigen Weiterentwicklung im Bereich der Qualitätsmessung, von einer breiten Akzeptanz bei den Beteiligten und von klaren politischen Vorgaben ab.

2 Profilbogen für P4P Projekte

1. Projektrahmen		
1.1 allgemeine Beschreibung des Projekts 1.2 Träger, Vertragsrahmen 1.3 Mittelherkunft 1.4 Management des Projekts 1.5 Teilnehmer		
1.1 allgemeine Beschreibung des Projekts	Name des Projekts	<i>Freitext</i>
	Zeitraum der Performancemessung (Monats- und Jahresangaben)	<i>Freitext</i>
	Projektgröße	<input type="checkbox"/> klein (<10 Teilnehmer und <100 Patienten) <input type="checkbox"/> mittel (sonstige) <input type="checkbox"/> groß (>100 Teilnehmer oder >1000 Patienten)
1.2 Träger, Vertragsrahmen		<i>Freitext</i>
1.3 Mittelherkunft	Mittel aus dem Gesundheitssystem	<input type="checkbox"/> Umverteilung innerhalb des Projekts (z.B. durch Malus für Non-Performer) <input type="checkbox"/> Einsparungsfinanzierung (shared savings) <input type="checkbox"/> Einbehalt von Teilnehmern <input type="checkbox"/> Einbehalt auch von Nicht-Teilnehmern (z. B. Kürzung des Gesamtbudgets zugunsten P4P)
	zusätzliche Drittmittel von außerhalb des Gesundheitssystems	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? (<i>Freitext</i>)
1.4 Management des Projekts	Wird eine Evaluation durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? (<i>Freitext</i>)

1. Projektrahmen		
1.1 allgemeine Beschreibung des Projekts 1.2 Träger, Vertragsrahmen 1.3 Mittelherkunft 1.4 Management des Projekts 1.5 Teilnehmer		
1.5 Teilnehmer	Freiwillige Teilnahme der Versorger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Gibt es Voraussetzungen zur Teilnahme der Projektpartner?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? (Freitext)
	Gibt es eine Hotline oder anderen Support für die Teilnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	War/ist Mitwirkung der Teilnehmer bei Gestaltung des Modells möglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

2. Projektinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich 2.2 Performancemessung 2.3 Anreizkonzept: Intervention 2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
2.1 Projektziel/ Thema/ Leistungs- bereich	Beschrei- bung Projektziel	Versorgungsbereich (<i>Freitext</i>) Ziele (<i>Freitext</i>) Zugrunde liegende Evidenz (<i>Freitext</i>)
	Versor- gungsart	<input type="checkbox"/> Primärprävention <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Rehabilitation

2. Projektinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
	"Sektor"	<input type="checkbox"/> ambulant hausärztlich <input type="checkbox"/> ambulant fachärztlich <input type="checkbox"/> zahnärztlich <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> übergreifend
	vermutete Versorgungssituation	<input type="checkbox"/> Unterversorgung <input type="checkbox"/> Überversorgung <input type="checkbox"/> Fehlversorgung
2.2 Performance-messung	Art der Messung	<input type="checkbox"/> Status: Vorhandensein <input type="checkbox"/> qualifizierter Status <input type="checkbox"/> quantitativ: Zahl <input type="checkbox"/> quantitativ: statistische Beschreibung
	Qualitätsdimension	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Prozess <input type="checkbox"/> Ergebnis
	besondere Themen	<input type="checkbox"/> Zugang zur Versorgung (access) <input type="checkbox"/> Versorgungsgerechtigkeit (equity) <input type="checkbox"/> Indikationsstellung <input type="checkbox"/> patientenzentrierte Aspekte (patient reported experiences, patient reported outcomes) <input type="checkbox"/> Integration/Koordination der Versorgung <input type="checkbox"/> Kostensenkung/-begrenzung/Effizienzsteigerung <input type="checkbox"/> bevölkerungsbezogene Aspekte
	Organisation der Versorger	<input type="checkbox"/> einzelne Versorger <input type="checkbox"/> mehrere Versorger gemeinschaftlich

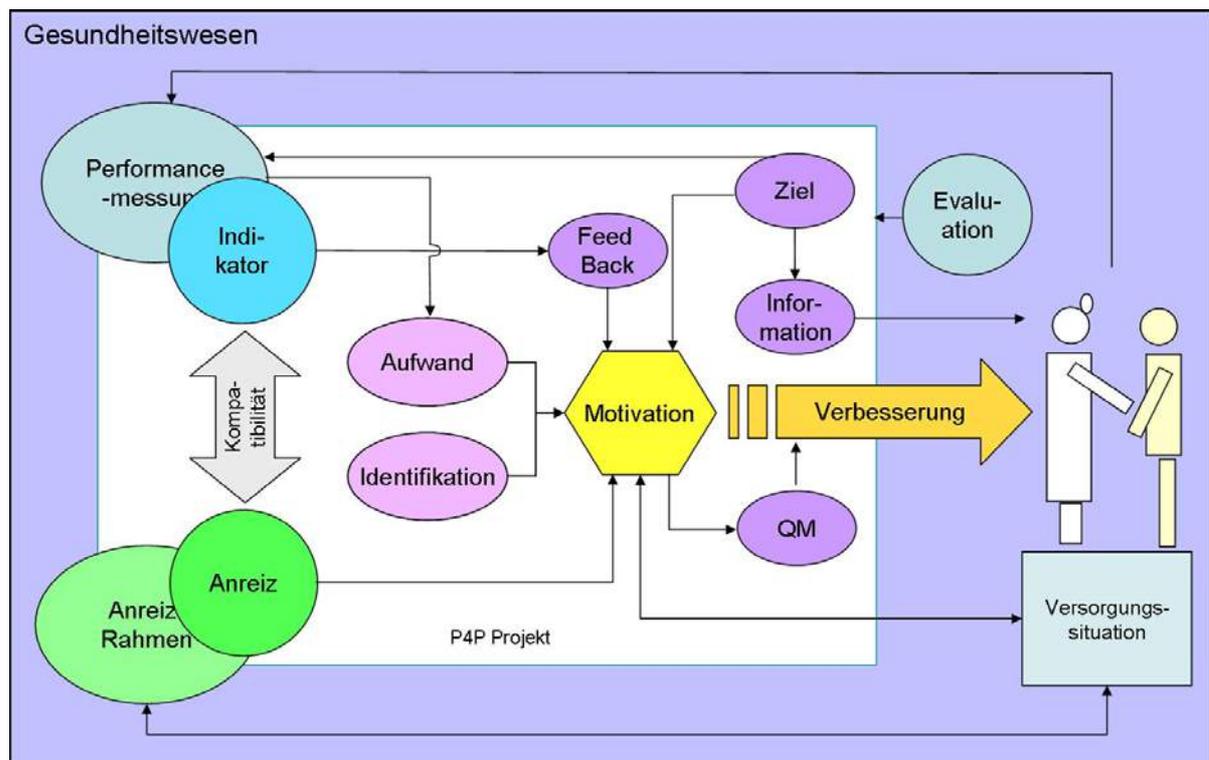
2. Projekthinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
	Daten- grundlage	<input type="checkbox"/> Beschreibung inkl. ggf. erforderlicher Strukturen/Software) <input type="checkbox"/> administrative IT-/Routinedaten <input type="checkbox"/> medizinische IT-/Routinedaten <input type="checkbox"/> Zusatzerhebung (P4P-Modell-bedingt) <input type="checkbox"/> Befragung Zuweiser/Nachbehandler/Patienten <input type="checkbox"/> externe Datenvalidierung
	Qualitäts- bereich und Richtung	<input type="checkbox"/> Zielforderung (kontinuierlich) <input type="checkbox"/> Schwellenforderung <input type="checkbox"/> Korridorforderung <input type="checkbox"/> Sentinel Event
	Referenzbe- reich	<input type="checkbox"/> absolut <input type="checkbox"/> relativ zu anderen Teilnehmern (ranking)
	Risiko- adjustie- rung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Sonder- regelungen	vorab definierte Sonderregelungen für chronisch Kranke/Multimorbide? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>) vom Versorger frei definierte Ausnahmen (exception rules)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>) Sonderregelung für Innovationen (vs. Leitlinientreue)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>)
2.3 Anreizkonzept: Intervention	Beschrei- bung des Anreizkon- zeptes	<i>Freitext</i>

2. Projektinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
		Vergütungshöhe <input type="checkbox"/> Festbetrag <input type="checkbox"/> Vergütungshöhe korreliert mit Indikatorergebnis <input type="checkbox"/> Vergütungshöhe korreliert mit anderen Kennzahlen (z. B. Fallzahlen, Ranking)
		Höhe in Relation zu regulärer Vergütung <input type="checkbox"/> hoch $\geq 5\%$ <input type="checkbox"/> gering $< 5\%$
	Zielgruppe für die Anreize	<input type="checkbox"/> einzelne Personen <input type="checkbox"/> eine Einrichtung (Versorger) mit mehreren Personen (Versorgenden) <input type="checkbox"/> mehrere Einrichtungen (Versorger)
	Zeitlicher Abstand zwischen Versorgung und Bonus-/Malusgewährung	<i>Freitext</i>
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		<i>Freitext</i>

3. Projektergebnisse		
Projektergebnisse	Projekt beendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Qualität verbessert? Effizienz erhöht? Allgemeine Beschreibung der Ergebnisse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>Freitext</i>
	Projektziele wurden erreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
zukünftige Aktivitäten	Projekt wird fortgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Es soll weitere Projekte dieser Art geben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3 P4P-Modell

So vereinfachend Pay-for-Performance oft als (An)Reiz-Reaktions-Kette dargestellt wird, so viel komplexer sind die tatsächlichen Verhältnisse. Um die dabei zusammenwirkenden Elemente übersichtlich darstellen und in ihrem Zusammenspiel analysieren zu können, wurde das folgende P4P-Modell entwickelt (siehe Abbildung 3). Es stellt keinen Ablauf dar, sondern die verschiedenen Faktoren und Elemente, die bei der Realisierung eines P4P-Projekts zusammenwirken. Zunächst soll das Modell kurz vorgestellt werden, um später die einzelnen Elemente ausführlicher behandeln zu können.



Ausgangspunkt ist eine **Versorgungssituation** innerhalb des **Gesundheitssystems**, deren Qualität und Effizienz als dringlich verbesserungsbedürftig eingestuft wird. Die notwendige Verbesserung soll ggf. zusammen mit anderen Steuerungsmaßnahmen durch die finanziellen Anreize eines **P4P-Projekts** gefördert werden. Für den Erfolg des Projekts bedarf es einer genauen Formulierung der **Ziele**. Im Zentrum der Veränderung steht die **Motivation** der Versorgenden, die für diese Ziele gewonnen werden muss. Eine hohe **Identifikation** der teilnehmenden Versorgenden mit diesen Zielen ist anzustreben und durch ihre Einbeziehung in die Projektgestaltung sicherzustellen. Entsprechende **Informationen** zu diesen Zielen und den als notwendig erachteten Versorgungsprozessen (Eduktion) werden sowohl für Versorger als auch für die Patienten bereit gestellt. Es werden geeignete finanzielle **Anreize** etabliert, die im Rahmen der übrigen Vergütungsregelungen, rechtlichen und sonstigen Rahmenbedingungen (**Anreizrahmen**) ihre motivierende Wirkung entfalten sollen. Durch eine **Messung der Performance** erhalten die Versorger eine Rückmeldung zur Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen (**Feed-back**). Voraussetzung dafür ist, dass die Versorgungsqualität anhand von **Indikatoren** verlässlich dargestellt wird. Dabei ist auf die **Kompatibilität** von Indikator und

Anreiz zu achten, um die Validität des Verfahrens nicht zu gefährden. Die Effizienz des Verfahrens und nicht zuletzt die Motivation der Versorgenden kann durch den zusätzlichen **Aufwand** an Administration und Dokumentation empfindlich gestört werden. Daher ist der zusätzliche Aufwand so weit wie möglich zu minimieren. Ziel des Verfahrens ist eine **Verbesserung** der Versorgung, die durch explizite Maßnahmen des internen **Qualitätsmanagements** unterstützt werden können. Eine prospektiv definierte **Evaluation** prüft kritisch die Zielerreichung und den Gesamtnutzen des Projekts.

4 Thesepapiere

4.1 Thesepapier Qualitätsmessung

- Ergebnisqualität steht auch bei P4P an erster und wichtigster Stelle, ist aber mit den bekannten höheren Anforderungen (z. B. Zeitnähe, Risikoadjustierung, Verantwortlichkeit) oft schwer zu realisieren. Zu berücksichtigen ist, dass bisweilen die Compliance der Patienten eine wichtige Rolle bei der Ergebnisqualität spielt.
- Prozessqualität wird bislang in P4P-Projekten am weitaus häufigsten gemessen, aber die Aussagekraft der Erfüllung von Prozessanforderungen ist im Hinblick auf die gesamte Versorgungsqualität nur sehr eingeschränkt. Das spricht nicht gegen die Verwendung von Prozessindikatoren, sehr wohl aber für eine Vorsicht bei der Interpretation der Ergebnisse.
- Indikationsindikatoren zählen streng genommen zu den Prozessindikatoren, stellen aber dennoch eine spezielle Gruppe von Indikatoren dar, die im Rahmen von Versorgungssteuerung künftig eine wachsende Rolle spielen wird.
- Nicht alle Indikatoren sind für die Verwendung in P4P-Projekten gleichermaßen geeignet. Daher wird im Gutachten ein Instrument vorgestellt, mit dem eine Bewertung von Indikatoren für P4P möglich ist und das bereits in der Praxis angewandt wurde. Bei dieser Bewertung spielt das Messverfahren der Indikatoren eine wichtige Rolle, nämlich ob die Qualität als „Status“, als „qualifizierter Status“, als „Anzahl“ oder als „statistische Beschreibung“ angegeben wird.
- Die meisten Probleme von P4P ergeben sich aus Problemen der Qualitätsmessung. Hier gibt es einigen Entwicklungsbedarf, z. B. hinsichtlich
 - derjenigen Versorgungsbereiche, für die es bislang noch keine Qualitätsindikatoren gibt,
 - der Bedeutung von intermediären Ergebnissen (Intermediate Outcomes) für die Einbeziehung von Langzeitperspektiven,
 - der Frage einer verlässlichen statistischen Bewertung von Versorgungsprozessen mit Fallzahlen von 20 bis 50 pro Jahr (Kleinmengenverfahren),
 - der Etablierung eines zweistufigen Meßsystems mit Monitoring und Qualitätsdokumentation,
 - der Möglichkeiten kurzfristiger Qualitätssteuerung,
 - der Erfassung von regionaler Versorgungsqualität und der Versorgungsqualität von Patienten mit chronischen Erkrankungen.

Es ist wichtig, dass bei allen Projekten das Verhältnis von Machbarkeit, Sinnhaftigkeit und Angemessenheit gewahrt bleibt und dass die Qualitätsaussagen auf das beschränkt werden, was die Messinstrumente leisten können.

- P4P-Projekte sollten am besten auf bestehenden Benchmarkverfahren mit bewährten Qualitätsindikatoren aufbauen, weil mit diesen Erfahrung besteht und Systemreaktionen bekannt sind. Wenn ein Benchmark mit Feed-back und ggf. Public Reporting etabliert ist, kann geprüft werden, ob das Hinzufügen finanzieller Anreize als P4P die Effektivität des QS-Verfahrens noch erhöhen kann.

4.2 Thesenpapier P4P, Anreize und Motivation

- Definition von Pay-for-Performance (P4P) im Sinne des Gutachtens: Unter Pay-for-Performance versteht man eine spezielle strategische Form der Vergütung. Pay-for-Performance-Verfahren koppeln die Vergütung von Versorgern im Gesundheitswesen an das von diesen erbrachte, durch Kennzahlen dargestellte Leistungsniveau. Durch differenzierende finanzielle Anreize sollen Versorger motiviert werden, ihre Versorgungspraxis im Hinblick auf Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems nachhaltig und umfassend zu optimieren und weiterzuentwickeln.
- Strukturförderung und direkte Förderung von Prozessen werden zwar oft auch als P4P bezeichnet, aber in diesem Gutachten nicht weiter behandelt, weil es hier um die retrospektive Koppelung von Vergütung an ein erbrachtes Leistungsniveau geht.
- Die Fragestellung bei P4P ist, in welchen Situationen es bisherige Steuerungsinstrumente sinnvoll und angemessen ergänzen kann.
- Die genaue Zieldefinition für P4P-Projekte ist essentiell wichtig, um ein abgestimmtes Funktionieren der P4P-Elemente gewährleisten zu können. Ebenso ist die Evidenzangabe zu den Qualitätszielen für die Legitimation des Verfahrens wichtig.
- Zwar gibt es bislang keine eindeutigen Beweise für die Wirksamkeit isolierter finanzieller Anreize, in Kombination mit anderen Interventionen (Benchmark, Feed-back, Public-Reporting) sind jedoch klare Wirkungen in Studien gezeigt worden. Die Erfahrung mit den etablierten Vergütungssystemen zeigt, dass finanzielle Anreize sehr wohl starke Effekte auslösen können. Daher ist auch der Einfluss der Grundvergütung immer mit zu berücksichtigen.
- P4P vermag nachgewiesene gute Ergebnisqualität zu belohnen und hartnäckig persistierende Qualitätsdefizite durch Sanktion unattraktiv werden zu lassen. Wenn diese Differenzierung unter der Voraussetzung eines fachlich fundierten und fairen Verfahrens politisch akzeptiert ist, dann kann P4P sinnvoll steuern. Es scheint jedoch nicht erfolgversprechend zu sein, die für eine gute Versorgungsqualität fehlende Motivation durch finanzielle Anreize zu ersetzen zu wollen. Andererseits sollte die primäre, intrinsische Motivation der Versorgenden bei der Planung von QS-Verfahren berücksichtigt werden, da Edukation, Benchmark mit Feed-back und Public Reporting ähnlich starke Effekte wie finanzielle Anreize erzielen können bei deutlich weniger Aufwand. Es sollte daher vorrangig geprüft werden, ob in einer bestimmten Situation nicht-finanzielle Interventionen ebenso tauglich oder vielleicht sogar sogar besser wirksam sind.
- Im Krankenhausbereich werden Anreize zwischen 2% und 4% der Normalvergütung bereits als wirksam angesehen, während im Niedergelassenen Bereich Anreizhöhen von 10% - 15% als notwendig erachtet werden, um Effekte zu zeigen.
- Anreiz und eingesetzte Qualitätsindikatoren müssen kompatibel sein. Sie müssen in übereinstimmender Weise Qualität und Anreizempfänger differenzieren können. Es macht z. B. keinen Sinn, nach Ranking zu belohnen, wenn der Indikator oberhalb eines bestimmten Schwellenwertes keine ausreichende Diskriminierungsfähigkeit besitzt. Außerdem ist die Zuordenbarkeit von Qualitätsverantwortung eine wichtige Voraussetzung von P4P.
- Die Marktumgebung der Versorger sollte berücksichtigt werden. Finanzielle Anreize können bei fehlender Konkurrenzsituation hilfreich sein; bei hoher Konkurrenz reicht in der Regel Public Reporting.

4.3 Thesenpapier P4P-Umsetzung

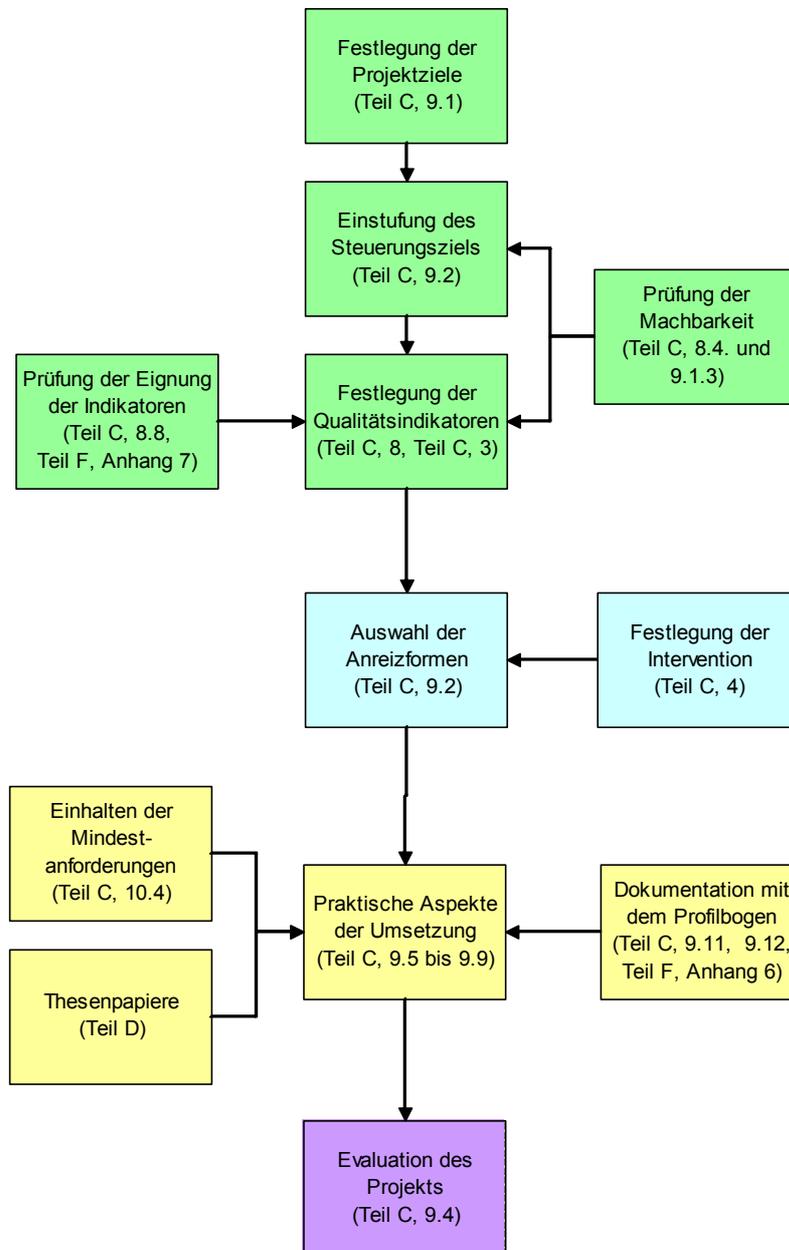
- Mit den Instrumenten der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, der Strukturverträge gem. § 73 a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, der Selektivverträge gem. § 73c SGB V und der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V sowie den §§ 87, 87a und 136 SGB V stehen bereits jetzt verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um P4P-Projekte zu realisieren.
- Für künftige Verfahren sollte insbesondere die Verfügbarkeit von Daten auch außerhalb der oben genannten Regelungen möglich sein.
- Es gibt eine Reihe von P4P-Varianten, die sich grob in vier Typen einteilen lassen: Reine Bonuszahlungen, Umverteilungen, Shared-Savings (Verteilung von eingesparten Finanzmitteln), Non-pay-for-non-performance.
- Bei den Steuerungszielen werden fünf Typen unterschieden: Versorgungsmonitoring, Korrektur von Versorgungsmängeln, Versorgungsentwicklung, Förderung exzellenter Versorgungsqualität Effizienz-orientierte Versorgungssteuerung. Jedem dieser Typen kommt eine spezifische Kombination von Problem, Ziel, Dokumentation, Intervention, Qualitätsindikatoren und Zeithorizont zu. Diese Einteilung hilft bei der Auswahl der passenden Instrumente in einer konkreten Entscheidungssituation.
- Für die Akzeptanz bei den Versorgenden spielen eine Rolle die Involvierung der Versorger bei der Projekterstellung, die Transparenz des Verfahrens, die Qualität der Indikatoren und die Fairness des Verfahrens, die Angemessenheit der Datengrundlage, der akzeptabel niedrige Zusatzaufwand, die Verfügbarkeit von Unterstützung in der Umsetzung und attraktive Anreize bei möglichst fehlendem Risiko.
- Eine Reduktion des Aufwands z. B. durch aufwandsarme Erhebungsinstrumente, Problemzentrierung in der Erfassung und Nutzung bereits vorhandener Daten hat für den Erfolg des Projekts eine große Bedeutung.
- Wegen der Wichtigkeit der Ergebnisqualität ist die funktional anonyme Speicherung von Patientendaten für P4P-Projekte wichtig, die datenschutzkonforme Datenflüsse ggf. unter Nutzung von Modulen anderer Projekte realisiert.
- Eine standardisierte Dokumentation des Projekts z. B. nach dem Profilbogen dieses Gutachtens wird dringend empfohlen. Dieser kann gleichsam als Reminder dienen.
- In der Umsetzung von P4P-Projekten sind Nebeneffekte zu beachten: Z. B. Fehlanreize, strategische Dokumentation, Patientenselektion sowie die Selektion der Teilnehmer (Hervorragende Versorger sind für freiwillige P4P-Projekte leicht zu gewinnen und bekommen zusätzliche Zuwendungen für das, was sie ohnehin schon tun. Das bedeutet u. U. „viel Geld für wenig Verbesserung“). Geeignete Gegenmaßnahmen sind zu treffen.
- Im selektivvertraglichen Bereich wird es die größte Flexibilität und die meisten Möglichkeiten zur Innovation geben. Allerdings besteht hier – wie bereits erwähnt – die Gefahr der selektiven Beteiligung bereits primär guter Versorger.
- Im kollektivvertraglichen Bereich könnte eine weitere Öffnung der etablierten Vergütungssysteme für P4P-Elemente zusätzliche sinnvolle Steuerungsmöglichkeiten von Versorgung schaffen.
- Insbesondere kann über P4P auch die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen erfolgsgebunden gefördert werden.
- Politisch ergeben sich drei Optionen:
 - das Belassen der derzeitigen Rahmenbedingungen,
 - die Erweiterung der Möglichkeiten insbesondere im Bereich der Datenverfügbarkeit und der etablierten Vergütungssysteme um P4P-Elemente sowie
 - die gezielte Förderung der methodischen Entwicklung und der Umsetzung in verschiedenen Projekten.

4.4 Umsetzungspfad für P4P-Projekte

Bis zu diesem Punkt sind die wesentlichen Aspekte zusammengetragen, die bei der Gestaltung und Durchführung von P4P-Projekten notwendig und sinnvoll sind. Die Reihenfolge der Themen folgte bislang einer inhaltlichen Gruppierung. Hier soll nun in der Chronologie der Projekterstellung und -durchführung auf die verschiedenen Themenbereiche verwiesen werden.

Zunächst sind die Projektziele (siehe Teil C, 9.1) festzulegen und in ihrer Evidenz und Machbarkeit zu prüfen (Teil C, 8.4. und 9.1.3), um sich anschließend über die Steuerungsziele und -szenarien klar zu werden (siehe Teil C, 9.2). Damit ist auch die Festlegung der Qualitätsindikatoren möglich (siehe Teil C, 8, in allgemeinerer Form auch Teil C, 3 sowie zum Verständnis der Interventionen Teil C, 4). Die Eignung der Indikatoren lassen sich mit dem von QUALIFY abgeleiteten Bewertungsalgorithmus prüfen (Teil C, 8.8, Teil F, Anhang 7). Ebenso können die passenden Anreizformen gewählt werden (Teil C, 9.2, Tabelle 13). Weitere praktische Aspekte zur Umsetzung finden sich in Teil C, 9.5 bis 9.8. Der Profilbogen für P4P-Projekte dient gleichzeitig als Dokumentationsstandard und als Checkliste (Teil C, 9.11 und 9.12, sowie Teil F, Anhang 6). Hinweise zur Evaluation finden sich unter Teil C, 9.4 und die Mindestanforderungen sind unter 10.4. aufgelistet. Des Weiteren stehen die Thesenpapiere im Teil D zur Verfügung.

Abbildung 10: Realisierungspfad für P4P-Projekte mit Bezug auf Teile des Gutachtens



5 Tabellarische Übersicht über die Steuerungssituationen

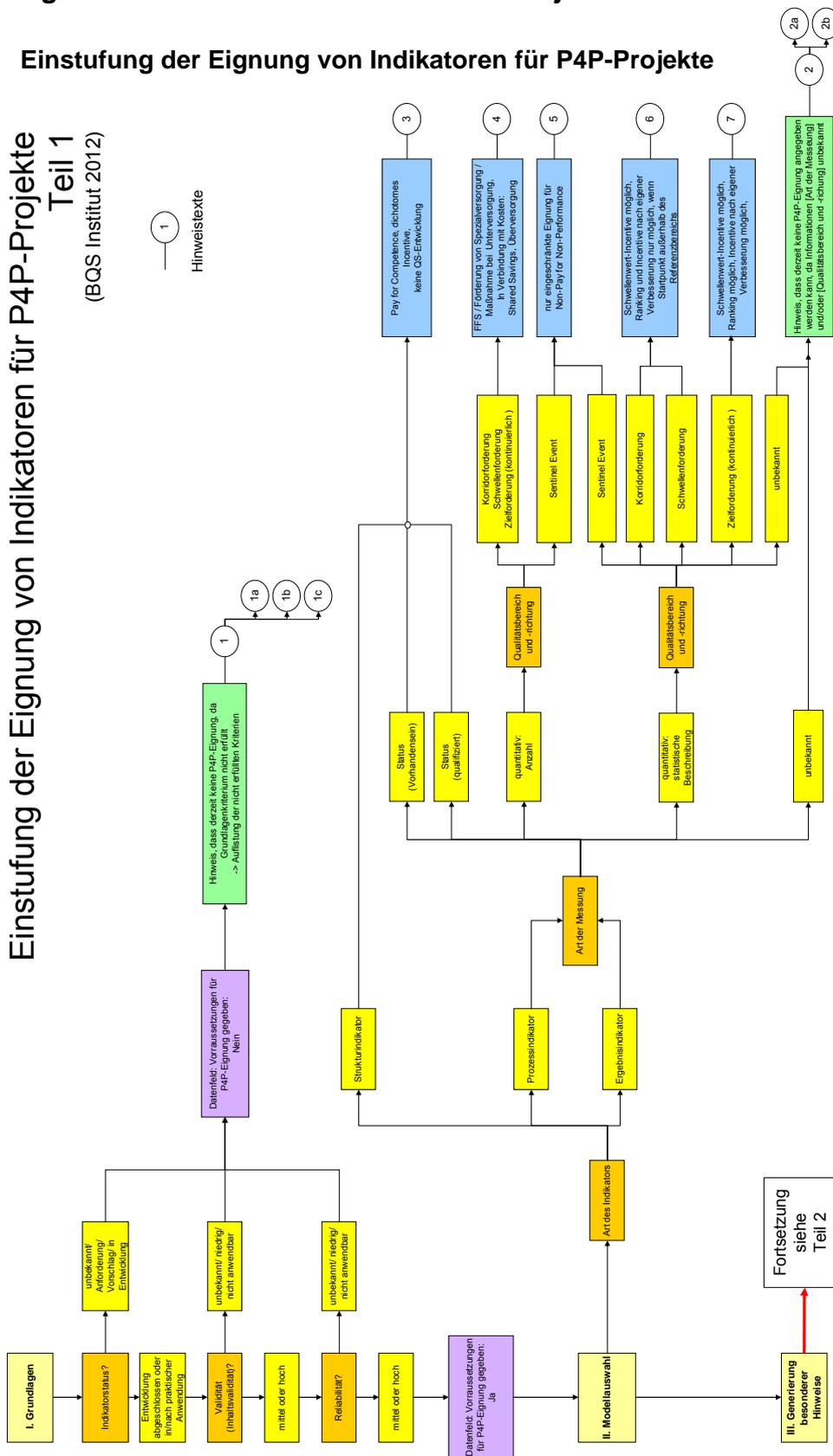
Tabelle 13: Übersicht über die Steuerungssituationen

Art des Ziels	Zielgruppe	Problem	Ziel	Dokumentation	Intervention
Versorgungsmonitoring	Sämtliche Versorger, umfassende Versorgergruppen	Kein Problem bekannt. Routinemäßige Suche nach auffälligen Abweichungen, um gezielte Problemfokussierung und -behebung betreiben zu können	Eingrenzung der Gruppe der Versorger, die eine detaillierte Dokumentation ihrer Versorgungsqualität zu leisten haben	Einfache Dokumentation für eine erste sichtende Bewertung der Versorgungssituation	Bei Versorgern mit Auffälligkeiten im Monitoring: differenzierte Qualitätsmessung zur Identifizierung von Qualitätsdefiziten
Korrektur von Versorgungsmängeln	Eine Minderheit von Versorgern	Deutliche Abweichung von den Qualitätsvorgaben (Prozess- oder Ergebnisqualität) ohne ersichtlichen Grund	Auffälligkeitsanalyse, Klärung und Mängelbeseitigung	gezielte, ausführliche Dokumentation und Analyse im Bereich der auffälligen Versorger	Eduktion, Feed-back, institutionelle Intervention, Public reporting, P4P-Sanktionen
Versorgungsentwicklung	Eine Mehrheit der Versorger	Ein Qualitätsstandard wird von einer Mehrheit der Versorger noch nicht in der Routine erreicht	Durchsetzung eines Qualitätsstandards in der medizinischen Routine	Spezifische Dokumentation bezogen auf den Qualitätsstandard, gleichzeitig als Reminder	Eduktion, Feed-back, P4P-Boni und Sanktionen
Förderung exzellenter Versorgungsqualität	Einzelne Versorger oder Gruppen von Versorgern	-	Förderung exzellenter Qualität	Versorgungsspezifische Dokumentation, die insbesondere die höhere Qualität und Effizienz messen kann.	P4P-Boni und Shared Savings

Art des Ziels	Zielgruppe	Problem	Ziel	Dokumentation	Intervention
Effizienzorientierte Versorgungssteuerung	Sämtliche Versorger, Gruppen verantwortlicher Versorger	Reduktion offensichtlich vermeidbarer Zusatzkosten der Behandlung z. B. durch Reduktion vermeidbarer Komplikationen	durch Finanzierung des Mehraufwands Unterstützung des Wandels von Versorgungsstrukturen; Ergebnisorientierte Förderung effizienter Kooperationsstrukturen	Effiziente Messung kostenrelevanter Versorgungsparameter und -ergebnisse	P4P als Shared Savings

6 Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P-Projekte

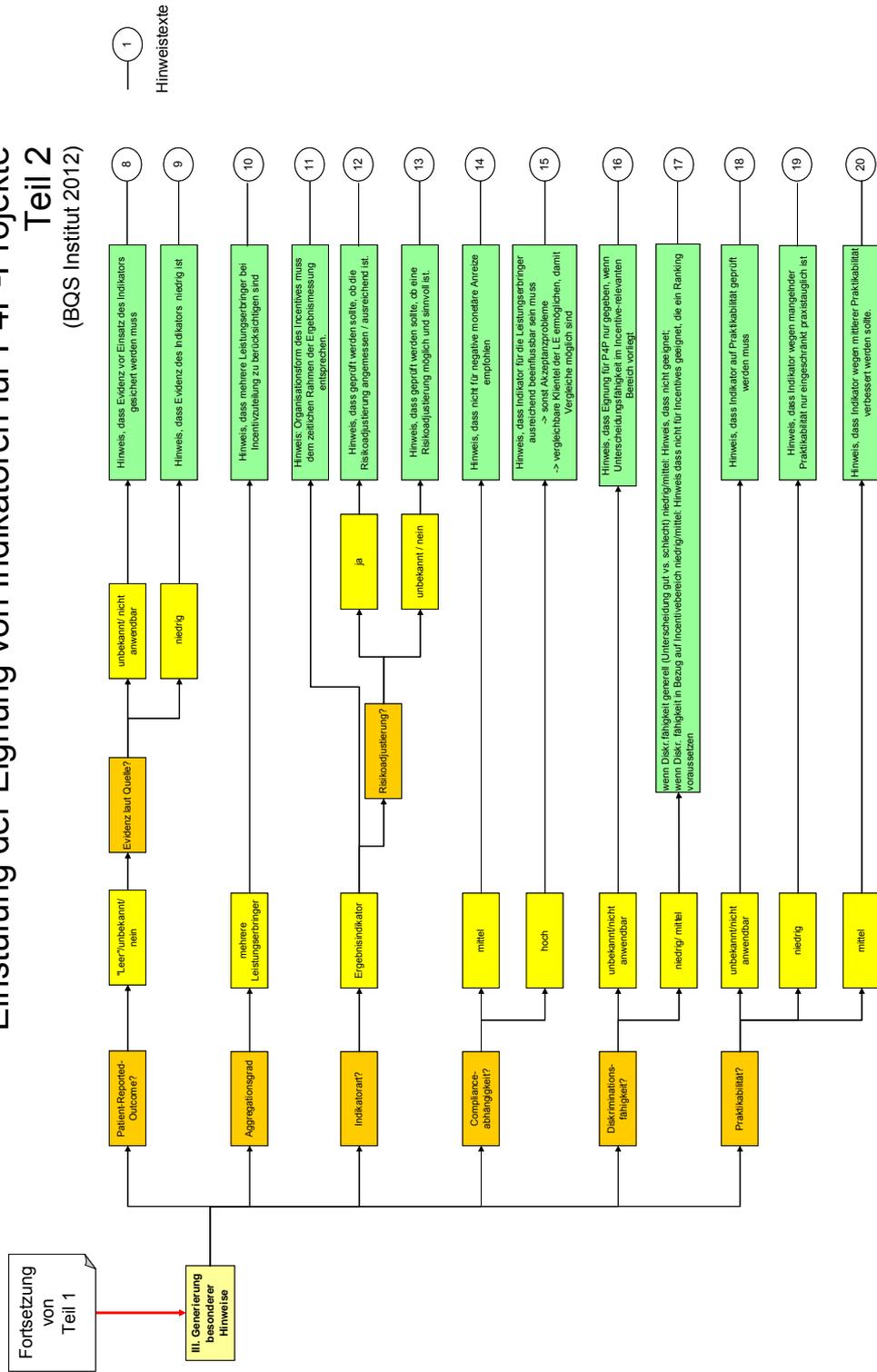
6.1 Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte



Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte

Teil 2

(BQS Institut 2012)



6.2 Hinweistexte

Texte bei Nicht-Eignung

1.

Der Indikator erfüllt nicht alle Vorbedingungen für einen Praxiseinsatz in P4P-Projekten.

1a.

Dieser Indikator liegt noch nicht in einer praxisfähigen Version vor bzw. es liegen noch nicht genügend Informationen hierzu vor [Indikatorstatus]. Dies sagt noch nichts über seine Wertigkeit aus. Ggf. ist er durch entsprechende Recherche- und Entwicklungsarbeit künftig für P4P-Projekte geeignet. Dies ist nach Vorliegen weiterer Informationen und einer umsetzungsfähigen Version erneut zu prüfen.

1b.

Über die Validität dieses Indikators gibt es keine Angaben, sie wurde als niedrig eingestuft oder eine solche Einstufung ist hier nicht anwendbar [Indikatorvalidität]. Falls dieser Indikator für Sie von Wichtigkeit ist, sollten Sie prüfen, inwieweit durch eine Konkretisierung oder Weiterentwicklung seiner Definition eine angemessene Validität erreichbar ist, um ihn für einen Einsatz in P4P-Projekten prüfen zu können.

1c.

Die Reliabilität dieses Indikators ist zu gering oder es liegen keine ausreichenden Informationen hierzu vor oder bei diesem Indikator ist eine solche Einstufung nicht anwendbar [Reliabilität]. Ggf. lässt sich durch eine Konkretisierung oder Weiterentwicklung des Indikators eine angemessene Reliabilität herstellen, um ihn für einen Einsatz in P4P-Projekten prüfen zu können.

Hinweise, wenn Eignung nicht angegeben werden kann

2.

Zu diesem Indikator liegen nicht alle notwendigen Informationen für einen Praxiseinsatz in P4P-Projekten vor.

2a.

Bei diesem Indikator fehlt die Angabe, welche Art der Qualitätsmessung vorliegt. Dadurch ist eine Aussage, ob und in welcher Form ein Einsatz für P4P in Frage kommt, nicht möglich.

2b.

Notwendige Angaben zur Art des Qualitätsbereichs und der Qualitätsrichtung fehlen. Sie sind für die Zuordnung geeigneter Incentive-Modelle wichtig. Ggf. ist diese Lücke mit entsprechender Recherche oder Entwicklungsarbeit zu schließen, so dass eine weitere Prüfung des Indikators auf seine Eignung in P4P-Projekten möglich wird.

Texte zur Eignung von P4P

3.

Dieser Indikator ist ein Status-Indikator, der die Existenz von geforderten Strukturen, Prozessen und qualifizierten Ergebnissen anzeigt, und er eignet sich in diesem Rahmen für P4P-Projekte. Aufgrund seiner Dichotomie (Zweiwertigkeit) ist jedoch keine Förderung einer graduellen Qualitätsentwicklung möglich.

4.

Dieser Indikator gehört der Gruppe an, die sich prinzipiell und entsprechend ihrem konkreten Inhalt für Fee-for-Service-Projekte eignet, für die Behebung von Unterversorgung oder für die Förderung von Spezialversorgung. Im Zusammenhang mit Kosten können Indikatoren dieser Gruppe ggf. auch in Shared-Savings-Projekten und zur Behebung von Überversorgung eingesetzt werden.

5.

Dieser Indikator zeigt ein seltenes, sehr gravierendes Ereignis an (Sentinel Event). Im Allgemeinen sind solche Indikatoren nicht für P4P-Projekte geeignet, im Einzelfall lediglich für Non-Pay for Non-Performance.

6.

Dieser Indikator lässt sich mit Anreizen verbinden, die sich eines Schwellenwerts bedienen, die ein Ranking vorsehen oder auch die relevante Verbesserung eines Leistungserbringers belohnen, wenn dieser zu Beginn der Beobachtungszeit den Anforderungslevel noch nicht erreicht hatte.

7.

Diesem Indikator liegt eine durchgehend kontinuierliche Performancewertung zugrunde, so dass er sich für P4P-Projekte mit Ranking-Anreizen, Verbesserungs- und Schwellenwert-Anreizen eignet.

Hinweistexte

8.

Der Autor hat für diesen Indikator keine Evidenz angegeben oder eine Evidenzaussage kann derzeit nicht getroffen werden. Die Evidenz dieses Indikators sollte vor seinem Einsatz recherchiert werden.

9.

Der Indikator hat laut Autor eine niedrige Evidenz und ist daher nur bedingt für einen Praxiseinsatz tauglich.

10.

Dieser Indikator umfasst mehrere Leistungserbringer und/oder Sektoren. Dies sollte ggf. bei der Gestaltung der Anreize berücksichtigt werden.

11.

Bei Ergebnisindikatoren muss darauf geachtet werden, dass der Zeithorizont der Performance-Messung (z. B. Ergebnisse beim Ein-Jahres-Follow-up) mit der Organisation der Anreize (Zuteilung der Finanzierung auf der Basis der Ergebnisse) kompatibel ist.

12.

Für P4P-Projekte, die auf Ergebnisindikatoren beruhen, ist eine angemessene Risikoadjustierung von großer Wichtigkeit. Daher sollte die Risikoadjustierung des Indikators vor Einsatz in der Praxis nochmals überprüft werden.

13.

Für P4P-Projekte, die auf Ergebnisindikatoren beruhen, ist eine angemessene Risikoadjustierung von großer Wichtigkeit. Daher sollte vor Einsatz des Indikators in der Praxis überprüft werden, ob eine angemessene Risikoadjustierung möglich ist.

14.

Dieser Indikator ist zu einem nicht unerheblichen Teil abhängig von der Compliance der Patienten. Er wird daher für negative monetäre Anreize nicht empfohlen.

15.

Dieser Indikator ist in hohem Maße von der Compliance der Patienten abhängig. Er sollte nur eingesetzt werden, wenn das Performance-Ergebnis durch die Leistungserbringer ausreichend beeinflussbar ist und die Compliance der Patienten im Benchmark des Indikators angemessen berücksichtigt werden kann.

16.

Bei diesem Indikator liegt keine Information vor, in welchem Maße er gute von schlechter Qualität zu unterscheiden vermag (Diskriminierungsfähigkeit). Es muss überprüft werden, ob diese Diskriminierungsfähigkeit in ausreichendem Maße gegeben ist und ob sie zum Differenzierungsmuster des Anreizsystems passt.

17.

Dieser Indikator kann ggf. die Qualität der teilnehmenden Leistungserbringer nur eingeschränkt unterscheiden. Er sollte daher nicht mit Ranking-bezogenen Anreizen verwandt werden. Wenn der Indikator generell nur eingeschränkt gute von schlechter Qualität unterscheiden kann, dann ist dieser Indikator für P4P-Projekte nicht geeignet.

18.

Bei diesem Indikator liegen keine Informationen über die Praktikabilität vor. Es muss überprüft werden, ob eine ausreichende Praktikabilität für einen Praxiseinsatz vorliegt.

19.

Der Indikator hat nur eine geringe Praktikabilität und ist daher nur eingeschränkt praxistauglich. Insbesondere sollten Wege gesucht werden, die Praktikabilität des Indikators zu erhöhen.

20.

Dieser Indikator wurde als eingeschränkt praktikabel eingestuft. Bei Praxiseinsatz sollte versucht werden, die Praktikabilität insbesondere bei der Dokumentation oder Auswertung zu verbessern.

7 Zusammenfassung des Rechtsgutachtens

Aktuelle rechtliche Grundlagen für P4P-Projekte in Deutschland

Zur Darstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen, wie sie in Deutschland derzeit vorliegen, und zur Frage, welche rechtlichen Voraussetzungen für künftige Weiterentwicklungen von P4P vorliegen müssen, wurde das Gutachten durch ein entsprechendes Rechtsgutachten ergänzt.

Dieses unterscheidet zwei Rechtsbereiche, die hinsichtlich P4P zu berücksichtigen sind, nämlich sozialrechtliche und vergaberechtliche Bestimmungen.

7.1 Sozialrechtliche Aspekte:

Die derzeit rechtlichen Grundlagen einer Verknüpfung von medizinischer Qualität und Vergütung, wie es P4P darstellt, sind in den Vorschriften des SGB V niedergelegt.

Das Rechtsgutachten nimmt hier im Einzelnen Stellung zu Fragen des Personen- bzw. Versichertenbezugs, zu den datenschutzrechtlichen Bestimmungen sowie zu den einzelnen Erlaubnistatbeständen (Voraussetzungen, Reichweite und Eignung der gültigen Bestimmungen für die Durchführung von P4P-Projekten im Hinblick auf die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Leistungserbringer).

Viele der im SGB V geregelt bzw. vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung weisen bereits eine mittelbare oder unmittelbare Verknüpfung zur Vergütung auf. Meist sind die Anforderungen als Zugangsqualitätsanforderungen ausgestaltet, d. h. der Leistungserbringer muss bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllen, um die Leistung überhaupt erbringen und abrechnen zu dürfen.

Daneben stehen mit den Instrumenten der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, der Strukturverträge gem. § 73 a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, der Selektivverträge gem. § 73c SGB V und der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung, um P4P-Projekte zu realisieren. Dabei ist diesen Möglichkeiten gemeinsam, dass sie außerhalb des regulären Sicherstellungsauftrages durch vertragliche Vereinbarungen das Leistungsspektrum, die Qualitätsanforderungen und die Vergütung gesondert regeln. Diese vertraglichen Spielräume sind nicht darauf beschränkt, die Zugangsqualität zu regeln, sondern können auch die Prozess- und Ergebnisqualität einer P4P-Regelung zuführen. Im Rahmen des allgemeinen Sicherstellungsauftrages bzw. Versorgungsauftrages sind bislang nur Maßnahmen der Zugangsqualität geregelt, die eine Verknüpfung von Qualität und Vergütung aufweisen.

Aus sozialdatenschutzrechtlicher Sicht sind P4P-Projekte unzweifelhaft zulässig, soweit sie im Rahmen von bereits existierenden Sonderformen wie integrierten Versorgungsverträgen oder Selektivverträgen realisiert werden; in diesen Fällen ist bereits zum heutigen Zeitpunkt eine datenschutzrechtskonforme Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Eine darüber hinausgehende Implementierung ist jedoch aufgrund des insbesondere im Sozialdatenschutzrecht ausgeprägten Zweckbindungsgrundsatzes nicht möglich. Hierfür ist eine eigenständige gesetzliche Legitimation erforderlich.

7.2 Vergaberechtliche Aspekte

Der Abschluss von Selektivverträgen unterliegt den Vorschriften des Vergaberechts, die ein transparentes, diskriminierungsfreies und wirtschaftliches Verfahren verlangen. Es ist bereits nach aktueller Rechtslage zulässig, dass Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit, aber auch soziale Belange bei der Auswahl von geeigneten Bietern berücksichtigt werden. Damit können die Grundgedanken des P4P im Bereich des Vergaberechts ohne Weiteres umgesetzt werden.

7.3 Fazit

Zusammenfassend kommt das Rechtsgutachten zum Ergebnis, dass die Grundgedanken von P4P in den maßgeblichen Bereichen des Sozialrechts, des Datenschutzrechts und des Vergaberechts auf der derzeit gültigen Rechtsgrundlage bereits in vielfältigen Zusammenhängen umsetzbar sind. Für eine wirksame, flächendeckende Implementierung erfordern jedoch insbesondere die datenschutzrechtlichen Belange neue gesetzliche Regelungen, die insbesondere die Verfügbarkeit der Daten für neue Formen von P4P-Projekten regelt.

Das gesamte Rechtsgutachten im Wortlaut ist im Teil E nachzulesen.

Teil E

zum

G u t a c h t e n

**zur Ermittlung des nationalen Sachstandes im Bereich
„Pay-4-Performance im Gesundheitswesen:
Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie
Darlegung erforderlicher Grundlagen für deren
Weiterentwicklung“**

für das



**Bundesministerium
für Gesundheit**

erstellt von

**Rechtsanwältin Dr. Bettina Meyer-Hofmann
Rechtsanwältin Dr. Kerrin Schillhorn
Rechtsanwalt Nils-Alexander Weng
Rechtsanwalt Dennis Eichwald**

Gliederung

- 1. Auftrag und Einleitung – die qualitätsorientierte Vergütung in rechtlicher Hinsicht**
- 2. Qualitätsorientierte Vergütung in der Gesundheitsversorgung nach SGB V unter sozialrechtlichen Aspekten**
 - 2.1 Einführung**
 - 2.2 Gesetzliche Regelungen zu Qualität und Verfügung**
 - 2.2.1 Modellvorhaben, §§ 63 ff. SGB V**
 - 2.2.2 Strukturverträge, § 73 a SGB V**
 - 2.2.3 Hausarztzentrierte Versorgung, § 73 b SGB V**
 - 2.2.4 Besondere ambulante ärztliche Versorgung/Selektivverträge, § 73 c SGB V**
 - 2.2.5 Bundesmantelvertrag, § 87 SGB V**
 - 2.2.6 Qualitätssicherung nach den Vorgaben des GBA, §§ 91 ff und §§ 135 ff SGB V (einschließlich Mindestmengenregelungen)**
 - 2.2.7 Ambulantes Operieren im Krankenhaus in Verbindung mit den Qualitätsvorgaben des GBA, §§ 115 b, 135 Abs. 2 sowie § 137 SGB V**
 - 2.2.8 Ermächtigung, §§ 116, 116 a SGB V**
 - 2.2.9 Strukturierte Behandlungsprogramme, § 116 b Abs. 1 SGB V**
 - 2.2.10 Spezialärztliche Versorgung, § 116 b Abs. SGB V**
 - 2.2.11 Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten, § 137 f SGB V**
 - 2.2.12 Integrierte Versorgung, § 140 a ff SGB V**
 - 2.3 Zwischenergebnis**
- 3. Qualitätsorientierte Vergütung in der sozialrechtlichen Gesundheitsversorgung unter vergaberechtlichen Aspekten**
 - 3.1 Einleitung**
 - 3.1.1 Kollektivverträge**
 - 3.1.2 Selektivverträge**
 - 3.2 Verbindungselemente im SGB V**
 - 3.2.1 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V**
 - 3.2.2 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V**
 - 3.2.3 Integrierte Versorgung nach § 140a-ff. SGB V**
 - 3.3. Vergaberechtliche Anforderungen**
 - 3.3.1 Gesetzliche Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts (EuGH)**
 - 3.3.2 Verträge nach SGB V als öffentlicher Auftrag gemäß § 99 GWB**
 - 3.3.3 Differenzierung zwischen ober- und unter-schweligen Aufträgen – VgV**
 - 3.4 Anforderungen an oberschwellige Aufträge**
 - 3.4.1 Abgrenzung der VOL/A und der VOF**
 - 3.4.2 freiberufliche Dienstleistungen**

- 3.4.3 Eindeutige und erschöpfende Beschreibung der Leistung
 - 3.5 Voraussetzungen der VOF
 - 3.5.1 Beschränkte Anwendbarkeit der VOF gem. § 1 I, III VOF i.V.m. Anhang I Teil B Nr. 25 VOF (Nur die §§ 6 II – VII und 14 VOF finden Anwendung)
 - 3.5.2 Öffentliche Bekanntmachung
 - 3.5.3 Auswahl des Vertragspartners
 - 3.6 Grundsätze für unterschwellige Aufträge
 - 3.6.1 Gleichbehandlungsgebot – Öffentliche Bekanntmachung
 - 3.6.2 Keine Verletzung des Gemeinschaftsrechts
 - 3.6.3 Auswahlkriterien des Vertragspartners
 - 3.7. Sonstige Ausschreibungspflichten
 - 3.7.1 § 73b Abs. 4 SGB V
 - 3.7.2 § 73c Abs. 3 SGB V
 - 3.8 Zwischenergebnis
4. Das (sozial-)datenschutzrechtliche Regelungsregime unter besonderer Berücksichtigung von P4P-Modellen und den hierfür notwendigen Indikatoren
- 4.1 Einleitung
 - 4.2 Der Personen-/Versichertenbezug der für P4P-Modelle notwendigen Indikatoren
 - 4.2.1 Ergebnisindikatoren
 - 4.2.2 Struktur- und Prozessindikatoren
 - 4.2.3 Patientenzufriedenheit
 - 4.2.4 Ökonomische Effizienzindikatoren
 - 4.3 (Sozial-)Datenschutzrechtliche Grundlagen
 - 4.3.1 Grundzüge des allgemeinen Datenschutzrechts
 - 4.3.2 Grundsätze des allgemeinen Datenschutzrechts
 - 4.3.3 Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I
 - 4.4.4 Definition der Sozialdaten nach § 67 SGB X
 - 4.4.5 Anwendbare Vorschriften bei leistungsorientierter Vergütung
 - 4.4. Die einzelnen Erlaubnistatbestände – Voraussetzungen, Reichweite und ihre Eignung für P4P-Modelle
 - 4.4.1 Gesetzliche Erlaubnistatbestände zu Gunsten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen
 - 4.4.1.1 Sozialdaten bei den Krankenkassen (§ 284 SGB V)
 - 4.4.1.2 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 285 SGB V)
 - 4.4.1.3 Forschungsvorhaben (§ 287 SGB V)
 - 4.4.1.4 Versichertenverzeichnis (§ 288 SGB V)
 - 4.4.1.5 Angaben über Leistungsvoraussetzungen (§ 292 SGB V)
 - 4.4.2 Gesetzliche Erlaubnistatbestände zu Gunsten der Leistungserbringer
 - 4.4.2.1 Pflichten der Leistungserbringer (§ 294 SGB V)
 - 4.4.2.2 Abrechnung ärztlicher Leistungen (§ 295 SGB V)

- 4.4.2.3 Anrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen (§ 295a SGB V)
- 4.4.2.4 Übermittlung versichertenbezogener Daten (§ 298 SGB V)
- 4.4.2.5 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung (§ 299 SGB V)
- 4.4.2.6 Krankenhäuser (§ 301 SGB V)
- 4.4.2.7 Anrechnung der sonstigen Leistungserbringer (§ 302 SGB V)
- 4.4.2.8 Übermittlung und Nutzung von Daten (§ 21 KHEntgG)

4.5 Zwischenergebnis

5. Zusammenfassung und Ausblick

1. Auftrag und Einleitung – die qualitätsorientierte Vergütung in rechtlicher Hinsicht

Die Mütze Korsch Rechtsanwaltsgesellschaft mbH (MKRG) ist gebeten worden, im Rahmen des von der BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zu erstattenden Gutachtens zur Ermittlung des nationalen Sachstandes im Bereich Pay-4-Performance (P4P) im Gesundheitswesen die rechtlichen Rahmenbedingungen darzustellen.

Dabei lehnt sich MKRG an den von dem BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit zu Grunde gelegten Definition des Begriffes P4P an: hiernach wird unter P4P eine spezielle strategische Form der Vergütung verstanden. P4P Verfahren koppeln die Vergütung von Versorgern im Gesundheitswesen an das von diesen erbrachte, durch Kennzahlen dargestellte Leistungsniveau. Durch differenzierende finanzielle Anreize sollen Versorger motiviert werden, ihre Versorgungspraxis im Hinblick auf Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems nachhaltig und umfassend zu optimieren und weiterzuentwickeln.

Der mit diesem Gutachten darzustellende Sachstand zur Verknüpfung zwischen medizinischer Qualität und Vergütung ist in der Rechtswirklichkeit in erster Linie in den Vorschriften des SGB V abgebildet. Hier wird dargestellt, welche verschiedenen Ansatzpunkte für Zugangsqualität (Strukturqualität) oder Prozess- bzw. Ergebnisqualität gibt (**Teil 2** dieses Rechtsgutachtens) bereits jetzt im SGB V verankert sind.

Die P4P-Modelle haben jedoch auch in anderen Rechtsgebieten Anknüpfungspunkte: das Gesundheitssozialrecht ist in den vergangenen Jahren in immer weiteren Bereichen dem Vergaberecht unterworfen worden. So finden beispielsweise die Vorschriften des Kartellvergaberechts gemäß §§ 97 ff GWB nach der Rechtsprechung der oberinstanzlichen Gerichte Anwendung auf die Beschaffung der Krankenkassen für Arzneimittel und Hilfsmittel. In **Teil 3** dieses Rechtsgutachtens wird dargestellt, welche Anforderungen an die Vorgabe von Qualitätsparametern bei der Vorgabe von Krankenkassen zu beachten sind. Da das Vergaberecht nur anwendbar ist, wenn ein Vertrag geschlossen wird, konzentriert sich die Darstellung auf die Selektivverträge, die beispielsweise bei der integrierten Versorgung gemäß §

140a SGB V oder hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V geschlossen werden.

Eine leistungsgerechte und ordnungsgemäße Vergütung bei P4P-Modellen durch die Leistungserbringer und die Krankenkassen ist ohne die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten nicht möglich. Die für eine Messung der zu vergütenden Leistung erforderlichen Indikatoren weisen zwangsläufig einen Personen- (bzw. in der sozialdatenschutzrechtlichen Terminologie, ein Versicherten-)Bezug auf. Im Einzelfall können auch personenbezogene Daten einzelner Leistungserbringer für leistungsorientierte Vergütungsmodelle von Bedeutung sein. In **Teil 4** dieses Rechtsgutachtens wird dargestellt, welche bestehenden datenschutzrechtlichen Regelungen, insbesondere sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern bei P4P-Modellen zu beachten sind.

2. Qualitätsorientierte Vergütung in der Gesundheitsversorgung nach SGB V unter sozialrechtlichen Aspekten

Im sozialrechtlichen Abschnitt des Gutachtens wird zu untersuchen sein, inwieweit in den bisherigen Regelungen des SGB V bereits Verknüpfungen zwischen Qualität und Vergütung bestehen. Hierbei wird zu unterscheiden sein, ob es sich um Zugangsqualität oder Ergebnisqualität handelt.

Die Wahltarife werden nach diesseitiger Auffassung nicht als derartige Qualitätsparameter bewertet und daher hier nicht betrachtet.

Das Thema der Compliance des Patienten kann in diesem Zusammenhang nicht berücksichtigt werden.

Darüber hinaus wird die Betrachtung auf die ambulante und stationäre Leistungserbringung beschränkt. Die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln sowie Arzneimitteln wird nicht in den Blick genommen.

Die aktuelle Fassung des Versorgungsstrukturgesetzes wurde bei der Ausarbeitung zugrunde gelegt.

2.1 Einführung

Im SGB V sind zahlreiche Maßnahmen der Qualitätssicherung vorgesehen. Im Folgenden wird zu untersuchen sein, inwieweit bisherige Regelungen des SGB V bereits Verknüpfungen zwischen Qualität und Vergütung herstellen. Die einzelnen Ansatzpunkte werden vorgestellt und danach bewertet, ob es sich um Zugangsqualität (Strukturqualität) oder Prozess- bzw. Ergebnisqualität handelt.

Dabei werden die Untersuchungen auf Anforderungen an die ambulanten und stationären Leistungen beschränkt.

2.2 Gesetzliche Regelungen zu Qualität und Vergütung

2.2.1 Modellvorhaben, §§ 63 ff. SGB V

Nach dem 10. Abschnitt des 3. Kapitels des SGB V sind Maßnahmen der Weiterentwicklung der Versorgung vorgesehen. Danach sind die Krankenkassen gemäß § 63 Abs. 1 SGB V berechtigt, zur Verbesserung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung durchzuführen oder zu vereinbaren. Im Rahmen dieser Modellvorhaben kann von den geltenden Bestimmungen des SGB V nach der Maßgabe des § 63 SGB V abgewichen werden. Modellvorhaben sind mit ihren Zielen, Dauer, Art und allgemeinen Vorgaben sowie mit den Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung der Krankenkasse festzulegen. Modellvorhaben können längstens auf 8 Jahre befristet werden.

Zur Umsetzung der Modellvorhaben können gemäß § 64 SGB V Vereinbarungen mit Leistungserbringern geschlossen werden. Konkrete Vorgaben für die Inhalte der Modellvorhaben sind in §§ 63 ff SGB V nicht zu finden. Somit steht den Krankenkassen grundsätzlich offen, den Inhalt der Modellvorhaben zu bestimmen. Insoweit besteht also ein Spielraum, auch P4P - Instrumente einzuführen und einen Zusammenhang zwischen Leistung und Vergütung herzustellen. Dies gilt sowohl für die Prozessqualität, als auch für die Ergebnisqualität, d.h. die Vorgabe von zu erreichenden Ergebnissen für bestimmte Leistungen.

Damit besteht ein Instrumentarium, im Rahmen von Modellvorhaben P4P in verschiedensten Ausprägungen umzusetzen und die Auswirkungen auf die Leistungserbringung und –vergütung zu erproben. Diese Instrumente können sowohl auf die Prozessqualität als auch auf die Ergebnisqualität ausgerichtet sein.

2.2.2 Strukturverträge, § 73a SGB V

Strukturverträge nach § 73a SGB V eröffnen die Möglichkeit, einem vom Versicherten gewählten Hausarzt oder einem Verbund haus- und fachärztlicher Vertragsärzte die Verantwortung über die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung zu übertragen. Gegenstand eines solchen Vertrages können neben der Übertragung des Versorgungsauftrages auch Vorgaben zu Qualität und Wirtschaftlichkeit sein, da in diesen Verträgen neben den Leistungsinhalten auch das Budget für die Leistungen vereinbart werden kann.

Damit sind auch Strukturverträge nach § 73a SGB V grundsätzlich geeignet, P4P-Instrumente umzusetzen, indem diese in die Verträge nach § 73a SGB V integriert werden. Im Rahmen dieser Verträge können grundsätzlich sowohl Zugangs- als auch Ergebnisqualität geregelt werden.

2.2.3 Hausarztzentrierte Versorgung, § 73b SGB V

Die Krankenkassen haben den Versicherten gem. § 73b SGB V eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Nach Abs. 2 dieser Bestimmung ist ausdrücklich vorgegeben, dass die hausarztzentrierte Versorgung qualitativ höherwertigere Anforderungen zu erfüllen hat als die regulären Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses und des Bundesmantelvertrages. So soll nach § 73b Abs. 2 Nr. 1 SGB V der Hausarzt an strukturierten Qualitätszirkeln unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren zur Arzneimitteltherapie teilnehmen, besondere evidenz-basierte praxiserprobte Leitlinien befolgen, bestimmte Fortbildungspflichten erfüllen und ein besonderes Qualitätsmanagement einhalten.

Damit werden konkrete Qualitätsvorgaben bereits formuliert. Diese Qualitätsvorgaben werden ebenso wie die übrigen Anforderungen an die Versorgung der Versicherten sowie die Vergütung der Leistungen in den abzuschließenden Verträgen geregelt.

Insoweit handelt es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung im Sinne des § 73 b SGB V um ein weiteres Beispiel für die Integration von Qualitätsanforderungen, die über die reine Eingangsqualität hinausgehen und ggf. zu P4P Instrumenten entwickelt werden können.

2.2.4 Besondere ambulante ärztliche Versorgung/Selektivverträge, § 73c SGB V

Nach dieser Bestimmung wird die Möglichkeit von Selektivverträgen über die besondere ärztliche Versorgung eröffnet. Gegenstand der Verträge können Versorgungsaufträge sein, die sowohl die versichertenbezogene gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung umfassen. § 73c Abs. 1 Nr. 3 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass die personellen und sächlichen Qualitätsanforderungen zur Durchführung der vereinbarten Versorgungsaufträge wie sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss und in den Bundesmantelverträgen niedergelegt sind, lediglich Mindestvoraussetzungen darstellen. Dies bedeutet, dass insbesondere im Bereich der Qualitätsanforderungen weitere Anforderungen durch die Selektivverträge vereinbart werden können – und sollen.

Dies wird durch § 73c Abs. 4 SGB V bestätigt, wonach insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen und die Vergütung durch die Verträge geregelt werden sollen.

Damit findet sich eine ausdrückliche Verknüpfung von Qualitätsanforderungen und Vergütung in § 73c SGB V im Rahmen der Selektivverträge.

Eine Spezifizierung bezüglich der Zugangsqualität bzw. der Ergebnisqualität findet sich in diesen Vorgaben jedoch nicht, so dass die Vertragsparteien insoweit frei verhandeln können.

2.2.5 Bundesmantelvertrag, § 87 SGB V

Im Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) ist der allgemeine Inhalt der Gesamtverträge für die vertragsärztliche Versorgung geregelt. Bestandteil des Vertrages sind neben dem EBM auch weitere Vereinbarungen, die dem Bundesmantelvertrag als Anlage beigefügt sind, wie beispielsweise die Vereinbarung über Qualitätssicherung (Anlage 3 zum BMV-Ä).

Im BMV-Ä wird in §§ 11 ff. BMV-Ä die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung geregelt. Danach gilt nach Absatz 1 Satz 1, dass ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die besonderer Kenntnisse oder Erfahrungen (Fachkunde) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, in der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt und abgerechnet werden dürfen, wenn der Arzt die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt.

Die Erbringung dieser Leistungen wird von einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach erfolgreichem Nachweis der Qualifikation abhängig gemacht. Die Einzelheiten der Qualitätsanforderungen werden durch den Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmt.

Damit handelt es sich um Maßnahmen zur Zugangsqualität, denn nur Ärzte und Einrichtungen, die die besonderen Qualifikationen aufweisen, dürfen die entsprechenden Leistungen überhaupt erbringen und abrechnen. Eine besondere Vergütung erfolgt für diese Leistungen insoweit, als sie ausschließlich von solchen Leistungserbringern vorgenommen und abgerechnet werden dürfen, die hierfür von der Kassenärztlichen Vereinigung eine besondere Genehmigung erhalten haben.

Daneben eröffnen verschiedene Regelungen des § 87 und § 87 a SGB V die Verknüpfung von Qualität und Vergütung. So können im Rahmen des Bundesmantelvertrages Vereinbarungen über Zuschläge in der haus- und fachärztlichen Versorgung

getroffen werden, die an die Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen geknüpft sind. Die Qualitätsanforderungen können arztbezogen sein, z.B. besondere Zusatzbezeichnung, oder leistungsbezogen, z.B. besonderer Aufwand. Dabei ist keine Festlegung getroffen, ob es sich ausschließlich um Zugangs- oder Strukturvorgaben handeln muss oder ob auch Anforderungen im Sinne einer Ergebnisqualität formuliert werden.

2.2.6 Qualitätssicherung nach den Vorgaben des GBA, §§ 91 ff und §§ 135 ff SGB V

Nach den §§ 91 ff. und §§ 135 ff. SGB V ist der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) befugt und verpflichtet, Qualitätsvorgaben für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu formulieren. Hierzu gehören insbesondere auch Richtlinien über die Qualitätssicherung (§ 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V).

Zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung können durch den GBA beispielsweise Leistungs-, Struktur- oder Qualitätsmerkmale festgelegt werden (vgl. z.B. § 136 Abs. 4 SGB V). Die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte erhalten Zuschläge zu den Vergütungen, wenn sie die entsprechenden Merkmale erfüllen. Hierbei handelt es sich um gesamtvertragliche Vereinbarungen, die somit eine unmittelbare Verknüpfung zwischen Qualitätsanforderungen und Vergütung herstellen. Auch hier bietet die Gesetzesformulierung die notwendige Öffnung, um die Qualitätsanforderungen im Einzelnen (zugangs-/struktur- oder ergebnisbezogen) auszugestalten.

Einen besonderen Zusammenhang zwischen Qualität und Vergütung weist darüber hinaus auch die Möglichkeit der Mindestmengenregelungen auf, die für zugelassene Krankenhäuser gefasst werden können. In der praktischen Umsetzung gibt es hier jedoch Nachweisprobleme des Zusammenhanges zwischen Qualität und Vergütung. Nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V kann der Gemeinsame Bundesausschuss

einen Katalog planbarer Leistungen aufstellen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, und Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen festlegen. Aus § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V ergibt sich, dass die Leistungen nicht erbracht - und damit auch nicht abgerechnet - werden dürfen, wenn die Mindestmengen in einem Jahr voraussichtlich nicht erreicht werden.

Im Ergebnis werden also Krankenhäuser von der Erbringung dieser Leistungen ausgeschlossen, wenn sie die Mindestmengen nicht erfüllen. Da es sich bei der Mindestmenge um eine Maßnahme der Qualitätssicherung handelt, ist auch hier ein Zusammenhang zwischen Qualität und Vergütung zu sehen.

Andere Vorgaben des GBA umfassen positive Ausstattungsmerkmale und Qualitätsanforderungen. Nur wenn diese erfüllt sind, dürfen die Leistungen auch erbracht und abgerechnet werden.

2.2.7 Ambulantes Operieren im Krankenhaus in Verbindung mit den Qualitätsvorgaben des GBA, §§ 115b, 135 Abs. 2 sowie § 137 SGB V

Nach § 115b SGB V können Krankenhäuser ambulante Operationen vornehmen, wenn sie eine entsprechende Mitteilung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Zulassungsausschuss gerichtet haben. Bei der Erbringung dieser Leistungen müssen die Krankenkassen die für die Vertragsärzte geltenden Qualitätsanforderungen bezüglich der ambulanten Operationen erfüllen.

Werden also die Qualitätsanforderungen für die Operationen nicht erfüllt, dürfen die Leistungen nicht erbracht werden und werden nicht vergütet.

Hierin besteht eine Regelung der Zugangsqualität und es kann eine Verknüpfung zwischen der Erfüllung der Qualitätsvorgaben

und der Verfügung für die Leistungen gesehen werden. Ein besonders starkes P4P -Instrument ist in dieser Verknüpfung jedoch nicht zu sehen.

2.2.8 Ermächtigung, §§ 116, 116 a SGB V

Nach §§ 116 bzw. 116a SGB V können Ärzte bzw. Krankenhausinstitute für die ambulante Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Auch für diese Leistungen gilt, dass die Qualitätsanforderungen für Vertragsärzte Anwendung finden. Nur wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, dürfen die Leistungen im Rahmen der Ermächtigung erbracht und zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet werden.

Hierin besteht ebenfalls eine Regelung der Zugangsqualität und es kann eine Verknüpfung zwischen der Erfüllung der Qualitätsvorgaben und der Verfügung für die Leistungen gesehen werden. Ein besonders starkes Instrument zur Versorgungsqualität ist in dieser Verknüpfung jedoch nicht zu sehen.

2.2.9 Strukturierte Behandlungsprogramme, § 116b Abs. 1 SGB V

Nach § 116b Abs. 1 SGB V können die Krankenkassen mit den Krankenhäusern Verträge über die Durchführung strukturierter Behandlungsprogramme abschließen. Inhalt der Verträge ist vor allem die Frage der Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung, soweit dies in den strukturierten Behandlungsprogrammen erforderlich ist. Dabei gelten die Qualitätsanforderungen für Vertragsärzte für die Krankenhäuser entsprechend. Auch hier gilt, dass das Krankenhaus an der ambulanten Versorgung der Versicherten nur teilnehmen darf, wenn die Qualitätsanforderungen für die Vertragsärzte hinsichtlich der beabsichtigten Leistungen erfüllt sind.

Damit besteht auch hier eine Regelung der Zugangsqualität und es kann eine Verknüpfung zwischen der Erfüllung der Qualitätsvorgaben und der Verfügung für die Leistungen

gesehen werden. Ein besonders starkes P4P -Instrument ist in dieser Verknüpfung jedoch nicht zu sehen.

2.2.10 Spezialärztliche Versorgung, § 116b Abs. SGB V

Die spezialfachärztliche Versorgung, die nach § 116b Abs. 2 SGB V (n. F. seit 1.1.2012) vorgesehen wird, darf nur von Leistungserbringern erbracht werden, die die besonderen – noch zu formulierenden – Qualitätsvorgaben des GBA für die Erbringung der ambulanten Leistungen der Richtlinie nach § 116 b Abs. 4 SGB V erfüllen. Damit besteht eine (erhöhte) Anforderung an die Zugangsqualität für die Erbringung dieser spezialfachärztlichen Leistungen im Rahmen des § 116b SGB V. Insoweit ist auch hier die Erbringung der Leistungen und ihrer Abrechnung von der Erfüllung der Qualitätsanforderungen abhängig.

Damit ist im Rahmen dieser Ausgestaltung des neuen § 116b SGB V ein Steuerungselement für Qualität umgesetzt.

2.2.11 Strukturierte Behandlungsprogramme, § 137f SGB V

§§ 137 ff SGB V sehen für bestimmte, u.a. chronische, Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme vor, die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss konkretisiert und durch das vom Bundesversicherungsamt zugelassen werden. Dabei sind insbesondere die Qualitätssicherungsmaßnahmen zu beachten, die der GBA für die strukturierten Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten aufstellt. Damit sind die Möglichkeiten für P4P Projekte eröffnet.

2.2.12 Integrierte Versorgung, § 140a ff SGB V

Die integrierte Versorgung eröffnet die Möglichkeit, die Versorgung von Versicherten bezogen auf bestimmte räumliche, fachliche oder persönliche Anwendungsbereiche vertraglich zu regeln. Dabei bietet das Instrument der integrierten Versorgung weite Spielräume, um Qualität und Vergütung in ein Verhältnis zueinander zu setzen. Mit der integrierten Versorgung nach §§

140a ff. SGB V können eine verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vertraglich vereinbart werden. Soweit diese Verträge abgeschlossen werden, ist der reguläre Sicherstellungsauftrag eingeschränkt.

Leistungen im Rahmen der integrierten Versorgung dürfen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn diese vorher mit den Krankenkassen vereinbart werden. In den Verträgen können zusätzliche Qualitätsanforderungen konkret formuliert und auch von einer besonderen Vergütung abhängig gemacht werden.

Hier besteht ein weiter Spielraum der vertragschließenden Parteien, P4P-Instrumente zu vereinbaren und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Dies gilt sowohl für die Prozessqualität als auch für die Ergebnisqualität.

2.3 Zwischenergebnis

Es zeigt sich, dass viele der im SGB V geregelten bzw. vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung eine mittelbare oder unmittelbare Verknüpfung zur Vergütung aufweisen. Meist sind die Anforderungen als Zugangsqualitätsanforderungen ausgestaltet, d.h. der Leistungserbringer muss die besondere Qualität erfüllen, um die Leistung überhaupt erbringen und abrechnen zu dürfen.

Daneben stehen mit den Instrumenten der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, der Strukturverträge gem. § 73 a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, der Selektivverträge gem. § 73c SGB V und der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V einige Spielräume zur Verfügung, um P4P-Instrumenten etwas offener umzusetzen. Dabei ist diesen Möglichkeiten gemeinsam, dass sie außerhalb des regulären Sicherstellungsauftrages durch vertragliche Vereinbarungen das Leistungsspektrum, die Qualitätsanforderungen und die Vergütung gesondert regeln. Diese vertraglichen Spielräume sind nicht darauf beschränkt, die Zugangsqualität zu regeln, sondern könnten auch die Ergebnisqualität einer Regelung zuführen.

Im Rahmen des allgemeinen Sicherstellungsauftrages bzw. Versorgungsauftrages sind bislang nur Maßnahmen der Zugangsqualität geregelt, die eine Verknüpfung von Qualität und Vergütung aufweisen.

3. Qualitätsorientierte Vergütung in der sozialrechtlichen Gesundheitsversorgung unter vergaberechtlichen Aspekten

Die qualitätsorientierte Vergütung im Rahmen der Gesundheitsversorgung nach dem Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung ist auch unter vergaberechtlichen Aspekten zu betrachten.

3.1 Einleitung

Für die Anwendung des Vergaberechts bedarf es stets eines Vertragsschlusses zwischen zwei Parteien, einem öffentlichen Auftraggeber und einem Unternehmen, der gegebenenfalls als öffentlicher Auftrag eingestuft werden kann. Im Folgenden sollen daher zunächst die unterschiedlichen Vertragsarten des SGB V dargestellt werden, um im Folgenden auf deren vergaberechtliche Relevanz einzugehen.

3.1.1 Kollektivverträge

Im Gesundheitssystem sind grundsätzlich Kollektivverträge üblich. Als solche werden Kollektivverträge nicht zwischen den Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern geschlossen, sondern gelten verbindlich für ein gesamtes Kollektiv. Wie die ambulante Versorgung durch die Kassenärzte vollzogen wird, ist zum einen in den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt und wird andererseits durch Kollektivverträge geregelt. Diese verbindlichen Verträge werden zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und den Verbänden der Krankenkassen bzw. einzelnen Krankenkassen geschlossen und sollen flächendeckend gleiche Regelungen für alle Vertragsärzte sichern. Diese Verträge enthalten somit vertragliche Vereinbarungen, welche für alle Vertragsärzte und die Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherungen Geltung beanspruchen. In ihnen werden jeweils die Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung geregelt.

Beispiele für Kollektivverträge auf Bundesebene sind die Bundesmantelverträge, in denen die Einzelheiten der Organi-

sationen der vertragärztlichen Versorgung festgelegt sind. Auf Landesebene sind es die Gesamtverträge, in denen die Krankenkassen und die kassenärztlichen Vereinigungen beispielsweise die Höhe der Gesamtvergütung für die vertragsärztlichen Leistungen vereinbaren.

3.1.2 Selektivverträge

Selektivverträge werden beispielsweise bei der integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V oder hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V geschlossen. Kennzeichnend für diese Verträge ist, dass sie nicht mit einem Kollektiv, sondern lediglich mit einzelnen Leistungserbringern abgeschlossen werden. Sie haben daher im Gegensatz zu Kollektivverträgen eine Wirkung nur inter partes, also zwischen den Vertragsparteien und bieten daher einen größeren Spielraum für individuelle Vertragsgestaltungen. Teilweise sind diese bereits im Gesetz angelegt, wie beispielsweise § 73b Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGB V zeigen, wo die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte zur Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln und der Erfüllung einer Fortbildungspflicht verpflichtet werden. Selbstverständlich kann dies auch verbunden werden mit einer qualitätsorientierten Vergütung.

3.2 Verbindungselemente im SGB V

Als Verbindungselemente im SGB V, die unter eine Ausschreibungspflicht fallen und zu einer Anwendung des Kartellvergaberechts führen können, sind grundsätzlich nur Selektivverträge geeignet (im Weiteren hierzu III. 2.). Aus diesem Grund sollen im Folgenden, ergänzend zu den obigen Ausführungen unter lit. B. die aus Sicht der Verfasser entscheidenden Selektivverträge kurz vorgestellt werden.

3.2.1 Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

Grundsätzlich besteht, wie oben unter lit. B. bereits dargestellt wurde, eine Pflicht der Krankenkassen, eine flächendeckende Sicherstellung des Angebotes der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Abs. 1 SGB V spätestens bis zum 30. Juni 2009 sicher zu stellen. Sollte dies jedoch nicht gelingen und finden die Krankenkassen in einem Bezirk einer kassenärztlichen Vereinigung keinen Vertragspartner, der die Voraussetzungen des § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V erfüllt, so haben sie Verträge mit den in § 73 b Abs. 4 Satz 3 Nr. 1 bis 4 SGB V genannten Vertragspartner zu schließen. Hier wird direkt im SGB V eine Ausschreibungspflicht vorgegeben, indem § 73 b Abs. 4 Satz 5 SGB V festlegt, dass in den Fällen der Sätze 3 und 4 kein Anspruch auf Vertragsabschluss besteht. Somit ist eine Auswahl unter verschiedenen möglichen Vertragspartnern zu treffen, welche auf Basis objektiver Auswahlkriterien erfolgen soll. Dies eröffnet den Anwendungsbereich des Kartellvergaberechts der §§ 97 ff. GWB (so auch OLG Düsseldorf, Beschluss vom 03.08.2011 – Verg 6/11).

3.2.2 Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V

Im Gegensatz zur hausarztzentrierten Versorgung besteht bei der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V keine Pflicht der Krankenkassen entsprechende Verträge abzuschließen. Jedoch ist auch hier bereits auf gesetzlicher Ebene in § 73 c Abs. 3 Satz 2 SGB V festgelegt, dass ebenfalls kein Anspruch auf Vertragsschluss seitens der Leistungserbringer besteht. Ebenfalls soll hier die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich ausgeschrieben werden. Somit eröffnet auch die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73 c SGB V den Weg ins Kartellvergaberecht.

3.2.3 Integrierte Versorgung nach § 140 a ff. SGB V

Die integrierte Versorgung gemäß den §§ 140 a ff. SGB V enthält, anders als die unter 1. und 2. beschriebenen Selektivverträge keine konkret gesetzlich vorgeschriebene Ausschreibungspflicht. Jedoch wird in § 140 b SGB V explizit darauf hingewiesen, dass die Krankenkassen die Verträge nur mit katalogmäßig aufgeführten Leistungserbringern oder Träger bestimmter Einrichtungen abschließen können. In diesem Zusammenhang wird zunächst auf die weiter unten folgenden Ausführungen unter 3. II. verwiesen. Zum anderen ist jedoch auch bereits an dieser Stelle festzustellen, dass der Auftragsbegriff des Kartellvergaberechts unter § 99 Abs. 1 GWB von solchen Verträgen grundsätzlich erfasst wird. Daher muss an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass auch der Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V zur zwingenden Anwendung des Kartellvergaberichtes führt.

3.3 Vergaberechtliche Anforderungen

Wie Eingangs bereits dargestellt wurde, hängt die Geltung des Vergaberechts von verschiedenen Voraussetzungen ab, die im Folgenden dargestellt werden sollen. Dabei ist zunächst darauf einzugehen, dass das Vergaberecht nach den §§ 97 ff. GWB nur dann anzuwenden ist, wenn ein öffentlicher Auftraggeber (§ 98 GWB) einen öffentlichen Auftrag (§ 99 GWB) oberhalb der jeweils geltenden Schwellenwerte (§ 100 Abs. 1 GWB) vergibt.

3.3.1 Gesetzliche Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber im Sinne des Vergaberechts (EuGH)

Die Frage, ob gesetzliche Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber anzusehen sind, war lange Zeit heftig umstritten. Ausgangsbasis dieses Streits waren die Entscheidungen um die Vergabe von Arzneimittelrabattverträgen nach § 130a SGB V. Grundsätzlich gelten nach § 98 Abs. 2 GWB juristische Personen als öffentliche Auftraggeber, wenn sie zu dem besonderen Zweck gegründet wurden, im Allgemeininteresse

liegende Aufgaben nicht gewerblicher Art zu erfüllen und wenn sie von klassischen öffentlichen Auftraggebern überwiegend finanziert oder beherrscht/beaufsichtigt werden.

Weyand, IBR-online-Kommentar, Vergaberecht 2010, § 98 Rn. 107 ff.; Kulartz/Kus/Portz, Kommentar zum GWB-Vergaberecht, 2. Auflage, § 98 Rn. 95 ff., 214.

Die Streitfrage, ob es sich bei den gesetzlichen Krankenkassen um öffentliche Auftraggeber handelt, kann seit der grundsätzlichen Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs vom 11. Juni 2009 als geklärt gelten.

EuGH, Urteil vom 11.06.2009 – RS.C-300/07; hierzu Weyand, IBR-online-Kommentar Vergaberecht 2010, § 98 Rn. 107 ff., § 98 Rn. 105 ff. mit zahlreichen Nachweisen.

Demnach erfüllen die staatliche Garantie der Finanzierung eines öffentlichen Krankenversicherungssystems und die öffentlich-rechtlichen Vorschriften unterliegende Art der Erhebung der sich hierauf beziehenden Beiträge, das Kriterium der überwiegenden Finanzierung einer juristischen Person durch einen klassischen öffentlichen Auftraggeber. In der aktuellen Rechtsprechung wird die Qualifizierung der gesetzlichen Krankenkassen als öffentliche Auftraggeber daher nicht mehr bezweifelt.

3.3.2 Verträge nach SGB V als öffentlicher Auftrag gemäß § 99 GWB

Weitere Voraussetzung für die Vergabepflichtigkeit ist das Bestehen eines öffentlichen Auftrages gemäß § 99 GWB. § 99 GWB unterscheidet zwischen Lieferaufträgen, Bauaufträgen sowie Dienstleistungsaufträgen.

Kollektivverträge fallen nicht unter die Vergabevorschriften nach §§ 97 ff. GWB, da diese von einem Wettbewerb um die Auftragserteilung ausgehen. Ein solcher findet beim Abschluss eines Kollektivvertrages nicht statt. Die gesetzliche Krankenkasse oder deren Verband schließen Verträge bspw. mit der kassenärztlichen Vereinigung. Der Vertrag gilt folglich für alle

Ärzte mit Kassenzulassung. Es gibt keinen der das Verfahren „gewinnt“, aber auch keinen der „leer ausgeht“.

Im Bezug auf Selektivverträge gilt dies gerade nicht. Dort findet, zumindest in einem gewissen Umfang, ein Wettbewerb unter einzelnen Leistungserbringern statt. Als Ärzte mit Kassenzulassung sind nicht automatisch Teil der hausarztzentrierten Versorgung, sie müssten sich bewerben und bestimmte Anforderungen erfüllen. Und auch dann besteht gem. § 73b Abs. 4 S. 5 SGB V kein Anspruch auf Vertragsabschluss. Die Kassen sind vielmehr dazu aufgefordert, bei der Ausschreibung der hausarztzentrierten Versorgung objektive Auswahlkriterien anzugeben. Dies ist schließlich kennzeichnend für einen öffentlichen Auftrag im Sinne des § 99 GWB: es findet eine Selektion statt, es gibt Marktteilnehmer die den Zuschlag erhalten und es gibt andere, die nicht partizipieren können. Für die folgende Betrachtung können daher nur Selektivverträge betrachtet werden.

Bei den damit in Rede stehenden Selektivverträgen handelt es sich um Dienstleistungsverträge im Sinne § 99 Abs. 4 GWB. Grundsätzlich sind öffentliche Aufträge entgeltliche Aufträge von Auftraggebern mit Unternehmen über die Beschaffung von Leistungen, die Lieferbau oder Dienstleistungen zum Gegenstand haben. Diese Voraussetzungen sind von den in Rede stehenden Selektivverträgen grundsätzlich erfüllt.

3.3.3 Differenzierung zwischen ober- und unter-schwelligen Aufträgen – VgV

Schließlich ist für eine Vergabepflichtigkeit entscheidend, dass der zu schätzende Auftragswert der beabsichtigten Auftragsvergabe für die vorgesehene Leistung den maßgeblichen Schwellenwert erreicht oder übersteigt (§ 3 VgV). Bei der Höhe des Schwellenwertes unterscheidet § 2 VgV zwischen Lieferung- und Dienstleistungsaufträgen und Bauaufträgen. Ein Bauauftrag scheidet hier erkennbar aus, so dass allein der Schwellenwert für Liefer- und Dienstleistungsaufträge maßgeblich ist, der derzeit noch bei 193.000,00 Euro (ohne

Mehrwertsteuer) liegt, jedoch nach Umsetzung der entsprechenden europäischen Richtlinie auf 200.000,00 Euro angehoben wird. Die Umsetzung der Richtlinie in die VgV obliegt der Bundesregierung.

Sollte von den Aufträgen der in § 2 Nr. 3 VgV festgelegte Schwellenwert überschritten werden, so ist das Vergaberecht des GWB anwendbar. Hiernach haben etwaige Bieter und Bewerber gemäß § 97 Abs. 7 GWB ein subjektives Recht auf Einhaltung der Vergabeverfahrensvorschriften, welche sie in einem Vergabenachprüfungsverfahren gemäß §§ 102 ff. GWB geltend machen können.

3.4 Anforderungen an oberschwellige Aufträge

Sofern man die Voraussetzungen für einen öffentlichen Auftrag oberhalb der Schwellenwerte bejaht, sind die grundsätzlichen Anforderungen des Kartellvergaberechts zu beachten. Dies hat insbesondere die Anwendbarkeit der Verdingungsordnungen zur Folge. Bei den hier in Rede stehenden Verträgen aus Ziffer II. stellt sich dabei die Frage, ob es sich hierbei um Dienstleistungen gemäß der Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen (VOL) oder der Vergabeordnung für freiberufliche Leistungen (VOF) handelt.

3.4.1 Abgrenzung der VOL/A und der VOF

Gemäß § 1 EG VOL/A gilt die VOL/A für die Vergabe von Aufträgen über Leistungen (Liefer- und Dienstleistungen), soweit sie dem vierten Teil des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) unterliegen. Sie gilt nicht für Dienstleistungen, die unter die Vergabeordnung für freiberufliche Leistungen – VOF – fallen. Die VOF wiederum führt in ihrem § 1 aus, dass ihre Regeln für die Vergabe von Aufträgen über Dienstleistungen gelten, die im Rahmen einer freiberuflichen Tätigkeit erbracht oder im Wettbewerb mit freiberuflich Tätigen angeboten werden und deren Gegenstand eine Aufgabe ist, deren Lösung nicht vorab eindeutig und erschöpfend beschrieben werden kann. Auch hier wird bestimmt, dass die Bestimmungen der VOF nur dann anzuwenden sind, wenn der

geschätzte Auftragswert die Schwellenwerte für Dienstleistungen gemäß § 2 der VgV erreicht oder überschreitet, mithin also das Kartellvergaberecht des GWB anwendbar ist.

3.4.2 Freiberufliche Dienstleistungen

Zu einer Anwendbarkeit der VOF müssten sich daher die Leistungen der potentiellen Partner der Verträge als freiberuflich qualifizieren lassen. Freiberufliche Tätigkeiten sind geprägt von einer besonderen beruflichen Qualifikation oder der schöpferischen Begabung des Berufsträgers, einer wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Auftraggeber und die Gesellschaft über die rein gewerbliche Ebene hinausgehenden Funktion der erbrachten Dienstleistung und der Herausbildung hoher berufsethischer Standards, die durch besondere Berufsorganisationen fortentwickelt und überwacht werden. Zudem sind der persönliche Einsatz bei der Berufsausübung, Eigenverantwortlichkeit und fachliche Unabhängigkeit wesentliche Merkmale des freien Berufs (vgl. § 1 Abs. 2 PartGG).

Diese Auffassung wird bestätigt durch die amtliche Anmerkung in § 1 Satz 2 der VOL/A, wo auf den § 18 Abs. 1 Nr. 1 des Einkommenssteuergesetzes (EStG) verwiesen wird. Hiernach sind Einkünfte aus selbständiger Tätigkeit, insbesondere Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit.

„Zu der freiberuflichen Tätigkeit gehören die selbständig ausgeübte wissenschaftliche, künstlerische, schriftstellerische, unterrichtende oder erzieherische Tätigkeit, die selbständige Berufstätigkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratende Volks- und Betriebswirte, vereidigte Buchprüfer (vereidigten Bücherrevision), Steuerbevollmächtigte, Heilpraktiker, Dentisten, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatter, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und ähnliche Berufe. Ein Angehöriger eines freien Berufs im Sinne der Sätze 1 und 2 ist auch dann freiberuflich tätig, wenn er sich der Mithilfe fachlich vorgebildeter Arbeitskräfte bedient; Voraussetzung ist, dass sie aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich tätig wird.“

Bei den hier in Rede stehenden Verträgen der integrierten Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung sowie der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung muss wohl über-

wiegend von einer Freiberuflichkeit der Leistungserbringer ausgegangen werden. Dies kann zumindest für die beteiligten Ärzte gemäß § 140b Abs. 1 Nr. 1 SGB V, §§ 73b und 73c Abs. 3 Nr. 1 und 2 SGB V gelten, so dass der Anwendungsbereich der VOF eröffnet ist (so auch OLG Düsseldorf, Beschluss vom 03.08.2011 – Verg 6/11).

Bei den sonstigen Partnern von Verträgen zu integrierter Versorgung sowie zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung handelt es sich dagegen um Einrichtungen, die sich zwar einzelner Leistungserbringer, also Ärzten durch abhängige Beschäftigung bedienen, jedoch nicht selbst als Freiberufler einzuordnen sind. Auf diese Fälle sodann die VOL/A Anwendung.

3.4.3 Eindeutige und erschöpfende Beschreibung der Leistung

Zu einer Anwendbarkeit der VOF käme es darüber hinaus nur dann, wenn sich die zu vergebende Leistung des § 1 Abs. 1 VOF nicht vorab eindeutig und erschöpfend beschreiben lässt. Dies ist dann der Fall, wenn die Leistung hinsichtlich ihres Ergebnisses nicht von vorneherein bestimmbar ist. Ebenfalls liegt eine nicht beschreibbare Dienstleistung vor, wenn es dem Auftraggeber darauf ankommt, dass der Auftragnehmer wegen seiner beruflichen Kompetenz eine eigenständige, kreative Lösung finden soll. Im Zusammenhang mit der integrierten Versorgung ist darauf hinzuweisen, dass deren Konzepte darauf angelegt sind, neue Formen der Zusammenarbeit und des Informationsaustauschs und der Leistungserbringung zu erbringen. So soll durch die integrierte Versorgung ein Ideenwettbewerb um die besten Versorgungsmodelle stattfinden, die Leistungserbringer sollen ein abgeschnittenes Leistungsangebot anbieten

(Dahm, MedR 2005, 121 (124)).

Die in der integrierten Versorgung zu erbringenden Leistungen sind daher wohl nicht eindeutig und erschöpfend bestimmbar und fallen somit unter den Anwendungsbereich der VOF. Im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen

ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß den §§ 73b und 73c SGB V dürfte dies grundsätzlich genau so zu betrachten sein. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die §§ 73b und 73c SGB V zahlreiche Anforderungen an die potentiellen Vertragspartner stellen. Ein Konfliktpotential besteht jedoch möglicherweise bei einer erfolgs- bzw. qualitätsorientierten Vergütung der Leistung des Arztes. Sofern diese Leistung an bestimmten Kriterien zu messen sein wird, werden auch der Erfolg und folglich auch die zu erbringende Leistung unter Umständen teilweise beschrieben oder vorgeschrieben. Nichtsdestotrotz ist davon auszugehen, dass die zu erbringende Leistung des Arztes seiner eigenen beruflichen Kompetenz geschuldet wird und der Auftraggeber diese nicht im Vorhinein eindeutig und erschöpfend beschreiben kann (so auch OLG Düsseldorf, Beschluss vom 03.08.2011 – Verg 6/11).

Im Folgenden wird daher davon ausgegangen, dass die Ausschreibung von Selektivverträgen nach den Regeln der VOF zu erfolgen hat.

3.5 Voraussetzungen der VOF

Im Folgenden soll dargestellt werden, welche konkreten Verfahrensschritte einzuleiten sind, wenn die VOF gemäß § 1 VOF Anwendung findet.

3.5.1 Beschränkte Anwendbarkeit der VOF gem. § 1 I, III VOF i.V.m. Anhang I Teil B Nr. 25 VOF (Nur die §§ 6 II – VII und 14 VOF finden Anwendung)

Zunächst ist hierbei festzustellen, dass es sich bei medizinischen Leistungen um Leistungen gemäß Nr. 25 des Anhangs 1 Teil B der VOF handelt und somit um nicht prioritäre Dienstleistungen. Gemäß § 1 Abs. 3 VOF sind für die Vergabe der in Anhang 1 Teil B genannten Dienstleistungen nur § 6 Abs. 2 bis 7 und § 14 VOF anzuwenden. Damit sind die Auftraggeber nicht an die vergabeverfahrensrechtlichen Regelungen der VOF gebunden.

Anzuwenden sind damit nur die Vorschriften über die Beschreibung der Aufgabe sowie die Information über die Auftragserteilung im Wege der Expostbekanntmachung gemäß § 14 Abs. 1 VOF.

3.5.2 Öffentliche Bekanntmachung

Der Ausschluss der vergabeverfahrensrechtlichen Vorschriften der VOF bedeutet natürlich nicht, dass die Krankenkassen beim Vertragsabschluss völlig frei handeln könnten. Da es sich nach wie vor um die Vergabe eines öffentlichen Auftrages im Sinne des GWB handelt, sind die vergaberechtlichen Grundsätze des Wettbewerbs, der Transparenz und der Gleichbehandlung nach § 97 Abs. 1 und 2 GWB anwendbar.

Voraussetzung für Wettbewerb und Transparenz ist grundsätzlich eine ausreichende Information der potentiellen Bieter/Bewerber über einen bestehenden Bedarf. D.h., dass vor Vertragsschluss eine hinreichende Information Mindestvoraussetzung für ein solches Verfahren sein muss. Eine europaweite Bekanntmachung wie sie den Verfahren zur Vergabe von prioritären Dienstleistungen zugrunde liegt, ist hier jedoch nicht erforderlich. Es muss jedoch gewährleistet sein, dass in Frage kommende Interessenten über die bevorstehende Auftragsvergabe hinreichend informiert werden. Im Rahmen dieser Information ist im Sinne der Gleichbehandlung auch darauf zu achten, dass allen Interessenten die gleichen Informationen über den Vertragsgegenstand wie auch die gewählten Auswahlkriterien zur Verfügung stehen. Auch benötigen die Leistungserbringer die Informationen, die es ihnen ermöglichen, sich um den Auftrag zu bemühen, um den ebenfalls vom SGB V vorausgesetzten Wettbewerb der Leistungserbringung zu ermöglichen.

Schließlich müssen im Sinne einer wirtschaftlichen und wettbewerblichen Ausgestaltung der Ausschreibung auch angemessene Bewerbungs- und Bearbeitungsfristen in der Bekanntmachung enthalten sein. Auch hierbei ist darauf zu achten, dass den potentiellen Leistungserbringern gleiche Wettbewerbs-

chancen auf Zugang zu dem öffentlichen Auftrag gewährleistet werden.

3.5.3 Auswahl des Vertragspartners

Die Auswahlkriterien zur Wahl des Vertragspartners müssen sowohl transparent und objektiv wie auch nachprüfbar formuliert sein. Grundsätzlich muss der berücksichtigte Bewerber fachkundig, leistungsstark und zuverlässig sein sowie im Sinne des Vergaberechts das wirtschaftlichste Angebot abgegeben haben. Berücksichtigt werden kann dabei die technische Ausstattung der Bewerber, die geografische Zugänglichkeit der Leistungserbringer, die Zufriedenheit der Versicherten sowie die Kapazitäten der Bewerber.

Es ist darauf zu achten, dass die Krankenkassen ein formalisiertes Auswahlverfahren einschlagen und dies nach selbst auferlegten Regeln auch abwickeln. Insbesondere gilt im Rahmen des Vergaberechts stets das Geheimhaltungsgebot, so dass die eingegangenen Angebote stets vertraulich behandelt und ordnungsgemäß geöffnet werden müssen.

3.6 Grundsätze für unterschwellige Aufträge

Auch im Bereich unterhalb der Schwellenwerte nach § 2 VgV sind die europäischen Grundsätze der Gleichbehandlung, des Wettbewerbs und der Transparenz anwendbar.

3.6.1 Gleichbehandlungsgebot – Öffentliche Bekanntmachung

Der Grundsatz der Gleichbehandlung wie auch der Transparenz und des Wettbewerbs gebietet es, dass auch im Bereich unterhalb der Schwellenwerte eine Bekanntmachung des Auftrages stattfindet. Dies kann durch Bekanntmachung auf der zentralen Vergabepattform des Bundes unter www.bund.de geschehen wie auch durch Bekanntmachung in Fachzeitschriften oder Tageszeitungen. Hierbei muss darauf geachtet werden, dass der beabsichtigte Bewerber/oder Bieterkreis durch das entsprechende Medium realistischerweise erreicht wird.

Die entsprechenden Regelungen des Haushaltsrechts setzen eine solche Bekanntmachung zwar nicht voraus, jedoch setzt das SGB V Wettbewerb voraus. Wettbewerb kann jedoch nur entstehen, wenn die Leistungserbringer die für die Bewerbung benötigten Informationen erhalten. Von daher ist in jedem Falle auch unterhalb der Schwellenwerte die oben beschriebene Bekanntmachung notwendig. Ebenso wie oberhalb der Schwellenwerte muss diese eine hinreichende Leistungsbeschreibung sowie angemessene Bewerbungsfristen enthalten.

3.6.2 Keine Verletzung des Gemeinschaftsrechts

Auch das Gemeinschaftsprimärrecht verlangt im Unterschwellenbereich Beachtung. Weder der freie Warenverkehr noch die Niederlassungsfreiheit oder die Dienstleistungsfreiheit dürfen verletzt werden. Zudem sind das Diskriminierungsverbot, der Grundsatz der Gleichbehandlung und Transparenz sowie der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz zu berücksichtigen. All dies spricht, wie oben bereits unter a. dargestellt, für eine Bekanntmachung des Auftrages in geeigneten Medien. Zudem muss der Auftragsgegenstand diskriminierungsfrei beschrieben werden sowie alle Bewerber die gleichen Zugangschancen hierzu haben.

3.6.3 Auswahlkriterien des Vertragspartners

Bezüglich der Auswahlkriterien des Vertragspartners kann auf das oben unter 4. lit c. Ausgesagte verwiesen werden. Unterhalb der Schwellenwerte ergeben sich hier keinerlei Besonderheiten.

3.7 Sonstige Ausschreibungspflichten

Das SGB V schreibt als solches selbst bei zwei der oben beschriebenen Vertragsschlüsse eine Ausschreibung vor.

3.7.1 § 73b Abs. 4 SGB V

Im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung schreibt § 72b Abs. 4 SGB V vor:

„In den Fällen der Sätze 3 und 4 besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien auszuschreiben.“

Diese im SGB V selbst nieder gelegte Ausschreibungspflicht enthält im Vergleich zu den oben beschriebenen Ausschreibungspflichten gemäß GWB oder auch unterhalb der Schwellenwerte als Ausfluss des Haushaltsrechts keine Besonderheiten. Auch hier ist das GWB oberhalb der Schwellenwerte uneingeschränkt anwendbar (so auch OLG Düsseldorf, Beschluss vom 03.08.2011 – Verg 6/11).

3.7.2 § 73c Abs. 3 SGB V

Auch im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung wird eine ähnliche Ausschreibungspflicht niedergelegt:

„Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.“

Hier kann auf die Ausführungen zu § 73b SGB V verwiesen werden.

3.8 Zwischenergebnis

Kollektivverträge fallen nicht unter die Vergabevorschriften nach §§ 97 ff. GWB, da dem Abschluss dieser Verträge kein Wettbewerb zu Grunde liegt. Bei den Selektivverträge findet, zumindest in einem gewissen Umfang, ein Wettbewerb unter einzelnen Leistungserbringern statt: Ärzte mit Kassenzulassung sind nicht automatisch Teil der hausarztzentrierten Versorgung, sie müssten sich bewerben und bestimmte Anforderungen erfüllen. Und auch dann besteht gem. § 73b Abs. 4 S. 5 SGB V kein Anspruch auf Vertragsabschluss. Die Kassen sind vielmehr dazu aufgefordert, bei der Ausschreibung der hausarztzentrierten Versorgung objektive Auswahlkriterien anzugeben.

Es sprechen die überwiegenden Argumente dafür, dass die in der integrierten Versorgung zu erbringenden Leistungen nicht eindeutig und erschöpfend bestimmbar sind, so dass der Anwendungsbereich der

VOF eröffnet ist. Im Bereich der hausarztzentrierten Versorgung und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung gemäß den §§ 73b und 73c SGB V dürfte dies grundsätzlich genau so zu betrachten sein. Dies gilt auch vor dem Hintergrund, dass die §§ 73b und 73c SGB V zahlreiche Anforderungen an die potentiellen Vertragspartner stellen.

Bei dem Abschluss von Selektivverträgen sind damit die Vorschriften des Vergaberechts eröffnet, die ein transparentes, diskriminierungsfreies und wirtschaftliches Verfahren verlangen.

4. Das (sozial-)datenschutzrechtliche Regelungsregime unter besonderer Berücksichtigung von P4P-Modellen und den hierfür notwendigen Indikatoren

4.1 Einleitung

Die Einführung und Ermöglichung leistungsorientierter Vergütungsmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung bedarf – unabhängig von der letztlich konkreten Ausgestaltung solcher Vergütungsmodelle – in besonderem Maße einer Überprüfung auf ihre Vereinbarkeit mit bestehenden datenschutzrechtlichen Regelungen, insbesondere mit den bislang vorgehaltenen sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen in den Sozialgesetzbüchern. Denn eine leistungsgerechte und ordnungsgemäße Vergütung bei P4P-Modellen durch den Leistungserbringer durch die Krankenkassen ist offenkundig insbesondere ohne die Erhebung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten, die überdies nach datenschutzrechtlichen Grundsätzen aufgrund ihrer Qualität – bei den benötigten Daten wird es sich nicht selten um Versichertendaten sowie um besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Datenschutzrechts handeln – in besonderem Maße schützenswert sind, nicht möglich. Die für eine Messung der zu vergütenden Leistung erforderlichen Indikatoren weisen zwangsläufig einen Personen- (bzw. in der sozialdatenschutzrechtlichen Terminologie, ein Versicherten-)Bezug auf. Im Einzelfall können auch personenbezogene Daten einzelner Leistungserbringer für leistungsorientierte Vergütungsmodelle von Bedeutung sein.

4.2 Der Personen-/Versichertenbezug der für P4P-Modelle notwendigen Indikatoren

Die Messung der „Leistung“ bei leistungsorientierter Vergütung erfordert die Festlegung von Bewertungskriterien. Diese sog. Indikatoren sind dabei nicht notwendigerweise personen-/versichertenbezogen. Ohne das Vorliegen eines personenbezogenen Datums können die notwendigen Messdaten jedoch ohne datenschutzrechtliche Einschränkungen erhoben und verarbeitet werden. Vor diesem Hintergrund erscheint es erforderlich, die im Rahmen von P4P-Modellen herkömmlich definierten Indikatoren vorab darauf zu

überprüfen, ob diese überhaupt die Erhebung personenbezogener Daten erfordern.

Personen-/Versichertenbezogene Daten sind herkömmlicherweise definiert als „Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person“ (§ 3 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), § 67 Abs. 1 Sozialgesetzbuch X (SGB X)).

4.2.1 Ergebnisindikatoren

Das naheliegendste Bewertungskriterium für die Messung der Qualität der Leistungen durch den Versorger ist bei medizinischen Leistungen der Behandlungserfolg, der bei P4P-Modellen in sog. Ergebnisindikatoren erfasst wird. Hierbei spielt insbesondere die Zielsetzung der Einführung von P4P-Modellen in der gesetzlichen Krankenversicherung eine wesentliche Rolle: Die Verbesserung der Versorgungsqualität durch P4P-Modelle ist eine der wesentlichen Zielsetzungen dieses Vorhabens. Dass eine Messung des Behandlungserfolgs jedoch nur unter Zuhilfenahme bzw. unter Erhebung und Verarbeitung von gesundheitlichen Daten der Versicherten, und damit potentiell personen-/versichertenbezogenen Daten möglich ist, liegt auf der Hand.

4.2.2 Struktur- und Prozessindikatoren

Neben der Messung des Behandlungserfolgs wird – im Idealfall – eine Steigerung der Versorgungsqualität auch durch die Festlegung von Bewertungskriterien erreicht, die die Vergütung bzw. die Höhe der Vergütung von der Verfügbarkeit oder der Vorhaltung einer bestimmten Ausstattung bei dem jeweiligen Versorger abhängig machen. Ferner kann die Vergütung in P4P-Modellen darüber hinaus von der Einhaltung bestimmter Verfahrensrichtlinien oder –leitlinien oder diagnostischen, therapeutischen Standards durch den Versorger abhängig gemacht werden; derartige Bewertungskriterien werden gemeinhin als **Struktur- und Prozessindikatoren** bezeichnet.

Die im Zusammenhang mit Struktur- und Prozessindikatoren notwendigen Datenerhebungen lassen keinen Rückschluss auf die Patienten des jeweiligen Versorgers zu, so dass diese Indikatoren im Hinblick auf die Patienten keinerlei Personen-/Versichertenbezug aufweisen. Eine datenschutzrechtliche Relevanz kann sich jedoch möglicherweise durch eine hierdurch ermöglichte Bestimmbarkeit von einzelnen Versorgenden ergeben, etwa wenn hierdurch einzelne Ärzte identifiziert werden können. Ebenso kommt eine – jedenfalls sozial- - datenschutzrechtliche Relevanz derartiger Daten in Betracht, sofern es sich hierbei gleichzeitig um betriebs- oder geschäftsbezogene Daten der Versorger mit Geheimnischarakter handelt (Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse nach § 35 Abs. 4 SGB I).

4.2.3 Patientenzufriedenheit

Eine Steigerung der Versorgungsqualität kann darüber hinaus auch durch die Ermittlung der **Patientenzufriedenheit** erreicht werden. Häufig werden die in – in der Regel durch Umfragen, an denen die Teilnahme für die Patienten freiwillig sein wird – dabei erhobenen Daten einerseits grundsätzlich einen Versichertenbezug ermöglichen, etwa weil der Patient zur Einordnung in eine Vergleichsgruppe spezielle persönliche Angaben machen soll. Gleichzeitig müssen derartige Messungen der Patientenzufriedenheit zwangsläufig einen Bezug zu dem einzelnen Versorger ermöglichen; denn ohne diesen Bezug wäre dieses Bewertungskriterium zur Bemessung einer leistungsorientierten Vergütung ungeeignet.

4.2.4 Ökonomische Effizienzindikatoren

Überdies werden in P4P-Modellen die ökonomischen Effekte der Versorgung gemessen und im Rahmen von P4P-Modellen gefördert bzw. anktioniert. Als Bezugsgrößen werden hierbei konkret messbare ökonomische Effekte herangezogen, wie etwa Leistungskosten oder Behandlungsfälle. Auch hierbei werden im Hinblick auf die erforderlichen patientenbezogenen Zielgrößen

Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die jedenfalls potentiell einen Versichertenbezug aufweisen.

4.3 (Sozial-)Datenschutzrechtliche Grundlagen

Weist somit zumindest ein Teil der für die Etablierung einer leistungsorientierten Vergütung in der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Messung der „Leistung“ notwendigen Indikatoren Versicherten- bzw. Personenbezug auf oder handelt es sich bei den hierbei zu erhebenden Daten um solche, die jedenfalls im Sozialdatenschutzrecht die gleiche Schützbedürftigkeit erfahren, so ist die Zulässigkeit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der hierfür erforderlichen Daten zunächst an den bestehenden datenschutzrechtlichen Regelungen zu messen.

4.3.1 Grundzüge des allgemeinen Datenschutzrechts

Der Datenschutz bezweckt den **Persönlichkeitsschutz** und nicht primär den Schutz der Daten an sich, sondern den der natürlichen Personen, auf die sich die Daten beziehen.

Der Umgang mit personenbezogenen Daten ist nach der datenschutzrechtlichen Grundkonzeption grundsätzlich verboten und nur erlaubt, wenn ein gesetzlicher Erlaubnistatbestand erfüllt ist oder der Betroffene in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten eingewilligt hat (letzteres wird auch als sog. **Prinzip der datenschutzrechtlichen Einzelermächtigung** bezeichnet). Dieser Grundsatz des **„Verbots mit Erlaubnisvorbehalt** „ ist im allgemeinen Datenschutzrecht in § 4 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) ausdrücklich festgeschrieben.

Die in Deutschland geltenden Datenschutzregelungen sind jedoch nicht allein im BDSG geregelt; vielmehr finden sich datenschutzrechtliche Regelungen in einer Vielzahl von Einzelgesetzen. Dies ist zum einen der Verteilung der Gesetzgebungskompetenz zwischen Bund und Ländern, andererseits den Vorgaben der verfassungsrichterlichen Rechtsprechung geschuldet. Letztere fordert insbesondere die

Schaffung gesondert **bereichsspezifischer Erlaubnisnormen** für konkret umrissene Sachverhalte mit Bezug zu sensitiven personenbezogenen Daten. Solche bereichsspezifischen Regelungen verdrängen nach dem Prinzip der Spezialität in den von ihnen konkret geregelten Sachverhalten die allgemeinen datenschutzrechtlichen Regelungen (§ 1 Abs. 4 BDSG); diese finden in derartigen Sachverhalten allenfalls ergänzend Anwendung. Vorrangig gelten jedoch bereichsspezifische Regelungen, wie etwa im Telemedien- oder Telekommunikationsgesetz oder auch den Sozialgesetzbüchern (SGB).

4.3.2 Grundsätze des allgemeinen Datenschutzrechts

Ungeachtet dessen sind die – neben dem oben bereits erwähnten „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt“ – maßgeblichen allgemeinen Grundsätze des Datenschutzrechts auch bei Vorliegen und eröffnetem Anwendungsbereich von bereichsspezifischen Datenschutznormen zu beachten. Diese sollen daher nachstehend kurz skizziert werden, da sie insbesondere für die Beantwortung der Frage, ob bestehende bereichsspezifische Erlaubnisnormen die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Bemessung von leistungsorientierten Vergütungen notwendigen Daten legitimieren können, von Bedeutung sind.

Zunächst gilt im Datenschutzrecht der „**Grundsatz der Verhältnismäßigkeit**“. Jeder gesetzliche Erlaubnistatbestand, der die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung erlaubt, ist – ungeachtet dessen, ob es sich hierbei um eine bereichsspezifische Sonderregelung oder einen der Erlaubnistatbestände des BDSG bzw. der einschlägigen Landesdatenschutzgesetze handelt – als Schranke des grundgesetzlich garantierten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung zu bewerten. Die Erlaubnisnormen müssen daher ihrerseits dem allgemeinen Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Diese beschränkenden Gesetze müssen – um einer verfassungsrechtlichen Prüfung standzuhalten – den mit dem Erlaubnistatbestand verfolgten

Zweck benennen; ferner muss der Zweck erforderlich und angemessen sein, um den gewünschten Erfolg zu erreichen. Die Erforderlichkeit kann bereits dann in Frage stehen, wenn die Erhebung und Nutzung personenbezogener Daten nicht bereits im Vorfeld auf das notwendige Maß zur Zweckerreichung reduziert wurde.

In engem Zusammenhang hiermit steht der insbesondere im Datenschutzrechte herangezogene „**Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit**“, der auch als Konkretisierung des Grundsatzes der Erforderlichkeit angesehen wird. Ist die Erhebung von personenbezogenen Daten zur Zweckerreichung nicht erforderlich, so sind diese nach dem **Grundsatz der Datenvermeidung** auch nicht zu erheben. Ferner muss sich der Umgang mit personenbezogenen Daten generell auf das für die Zweckerreichung notwendige Minimum (**Grundsatz der Datensparsamkeit**) beschränken.

Ist aufgrund eines Erlaubnistatbestandes eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Daten zulässig und damit rechtmäßig, so tritt eine **Zweckbindung** ein. Eine Nutzung der Daten zu anderen Zwecken als in dem gesetzlichen Erlaubnistatbestand vorgesehen bzw. als zu dem Zweck, zu dem der Betroffene vorher eingewilligt hat, ist unzulässig. Dieser Zweck ist, soweit die Nutzung der Daten auf einem gesetzlichen Erlaubnistatbestand beruht, abschließend und im Vorhinein festzulegen. Jede erst nachträglich erfolgende Zweckbestimmung ist unzulässig. Bereichsspezifische Erlaubnisnormen sehen jedoch häufig Sonderregelungen in diesem Zusammenhang vor, die auch den Umgang mit solchen Daten zu anderen Zwecken erlauben.

Nach dem **Grundsatz der Transparenz** hat die verantwortliche Stelle den Betroffenen möglichst frühzeitig ordnungsgemäß und umfassend darüber zu informieren, dass und insbesondere welche Daten des Betroffenen erhoben und verarbeitet werden. Denn nur dann ist es dem Betroffenen möglich, sein grundrechtlich verbürgtes Recht auf informationelle Selbstbestimmung auszuüben.

4.3.3 Sozialgeheimnis nach § 35 SGB I

P4P-Vergütungsmodelle richten sich insbesondere an die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer; die Vergütung wird dabei letztendlich – unter Außerachtlassung der tatsächlich stattfindenden Zahlungsströme – durch die Krankenkassen erbracht. Krankenkassen sind als Leistungsträger im Sinne der Sozialgesetzbücher (§§ 12, 21 SGB I) durch die bereichsspezifischen, sozialdatenschutzrechtlichen Sonderregelungen und insbesondere zur Wahrung des **Sozialgeheimnisses** nach § 35 SGB I verpflichtet.

Nach § 35 Abs. 1 Satz 1 SGB I hat jeder

„Anspruch darauf, dass die ihn betreffenden Sozialdaten (§ 67 Abs. 1 Zehntes Buch) von den Leistungsträgern nicht unbefugt erhoben, verarbeitet oder genutzt werden (Sozialgeheimnis).“

Adressat des Sozialgeheimnisses sind zwar in erster Linie die Leistungsträger nach § 12 SGB I und damit nach § 21 SGB I in dem hier maßgeblichen Kontext die Krankenkassen; diese sind jedoch nach § 97 Abs. 1 SGB X auch verpflichtet, die Wahrung des Sozialgeheimnisses durch die Versorger sicherzustellen, wenn sie diesen Aufgaben übertragen, die den Leistungsträgern nach den Sozialgesetzbüchern obliegen.

4.4.4 Definition der Sozialdaten nach § 67 SGB X

Die bereichsspezifischen Sonderregelungen des Sozialdatenschutzes enthalten eigene – im Grundsatz jedoch mit denen des allgemeinen Datenschutzrechts übereinstimmende – Begriffsbestimmungen in § 67 SGB X.

Danach sind gemäß § 67 Abs. 1 Satz 1 SGB X **Sozialdaten**

„Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person (Betroffener), die von einer in § 35 des Ersten Buches genannten Stelle im Hinblick auf

ihre Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erhoben, verarbeitet oder genutzt werden.“

Im Bereich des Sozialdatenschutzrechts ist der Umgang mit personenbezogenen Daten damit der Umgang mit Sozialdaten. Diesen sind jedoch nach § 35 Abs. 4 SGB I „Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse“ gleichgestellt. Nach § 67 Abs. 1 S. 2 SGB X handelt es sich hierbei um

„[...] alle betriebs- oder geschäftsbezogenen Daten, auch von juristischen Personen, die Geheimnischarakter haben.“

Dadurch werden im Sozialdatenschutzrecht – im Gegensatz zum allgemeinen Datenschutzrecht, das nur bei einem unmittelbaren Bezug der Einzelangaben zu einer natürlichen Person zur Anwendung gelangt – grundsätzlich auch juristische Personen in den Schutzbereich mit einbezogen. Den dafür erforderlichen Geheimnischarakter haben Daten, wenn sie nur einem begrenzten Personenkreis bekannt sind und der Geheimnisträger an deren Wahrung ein schutzwürdiges Interesse hat.

vgl. Gutzler in Beck'scher Online-Kommentar Sozialrecht, Stand 01.12.2011, Edition: 24, SGB I § 35, Rn. 52

Nach § 67 Abs. 9 Satz 1 SGB X ist „verantwortliche Stelle“

„jede Person oder Stelle, die Sozialdaten für sich selbst erhebt, verarbeitet oder nutzt oder dies durch andere im Auftrag vornehmen lässt.“

Hiernach können also auch Versorger selbst verantwortliche Stelle im Sinne der Sozialgesetzbücher sein.

4.4.5 Anwendbare Vorschriften bei leistungsorientierter Vergütung

Grundsätzlich sind damit also die sozialdatenschutzrechtlichen Regelungen der Sozialgesetzbücher I und X bei der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung als bereichsspezifische Sonderregelungen anwendbar. Es liegt auf der Hand, dass sich sämtliche datenschutzrechtlich relevanten

Fragestellungen, die sich im Rahmen einer gesetzlich festgelegten leistungsorientierten Vergütung zugelassener Leistungserbringer stellen, an diesen Regelungen messen lassen müssen.

Ungeachtet dessen werden jedoch auch diese Regelungen durch die noch deutlich spezifischeren Regelungen im SGB V, welches die gesetzliche Krankenversicherung regelt, verdrängt, soweit dieses datenschutzrechtliche Regelungen enthält. Daneben sind auch weitere Vorschriften in Gesetzen, die explizit die Vergütung bzw. die Abrechnung von Leistungen spezieller Versorger betreffen, vorrangig zu beachten (so etwa § 14 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG)).

4.4 Die einzelnen Erlaubnistatbestände – Voraussetzungen, Reichweite und ihre Eignung für P4P-Modelle

Die unter Beachtung der oben genannten Prinzipien der Subsidiarität des allgemeinen Datenschutzrechts bei Vorliegen von bereichsspezifischen Sonderregelungen identifizierten, für die Abrechnung ärztlicher Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung – auch dann, wenn diese leistungsorientiert vergütet werden sollen – normierten gesetzlichen Erlaubnistatbestände finden sich vornehmlich im SGB V. Diese sollen nachfolgend – der Gesetzessystematik entsprechend – in Abhängigkeit von den jeweils zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung Berechtigten dargestellt werden.

Ausgehend von der Zielsetzung von P4P-Modellen, eine leistungsgerechte Vergütung möglichst flächendeckend zu ermöglichen, erscheint eine allein auf einer Einwilligungslösung basierende Datenerhebung von versichertenbezogenen Daten letztlich praktisch nicht durchführbar, da hier jede einzelne Versicherte eine – zudem jederzeit frei widerrufbare – freiwillige und informierte Einwilligungserklärung abgeben müsste. Der Schwerpunkt dieser Darstellung liegt daher auf den gesetzlichen Erlaubnistatbeständen.

Während die §§ 284 bis 292 SGB V Erlaubnistatbestände zu Gunsten der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen vorsehen, regeln die §§ 294 bis 302 SGB V Erlaubnistatbestände zu Gunsten der Versorger, welche in aller Regel gepaart sind mit Erhebungs-, Speicherungs- und Übermittlungspflichten zu Gunsten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen.

Die vorgenannten Erlaubnistatbestände können jedoch nur dann als datenschutzrechtliche Grundlage einer – wie auch immer ausgestalteten – leistungsorientierten Vergütung dienen, wenn sie unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Grundsätze, insbesondere des Grundsatzes der Zweckbindung, eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von versichertenbezogenen Sozialdaten im Rahmen von P4P-Modellen legitimieren können.

Eines ist im nachfolgend zu erörternden Erlaubnistatbeständen jedoch gemein: Sie dienen immer auch anderen nie ausschließlich Abrechnungszwecken in der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern benennen unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Vorgaben sowohl die durch die Datennutzung zu erfüllenden Aufgaben, den jeweils konkret verfolgten Zweck sowie die zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten berechtigten verantwortlichen Stellen.

Nur dann, wenn die mit P4P-Vergütungsmodellen verfolgten Zwecke bzw. zu erfüllenden Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung durch diese Erlaubnistatbestände gedeckt sind – was entsprechende, im Vorhinein festgelegte Zweckbestimmungen im Rahmen dieser Erlaubnistatbestände voraussetzt –, so können diese Erlaubnistatbestände eine taugliche Grundlage für eine leistungsorientierte Vergütung sein.

Leistungsorientierte Vergütungsmodelle in der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgen einerseits den Zweck, die Qualität der Versorgung sicherzustellen und – im günstigsten Fall – sogar zu steigern; andererseits beabsichtigt eine leistungsorientierte Vergütung auch, die für die gesetzliche Krankenversicherung vorhandenen Mittel möglichst effizient einzusetzen. Hierfür ist es erforderlich, die für eine leistungsorientierte Vergütung ordnungsgemäß und zutreffend ermitteln

zu können. P4P-Modellen ist daher immanent, dass sie letztlich auch Abrechnungszwecke verfolgen.

Hinsichtlich der Bewertung der nachfolgenden Erlaubnistatbestände hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit nicht näher spezifizierten leistungsorientierten Vergütungsmodellen erscheinen grundsätzlich die folgenden Ergebnisse als möglich:

- 1) Die P4P-Modelle orientieren sich an bereits existierenden Sonderformen wie integrierten Versorgungsverträgen oder Selektivverträgen; in diesen Fällen ist bereits zum heutigen Zeitpunkt eine datenschutzrechtskonforme Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung durch die bestehenden Regelungen möglich, so dass bei derartigen Modellen Gesetzesänderungen *prima facie* – wenngleich aus Gründen der Transparenz und Zweckbindungsgrundsätzen wünschenswert – nicht notwendig erscheinen.
- 2) Bei neuartigen Vergütungsmodellen, die ihrerseits für ihre Durchführung bereits einer eigenständigen gesetzlichen Grundlage bedürfen, erscheint es per se eher zweifelhaft, dass diese auf bereits bestehende Erlaubnistatbestände gestützt werden können. Denn zwar erlauben die bestehenden Regelungen des SGB V grundsätzlich eine Erhebung und Speicherung von Daten durch die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen zu Abrechnungszwecken sowie die Erhebung von versichertenbezogenen Daten hinsichtlich der erbrachten ärztlichen Leistungen, die dann letztlich auch zu Abrechnungszwecken an die Krankenkassen oder andere beauftragte Stellen übermittelt werden dürfen. Gleichwohl erscheint fraglich, ob die für eine ordnungsgemäße Bemessung solcher P4P-Modelle notwendigen versicherungsbezogenen Daten – so kann im Rahmen der notwendigen Ergebnisindikatoren beispielsweise eine spätere Überprüfung des erfolgreichen Behandlungsverlaufs einzelfallbezogen notwendig sein – ohne Weiteres auf Grundlage der bestehenden Erlaubnistatbestände überhaupt durch die Versorger erhoben und sodann an die Kassenärztlichen Vereinigungen oder Krankenkassen übermittelt werden dürfen. Auch die –

möglicherweise erst spätere – erfolgende Kombination von versichertenbezogenen Daten bei einer verantwortlichen Stelle, die bislang zu Abrechnungszwecken nicht erforderlich war, erscheint problematisch. Ausgehend vom Grundsatz der Verhältnismäßigkeit und der Zweckbindung erscheint es in solchen Fällen wünschenswert, hierfür eigenständige gesetzliche Grundlagen zu schaffen, die die notwendigen Datenverarbeitungsvorgänge sowie die konkret damit verfolgten Zwecke ausdrücklich spezifizieren.

Letztlich ist jedoch eine zutreffende rechtliche Bewertung, ob P4P-Modelle mit den bestehenden gesetzlichen Regelungen in Einklang gebracht werden können, stets von deren konkreten Ausgestaltung abhängig; die nachfolgende Darstellung, ob die bestehenden gesetzlichen Erlaubnistatbestände eine leistungsorientierte Vergütung bereits ermöglichen, kann daher allenfalls die aktuellen rechtlichen Grundlagen skizzieren und auf mögliche Problemfelder hinweisen.

Prinzipiell kommen die nachfolgenden bereichsspezifischen Sonderregelungen als gesetzliche Erlaubnistatbestände für die leistungsorientierte Vergütung im Rahmen von P4P-Modellen in Frage:

4.4.1 Gesetzliche Erlaubnistatbestände zu Gunsten der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

Die nachfolgenden Tatbestände erlauben den Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen die Speicherung und Erhebung sowie die Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung.

4.4.1.1 Sozialdaten bei den Krankenkassen (§ 284 SGB V)

§ 284 SGB V dient der Sicherstellung einer breiten Informationsbasis der Krankenkassen für die Erfüllung ihrer Aufgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. So dürfen nach § 284 Abs. 1 SGB V

„die Krankenkassen [...] Sozialdaten für Zwecke der Krankenversicherung nur erheben und speichern,“

soweit diese für die sodann enumerativ aufgeführten Zwecke erforderlich sind. Diese – grundsätzlich abschließende - Aufzählung der versichertenbezogenen Daten, die von den Krankenkassen gespeichert und erhoben werden dürfen, trägt dem Grundsatz der Zweckbindung Rechnung.

Für die hier in Frage stehenden leistungsorientierten Vergütungsmodelle ist insbesondere Ziffer 8, welche „die Abrechnung mit den Leistungserbringern, einschließlich der Prüfung der Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung,“ als unmittelbaren Zweck der Datenerhebung festlegt. Ferner könnte sich im Rahmen von P4P-Modellen auch die Frage stellen, ob der unter Ziffer 9 genannte Zweck „die Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung“ hier legitimierenden Charakter hat.

Nach § 284 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen grundsätzlich alle rechtmäßig erhobenen und gespeicherten sowie an sie rechtmäßig übermittelten Daten auch für andere Zwecke nutzen als die, für die die Daten ursprünglich gespeichert wurden. Diese Zwecke umfassen jedoch auch lediglich wieder die in Abs. 1 genannten Zwecke.

Ob letztlich der in § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 8 SGB V genannte Zweck, der die Erhebung und Speicherung sowie – über § 284 Abs. 3 SGB V der Regelung – auch die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Sozialdaten zu Abrechnungszwecken mit den Leistungserbringern rechtfertigt, auch für die erforderlichen Datenerhebungen im Bereich von leistungsorientierten Vergütungsmodellen herangezogen werden kann, hängt wie bereits oben erwähnt letztlich von der konkreten Ausgestaltung dieser Vergütungsmodelle ab. Sofern es sich dabei um neuartige Vergütungsmodelle handelt, liegt der Ansatz nahe, hierfür

eine eigenständige Zweckbestimmung innerhalb des § 284 Abs. 1 SGB V zu fordern. Diese Einschätzung wird dadurch gestützt, dass auch für die neueren Versorgungsformen wie z.B. integrierte Versorgungsverträge eigene Zweckbestimmungsvereinbarungen innerhalb des § 284 Abs. 1 SGB V Eingang gefunden haben.

Berücksichtigt man sodann darüber hinaus, dass die Leistungsbemessung es unumgänglich macht, hierfür detailliert versichertenbezogene Daten hinsichtlich ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen zu erheben und zu nutzen, so sieht § 284 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V vor, dass diese nur zu bestimmten Zwecken auf maschinell verwertbaren Datenträgern gespeichert werden dürfen und, soweit diese Angaben für die genannten Zwecke nicht mehr benötigt werden, umgehend zu löschen sind. Bereits vor diesem Hintergrund erscheint es unumgänglich, hierfür eigene gesetzliche Grundlagen zu schaffen.

4.4.1.2 Personenbezogene Daten bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 285 SGB V)

§ 285 Abs. 1 SGB V ermächtigt die Kassenärztlichen Vereinigungen, personenbezogene Daten von Ärzten als einzelnen Versorgenden zu erheben und zu speichern, soweit dies unter anderem zur Erfüllung der Aufgabe der

„Sicherstellung und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung notwendig ist.“

Ferner kann eine Datenerhebung und Speicherung auch zur Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätsprüfungen erfolgen. Diese Norm ist somit, soweit die Erhebung und Verarbeitung dieser Daten im Rahmen von leistungsorientierten Vergütungsmodellen – etwa im Rahmen von Struktur- und Prozessindikatoren – notwendig ist, taugliche Ermächtigungsgrundlage zur

Erhebung dieser Daten von den teilnehmenden Leistungserbringern, soweit diese selber vom persönlichen Anwendungsbereich des Datenschutzrechts erfasst sind (d.h. ihrerseits natürliche Personen sind).

Nach § 285 Abs. 2 SGB V dürfen versichertenbezogenen Daten der Versicherten ebenfalls zur Erfüllung der oben genannten Zwecke durch die kassenärztlichen Vereinigungen erhoben und gespeichert werden.

Nach § 285 Abs. 3 SGB V dürfen derart rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten nur für die in § 284 Abs. 1 SGB V genannten Zwecke in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet oder genutzt werden. Nach § 285 Abs. 4 SGB V gelten alle im 10. Kapitel des SGB V auf Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen bezogenen Vorschriften gleichermaßen für Psychotherapeuten, Zahnärzte und Kassenzahnärztliche Vereinigungen.

4.4.1.3 Forschungsvorhaben (§ 287 SGB V)

§ 287 SGB V berechtigt die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen, anonymisierte Sozialdaten mit Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde für zeitlich und gegenständlich beschränkte Forschungsvorhaben selbst auszuwerten.

Für die Erhebung oder Verarbeitung bzw. Nutzung von Sozialdaten mit Versichertenbezug, die im Rahmen von leistungsorientierten Vergütungsmodellen eine Rolle spielen könnten, ist dieser gesetzliche Erlaubnistatbestand keine taugliche Grundlage. Dies ist zum einen dem Unstand geschuldet, dass sämtliche so erhobenen Sozialdaten nur anonymisiert verwendet werden dürfen und somit ein Versichertenbezug – etwa im Hinblick auf die Ergebnisindikatoren – nicht herzustellen ist. Darüber hinaus dürfte sich auch die aus der Norm ergebende Zweckbindung im Hinblick auf Forschungsvorhaben einer

Nutzung derartiger Daten für einen anderen Zweck als nicht praktikabel für P4P-Modelle herausstellen.

Gleichwohl ermöglichen es solche Forschungsvorhaben jedoch, einen Versorgerbezug – etwa im Hinblick auf ökonomische Effizienzindikatoren oder Struktur- und Prozessindikatoren – herzustellen. auf dieser Ebene ermöglicht also die Vorschrift des § 287 SGB V auch eine Verwendung der Daten im Rahmen von P4P-Modellen.

4.4.1.4 Versichertenverzeichnis (§ 288 SGB V)

Nach § 288 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet ein Versichertenverzeichnis zu führen. Die darin zu den Versicherten zu speichernden Daten sind solche, die zur Feststellung der Versicherungspflicht oder Berechtigung, zur Bemessung und Einziehung der Beiträge sowie zur Feststellung des Leistungsanspruchs erforderlich sind.

Mit der Vergütung der Versorger haben diese im Versichertenverzeichnis gespeicherten Daten zunächst nichts zu tun, soweit es sich hierbei nicht um allgemein erforderliche Angaben zu den jeweiligen Versicherten handelt.

Auch diese allgemeinen Angaben können jedoch für die leistungsorientierte Vergütung in P4P-Modellen von Bedeutung sein, so dass diese grundsätzlich taugliche Ermächtigungsgrundlage sein kann.

4.4.1.5 Angaben über Leistungsvoraussetzungen (§ 292 SGB V)

§ 292 SGB V verpflichtet die Krankenkasse dazu, Daten über Leistungen, die zur Prüfung einer späteren Leistungsgewährung erforderlich sind, zu speichern.

Die Norm erlaubt grundsätzlich die Speicherung entsprechender Daten ohne konkreten Anlass auf Vorrat, sofern die Krankenkasse diese zukünftig mit einer

gewissen Wahrscheinlichkeit benötigt. Die in Satz 2 genannten Fälle sind dort lediglich beispielhaft aufgeführt, so dass sie sich grundsätzlich dafür eignen, Daten zur Überprüfung gänzlich andersartiger Leistungen an den Versicherten zu speichern. Diese Daten werden den Krankenkassen unmittelbar von den Versorgern übermittelt.

Sofern derartige Daten im Rahmen von P4P-Modellen relevant sind, könnten diese von den Krankenkassen über die Regelung des § 284 Abs. 3 SGB V grundsätzlich auch zu Zwecken der Abrechnung genutzt werden. In diesem Falle wäre diese Norm möglicherweise taugliche Grundlage für leistungsorientierte Vergütungsmodelle, soweit hierdurch die Erhebung von Daten ermöglicht werden, die innerhalb der notwendigen Bemessungskriterien benötigt werden.

4.4.2 Gesetzliche Erlaubnistatbestände zu Gunsten der Versorger

Die nachfolgenden Tatbestände erlauben es den Versorgern, bestimmte versichertenbezogene Sozialdaten einschließlich Aufzeichnungen über ärztliche Leistungen von den Versicherten zu erheben und statuieren in vielen Fällen ebenso eine Übermittlungspflicht an die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen.

4.4.2.1 Pflichten der Leistungserbringer (§ 294 SGB V)

§ 294 SGB V statuiert die Pflicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und übrigen Leistungserbringer, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen in der gesetzlichen Krankenversicherung notwendigen Angaben, welche aus der Erbringung ärztlicher Leistungen entstehen, aufzuzeichnen – d. h. zu erheben und zu speichern –, und gemäß den sodann folgenden Vorschriften der §§ 295 ff. SGB V an die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen oder

die mit der Datenverarbeitung beauftragte Stelle zu übermitteln.

Die Norm ermöglicht es den Versorgern zunächst, von den Versicherten jedwede Daten, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen notwendig sein können, zu erheben und zu speichern. Eine Berechtigung zur Übermittlung der so erhobenen Daten an die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen ergibt sich lediglich aus den nachfolgenden Vorschriften des SGB V.

Diese Norm erscheint als grundsätzliche Befugnisnorm zur Erhebung jedweder notwendiger Daten im notwendigen Umfang von dem Versicherten zunächst als taugliche Ausgangsposition für leistungsorientierte Vergütungsmodelle. Denn durch diese Norm wird sichergestellt, dass jedwede den Behandlungsverlauf und die Vergütung beeinflussenden Faktoren durch die Versorger erhoben und gespeichert werden dürfen.

4.4.2.2 Abrechnung ärztlicher Leistungen (§ 295 SGB V)

Die Vorschrift des § 295 SGB V regelt die datenschutzrechtlichen Vorgaben für die Übermittlung von Leistungsdaten sowie verschlüsselter Diagnosen und Prozeduren, soweit diese für die Abrechnung und die Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen ambulant erbrachter ärztlicher Leistungen sowie zukünftige anderer Versicherungsleistungen erforderlich sind. Vorrangiges Ziel der Norm ist die Ermöglichung einer Kosten- und Leistungskontrolle, bei der auch die Diagnosen zu den erbrachten Leistungen der Versorger in Verhältnis gesetzt werden können.

Unter diesen Maßgaben kann die bestehende Norm auch Grundlage für die Datenerhebung und Übermittlung im Rahmen von P4P-Modellen sein.

4.4.2.3 Abrechnung der im Rahmen von Verträgen nach § 73b, § 73c oder § 140a sowie vom Krankenhaus im Notfall erbrachten Leistungen (§ 295a SGB V)

§ 295a SGB V enthält eine Übermittlungsbefugnis für die Versorger an die Vertragspartner im Rahmen von Verträgen über die hausarztzentrierte Versorgung, besondere ambulante ärztliche Versorgungsformen sowie über integrierte Versorgungsverträge.

Im Rahmen von flächendeckenden P4P-Modellen ist diese Norm jedoch keine taugliche gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur Erhebung, Speicherung und Übermittlung der dafür notwendigen Sozialdaten, da die Teilnahme an derartigen besonderen Versorgungsformen von der vorherigen Teilnahmeerklärung des Versicherten abhängt. In Ausprägung des Grundsatzes der Transparenz ist der Versicherte vor Abgabe der Teilnahmeerklärung an der konkreten Versorgungsform umfassend über die vorgesehenen Datenübermittlungen zu informieren. Seine Teilnahmeerklärung gilt insoweit gleichsam als Einwilligungserklärung im datenschutzrechtlichen Sinne. Die Daten dürfen lediglich zu Abrechnungszwecken verarbeitet und genutzt werden.

4.4.2.4 Übermittlung versichertenbezogener Daten (§ 298 SGB V)

§ 298 SGB V erlaubt die Übermittlung von versichertenbezogenen Sozialdaten hinsichtlich ärztlicher oder ärztlich verordneter Leistungen im Rahmen eines Prüfverfahrens, wenn dies zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit oder Qualität der ärztlichen Behandlungs- oder Ordnungsweise erforderlich ist.

Soweit einzelne Elemente einer leistungsorientierten Vergütung im Rahmen derartiger Prüfverfahren erfolgen, so kann die Übermittlung der auch für das P4P-Modell notwendigen Daten jedenfalls teilweise auf diese Norm gestützt werden.

4.4.2.5 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung (§ 299 SGB V)

§ 299 SGB V erlaubt die von einer Einwilligung des Versicherten unabhängige Erhebung, Verarbeitung und Nutzung versichertenbezogener Sozialdaten zum Zwecke der Qualitätssicherung.

Wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit der im Rahmen solcher Qualitätssicherungsmaßnahmen erhobenen Daten dürfen diese Daten vom Erhebungsumfang her lediglich an eine Stichprobe als Regelfall begrenzt werden sowie die Daten lediglich pseudonymisiert verarbeitet und genutzt werden. Überdies ist eine Information der betroffenen Versicherten erforderlich. Jedwede anderweitige Nutzung und Verarbeitung der Daten ist ausgeschlossen.

Von der Vorschrift erfasst wird die einrichtungsübergreifende, externe Qualitätssicherung nach den §§ 135a, 136 SGB V und jedwede Datenerhebung, die die Versorger im Rahmen eines selbstetablierten Qualitätsmanagementsystems vornehmen.

Im Rahmen von P4P-Modellen erscheint die Norm aufgrund der Beschränkung auf pseudonymisierte Daten ungeeignet.

4.4.2.6 Krankenhäuser (§ 301 SGB V)

§ 301 SGB V verpflichtet die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, den Krankenkassen im

Falle einer Krankenhausbehandlung die in Abs. 1 aufgeführten versichertenbezogenen Sozialdaten zu übermitteln.

Hierzu zählen auch Diagnosen, im Krankenhaus durchgeführte Operationen und sonstige Prozeduren sowie Angaben über die im jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Im Rahmen von leistungsorientierten Vergütungsmodellen, bei denen die vorgenannten Sozialdaten des Versicherten für die Bemessung der leistungsorientierten Vergütung eine Rolle spielen, erscheint diese Norm jedenfalls im Hinblick auf die notwendige Datenübermittlung von den Krankenhäusern zu den Krankenkassen als taugliche Grundlage. Die so rechtmäßig erhaltenen Daten darf die Krankenkasse sodann auch – unter den zu § 284 SGB V angemerkten Vorbehalten – für die Bemessung der leistungsorientierten Vergütung verwenden.

4.4.2.7 Abrechnung der sonstigen Leistungserbringer (§ 302 SGB V)

§ 302 SGB V verpflichtet sodann die Leistungserbringer im Bereich der Heil- und Hilfsmittel, den Krankenkassen Daten über die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis sowie den Tag der Leistungserbringung zu übermitteln.

4.4.2.8 Übermittlung und Nutzung von Daten (§ 21 KHEntgG)

§ 21 KHEntgG stellt eine – den verfassungsrechtlichen Vorgaben an die Bestimmtheit von Eingriffen in das Recht auf informationelle Selbstbestimmung folgend – weitere Ermächtigungsnorm zur Übermittlung von personenbezogenen Daten – auch von gesetzlich Krankenversicherten – dar.

Ob dies als taugliche Grundlage im Rahmen einer leistungsorientierten Vergütung genutzt werden kann, hängt maßgeblich davon ab, ob sich diese Vergütungsmodelle in die zugrunde liegenden Vergütungssysteme einpassen lassen.

Datenempfänger sind hier jedoch nicht die Krankenkassen oder die Kassenärztliche Vereinigung, sondern die DRG-Datenstelle.

4.5 Zwischenergebnis

Auf freiwilligen und informierten Einwilligungen der Versicherten basierende P4P-Modelle erscheinen bereits aus Gründen der jederzeitigen Widerrufbarkeit der Einwilligung praktisch nicht durchführbar, so dass eine Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der notwendigen (Versicherten- oder Versorger-)Daten nur auf Grundlage der bereits bestehenden sozialdatenschutzrechtlichen Erlaubnistatbestände erfolgen kann.

P4P-Modelle sind – aus sozialdatenschutzrechtlicher Sicht – unzweifelhaft zulässig, soweit sie im Rahmen von bereits existierenden Sonderformen wie integrierten Versorgungsverträgen oder Selektivverträgen realisiert werden; in diesen Fällen ist bereits zum heutigen Zeitpunkt eine datenschutzrechtskonforme Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung möglich.

Sollen jedoch neuartige, bislang unbekannte P4P-Modelle flächendeckend implementiert werden, so dürften diese aufgrund des insbesondere im Sozialdatenschutzrecht ausgeprägten Zweckbindungsgrundsatzes mit den bestehenden Regelungen nicht möglich sein. Hierfür ist eine eigenständige gesetzliche Legitimation erforderlich.

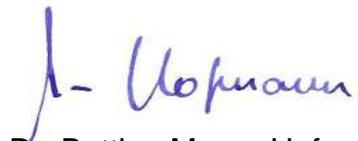
5. Zusammenfassung und Ausblick

Die Grundgedanken von P4P sind in den maßgeblichen Bereichen des Sozialrechts, des Datenschutzrechts und des Vergaberechts umsetzbar, für eine wirksame, flächendeckende Implementierung erfordern jedoch insbesondere datenschutzrechtliche Vorgaben neue gesetzliche Regelungen:

- Im Rahmen der Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, der Strukturverträge gem. § 73 a SGB V, der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V, der Selektivverträge gem. § 73c SGB V und der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V werden durch vertragliche Vereinbarungen das Leistungsspektrum, die Qualitätsanforderungen und die Vergütung geregelt. Diese vertraglichen Spielräume sind nicht darauf beschränkt, die Zugangsqualität zu regeln, sondern könnten auch die Ergebnisqualität einer Regelung zuführen. Eine Regelung der Qualität in weiteren Bereichen bedarf ergänzender Regelungen.
- P4P-Modelle sind aus sozialdatenschutzrechtlicher Sicht unzweifelhaft zulässig, soweit sie im Rahmen von bereits existierenden Sonderformen wie integrierten Versorgungsverträgen oder Selektivverträgen realisiert werden; in diesen Fällen ist bereits zum heutigen Zeitpunkt eine datenschutzrechtskonforme Abrechnung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung möglich. Eine darüber hinausgehende Implementierung ist jedoch aufgrund des insbesondere im Sozialdatenschutzrecht ausgeprägten Zweckbindungsgrundsatzes nicht möglich, hierfür ist eine eigenständige gesetzliche Legitimation erforderlich.
- Der Abschluss von Selektivverträgen unterliegt zwar den Vorschriften des Vergaberechts, die ein transparentes, diskriminierungsfreies und wirtschaftliches Verfahren verlangen. Es ist aber bereits nach aktueller Rechtslage zulässig, dass Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit, aber auch soziale Belange, bei der Auswahl von geeigneten Bietern berücksichtigt

werden. Damit können die Grundgedanken des P4P im Bereich des Vergaberechts ohne Weiteres umgesetzt werden.

Düsseldorf, den 4. Juni 2012



Dr. Bettina Meyer-Hofmann
Rechtsanwältin



Dr. Kerrin Schillhorn
Rechtsanwältin



Nils-Alexander Weng
Rechtsanwalt

Dennis Eichwald
Rechtsanwalt

Ch. Veit, D. Hertle, S. Bungard, A. Trümner, V. Ganske, B. Meyer-Hofmann

Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung

Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Inhalt (Gesamt und Teil F)

Teile des Gutachtens

- Teil A Zusammenfassung, Einführung, Projekte
- Teil B Wissenschaftliche Evidenz
- Teil C P4P-Elemente, Methoden und Umsetzung
- Teil D Handbuch zu P4P
- Teil E Rechtsgutachten
- Teil F Literaturverzeichnis, Anhänge

Detailliertes Inhaltsverzeichnis Teil F

Anhang 1	Allgemeines Literaturverzeichnis	2
Anhang 2	Thematisches Literaturverzeichnis	16
Anhang 3	Datenbankrecherche	25
Anhang 4	Internetrecherche	33
Anhang 5	Internetfragebögen	37
Anhang 6	Profilbogen für P4P-Projekte auf Basis der P4P-Taxonomie	61
Anhang 7	Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte	69
Anhang 7 a	Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte	72

Anhang 1 Allgemeines Literaturverzeichnis

Accountable Care Organization (ACO). National overview of ACO implementation: analysis of the Medicare shared savings program final rule. Accountable Care Organization (ACO) (Hrsg.). Washington, DC. 2011.

Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw JM, Winkens RAG, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care (Review). Cochrane Database Syst Rev 2008; (3): CD005471.

Alshamsan R, Millett C, Majeed A, Khunti K. Has pay for performance improved the management of diabetes in the United Kingdom? Primary Care Diabetes 2010b; 2010 (4): 73-78.

Amelung VE, Zahn TP. Pay-for-Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität? DxCG Gesundheitsanalytik GmbH (Hrsg.). München. 2009.

American Academy of Family Physicians. Online verfügbar: <http://www.aafp.org/fpm/2004/0300/p45.html> (Zugriffsdatum 23.02.2012)

American Health Care Association (AHCA). Memorandum. American Health Care Association (AHCA) (Hrsg.). Washington, DC. 2011.

An LC, Bluhm JH, Foldes SS, Alesci NL, Klatt CM, Center BA, Nersesian WS, Larson ME, Ahluwalia JS, Manley MW. A randomized trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quitline. Arch Intern Med 2008; 168 (18): 1993-1999.

Annemans L, Boeckxstaens P, Borgermans L, de Smedt D, Duchesnes C, Heyrman J, Remmen R, Sermeus W, van den Broeke C, van Herck P, Vanmeerbeek M, Willems S, de Gauquier K. Advantages, disadvantages and feasibility of the introduction of 'Pay for Quality' programmes in Belgium. KCE reports II8C. Belgian Health Care Knowledge Centre (Hrsg.). Brussels. 2009.

AOK Nordost. Wesentliche Inhalte des Vertrages gemäß § 73c SGB V über die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms in der Region Berlin. Online verfügbar: http://www.aok-gesundheitspartner.de/nordost/arztundpraxis/meldungen/index_05349.html (Zugriffsdatum 10. Februar 2012)

Ashworth M, Kordowicz M. Quality and Outcomes Framework: smoke and mirrors? Qual Prim Care 2010; 18 (2): 127-131.

Ashworth M, Medina J, Morgan M. Effect of social deprivation on blood pressure monitoring and control in England: a survey of data from the quality and outcomes framework. BMJ 2008; 337: a2030.

Baker DW, Einstadter D, Thomas C, Husak S, Gordon NH, Cebul RD. The Effect of Publicly Reporting Hospital Performance on Market Share and Risk-Adjusted Mortality at High-Mortality Hospitals. Medical Care 2003; 41 (6): 729-740.

Balzer K, Meyer G, Köpke S, Mertens E. Standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos – ein Positionspapier: Nutzen muss belegt sein. Pflegezeitschrift 2008; 8: 438-443.

- Bauer JC. Rewarding Improvement: Unintended Consequences of Pay-for-Performance. *J Healthc Inf Manag* 2007; 21 (1): 6-8.
- Baumann, D. Wenn der Mammon regiert. Immer mehr Chefärzte erhalten Bonuszahlungen für das Erreichen finanzieller Ziele. *Frankfurter Rundschau*, 06.02.2012.
- Beaulieu ND, Horrigan DR. Putting smart money to work for quality improvement. *Health Serv Res* 2005; 40 (5 Pt 1): 1318-1334.
- Becker S, Rawlings B, Walker B, Dunn L. 50 things to know about the proposed ACO regulations. *Becker's ASC Review* (Hrsg.). Chicago. 2011.
- Beckman H, Suchman AL, Curtin K, Greene RA. Physician reactions to quantitative individual performance reports. *Am J Med Qual* 2006; 21 (3): 192-199.
- Benchmarks and Quality Improvement. Is 'non-pay for non-performance' a wave of the future of health care? *Healthcare Benchmarks Qual Improv* 2008; 15 (1): 1-4.
- Berenson RA, Burton RA. Accountable care organizations in Medicare and the private sector: a status update. *Robert Wood Johnson Foundation* (Hrsg.). Princeton, NJ. 2011.
- Berg TL. Disparities in health care – the side effect of pay-for-performance. *S D Med* 2008; 61 (5): 166.
- Bernacki R, Ko D. SIG Symposia and Concurrent Sessions. Peer Mentoring: An Innovative Model for Professional Advancement in Hospice and Palliative Medicine. *Journal of Pain and Symptom Management Conference: Annual Assembly of the American Academy of Hospice and Palliative Medicine*. Boston. AAHPM and the Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA); 2010: 339.
- Berthiaume JT, Chung RS, Ryskina KL, Walsh J, Legorreta AP. Aligning financial incentives with quality of care in the hospital setting. *J Healthc Qual* 2006; 28 (2): 36-44, 51.
- Berwick DM. Making good on ACO's promise – the final rule for the Medicare shared savings program. *N Engl J Med* 2011; 365 (19): 1753-1756.
- Berwick DM. Quality of Health Care: Part 5: Payment by Capitation and the Quality of Care. *N Engl J Med* 1996; 335 (16): 1227-1231.
- Bhattacharyya T, Freiberg AA, Mehta P, Katz JN, Ferris T. Measuring the report card: the validity of pay-for-performance metrics in orthopedic surgery. *Health Affairs* 2009; 28 (2): 526-532.
- Blustein J, Borden WB, Valentine M. Hospital performance, the local economy, and the local workforce: findings from a US National Longitudinal Study. *PLoS Med* 2010; 7 (6): e1000297.
- Bongaarts J. The KAP-Gap and the Unmet Need for Contraception. *Population and Development Review* 1991; 17 (2): 293-313.
- Bottle A, Gnani S, Saxena S, Aylin P, Mainous AG, III, Majeed A. Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: national cross-sectional study. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (2): 135-141.

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; 294 (6): 716-724.

Brackbill ML, Kline VT, Sytsma CS, Call JT. Intervention to increase the proportion of acute myocardial infarction or coronary artery bypass graft patients receiving an order for aspirin at hospital discharge. *J Manag Care Pharm* 2010; 16 (5): 329-336.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Langfassung. Version 1.X. 2010. Online verfügbar: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/kreuzschmerz> (Zugriffsdatum 16.02.2012)

Burgdorf F, Kleudgen S, Diel F. Pay for Performance: Wege zur qualitätsorientierten Vergütung. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106 (44): A2190-A2192.

Butler J, Speroff T, Arbogast PG, Newton M, Waitman LR, Stiles R, Miller RA, Ray W, Griffin MR. Improved compliance with quality measures at hospital discharge with a computerized physician order entry system. *Am Heart J* 2006; 151 (3): 643-653.

Byrnes J, Fifer J. Recommendations for responding to changes in reimbursement policy. *Front Health Serv Manage* 2010; 27 (1): 3-11.

Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ* 2009; 338: b1870.

Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007; 357 (2): 181-190.

Carey IM, Nightingale CM, Dewilde S, Harris T, Whincup PH, Cook DG. Blood pressure recording bias during a period when the Quality and Outcomes Framework was introduced. *J Hum Hypertens* 2009; 23 (11): 764-770.

Cashin C, Chi Y-L. Australia: The Practice Incentives Program (PIP). Department of Human Services (Hrsg.). Victoria. 2011.

Checkland K, Harrison S. The impact of the Quality and Outcomes Framework on practice organisation and service delivery: summary of evidence from two qualitative studies. *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 139-146.

Chen JY, Kang N, Juarez DT, Hodges KA, Chung RS, Legorreta AP. Impact of a pay-for-performance program on low performing physicians. *J Healthc Qual* 2010; 32 (1): 13-22.

Christensen DB, Neil N, Fassett WE, Smith DH, Holmes G, Stergachis A. Frequency and characteristics of cognitive services provided in response to a financial incentive. *J Am Pharm Assoc* 2000; 40 (5): 609-617.

Coleman T. Do financial incentives for delivering health promotion counselling work? Analysis of smoking cessation activities stimulated by the quality and outcomes framework. *BMC Public Health* 2010; 10: 167.

The Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) payment framework. Online verfügbar:

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_091443 (Zugriffsdatum 14.02.2012)

The Commonwealth Fund. Framework for a high performance health system for the United States. The Commonwealth Fund (Hrsg.). New York. 2006.

Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the "black box": Financial incentives for enhancing the quality of physician services. *Med Care Res Rev* 2004; 61 (3 Suppl): 37S-68S.

Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu Rev Public Health* 2009; 30: 357-371.

Conway PH, Clancy C. Transformation of health care at the front line. *JAMA* 2009; 301 (7): 763-765.

Correia EW. Accountable care organizations: the proposed regulations and the prospects for success. *Am J Manag Care* 2011; 17 (8): 560-568.

Crosson JC, Ohman-Strickland PA, Campbell S, Phillips RL, Roland MO, Kontopantelis E, Bazemore A, Balasubramanian B, Crabtree BF. A comparison of chronic illness care quality in US and UK family medicine practices prior to pay-for-performance initiatives. *Fam Pract* 2009; 26 (6): 510-516.

Curtin K, Beckman H, Pankow G, Milillo Y, Green RA. Return on investment in pay for performance: a diabetes case study. *J Healthc Manag* 2006; 51 (6): 365-374.

Cutler TW, Palmieri J, Khalsa M, Stebbins M. Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and california pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group. *J Manag Care Pharm* 2007; 13 (7): 578-588.

Dalton AR, Alshamsan R, Majeed A, Millett C. Exclusion of patients from quality measurement of diabetes care in the UK pay-for-performance programme. *Diabet Med* 2011; 28 (5): 525-531.

Damberg CL, Raube K, Teleki SS, Dela CE. Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. *Health Affairs* 2009; 28 (2): 517-525.

Davis K. Toward a high performance health system: the Commonwealth Fund's new commission. *Health Affairs* 2005; 24 (5): 1356-1360.

de Brantes F, Camillus JA. Evidence-informed case rates: a new health care payment model. The Commonwealth Fund (Hrsg.). New York, Washington. 2007.

de Brantes F, Rastogi A. Evidence-informed case rates: paying for safer, more reliable care. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2008; 40: 1-13.

de Brantes F, Rastogi A, Painter M. Reducing potentially avoidable complications in patients with chronic diseases: the Prometheus Payment approach. *Health Serv Res* 2010; 45 (6 Pt 2): 1854-1871.

de Brantes F, Rosenthal MB, Painter M. Building a bridge from fragmentation to accountability – the Prometheus Payment model. *N Engl J Med* 2009; 361 (11): 1033-1036.

DeVore SD. Results from the first 4 years of pay for performance. *Healthc Financ Manage* 2010; 64 (1): 88-92.

- Diamond GA, Kaul S. Evidence-based financial incentives for healthcare reform: putting it together. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2 (2): 134-140.
- Dolinar RO, Leininger SL. Pay for performance means compliance-based care. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7 (5): 328-333.
- Donabedian A. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press, (Hrsg.). Ann Arbor, Michigan; 1980.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355 (4): 375-384.
- Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372 (9640): 728-736.
- Doran T, Roland M. Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom. *Health Affairs* 2010; 29 (5): 1023-1029.
- Downing A, Rudge G, Cheng Y, Tu YK, Keen J, Gilthorpe MS. Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 166.
- Emmert M. Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen. Ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung? *Schriften zur Gesundheitsökonomie* 14. Burgdorf. HERZ; 2008.
- Endsley S, Kirkegaard M, Baker G, Murcko AC. Getting rewards for your results: pay-for-performance programs. *Fam Pract Manag* 2004; 11 (3): 45-50.
- Endsley S, Baker G, Kershner BA, Curtin K. What family physicians need to know about pay for performance. *Fam Pract Manag* 2006; 13 (7): 69-74.
- Fagan PJ, Schuster AB, Boyd C, Marsteller JA, Griswold M, Murphy SM, Dunbar L, Forrest CB. Chronic care improvement in primary care: evaluation of an integrated pay-for-performance and practice-based care coordination program among elderly patients with diabetes. *Health Serv Res* 2010; 45 (6 Pt 1): 1763-1782.
- Fairbrother G, Friedman S, Hanson KL, Butts GC. Effect of the vaccines for children program on inner-city neighborhood physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151 (12): 1229-1235.
- Fairbrother G, Hanson KL, Friedman S, Butts GC. The impact of physician bonuses, enhanced fees, and feedback on childhood immunization coverage rates. *Am J Public Health* 1999; 89 (2): 171-175.
- Fairbrother G, Siegel MJ, Friedman S, Kory PD, Butts GC. Impact of financial incentives on documented immunization rates in the inner city: results of a randomized controlled trial. *Ambul Pediatr* 2001; 1 (4): 206-212.
- Fairman KA, Curtiss FR. Clinical quality indicators and provider financial incentives: does money matter? *J Manag Care Pharm* 2010; 16 (5): 360-366.
- Family Practice Management. Six health plans to begin paying for quality. *Fam Pract Manag* 2002; 9 (2): 23-24.

Fisher ES. Paying for performance – risks and recommendations. *N Engl J Med* 2006; 355 (18): 1845-1847.

Fleetcroft R, Cookson R. Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? *J Health Serv Res Policy* 2006; 11 (1): 27-31.

Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (7): CD009255.

Francis DO, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Greene RA. Introducing a multifaceted intervention to improve the management of otitis media: how do pediatricians, internists, and family physicians respond? *Am J Med Qual* 2006; 21 (2): 134-143.

Friedberg MW, Safran DG, Coltin K, Dresser M, Schneider EC. Paying for performance in primary care: potential impact on practices and disparities. *Health Affairs* 2010; 29 (5): 926-932.

Friesner DL, Rosenman R. Cost shifting revisited: the case of service intensity. *Health Care Manag Sci* 2002; 5 (1): 15-24.

Gardner E. Pay more, get more. The organizations on the 100 Top Hospitals list give higher quality care at a lower cost, while paying their staffs better. *Mod Healthc* 2007; Suppl: 8-12, 16, 18.

Gates LB, Klein SW, Akabas SH, Myers R, Schwager M, Kaelin-Kee J. Performance-based contracting: turning vocational policy into jobs. *Adm Policy Ment Health* 2004; 31 (3): 219-240.

Gavagan TF, Du H, Saver BG, Adams GJ, Graham DM, McCray R, Goodrick GK. Effect of financial incentives on improvement in medical quality indicators for primary care. *J Am Board Fam Med* 2010; 23 (5): 622-631.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (Hrsg.). Berlin. 2011. Online verfügbar: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-577/VerfO_2011-01-20_2011-12-17.pdf (Zugriffsdatum 09.02.2012)

Gerdes N, Funke UN, Schüwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, Reiland M, Jäckel WH. Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall – Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001-2008. *Rehabilitation* 2009; 48 (4): 190-201.

Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 1999; (4): CD000531.

GKV-Spitzenverband. Der Qualitätsindikatorenthesaurus des GKV-Spitzenverbandes. Online verfügbar: <http://quinth.gkv-spitzenverband.de/content/index.php> (Zugriffsdatum 10. Februar 2012)

Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, Rumsfeld JS, Gibler WB, Ohman EM, Schulman KA, Peterson ED. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA* 2007; 297 (21): 2373-2380.

Goldberg HI, Rund DA, Hopkins JR. The Midpeninsula Health Service: action research using small primary care groups to provide evidence-based medicine that empowers patients while continuously improving quality and lowering costs. *Med Care* 2002; 40 (4 Suppl): I132-I139.

Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (3): CD002215.

Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, Sergison M, Pedersen L. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2001; 6 (1): 44-55.

Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health policy* 2003; 64 (3): 415-423.

Gosfield AG. Making Prometheus payment rates real: ya' gotta start somewhere. Robert Wood Johnson Foundation (Hrsg.). Princeton. 2008.

Gosfield AG, Reinertsen JL. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med* 2004; 350 (18): 1910-1912.

Grady KE, Lemkau JP, Lee NR, Caddell C. Enhancing mammography referral in primary care. *Prev Med* 1997; 26 (6): 791-800.

Greene RA, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Miller M, Burden D, Kerr J. Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling, and financial incentives. *Am J Manag Care* 2004; 10 (10): 670-678.

Greene SE, Nash DB. Pay for performance: an overview of the literature. *Am J Med Qual* 2009; 24 (2): 140-163.

Grossbart SR. What's the return? Assessing the effect of "pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery. *Med Care Res Rev* 2006; 63 (1 Suppl): 29S-48S.

Gulliford MC, Ashworth M, Robotham D, Mohiddin A. Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. *Diabet Med* 2007; 24 (5): 505-511.

Haaf HG, Volke E, Schliehe F. Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation. *Rehabilitation* 2004; 43 (5): 312-324.

Hackbarth G, Milgate K. Using quality incentives to drive physician adoption of health information technology. *Health Affairs* 2005; 24 (5): 1147-1149.

Harrison JP, Kirkpatrick N. The improving efficiency frontier of inpatient rehabilitation hospitals. *Health Care Manag* 2011; 30 (4): 313-321.

Health Care Incentives Improvement Institute. Prometheus Pilot: Policy Decisions. Health Care Incentives Improvement Institute (Hrsg.). Newtown. 2010.

Health IT. Providers warm up to payer-based EHRs. *Med Health* 2006; 60 (17): 2-3.

Herrin J, Nicewander D, Ballard DJ. The effect of health care system administrator pay-for-performance on quality of care. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2008; 34 (11): 646-654.

Higgins JPT, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Wiley-Blackwell; 2008. Online verfügbar: <http://www.cochrane-handbook.org/> (Zugriffsdatum 15. Februar 2012)

Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E. Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health* 1998; 88 (11): 1699-1701.

Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Weiner J, Nuamah I, Lusk E. The use of physician financial incentives and feedback to improve pediatric preventive care in Medicaid managed care. *Pediatrics* 1999; 104 (4 Pt 1): 931-935.

Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. Time series analysis for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework 2001-2006. The Information Centre for Health and Social Care 2007.

Hochlehnert D, Engels G., Mauckner P., Kalthener M., Schröer O. Qualitätsbericht: Netzwerk Diabetischer Fuß – Köln und Umgebung 2009. Netzwerk Diabetischer Fuß – Köln und Umgebung e.V. (Hrsg.). Köln. 2009.

Hutchison B, Birch S, Hurley J, Lomas J, Stratford-Devai F. Do physician-payment mechanisms affect hospital utilization? A study of Health Service Organizations in Ontario. *CMAJ* 1996; 154 (5): 653-661.

Iglehart JK. Assessing an ACO prototype – Medicare's Physician Group Practice demonstration. *N Engl J Med* 2011; 364 (3): 198-200.

Institute of Medicine of the National Academies (IOM). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, (Hrsg.). Washington. National Academy Press; 1999.

Institute of Medicine of the National Academies (IOM). *Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C. National Academy Press; 2001.

Integrated Healthcare Association (IHA). *Advancing quality through collaboration: the California pay for performance program. A report on the first five years and a strategic plan for the next five years*. February 2006. Integrated Healthcare Association (IHA) (Hrsg.). Oakland. 2006.

Integrated Healthcare Association (IHA). *Innovation through collaboration. The California pay for performance program. The second chapter, measurement years 2006-2009*. Integrated Healthcare Association (IHA) (Hrsg.). Oakland. 2009.

Ives DG, Lave JR, Traven ND, Kuller LH. Impact of Medicare reimbursement on influenza vaccination rates in the elderly. *Prev Med* 1994; 23 (2): 134-141.

Kahn CN3, Ault T, Isenstein H, Potetz L, Van Gelder S. Snapshot of hospital quality reporting and pay-for-performance under Medicare. *Health Affairs* 2006; 25 (1): 148-162.

Karve AM, Ou FS, Lytle BL, Peterson ED. Potential unintended financial consequences of pay-for-performance on the quality of care for minority patients. *Am Heart J* 2008; 155 (3): 571-576.

- Kautter J, Pope GC, Trisolini M, Grund S. Medicare physician group practice demonstration design: quality and efficiency pay-for-performance. *Health Care Financ Rev* 2007; 29 (1): 15-29.
- Klusen N, Meusch A, Piesker J. Pay for performance – weder Königs- noch Holzweg. Meusch-Verlag (Hrsg.). Hamburg. 2009.
- Kouides RW, Bennett NM, Lewis B, Cappuccio JD, Barker WH, LaForce FM. Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. *Am J Prev Med* 1998; 14 (2): 89-95.
- Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 103-109.
- Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, Whippy A, Madvig P. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ* 2010; 340: c1898.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007; 356 (5): 486-496.
- Linder R, Ahrens S, Köppel D, Heilmann T, Verheyen F. Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108 (10): 155-162.
- Lowther CM. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med* 2008; 148 (8): 630-631.
- Lüngen M, Lauterbach KW. Ergebnisorientierte Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. *Gesundheitswesen* 2002; 64 (1): 46-53.
- Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care* 2003; 15 (6): 523-530.
- Malzahn J, Günster C, Fahlenbach C. Pay for Performance – Einsparungen und Bonuszahlungen am Beispiel Hüftendoprothesen-Implantation. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J. Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart. Schattauer; 2011: 237-258.
- Malzahn J, Heller G. Pay for Performance in der stationären Versorgung – Probleme und Lösungen. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) (Hrsg.). Berlin. 2009.
- Mandel KE, Kotagal UR. Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161 (7): 650-655.
- Matthes N. Qualitätsbezogene Vergütung für Krankenhäuser: Erste Erfahrungen aus den USA. *Gesundh ökon Qual manag* 2009; 14 (3): 132-143.
- Mattie AS, Webster BL. Centers for Medicare and Medicaid Services' "never events": an analysis and recommendations to hospitals. *Health Care Manag* 2008; 27 (4): 338-349.
- Maynard A, Bloor K. Will financial incentives and penalties improve hospital care? *BMJ* 2010; 340: c88.
- McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Affairs* 2010; 29 (5): 982-990.

- McCue MJ, Thompson JM. Early effects of the prospective payment system on inpatient rehabilitation hospital performance. *Arch Phys Med Rehabil* 2006; 87 (2): 198-202.
- McMenamin SB, Schaffler HH, Shortell SM, Rundall TG, Gillies RR. Support for smoking cessation interventions in physician organizations: results from a national study. *Med Care* 2003; 41 (12): 1396-1406.
- Mehrotra A, Damberg CL, Sorbero ME, Teleki SS. Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? *Am J Med Qual* 2009; 24 (1): 19-28.
- Meterko M, Young GJ, White B, Bokhour BG, Burgess JF, Jr., Berlowitz D, Guldin MR, Nealon SM. Provider attitudes toward pay-for-performance programs: development and validation of a measurement instrument. *Health Serv Res* 2006; 41 (5): 1959-1978.
- Metoyer P. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med* 2008; 148 (8): 629-630.
- Millett C, Bottle A, Ng A, Curcin V, Molokhia M, Saxena S, Majeed A. Pay for performance and the quality of diabetes management in individuals with and without co-morbid medical conditions. *J R Soc Med* 2009; 102 (9): 369-377.
- Milstein A. Ending extra payment for "never events" – stronger incentives for patients' safety. *N Engl J Med* 2009; 360 (23): 2388-2390.
- Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *Rand J Econ* 2010; 41 (1): 64-91.
- Murray R. Setting hospital rates to control costs and boost quality: the Maryland experience. The state's all-payer system has kept hospital cost growth well below the national trend – and could be replicated elsewhere. *Health Affairs* 2009; 28 (5): 1395-1405.
- Nahra TA, Reiter KL, Hirth RA, Shermer JE, Wheeler JR. Cost-effectiveness of hospital pay-for-performance incentives. *Med Care Res Rev* 2006; 63 (1 Suppl): 49S-72S.
- The National Healthcare Anti-Fraud Association. Online verfügbar: <http://www.nhcaa.org/eweb/StartPage.aspx> (Zugriffsdatum 15. Februar 2012)
- New York City Department of Health and Mental Hygiene. Provider Quality Assurance Unit. Online verfügbar: <http://www.nyc.gov/html/doh/html/imm/vfcpt.shtml#1> (Zugriffsdatum 13. Februar 2012)
- Norton EC. Incentive regulation of nursing homes. *J Health Econ* 1992; 11 (2): 105-128.
- Oluwatowoju I, Abu E, Wild SH, Byrne CD. Improvements in glycaemic control and cholesterol concentrations associated with the Quality and Outcomes Framework: a regional 2-year audit of diabetes care in the UK. *Diabet Med* 2010; 27 (3): 354-359.
- Ovretveit J. Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. London. The Health Foundation; 2009.

- Parke DW. Impact of a pay-for-performance intervention: financial analysis of a pilot program implementation and implications for ophthalmology (an American Ophthalmological Society thesis). *Trans Am Ophthalmol Soc* 2007; 105: 448-460.
- Peabody J, Shimkhada R, Quimbo S, Florentino J, Bacate M, McCulloch CE, Solon O. Financial incentives and measurement improved physicians' quality of care in the Philippines. *Health Affairs* 2011; 30 (4): 773-781.
- Peckham S, Wallace A. Pay for performance schemes in primary care: what have we learnt? *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 111-116.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* 2006; 145 (4): 265-272.
- Phlebologicum. Online verfügbar: <http://www.phlebologicum.de/> (Zugriffsdatum 10. Februar 2012)
- The Physician Group Practice Transition Demonstration (PGP TD). Physician Group Practice Transition Demonstration Design Overview July 14, 2011. Online verfügbar: https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/downloads/PGP_Transition_Design_Summary.pdf (Zugriffsdatum 14.02.2012)
- Pines JM. Profiles in patient safety: Antibiotic timing in pneumonia and pay-for-performance. *Acad Emerg Med* 2006; 13 (7): 787-790.
- Pink GH, Brown AD, Studer ML, Reiter KL, Leatt P. Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada. *Healthc Pap* 2006; 6 (4): 8-26.
- Rastogi A, Mohr BA, Williams JO, Soobader MJ, de Brantes F. Prometheus payment model: application to hip and knee replacement surgery. *Clin Orthop Relat Res* 2009; 467 (10): 2587-2597.
- Reason J. Understanding adverse events: human factors. *Qual Health Care* 1995; 4 (2): 80-89.
- Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K. QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. *Z ärztl Fortbild Qualitätssich* 2008; 101 (10): 683-688.
- Reiter KL, Nahra TA, Alexander JA, Wheeler JR. Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Serv Manage Res* 2006; 19 (2): 123-134.
- Reno R. Maintaining quality of care in a comprehensive dual diagnosis treatment program. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (5): 673-675.
- Ritchie LD, Bisset AF, Russell D, Leslie V, Thomson I. Primary and preschool immunisation in Grampian: progress and the 1990 contract. *BMJ* 1992; 304 (6830): 816-819.
- Robinson JC, Williams T, Yanagihara D. Measurement of and reward for efficiency in California's pay-for-performance program. How the integrated healthcare association discovered the problems of using "episodes of care" as the basis for physician performance rewards. *Health Affairs* 2009; 28 (5): 1438-1447.
- Rodriguez HP, von Glahn T, Elliott MN, Rogers WH, Safran DG. The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (12): 1281-1288.

- Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early Experience With Pay-for-Performance – From Concept to Practice. *JAMA* 2005; 294 (14): 1788-1793.
- Rosenthal MB, Landon BE, Normand SL, Frank RG, Epstein AM. Pay for performance in commercial HMOs. *N Engl J Med* 2006; 355 (18): 1895-1902.
- Roski J, Jeddelloh R, An L, Lando H, Hannan P, Hall C, Zhu SH. The impact of financial incentives and a patient registry on preventive care quality: increasing provider adherence to evidence-based smoking cessation practice guidelines. *Prev Med* 2003; 36 (3): 291-299.
- Rynes SL, Gerhart B, Parks L. Personnel psychology: performance evaluation and pay for performance. *Annu Rev Psychol* 2005; 56: 571-600.
- Ryan A. Hospital-based pay-for-performance in the United States. *Health Econ* 2009a; 18 (10): 1109-1113.
- Ryan AM. Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare patient mortality and cost. *Health Serv Res* 2009b; 44 (3): 821-842.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung: Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hrsg.). Bonn. 2007.
- Sautter KM, Bokhour BG, White B, Young GJ, Burgess JF, Jr., Berlowitz D, Wheeler JR. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *J Healthc Manag* 2007; 52 (2): 95-107.
- Scheppach M, Emmert M, Schöffski O. Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen. Leitfaden für eine erfolgreiche Einführung (Schriften zur Gesundheitsökonomie 19). Burgdorf. Health Economics Research Zentrum (HERZ); 2011.
- Schmidt H, Gerber A, Stock S. What can we learn from German health incentive schemes? *BMJ* 2009; 339: b3504.
- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs* 2011; 30 (12): 2437-2448.
- Schrapppe M, Gültekin N. Pay for Performance (P4P). Langfristige Effekte und Anreizwirkungen. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 2011; 54 (2): 166-170.
- Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (9): CD008451.
- Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ* 2011; 342: d108.
- Shalts F. Wrong-site surgeries: will non-coverage by CMS produce adverse results? *J Law Med Ethics* 2009; 37 (2): 382-385.

- Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res* 2003; 38 (2): 535-552.
- Shwartz M, Cohen AB, Restuccia JD, Ren ZJ, Labonte A, Theokary C, Kang R, Horwitz J. How well can we identify the high-performing hospital? *Med Care Res Rev* 2011; 68 (3): 290-310.
- Smith R. Paid as you go: Thoms Rehabilitation Hospital's pay-for-performance program has boosted employee morale. *Rehab Manag* 2004; 17 (10): 38-41.
- Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med* 2007; 147 (11): 792-794.
- Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 117-125.
- Stock S, Drabik A, Büscher G, Graf C, Ullrich W, Gerber A, Lauterbach KW, Lungen M. German diabetes management programs improve quality of care and curb costs. *Health Affairs* 2010; 29 (12): 2197-2205.
- Stojic H. Michigan hospitals polish data to qualify for payment bonuses. *Data Strategies & Benchmarks* 2002; 6 (12): 180-183.
- Stovsky M, Jaeger I. BPH procedural treatment: the case for value-based pay for performance. *Adv Urol* 2008; 954721.
- Strong M, South G, Carlisle R. The UK Quality and Outcomes Framework pay-for-performance scheme and spirometry: rewarding quality or just quantity? A cross-sectional study in Rotherham, UK. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 108.
- Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay C, Vernby A, Kösters JP. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3): CD006731.
- Sulmasy DP, Bloche MG, Mitchell JM, Hadley J. Physicians' ethical beliefs about cost-control arrangements. *Arch Intern Med* 2000; 160 (5): 649-657.
- Thomas RE, Russell M, Lorenzetti D. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9): CD005188.
- Thompson JM, McCue MJ. Performance of freestanding inpatient rehabilitation hospitals before and after the rehabilitation prospective payment system. *Health Care Manage Rev* 2010; 35 (1): 36-45.
- Twardella D, Brenner H. Effects of practitioner education, practitioner payment and reimbursement of patients' drug costs on smoking cessation in primary care: a cluster randomised trial. *Tob Control* 2007; 16 (1): 15-21.
- Vaghela P, Ashworth M, Schofield P, Gulliford MC. Population intermediate outcomes of diabetes under pay-for-performance incentives in England from 2004 to 2008. *Diabetes Care* 2009; 32 (3): 427-429.
- Walker S, Mason AR, Claxton K, Cookson R, Fenwick E, Fleetcroft R, Sculpher M. Value for money and the Quality and Outcomes Framework in primary care in the UK NHS. *Br J Gen Pract* 2010; 60 (574): e213-e220.
- Weiss MF. Gain your fair share: gainsharing makes a comeback. *Semin Anesth* 2006; 25 (3): 183-186.

Werner RM, Dudley RA. Market watch: Making the 'pay' matter in pay-for-performance: implications for payment strategies. no one P4P payment type is best, and each offers different incentives for improving quality. *Health Affairs* 2009; 28 (5): 1498-1508.

Werner RM, Goldman LE, Dudley RA. Comparison of change in quality of care between safety-net and non-safety-net hospitals. *JAMA* 2008; 299 (18): 2180-2187.

Werner RM, Kolstad JT, Stuart EA, Polsky D. The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement. *Health Affairs* 2011; 30 (4): 690-698.

Whalley D, Gravelle H, Sibbald B. Effect of the new contract on GPs' working lives and perceptions of quality of care: a longitudinal survey. *Br J Gen Pract* 2008; 58 (546): 8-14.

Wharam JF, Paasche-Orlow MK, Farber NJ, Sinsky C, Rucker L, Rask KJ, Figaro MK, Braddock C, III, Barry MJ, Sulmasy DP. High quality care and ethical pay-for-performance: a Society of General Internal Medicine policy analysis. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (7): 854-859.

Wilensky GR. Lessons from the Physician Group practice demonstration – a sobering reflection. *N Engl J Med* 2011; 365 (18): 1659-1661.

Williams PH, de Lusignan S. Does a higher 'quality points' score mean better care in stroke? An audit of general practice medical records. *Inform Prim Care* 2006; 14 (1): 29-40.

Young GJ, Meterko M, Beckman H, Baker E, White B, Sautter KM, Greene R, Curtin K, Bokhour BG, Berlowitz D, Burgess JF, Jr.. Effects of paying physicians based on their relative performance for quality. *J Gen Intern Med* 2007; 22 (6): 872-876.

Anhang 2 Thematisches Literaturverzeichnis

Literaturliste: Akzeptanz

Beckman H, Suchman AL, Curtin K, Greene RA. Physician reactions to quantitative individual performance reports. *Am J Med Qual* 2006; 21 (3): 192-199.

Conrad DA, Saver BG, Court B, Heath S. Paying physicians for quality: evidence and them from the field. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32 (8): 443-451.

Dolinar RO, Leininger SL. Pay for performance means compliance-based care. *J Am Med Dir Assoc* 2006; 7 (5): 328-333.

Englesbe MJ, Dimick JB, Sonnenday CJ, Share DA, Campbell DA, Jr.. The Michigan surgical quality collaborative: will a statewide quality improvement initiative pay for itself? *Ann Surg* 2007; 246 (6): 1100-1103.

Locke RG, Srinivasan M. Attitudes toward pay-for-performance initiatives among primary care osteopathic physicians in small group practices. *J Am Osteopath Assoc* 2008; 108 (1): 21-24.

Lowther CM. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med* 2008; 148 (8): 630-631.

Meterko M, Young GJ, White B, Bokhour BG, Burgess JF, Jr., Berlowitz D, Guldin MR, Nealon SM. Provider attitudes toward pay-for-performance programs: development and validation of a measurement instrument. *Health Serv Res* 2006; 41 (5): 1959-1978.

Rolnick SJ, Margolis KL, Fortman KK, Maciosek MV, Grimm RH, Jr.. How acceptable are financial incentives and written feedback for improving hypertension control? Perspectives from physicians, clinic administrators, and patients. *Am J Manag Care* 2002; 8 (5): 441-447.

Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med* 2007; 147 (11): 792-794.

Sulmasy DP, Bloche MG, Mitchell JM, Hadley J. Physicians' ethical beliefs about cost-control arrangements. *Arch Intern Med* 2000; 160 (5): 649-657.

Teleki SS, Damberg CL, Pham C, Berry SH. Will financial incentives stimulate quality improvement? Reactions from frontline physicians. *Am J Med Qual* 2006; 21 (6): 367-374.

Literaturliste: Fehlanreizen und Nebenwirkungen

Bauer JC. Rewarding Improvement: Unintended Consequences of Pay-for-Performance. *J Healthc Inf Manag* 2007; 21 (1): 6-8.

Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey. *Health Affairs* 2007; 26 (2): 492-499.

de Brantes F, Rastogi A. Evidence-informed case rates: paying for safer, more reliable care. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2008; 40: 1-13.

Friesner DL, Rosenman R. Cost shifting revisited: the case of service intensity. *Health Care Manag Sci* 2002; 5 (1): 15-24.

Greene RA, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Miller M, Burden D, Kerr J. Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling, and financial incentives. *Am J Manag Care* 2004; 10 (10): 670-678.

Karve AM, Ou FS, Lytle BL, Peterson ED. Potential unintended financial consequences of pay-for-performance on the quality of care for minority patients. *Am Heart J* 2008; 155 (3): 571-576.

McDonald R, Roland M. Pay for performance in primary care in England and California: comparison of unintended consequences. *Ann Fam Med* 2009; 7 (2): 121-127.

Metoyer P. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med* 2008; 148 (8): 629-630.

Pines JM. Profiles in patient safety: Antibiotic timing in pneumonia and pay-for-performance. *Acad Emerg Med* 2006; 13 (7): 787-790.

Shen Y. Selection incentives in a performance-based contracting system. *Health Serv Res* 2003; 38 (2): 535-552.

Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med* 2007; 147 (11): 792-794.

Werner RM, Goldman LE, Dudley RA. Comparison of change in quality of care between safety-net and non-safety-net hospitals. *JAMA* 2008; 299 (18): 2180-2187.

Literaturliste: Finanzielle und nicht-finanzielle Interventionen

An LC, Bluhm JH, Foldes SS, Alesci NL, Klatt CM, Center BA, Nersesian WS, Larson ME, Ahluwalia JS, Manley MW. A randomized trial of a pay-for-performance program targeting clinician referral to a state tobacco quitline. *Arch Intern Med* 2008; 168 (18): 1993-1999.

Bauer JC. Rewarding Improvement: Unintended Consequences of Pay-for-Performance. *J Healthc Inf Manag* 2007; 21 (1): 6-8.

Berenson RA, Rich EC. US approaches to physician payment: the deconstruction of primary care. *J Gen Intern Med* 2010; 25 (6): 613-618.

Butler J, Speroff T, Arbogast PG, Newton M, Waitman LR, Stiles R, Miller RA, Ray W, Griffin MR. Improved compliance with quality measures at hospital discharge with a computerized physician order entry system. *Am Heart J* 2006; 151 (3): 643-653.

Chernew ME, Mechanic RE, Landon BE, Safran DG. Private-payer innovation in massachusetts: the 'alternative quality contract'. *Health Affairs* 2011; 30 (1): 51-61.

Chung S, Palaniappan LP, Trujillo LM, Rubin HR, Luft HS. Effect of physician-specific pay-for-performance incentives in a large group practice. *Am J Manag Care* 2010; 16 (2): e35-e42.

Conrad DA, Perry L. Quality-based financial incentives in health care: can we improve quality by paying for it? *Annu Rev Public Health* 2009; 30: 357-371.

- de Brantes F, Rastogi A. Evidence-informed case rates: paying for safer, more reliable care. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2008; 40: 1-13.
- Fairbrother G, Friedman S, Hanson KL, Butts GC. Effect of the vaccines for children program on inner-city neighborhood physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151 (12): 1229-1235.
- Fairman KA, Curtiss FR. Clinical quality indicators and provider financial incentives: does money matter? *J Manag Care Pharm* 2010; 16 (5): 360-366.
- Fendrick AM, Chernew ME, Levi GW. Value-based insurance design: embracing value over cost alone. *Am J Manag Care* 2009; 15 (10 Suppl): S277-S283.
- Francis DO, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Greene RA. Introducing a multifaceted intervention to improve the management of otitis media: how do pediatricians, internists, and family physicians respond? *Am J Med Qual* 2006; 21 (2): 134-143.
- Gardner E. Pay more, get more. The organizations on the 100 Top Hospitals list give higher quality care at a lower cost, while paying their staffs better. *Mod Healthc* 2007; Suppl: 8-12, 16, 18.
- Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sergison M, Leese B, Pedersen L, Sutton M. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 1999; (4): CD000531.
- Gosfield AG, Reinertsen JL. Paying physicians for high-quality care. *N Engl J Med* 2004; 350 (18): 1910-1912.
- Gozvrisankaran G, Town RJ. Competition, payers, and hospital quality. *Health Serv Res* 2003; 38 (6 Pt 1): 1403-1421.
- Grant D. Physician financial incentives and cesarean delivery: new conclusions from the healthcare cost and utilization project. *J Health Econ* 2009; 28 (1): 244-250.
- Greenberg JO, Dudley JC, Ferris TG. Engaging specialists in performance-incentive programs. *N Engl J Med* 2010; 362 (17): 1558-1560.
- Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, Whippy A, Mavig P. The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. *BMJ* 2010; 340: c1898.
- Mullen KJ, Frank RG, Rosenthal MB. Can you get what you pay for? Pay-for-performance and the quality of healthcare providers. *Rand J Econ* 2010; 41 (1): 64-91.
- Nichols LM, O'Malley AS. Hospital payment systems: will payers like the future better than the past? *Health Affairs* 2006; 25 (1): 81-93.
- Oxman AD, Fretheim A. Can paying for results help to achieve the Millennium Development Goals? Overview of the effectiveness of results-based financing. *J Evid Based Med* 2009; 2 (2): 70-83.
- Reiter KL, Nahra TA, Alexander JA, Wheeler JR. Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Serv Manage Res* 2006; 19 (2): 123-134.
- Reno R. Maintaining quality of care in a comprehensive dual diagnosis treatment program. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (5): 673-675.

Robinson JC, Shortell SM, Rittenhouse DR, Fernandes-Taylor S, Gillies RR, Casalino LP. Quality-based payment for medical groups and individual physicians. *Inquiry* 2009; 46 (2): 172-181.

Rodriguez HP, von Glahn T, Elliott MN, Rogers WH, Safran DG. The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (12): 1281-1288.

Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early Experience With Pay-for-Performance – From Concept to Practice. *JAMA* 2005; 294 (14): 1788-1793.

Sautter KM, Bokhour BG, White B, Young GJ, Burgess JF, Jr., Berlowitz D, Wheeler JR. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *J Healthc Manag* 2007; 52 (2): 95-107.

Schrapppe M, Gültekin N. Pay for Performance (P4P). Langfristige Effekte und Anreizwirkungen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 2011; 54 (2): 166-170.

Thomas RE, Russell M, Lorenzetti D. Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (9): CD005188.

Werner RM, Dudley RA. Market watch: Making the 'pay' matter in pay-for-performance: implications for payment strategies. no one P4P payment type is best, and each offers different incentives for improving quality. *Health Affairs* 2009; 28 (5): 1498-1508

Literaturliste: große hausärztliche P4P-Projekte

Alshamsan R, Majeed A, Ashworth M, Car J, Millett C. Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2010; 15 (3): 178-184.

Ashworth M, Kordowicz M. Quality and Outcomes Framework: smoke and mirrors? *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 127-131.

Bottle A, Gnani S, Saxena S, Aylin P, Mainous AG, III, Majeed A. Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: national cross-sectional study. *J Gen Intern Med* 2008; 23 (2): 135-141.

Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *N Engl J Med* 2007; 357 (2): 181-190.

Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009; 361 (4): 368-378.

Cashin C, Chi Y-L. Australia: The Practice Incentives Program (PIP). Department of Human Services (Hrsg.). Victoria. 2011.

Conway PH, Clancy C. Transformation of health care at the front line. *JAMA* 2009; 301 (7): 763-765.

Cutler TW, Palmieri J, Khalsa M, Stebbins M. Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and california pay-for-performance

- diabetes care cholesterol measures in one medical group. *J Manag Care Pharm* 2007; 13 (7): 578-588.
- Damberg CL, Raube K, Teleki SS, Dela CE. Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. *Health Affairs* 2009; 28 (2): 517-525.
- Dixon A, Khachatryan A. A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework. *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 133-138.
- Doran T, Fullwood C. Pay for performance: is it the best way to improve control of hypertension? *Curr Hypertens Rep* 2007; 9 (5): 360-367.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355 (4): 375-384.
- Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372 (9640): 728-736.
- Downing A, Rudge G, Cheng Y, Tu YK, Keen J, Gilthorpe MS. Do the UK government's new Quality and Outcomes Framework (QOF) scores adequately measure primary care performance? A cross-sectional survey of routine healthcare data. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 166.
- Fleetcroft R, Steel N, Cookson R, Howe A. Mind the gap! Evaluation of the performance gap attributable to exception reporting and target thresholds in the new GMS contract: national database analysis. *BMC Health Serv Res* 2008; 8 (1): 131-153.
- Gosden T, Sibbald B, Williams J, Petchey R, Leese B. Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England. *Health policy* 2003; 64 (3): 415-423.
- Gulliford MC, Ashworth M, Robotham D, Mohiddin A. Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. *Diabet Med* 2007; 24 (5): 505-511.
- Hippisley-Cox J, Vinogradova Y, Coupland C. Time series analysis for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework 2001-2006. The Information Centre for Health and Social Care 2007.
- Iglehart JK. Assessing an ACO prototype – Medicare's Physician Group Practice demonstration. *N Engl J Med* 2011; 364 (3): 198-200.
- Integrated Healthcare Association (IHA). Advancing quality through collaboration: the california pay for performance program. A report on the first five years and a strategic plan for the next five years. February 2006. Integrated Healthcare Association (IHA) (Hrsg.). Oakland. 2006.
- Integrated Healthcare Association (IHA). Innovation through collaboration. The California pay for performance program. The second chapter, measurement years 2006-2009. Integrated Healthcare Association (IHA) (Hrsg.). Oakland. 2009.
- Kautter J, Pope GC, Trisolini M, Grund S. Medicare physician group practice demonstration design: quality and efficiency pay-for-performance. *Health Care Financ Rev* 2007; 29 (1): 15-29.

- Lester H, Campbell S. Developing Quality and Outcomes Framework (QOF) indicators and the concept of 'QOFability'. *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 103-109.
- McElduff P, Lyratzopoulos G, Edwards R, Heller RF, Shekelle P, Roland M. Will changes in primary care improve health outcomes? Modelling the impact of financial incentives introduced to improve quality of care in the UK. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (3): 191-197.
- Millett C, Bottle A, Ng A, Curcin V, Molokhia M, Saxena S, Majeed A. Pay for performance and the quality of diabetes management in individuals with and without co-morbid medical conditions. *J R Soc Med* 2009; 102 (9): 369-377.
- Rodriguez HP, von Glahn T, Elliott MN, Rogers WH, Safran DG. The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (12): 1281-1288.
- Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early Experience With Pay-for-Performance – From Concept to Practice. *JAMA* 2005; 294 (14): 1788-1793.
- Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, Elliott RA, Majumdar SR, Zhang F, Soumerai SB. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ* 2011; 342: d108.
- Steel N, Bachmann M, Maisey S, Shekelle P, Breeze E, Marmot M, Melzer D. Self reported receipt of care consistent with 32 quality indicators: national population survey of adults aged 50 or more in England. *BMJ* 2008; 337: a957.
- Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Qual Prim Care* 2010; 18 (2): 117-125.
- Wilensky GR. Lessons from the Physician Group practice demonstration – a sobering reflection. *N Engl J Med* 2011; 365 (18): 1659-1661.

Literaturliste: Motivation und Verhaltensänderung

- Beaulieu ND, Horrigan DR. Putting smart money to work for quality improvement. *Health Serv Res* 2005; 40 (5 Pt 1): 1318-1334.
- Berwick D. 'A deficiency of will and ambition': a conversation with Donald Berwick. Interview by Robert Galvin. *Health Affairs* 2005; Suppl Web Exclusives: W5-1-W5-9.
- Berwick DM. Quality of Health Care: Part 5: Payment by Capitation and the Quality of Care. *N Engl J Med* 1996; 335 (16): 1227-1231.
- Byrnes J, Fifer J. Recommendations for responding to changes in reimbursement policy. *Front Health Serv Manage* 2010; 27 (1): 3-11.
- Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull* 1999; 125 (6): 627-668.
- Diamond GA, Kaul S. Evidence-based financial incentives for healthcare reform: putting it together. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2 (2): 134-140.
- Fairbrother G, Friedman S, Hanson KL, Butts GC. Effect of the vaccines for children program on inner-city neighborhood physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1997; 151 (12): 1229-1235.

- Golden BR. The cost of pay-for-performance in healthcare: an alternative view. *Healthc Pap* 2006; 6 (4): 39-46, 72-74.
- Greene RA, Beckman HB, Mahoney T. Beyond the efficiency index: finding a better way to reduce overuse and increase efficiency in physician care. *Health Affairs* 2008; 27 (4): w250-w259.
- Hartig JR, Allison J. Physician performance improvement: an overview of methodologies. *Clin Exp Rheumatol* 2007; 25 (6 Suppl 47): 50-54.
- Keating NL, Landrum MB, Landon BE, Ayanian JZ, Borbas C, Wolf R, Guadagnoli E. The influence of physicians' practice management strategies and financial arrangements on quality of care among patients with diabetes. *Med Care* 2004; 42 (9): 829-839.
- Mitchell M, Srinivasan M, West DC, Franks P, Keenan C, Henderson M, Wilkes M. Factors affecting resident performance: development of a theoretical model and a focused literature review. *Acad Med* 2005; 80 (4): 376-389.
- Robertson N, Baker R, Hearnshaw H. Changing the clinical behavior of doctors: a psychological framework. *Qual Health Care* 1996; 5 (1): 51-54.
- Rynes SL, Gerhart B, Parks L. Personnel psychology: performance evaluation and pay for performance. *Annu Rev Psychol* 2005; 56: 571-600.
- Silvey AB. Pay for performance – neither necessary nor sufficient for quality improvement, yet vital for success. *J Healthc Qual* 2007; 29 (4): 4-5, 11.
- Stovsky M, Jaeger I. BPH procedural treatment: the case for value-based pay for performance. *Adv Urol* 2008; 954721.
- Veloski J, Boex JR, Grasberger MJ, Evans A, Wolfson DB. Systematic review of the literature on assessment, feedback and physicians' clinical performance: BEME Guide No. 7. *Med Teach* 2006; 28 (2): 117-128.

Literaturliste: P4P und Indikationsstellung und Überversorgung

- de Brantes F, Rastogi A. Evidence-informed case rates: paying for safer, more reliable care. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2008; 40: 1-13.
- Diamond GA, Kaul S. Evidence-based financial incentives for healthcare reform: putting it together. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2009; 2 (2): 134-140.
- Francis DO, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Greene RA. Introducing a multifaceted intervention to improve the management of otitis media: how do pediatricians, internists, and family physicians respond? *Am J Med Qual* 2006; 21 (2): 134-143.
- Golden BR. The cost of pay-for-performance in healthcare: an alternative view. *Healthc Pap* 2006; 6 (4): 39-46, 72-74.
- Grant D. Physician financial incentives and cesarean delivery: new conclusions from the healthcare cost and utilization project. *J Health Econ* 2009; 28 (1): 244-250.
- Greene RA, Beckman H, Chamberlain J, Partridge G, Miller M, Burden D, Kerr J. Increasing adherence to a community-based guideline for acute sinusitis through education, physician profiling, and financial incentives. *Am J Manag Care* 2004; 10 (10): 670-678.

Greene RA, Beckman HB, Mahoney T. Beyond the efficiency index: finding a better way to reduce overuse and increase efficiency in physician care. *Health Affairs* 2008; 27 (4): w250-w259.

Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P agenda, part 1: how Medicare can improve patient decision making and reduce unnecessary care. *Health Affairs* 2007; 26 (6): 1564-1574.

Literaturliste: Vorschläge für Design von P4P-Projekten

Boxall A-M. Should we expand the use of pay-for-performance in health care? Department of Parliamentary Services (Hrsg.). Canberra. 2009.

Brush JE, Jr., Krumholz HM, Wright JS, Brindis RG, Cacchione JG, Drozda JP, Jr., Fasules JW, Flood KB, Garson A, Jr., Masoudi FA, McBride T, McKay CR, Messer JV, Mirro MJ, O'Toole MF, Peterson ED, Schaeffer JW, Valentine CM. American College of Cardiology 2006 principles to guide physician pay-for-performance programs: a report of the American College of Cardiology Work Group on Pay for Performance (A Joint Working Group of the ACC Quality Strategic Direction Committee and the ACC Advocacy Committee). *J Am Coll Cardiol* 2006; 48 (12): 2603-2609.

Chien AT, Chin MH, Davis AM, Casalino LP. Pay for performance, public reporting, and racial disparities in health care: how are programs being designed? *Med Care Res Rev* 2007; 64 (5 Suppl): 283S-304S.

Christianson JB, Knutson DJ, Mazze RS. Physician pay-for-performance. Implementation and research issues. *J Gen Intern Med* 2006; 21 Suppl 2: S9-S13.

Coutts J, Thornhill J. Service-Based Funding and Pay for Performance: Will Incentive Payments Give Canadian Healthcare the Quality Boost It Needs? *Healthcare quarterly* 2009; 12 (3): 42-49.

Dudley RA, Rosenthal MB. Pay for performance: a decision guide for purchasers. AHRQ Pub. No. 06-0047. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Hrsg.). Rockville, MD. 2006.

Endsley S, Kirkegaard M, Baker G, Murcko AC. Getting rewards for your results: pay-for-performance programs. *Fam Pract Manag* 2004; 11 (3): 45-50.

Golden BR. The cost of pay-for-performance in healthcare: an alternative view. *Healthc Pap* 2006; 6 (4): 39-46, 72-74.

Hood RG. Pay-for-performance – financial health disparities and the impact on healthcare disparities. *J Natl Med Assoc* 2007; 99 (8): 953-958.

Mandel KE, Kotagal UR. Pay for performance alone cannot drive quality. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161 (7): 650-655.

Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008; 336 (7639): 306-308.

MGMA Government Affairs Department. MGMA Board approves pay-for-performance principles. *MGMA Connex* 2005; 5 (5): 20-22.

Natinsky P. Pay-for-performance: whether fad or foundation, doctors must be involved now. *Mich Med* 2005; 104 (6): 12-16.

Pressman NM, Gregory DA. Pay-for-performance checklists. Healthc Financ Manage 2006; 60 (12): 127-128.

Williams TR. Practical design and implementation considerations in pay-for-performance programs. Am J Manag Care 2006; 12 (2): 77-80.

Anhang 3 Datenbankrecherche

Datenbankrecherche

Recherche in MEDLINE, Suchoberfläche OVID SP

Recherchedatum: 18.03.2011

MEDLINE Baustein 1 „Incentive & Bonus“	1	exp *"Salaries and Fringe Benefits"/
	2	exp *Reimbursement, Incentive/
	3	exp *"Fees and Charges"/
	4	exp *Physician Incentive Plans/
	5	exp *Insurance, Health, Reimbursement/
	6	exp *Reimbursement Mechanisms/
	7	"pay*".ti.
	8	(pay and performance).ab,ti.
	9	"incentive*".ab,ti.
	10	"reimbursement*".ab,ti.
	11	incentive reimbursement.ab,ti.
	12	(incentive and reimbursement).ab,ti.
	13	"bonus*".ab,ti.
	14	"remunerat*".ab,ti.
	15	"financ*".ab,ti.
	16	payment.ab,ti.
	17	"purchas*".ab,ti.

MEDLINE Baustein 2 „Quality & Performance“	18	exp *Medical Errors/
	19	exp *Quality Control/
	20	exp *Safety/
	21	exp *Health Services Accessibility/
	22	exp *Quality Indicators, Health Care/

	23	exp *Risk Management/
	24	quality.ti.
	25	"outcome*".ti.
	26	"error*".ti.
	27	"safety*".ti.
	28	effectiveness.ti.
	29	"effic*".ti.
	30	"cost*".ti.
	31	exp *"Outcome and Process Assessment (Health Care)"/
	32	"perform*".ti.
	33	"improv*".ti.

MEDLINE Baustein 3 „Leistungserbringer“	34	exp *Physicians, Family/
	35	exp *Physicians/
	36	exp *Physicians, Primary Care/
	37	exp *Hospitals/
	38	exp *General Practitioners/
	39	GP.ab.ti.
	40	"primary care physician*".ab.ti.
	41	"physician* group practice".ab.ti.
	42	exp *Medical Staff/
	43	exp *Consultants/
	44	exp *Hospitalists/
	45	"hospital*".ti.
	46	"physician*".ti.

	47	"practitioner*".ti.
	48	exp *Health Personnel/
	49	National health system.ti.
	50	NHS.ti.
	51	exp *Health Maintenance Organizations/
	52	HMO.ti.
	53	Health Maintenance Organizations.ti.
	54	exp *"Centers for Medicare and Medicaid Services (U.S.)"/
	55	CMS.ti.
	56	exp *Preferred Provider Organizations/
	57	Preferred Provider Organizations.ti.
	58	Blue cross.ti.
	59	Kaiser permanente.ti.
	60	Geisinger.ti.
	61	exp *United States Indian Health Service/
	62	Indian Health Service.ti.
	63	Integrated Healthcare Association.ab,ti.

MEDLINE Baustein 4 „Pay for Performance“	64	pay-for-performance.ab,ti.
	65	value-based performance.ab,ti.
	66	performance-based contracting.ab,ti.
	67	quality based purchasing.ab,ti.
	68	value-based purchasing.ab,ti.
	69	performance related pay.ab,ti.
	70	quality-related payments.ab,ti.
	71	p4p.ab,ti.
	72	"pay* for quality".ti.

Recherche in EMBASE, Suchoberfläche OVID SP

Recherchedatum: 18.03.2011

EMBASE Baustein 1 „Incentive & Bonus“	1	exp *REIMBURSEMENT/
	2	exp *"SALARY AND FRINGE BENEFIT"/
	3	exp *FEE/
	4	exp *personnel management/
	5	"pay*".ti.
	6	(pay and performance).ti,ab.
	7	incentive*.ti,ab.
	8	reimbursement*.ti,ab.
	9	incentive reimbursement.ti,ab.
	10	(incentive and reimbursement).ti,ab.
	11	bonus*.ti,ab.
	12	remunerat*.ti,ab.
	13	financ*.ti,ab.
	14	payment.ti,ab.
	15	purchas*.ti,ab.

EMBASE Baustein 2 „Quality & Performance“	16	exp *medical error/
	17	exp *treatment outcome/
	18	exp *health care quality/
	19	exp *quality control/
	20	exp *health services research/
	21	exp *patient safety/
	22	exp *health care access/

	23	exp *risk management/
	24	quality.ti.
	25	outcome*.ti.
	26	exp *PERFORMANCE/
	27	error*.ti.
	28	safety*.ti.
	29	effectiveness.ti.
	30	effic*.ti.
	31	cost*.ti.
	32	perform*.ti.
	33	improv*.ti.
	34	exp *outcome assessment/

EMBASE Baustein 3 „Leistungserbringer“	35	exp *HOSPITAL/
	36	exp *PHYSICIAN/
	37	hospital*.ti.
	38	physician*.ti.
	39	practitioner*.ti.
	40	exp *medical staff/
	41	exp *general practitioner/
	42	exp *health care personnel/
	43	CMS.ti.
	44	(Centers for Medicare and Medicaid Services).ti.
	45	Health Maintenance Organizations.ti.
	46	HMO.ti.

	47	National health system.ti.
	48	NHS.ti.
	49	Preferred Provider Organizations.ti.
	50	Blue cross.ti.
	51	Kaiser permanente.ti.
	52	Geisinger.ti.
	53	Integrated Healthcare Association.ab,ti.
	54	QOF.ti.
	55	(Quality and Outcomes Framework).ti.

Recherche in CRD databases des Centre for Reviews & Dissemination

Recherchedatum 21.03.2011

	Suchbegriffe
1	pay AND performance
2	Reimbursement, Incentive [Mesh]

Recherche in Cochrane Database

Recherchedatum 22.03.2011

ID	Search
#1	MeSH descriptor Salaries and Fringe Benefits explode all trees all c cochrane products
#2	MeSH descriptor Reimbursement, Incentive explode all trees
#3	MeSH descriptor Fees and Charges explode all trees
#4	MeSH descriptor Physician Incentive Plans explode all trees

ID	Search
#5	MeSH descriptor Insurance, Health, Reimbursement explode all trees
#6	(pay):ti,ab,kw or (incentive):ti,ab,kw or (reimbursement):ti,ab,kw or (bonus):ti,ab,kw
#7	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6), from 2000 to 2011, nur Cochrane reviews

Anhang 4 Internetrecherche

Internetrecherche

Internetseiten, die als Informationsquellen genutzt wurden

Zugriffsdatum: 02.02.2012

Institution/ Organisation, Versicherung	Land	Link
The Practice Incentives Program (PIP)	Australien	http://www.medicareaustralia.gov.au/
Gesundheitsnetz Qualität & Effizienz eG	Deutschland	http://www.que-nuernberg.de/
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)	Deutschland	http://www.kbv.de/koop/8793.html
Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayern	Deutschland	http://www.kvb.de/
Kassenärztliche Vereinigung (KV) Thüringen	Deutschland	http://www.kv-thueringen.de/
Techniker Krankenkasse (TK)	Deutschland	http://www.tk.de
BKK-Mobil Oil	Deutschland	http://www.bkk-mobil-oil.de/krankenversicherung/leistungen/leistungsangebot-zur-schwangerschaft/kuenstliche-befruchtung.html
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	Deutschland	http://www.aok-gesundheitspartner.de/
Phlebologicum	Deutschland	http://www.phlebologicum.de/
„Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall“ (ERGOV)	Deutschland	http://www.hri.de/index.php?menuid=1&reporteid=59
QOF	UK	<p>NHS Information Centre http://www.ic.nhs.uk http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework</p> <p>NHS Employers http://www.nhsemployers.org/PayAndContracts/GeneralMedicalServicesContract/Pages/Contract.aspx</p>
Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)	USA	http://www.cms.gov/home/medicare.asp

Institution/ Organisation, Versicherung	Land	Link
CMS/Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID)	USA	<p>http://www.premierinc.com/p4p/hqi/ speziell: http://www.premierinc.com/quality-safety/tools-services/p4p/hqi/index.jsp mit dem hier: \\172.16.1.11\BQSCChange\Beratung und wissenshaftliche Analysen\BMGP4P\Material\P4P-in-USA\CMS\neu-Bu\Premier HQID\hqi-whitepaper041306-1.pdf und https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/ speziell: https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1183818&intNumPerPage=10</p>
CMS Nursing Home Value-Based Purchasing Demonstration	USA	<p>https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1198946&intNumPerPage=10</p>
CMS Medicare Physician Group Practice Demonstration (PGP)	USA	<p>https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=0&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1198992&intNumPerPage=2000</p>
CMS/ Hospital Value Based Purchasing Program	USA	<p>http://www.hospitalcompare.hhs.gov/staticpages/for-consumers/value-based-purchasing.aspx</p>
CMS Physician-Hospital Collaboration Demonstration	USA	<p>https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1186653&intNumPerPage=10 dort: Fact-Sheet.pdf und Solicitation.pdf</p>
CMS Medicare Hospital Gainsharing Demonstration	USA	<p>https://www.cms.gov/DemoProjectsEvalRpts/MD/itemdetail.asp?filterType=none&filterByDID=-99&sortByDID=3&sortOrder=descending&itemID=CMS1186805&intNumPerPage=10 dort: Fact-Sheet.pdf und Solicitation.pdf</p>
Übersicht	USA	<p>http://www.p4presearch.org/</p>

Institution/ Organisation, Versicherung	Land	Link
The Leapfroggroup	USA	http://www.leapfroggroup.org/compendium_search/compendium_all
Blue Cross	USA	http://www.bcbsm.com/provider/value_partnerships/
Bridges to Excellence und PROMETHEUS Payment	USA	http://www.hci3.org
AHRQ	USA	http://www.ahrq.gov/qual/pay4per.htm
National Committee for Quality Assurance (NCQA)	USA	www.ncqa.org
Integrated Healthcare Association (IHA)	USA	http://www.ihc.org/pay_performance.html
Office of the Patient Advocate	USA	http://www.opa.ca.gov/
Minnesota Community Measurement	USA	www.mnhealthscores.org

Anhang 5 Internetfragebögen

Fragebogen 1

Nennung von P4P-Projekten

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen auf dem Postwege oder per Fax an:

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
D-40472 Düsseldorf
Fax-Nummer: 0211 / 280 729 99

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Frau / Herr _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Welches ist Ihr persönlicher Arbeitsbereich? _____

Welchem Bereich ist dies am ehesten zuzuordnen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenversorgung | <input type="checkbox"/> Krankenhausadministration |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse/Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Politische Selbstverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaft | <input type="checkbox"/> Patientenvertretung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Dürfen wir Sie bei Rückfragen kontaktieren? (bitte mit Name, Telefonnummer und Email-Adresse angeben; alle Ihre Daten werden selbstverständlich nur für die Zwecke dieser Befragung genutzt und keinen Dritten zugänglich gemacht.)

- ja nein

Nennung von P4P-Projekten

Sie kennen ein P4P-Projekt, das wir in unserem Gutachten berücksichtigen sollten?

Name des Projekts: _____

Kurze Beschreibung des Projekts: _____

Kontakt zum Ansprechpartner (falls bekannt) _____

Informationsquelle (z.B. Veröffentlichung, Internetlink etc.) _____

Fragebogen 2

Allgemeine Stellungnahme zu P4P

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen auf dem Postwege oder per Fax an:

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
D-40472 Düsseldorf
Fax-Nummer: 0211 / 280 729 99

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Frau / Herr _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Welches ist Ihr persönlicher Arbeitsbereich? _____

Welchem Bereich ist dies am ehesten zuzuordnen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenversorgung | <input type="checkbox"/> Krankenhausadministration |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse/Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Politische Selbstverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaft | <input type="checkbox"/> Patientenvertretung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Dürfen wir Sie bei Rückfragen kontaktieren? (bitte mit Name, Telefonnummer und Email-Adresse angeben; alle Ihre Daten werden selbstverständlich nur für die Zwecke dieser Befragung genutzt und keinen Dritten zugänglich gemacht.)

- ja nein

Allgemeine Stellungnahme zu P4P

Uns interessiert, was Sie allgemein von P4P-Projekten halten:

Welche P4P-Projekte kennen Sie und wie schätzen Sie sie ein?

Halten Sie P4P-Projekte für sinnvoll?

Glauben Sie, dass sich mit Hilfe von qualitätsabhängigen Vergütungsanteilen die Versorgung von Patienten verbessern lässt?

ja nein warum? _____

In welchem Versorgungsbereich halten Sie P4P für angebracht/umsetzbar? (Mehrfachauswahl)

- ambulant hausärztlich ambulant fachärztlich zahnärztlich
 stationär Pflegeeinrichtung Reha
 sektorübergreifend Sonstige: _____

Welche Ziele für die Versorgung würden Sie verfolgen?

Was sind Ihre konkreten Vorstellungen für die Umsetzung von P4P-Projekten?

Wie würden Sie einen finanziellen Anreiz (Incentive) für die Leistungserbringer gestalten?

An welche Qualitätsindikatoren denken Sie?

Wie würden Sie das Projekt finanzieren?

- Bereitstellung eigener zusätzlicher Mittel
 Bereitstellung sonstiger Mittel: _____
 Einsparungen durch das Projekt selbst (shared savings)

Forschungsgelder

industrie-unterstützt

Sonstige: _____

Welche Probleme sehen Sie bei der Realisierung von P4P-Projekten?

Wovon hängt Ihrer Meinung nach die Akzeptanz von P4P bei den Leistungserbringern ab?

Wovon hängt Ihrer Meinung nach die Akzeptanz von P4P bei den Kostenträgern ab?

Welche politischen, rechtlichen oder sonstigen Voraussetzungen halten Sie für notwendig, um P4P-Projekte künftig flächendeckend umsetzen zu können?

Glauben Sie, dass in Zukunft im deutschen Gesundheitswesen Leistungsorientierte Vergütung eine große Rolle spielen wird?

ja

nein

weiß nicht

Ist diese Entwicklung, die Sie erwarten, Ihrer Meinung nach eher

von Vorteil

von Nachteil

weiß nicht

Was sonst halten Sie in Bezug auf die Umsetzung P4P im dt. Gesundheitswesen für wichtig?

Fragebogen 3:
**Beschreibung und Erfahrungen mit dem Projekt
aus Sicht des Projektträgers**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen auf dem Postwege oder per Fax an:

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
D-40472 Düsseldorf
Fax-Nummer: 0211 / 280 729 99

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Frau / Herr _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Welches ist Ihr persönlicher Arbeitsbereich? _____

Welchem Bereich ist dies am ehesten zuzuordnen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenversorgung | <input type="checkbox"/> Krankenhausadministration |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse/Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Politische Selbstverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaft | <input type="checkbox"/> Patientenvertretung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Dürfen wir Sie bei Rückfragen kontaktieren? (bitte mit Name, Telefonnummer und Email-Adresse angeben; alle Ihre Daten werden selbstverständlich nur für die Zwecke dieser Befragung genutzt und keinen Dritten zugänglich gemacht.)

- ja nein

Beschreibung von Projekten

Wenn Sie eines oder mehrere Projekte detailliert beschreiben oder uns eine ausführliche Projektbeschreibung zugänglich machen können, so wären wir sehr für Ihre Informationen dankbar!

Name des Projekts: _____

Ansprechpartner für das Projekt: (Kontaktdaten, falls bekannt)

Träger des Projekts?

Kurze Projektbeschreibung:

Hier können Sie eine Projektbeschreibung oder einen Link zur Projektbeschreibung einfügen und/oder die folgenden Fragen beantworten.

Falls Sie eine Projektbeschreibung beigefügt oder verlinkt haben, bitten wir Sie kurz zu prüfen, ob die Fragen dieses Abschnitts darin beantwortet sind.

Falls ja, können Sie zum nächsten Abschnitt springen („Erfahrungen mit dem Projekt aus Sicht des Projektträgers“).

Art des Projekts

Konzept Wissenschaftliche Studie Pilotprojekt

In der Routine realisiert Sonstiges: _____

Projektgröße

Zahl der Leistungserbringer: <10 10-100 >100 unbekannt

Zahl der Patienten: <100 100-1000 >1000 unbekannt

Vertragliche Grundlage (z. B. IV-Vertrag etc)

Partner des Projekts: (Mehrfachauswahl)

Krankenhäuser Praxen/MVZ Pflege/Pflegeeinrichtungen

Reha Sonstige: _____

Wie wird das Projekt finanziert? (Mehrfachauswahl)

zusätzlich bereitgestellte eigene Mittel (des Kostenträgers)

Einsparungen durch das Projekt selbst (shared savings)

Forschungsgelder

industrie-unterstützt

Sonstige: _____

Starttermin des Projekts? _____

Zeitliche Befristung des Projekts? _____

Welches Ziel verfolgt das Projekt? (Mehrfachauswahl)

- Qualitätsverbesserung (Struktur)
- Qualitätsverbesserung (Prozess)
- Qualitätsverbesserung (Ergebnis)
- Qualitätsverbesserung (Indikationsstellung)
- Kostensenkung/Kostenbegrenzung
- Effizienzsteigerung
- Verbesserung/Herstellen von Integration/Koordination
- Verbesserung von Zugang und/oder Versorgungsgerechtigkeit
- Korrektur von Unterversorgung
- Korrektur von Fehlversorgung
- Korrektur von Überversorgung
- Sonstige: _____

Welche konkrete Veränderung in der Patientenversorgung wird angestrebt?

Durch welche Maßnahme(n) soll diese Veränderung erreicht werden? (Mehrfachauswahl)

- Rückmeldung der Ergebnisse der Qualitätsmessung
- Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (public disclosure)
- Erinnerungsfunktionen (reminder)
- Fortbildung (education)
- finanzieller Zugewinn für die Leistungserbringer
- drohender finanzieller Verlust für die Leistungserbringer
- sonstige Zusatzleistungen: _____
- sonstige Anreize, die sich z.B. auf Patienten beziehen: _____

Wie wird im Projekt Qualität/Performance gemessen?

Welche Qualitätsindikatoren werden eingesetzt?

Datengrundlage (Mehrfachauswahl)

- administrative Routinedaten medizinische Routinedaten
 speziell erhobene Daten Sonstige: _____

Wird das Projekt wissenschaftlich begleitet/evaluiert?

- nein
 ja, durch wen? Haben Sie nähere Informationen/Ergebnisse? _____
-
-

Sonstige wichtige Mitteilungen/Aspekte zur Projektgestaltung

Erfahrungen mit dem Projekt aus Sicht des Projektträgers

Liegen Ihnen konkrete Ergebnisse/Auswertungen zum Projekt vor?

- nein, noch nicht
- ja, welche? (gerne auch Hinweise auf Publikationen, Vorträge, Ergebnisprotokolle, Links etc.)

Wie schätzen Sie den Erfolg des Projektes ein?

- gut mittel gering
- kein Effekt negativer Effekt/Fehlanreiz keine Angabe

Konnte ein Nachweis erbracht werden für einen Zusammenhang zwischen der Maßnahme (dem Anreiz) und dem Erfolg?

- ja, und zwar: _____
- nein

Sind unerwartete (positive oder negative) oder unerwünschte Effekte aufgetreten?

- ja, und zwar: _____
- nein

Werden/wurden die Patienten über das Projekt informiert?

- ja nein

Falls ja, wie war die Reaktion der Patienten darauf?

- positiv neutral negativ

Hatten Sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung/Organisation?

- ja nein

Falls ja, welcher Art? _____

Welche Unterstützung haben Sie bei der Einführung/Umsetzung des Projektes angeboten?
(Mehrfachauswahl)

- EDV Schulung
 Hotline Teilnehmertreffen
 Sonstige: _____

Haben Sie bei den Teilnehmern ein Feedback zu dem Projekt eingeholt?

- ja nein

Falls ja, wie war das Ergebnis?

- sehr zufrieden zufrieden neutral
 unzufrieden sehr unzufrieden

Hat es Abbrecher gegeben, wie hoch war die Abbrecherquote?

- nein < 10% < 25% < 50% > 50%

Hat sich das Projekt in finanzieller Hinsicht für Sie gelohnt?

- sehr wenig nein

Was haben Sie aus dem Projekt gelernt? Was würden Sie anders gestalten?

Geht das Projekt weiter?

- ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, was werden Sie verändern?

Welche Hinweise/exemplarischen Inhalte bezüglich des Projektes sind für Sie besonders erwähnenswert?

Fragebogen 4:
**Beschreibung und Erfahrungen mit dem Projekt
aus Sicht des Projektteilnehmers**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen auf dem Postwege oder per Fax an:

BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit
Kanzlerstraße 4
D-40472 Düsseldorf
Fax-Nummer: 0211 / 280 729 99

Allgemeine Angaben zu Ihrer Person

Frau / Herr _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Welches ist Ihr persönlicher Arbeitsbereich? _____

Welchem Bereich ist dies am ehesten zuzuordnen?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patientenversorgung | <input type="checkbox"/> Krankenhausadministration |
| <input type="checkbox"/> Krankenkasse/Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> Politische Selbstverwaltung |
| <input type="checkbox"/> Wissenschaft | <input type="checkbox"/> Patientenvertretung |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |

Dürfen wir Sie bei Rückfragen kontaktieren? (bitte mit Name, Telefonnummer und Email-Adresse angeben; alle Ihre Daten werden selbstverständlich nur für die Zwecke dieser Befragung genutzt und keinen Dritten zugänglich gemacht.)

- ja nein

Beschreibung von Projekten

Wenn Sie eines oder mehrere Projekte detailliert beschreiben oder uns eine ausführliche Projektbeschreibung zugänglich machen können, so wären wir sehr für Ihre Informationen dankbar!

Name des Projekts: _____

Ansprechpartner für das Projekt: (Kontaktdaten, falls bekannt)

Träger des Projekts?

Kurze Projektbeschreibung:

[Hier können Sie eine Projektbeschreibung oder einen Link zur Projektbeschreibung einfügen und/oder die folgenden Fragen beantworten.]

Falls Sie eine Projektbeschreibung beigefügt oder verlinkt haben, bitten wir Sie kurz zu prüfen, ob die Fragen dieses Abschnitts darin beantwortet sind.

Falls ja, können Sie zum nächsten Abschnitt springen („Erfahrungen mit dem Projekt aus Sicht eines Projektteilnehmers“).

Art des Projekts

Konzept Wissenschaftliche Studie Pilotprojekt

In der Routine realisiert Sonstiges: _____

Projektgröße

Zahl der Leistungserbringer: <10 10-100 >100 unbekannt

Zahl der Patienten: <100 100-1000 >1000 unbekannt

Vertragliche Grundlage (z. B. IV-Vertrag etc)

Partner des Projekts: (Mehrfachauswahl)

Krankenhäuser Praxen/MVZ Pflege/Pflegeeinrichtungen

Reha Sonstige: _____

Wie wird das Projekt finanziert? (Mehrfachauswahl)

zusätzlich bereitgestellte eigene Mittel (des Kostenträgers)

Einsparungen durch das Projekt selbst (shared savings)

Forschungsgelder

industrie-unterstützt

Sonstige: _____

Starttermin des Projekts? _____

Zeitliche Befristung des Projekts? _____

Welches Ziel verfolgt das Projekt? (Mehrfachauswahl)

- Qualitätsverbesserung (Struktur)
- Qualitätsverbesserung (Prozess)
- Qualitätsverbesserung (Ergebnis)
- Qualitätsverbesserung (Indikationsstellung)
- Kostensenkung/Kostenbegrenzung
- Effizienzsteigerung
- Verbesserung/Herstellen von Integration/Koordination
- Verbesserung von Zugang und/oder Versorgungsgerechtigkeit
- Korrektur von Unterversorgung
- Korrektur von Fehlversorgung
- Korrektur von Überversorgung
- Sonstige: _____

Welche konkrete Veränderung in der Patientenversorgung wird angestrebt?

Durch welche Maßnahme(n) soll diese Veränderung erreicht werden? (Mehrfachauswahl)

- Rückmeldung der Ergebnisse der Qualitätsmessung
- Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen (public disclosure)
- Erinnerungsfunktionen (reminder)
- Fortbildung (education)
- finanzieller Zugewinn für die Leistungserbringer
- drohender finanzieller Verlust für die Leistungserbringer
- sonstige Zusatzleistungen: _____
- sonstige Anreize, die sich z.B. auf Patienten beziehen: _____

Wie wird im Projekt Qualität/Performance gemessen?

Welche Qualitätsindikatoren werden eingesetzt?

Datengrundlage (Mehrfachauswahl)

- administrative Routinedaten medizinische Routinedaten
 speziell erhobene Daten Sonstige: _____

Wird das Projekt wissenschaftlich begleitet/evaluiert?

- nein
 ja, durch wen? Haben Sie nähere Informationen/Ergebnisse? _____

Sonstige wichtige Mitteilungen/Aspekte zur Projektgestaltung

Erfahrungen mit dem Projekt aus Sicht des Projektteilnehmers

Wenn Sie an einem der von Ihnen genannten P4P-Projekte teilnehmen oder teilgenommen haben, möchten wir Sie um folgende Mitteilungen bitten:

Projektname: _____

Ihr Teilnahmezeitraum: vom _____ [TT.MM.JJJJ] bis _____ [TT.MM.JJJJ]

Welches Ziel verfolgt das Projekt? Was sollen Sie im Rahmen des Projekts (konkret) anders machen?

Wie sinnvoll ist das Projektziel Ihrer Meinung nach?

- sehr sinnvoll sinnvoll mäßig sinnvoll nicht sinnvoll

Kommentar: _____

Hatten Sie Einfluss auf die Projektgestaltung?

nein

ja (welchen?) _____

Welche Voraussetzungen mussten Sie für die Teilnahme erfüllen? (z.B. auch strukturelle Voraussetzungen)

Welche Unterstützung haben Sie bei der Einführung/Umsetzung des Projektes erhalten?

- EDV Schulung Hotline Teilnehmertreffen

Sonstige: _____

Hatten Sie Schwierigkeiten bei der Umsetzung/Organisation?

- ja nein

Falls ja, welcher Art?

Wie hoch ist/war der Aufwand für Sie, um die benötigten Daten bereit zu stellen?

- viel zu hoch hoch akzeptabel kein zusätzlicher Aufwand

Liegen Ihnen konkrete Ergebnisse/Auswertungen zum Projekt vor?

- nein
 ja, welche? (gerne auch Hinweise auf Publikationen, Vorträge, Ergebnisprotokolle, Links etc.)

Wie schätzen Sie den Erfolg des Projektes ein?

- gut mittel gering
 kein Effekt negativer Effekt/Fehlanreiz keine Angabe

Hat das Projekt Ihnen ermöglicht, die Qualität der Patientenversorgung weiter zu verbessern?

- nein
 ja, und zwar inwiefern und wodurch?

Wussten Ihre Patienten, dass Sie an dem Projekt teilnehmen?

- ja nein

Falls ja, wie war die Reaktion Ihrer Patienten darauf?

- positiv neutral negativ

Wie war Ihre Bereitschaft zur Teilnahme am Anfang?

- hoch mäßig gering

Wie war Ihre Motivation dann im Verlauf des P4P-Projektes?

- sehr hoch hoch mittelmäßig
 gering sehr gering

Wovon hängt Ihre Motivation zur Teilnahme an P4P-Projekten ab?

Sind Sie vorzeitig aus dem Projekt ausgestiegen?

- nein
 ja, warum? _____

Wurde von den Projektträgern ein Feedback bei Ihnen eingeholt?

- ja nein

Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis des Projekts?

- sehr zufrieden zufrieden neutral
 unzufrieden sehr unzufrieden

Hat sich das Projekt für Sie in finanzieller Hinsicht gelohnt?

- sehr wenig nein

Was haben Sie aus dem Projekt gelernt? Was würden Sie gern anders haben?

Geht das Projekt weiter?

- ja nein

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, was werden Sie verändern?

Welche Einwände/Hinweise bezüglich des Projektes sind für Sie besonders erwähnenswert?

Anhang 6 Profilbogen für P4P-Projekte auf Basis der P4P-Taxonomie

(BQS-Institut, Stand 23.02.2012)

Profilbogen für P4P-Projekte auf Basis der P4P-Taxonomie

1. Projektrahmen		
1.1 allgemeine Beschreibung des Projekts 1.2 Träger, Vertragsrahmen 1.3 Mittelherkunft 1.4 Management des Projekts 1.5 Teilnehmer		
1.1 allgemeine Beschreibung des Projekts	Name des Projekts	<i>Freitext</i>
	Zeitraum der Performancemessung (Monats- und Jahresangaben)	<i>Freitext</i>
	Projektgröße	<input type="checkbox"/> klein (<10 Teilnehmer und <100 Patienten) <input type="checkbox"/> mittel (sonstige) <input type="checkbox"/> groß (>100 Teilnehmer oder >1000 Patienten)
1.2 Träger, Vertragsrahmen		<i>Freitext</i>
1.3 Mittelherkunft	Mittel aus dem Gesundheitssystem	<input type="checkbox"/> Umverteilung innerhalb des Projekts (z.B. durch Malus für Non-Performer) <input type="checkbox"/> Einsparungsförderung (shared savings) <input type="checkbox"/> Einbehalt von Teilnehmern <input type="checkbox"/> Einbehalt auch von Nicht-Teilnehmern (z. B. Kürzung des Gesamtbudgets zugunsten P4P)
	zusätzliche Drittmittel von außerhalb des Gesundheitssystems	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? (<i>Freitext</i>)
1.4 Management des Projekts	Wird eine Evaluation durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? (<i>Freitext</i>)

1. Projektrahmen		
1.1 allgemeine Beschreibung des Projekts 1.2 Träger, Vertragsrahmen 1.3 Mittelherkunft 1.4 Management des Projekts 1.5 Teilnehmer		
1.5 Teilnehmer	Freiwillige Teilnahme der Versorger	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Gibt es Voraussetzungen zur Teilnahme der Projektpartner?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche? (Freitext)
	Gibt es eine Hotline oder anderen Support für die Teilnehmer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	War/ist Mitwirkung der Teilnehmer bei Gestaltung des Modells möglich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

2. Projekthalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich 2.2 Performancemessung 2.3 Anreizkonzept: Intervention 2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
2.1 Projektziel/ Thema/ Leistungsbereich	Beschreibung Projektziel	Versorgungsbereich (Freitext) Ziele (Freitext) Zugrunde liegende Evidenz (Freitext)
	Versorgungsart	<input type="checkbox"/> Primärprävention <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Rehabilitation

2. Projektinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
	"Sektor"	<input type="checkbox"/> ambulant hausärztlich <input type="checkbox"/> ambulant fachärztlich <input type="checkbox"/> zahnärztlich <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> übergreifend
	vermutete Versorgungssituation	<input type="checkbox"/> Unterversorgung <input type="checkbox"/> Überversorgung <input type="checkbox"/> Fehlversorgung
2.2 Performancemessung	Art der Messung	<input type="checkbox"/> Status: Vorhandensein <input type="checkbox"/> qualifizierter Status <input type="checkbox"/> quantitativ: Zahl <input type="checkbox"/> quantitativ: statistische Beschreibung
	Qualitätsdimension	<input type="checkbox"/> Struktur <input type="checkbox"/> Prozess <input type="checkbox"/> Ergebnis
	besondere Themen	<input type="checkbox"/> Zugang zur Versorgung (access) <input type="checkbox"/> Versorgungsgerechtigkeit (equity) <input type="checkbox"/> Indikationsstellung <input type="checkbox"/> patientenzentrierte Aspekte (patient reported experiences, patient reported outcomes) <input type="checkbox"/> Integration/Koordination der Versorgung <input type="checkbox"/> Kostensenkung/-begrenzung/Effizienzsteigerung <input type="checkbox"/> bevölkerungsbezogene Aspekte
	Organisation der Versorger	<input type="checkbox"/> einzelne Versorger <input type="checkbox"/> mehrere Versorger gemeinschaftlich

2. Projekthinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
	Datengrundlage	<input type="checkbox"/> Beschreibung inkl. ggf. erforderlicher Strukturen/Software) <input type="checkbox"/> administrative IT-/Routinedaten <input type="checkbox"/> medizinische IT-/Routinedaten <input type="checkbox"/> Zusatzerhebung (P4P-Modell-bedingt) <input type="checkbox"/> Befragung Zuweiser/Nachbehandler/Patienten <input type="checkbox"/> externe Datenvalidierung
	Qualitätsbereich und Richtung	<input type="checkbox"/> Zielforderung (kontinuierlich) <input type="checkbox"/> Schwellenforderung <input type="checkbox"/> Korridorforderung <input type="checkbox"/> Sentinel Event
	Referenzbereich	<input type="checkbox"/> absolut <input type="checkbox"/> relativ zu anderen Teilnehmern (ranking)
	Risiko-adjustierung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Sonderregelungen	vorab definierte Sonderregelungen für chronisch Kranke/Multimorbide? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>) vom Versorger frei definierte Ausnahmen (exception rules)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>) Sonderregelung für Innovationen (vs. Leitlinientreue)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>)
2.3 Anreizkonzept:	Beschreibung des Anreizkonzeptes	<i>Freitext</i>

2. Projektinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
Intervention	gleichzeitige nicht-P4P-Interventionen	<input type="checkbox"/> Edukation <input type="checkbox"/> Reminder <input type="checkbox"/> Feedback <input type="checkbox"/> public disclosure <input type="checkbox"/> fixe Abläufe / forcing function (z. B. fest vorgegebene Pathways) <input type="checkbox"/> Anreize für Patienten <input type="checkbox"/> gezielte Patientenzuweisung (z. B. Versicherte)
	nicht-monetäre Zusatzleistung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (<i>Freitext</i>)
	P4P-Anreize (Incentives)	Risikorahmen für Versorger <input type="checkbox"/> nur Gewinn ohne Verlustrisiko <input type="checkbox"/> Gewinn und Verlust möglich <input type="checkbox"/> nur Verlustrisiko
		Algorithmus zur Festlegung der Bonus-/Malusempfänger: <input type="checkbox"/> alle teilnehmenden Versorger erhalten einen Bonus <input type="checkbox"/> der Grenzwert zwischen guter und schlechter Qualität ist als absolute Indikatorschwelle definiert <input type="checkbox"/> der Grenzwert zwischen guter und schlechter Qualität ist eine relative Indikatorschwelle (z. B. Perzentile im Teilnehmer-Ranking) <input type="checkbox"/> Auslöser für die Vergütung ist eine Verbesserung im Indikatorergebnis (<i>Beschreibung durch Freitext</i>)
		Vergütungshöhe <input type="checkbox"/> Festbetrag <input type="checkbox"/> Vergütungshöhe korreliert mit Indikatorergebnis <input type="checkbox"/> Vergütungshöhe korreliert mit anderen Kennzahlen (z. B. Fallzahlen, Ranking)

2. Projekthinhalte		
2.1 Projektziel / Thema / Leistungsbereich		
2.2 Performancemessung		
2.3 Anreizkonzept: Intervention		
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		
		Höhe in Relation zu regulärer Vergütung <input type="checkbox"/> hoch \geq 5% <input type="checkbox"/> gering $<$ 5%
	Zielgruppe für die Anreize	<input type="checkbox"/> einzelne Personen <input type="checkbox"/> eine Einrichtung (Versorger) mit mehreren Personen (Versorgenden) <input type="checkbox"/> mehrere Einrichtungen (Versorger)
	Zeitlicher Abstand zwischen Versorgung und Bonus- / Malusgewährung	<i>Freitext</i>
2.4 Maßnahmen zur Minderung von Nebenwirkungen und Manipulation		<i>Freitext</i>

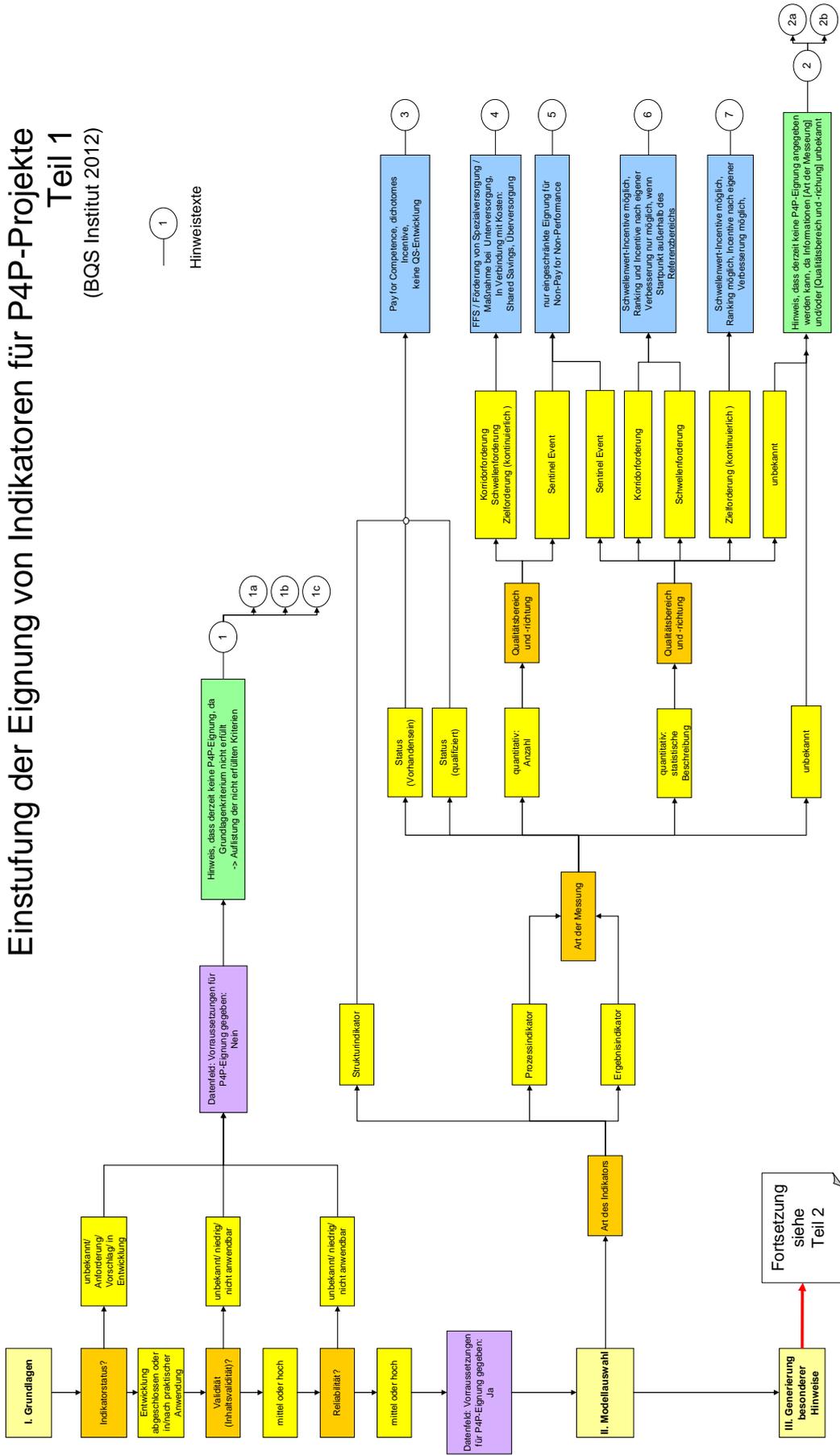
3. Projektergebnisse		
Projektergebnisse	Projekt beendet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Qualität verbessert? Effizienz erhöht? Allgemeine Beschreibung der Ergebnisse	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>Freitext</i>
	Projektziele wurden erreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

3. Projektergebnisse		
zukünftige Aktivitäten	Projekt wird fortgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
	Es soll weitere Projekte dieser Art geben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

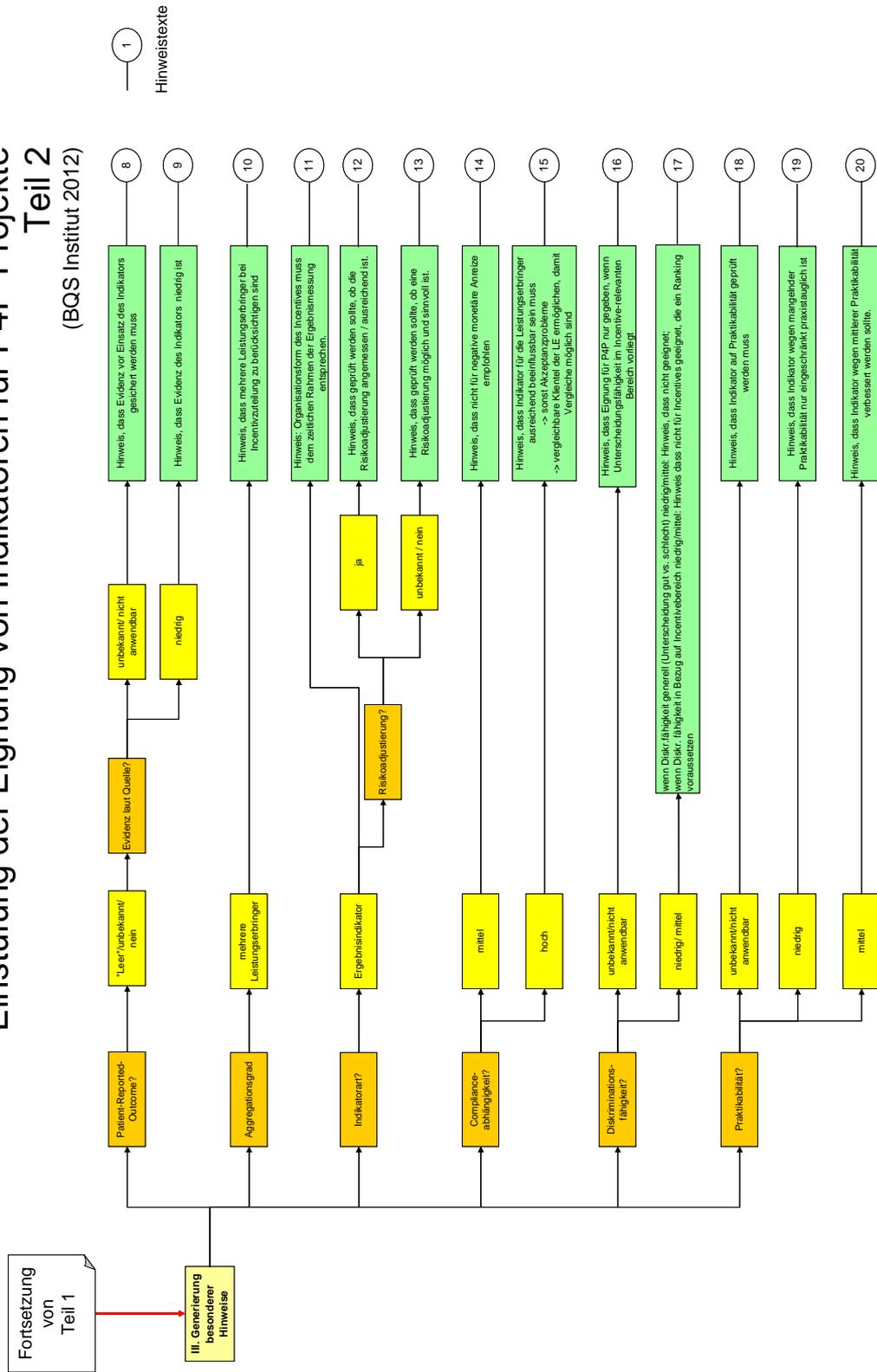
Anhang 7 Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte

Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte

Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte Teil 1 (BQS Institut 2012)



Einstufung der Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte Teil 2 (BQS Institut 2012)



Anhang 7 a Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte

Eignung von Indikatoren für P4P-Projekte

Hinweistexte

Texte bei Nicht-Eignung

1.

Der Indikator erfüllt nicht alle Vorbedingungen für einen Praxiseinsatz in P4P-Projekten.

1a.

Dieser Indikator liegt noch nicht in einer praxisfähigen Version vor bzw. es liegen noch nicht genügend Informationen hierzu vor [Indikatorstatus]. Dies sagt noch nichts über seine Wertigkeit aus. Ggf. ist er durch entsprechende Recherche- und Entwicklungsarbeit künftig für P4P-Projekte geeignet. Dies ist nach Vorliegen weiterer Informationen und einer umsetzungsfähigen Version erneut zu prüfen.

1b.

Über die Validität dieses Indikators gibt es keine Angaben, sie wurde als niedrig eingestuft oder eine solche Einstufung ist hier nicht anwendbar [Indikatorvalidität]. Falls dieser Indikator für Sie von Wichtigkeit ist, sollten Sie prüfen, inwieweit durch eine Konkretisierung oder Weiterentwicklung seiner Definition eine angemessene Validität erreichbar ist, um ihn für einen Einsatz in P4P-Projekten prüfen zu können.

1c.

Die Reliabilität dieses Indikators ist zu gering oder es liegen keine ausreichenden Informationen hierzu vor oder bei diesem Indikator ist eine solche Einstufung nicht anwendbar [Reliabilität]. Ggf. lässt sich durch eine Konkretisierung oder Weiterentwicklung des Indikators eine angemessene Reliabilität herstellen, um ihn für einen Einsatz in P4P-Projekten prüfen zu können.

Hinweise, wenn Eignung nicht angegeben werden kann

2.

Zu diesem Indikator liegen nicht alle notwendigen Informationen für einen Praxiseinsatz in P4P-Projekten vor.

2a.

Bei diesem Indikator fehlt die Angabe, welche Art der Qualitätsmessung vorliegt. Dadurch ist eine Aussage, ob und in welcher Form ein Einsatz für P4P in Frage kommt, nicht möglich.

2b.

Notwendige Angaben zur Art des Qualitätsbereichs und der Qualitätsrichtung fehlen. Sie sind für die Zuordnung geeigneter Incentive-Modelle wichtig. Ggf. ist diese Lücke mit entsprechender Recherche oder Entwicklungsarbeit zu schließen, so dass eine weitere Prüfung des Indikators auf seine Eignung in P4P-Projekten möglich wird.

Texte zur Eignung von P4P

3.

Dieser Indikator ist ein Status-Indikator, der die Existenz von geforderten Strukturen, Prozessen und qualifizierten Ergebnissen anzeigt, und er eignet sich in diesem Rahmen für P4P-Projekte. Aufgrund seiner Dichotomie (Zweiwertigkeit) ist jedoch keine Förderung einer graduellen Qualitätsentwicklung möglich.

4.

Dieser Indikator gehört der Gruppe an, die sich prinzipiell und entsprechend ihrem konkreten Inhalt für Fee-for-Service-Projekte eignet, für die Behebung von Unterversorgung oder für die Förderung von Spezialversorgung. Im Zusammenhang mit Kosten können Indikatoren dieser Gruppe ggf. auch in Shared-Savings-Projekten und zur Behebung von Überversorgung eingesetzt werden.

5.

Dieser Indikator zeigt ein seltenes, sehr gravierendes Ereignis an (Sentinel Event). Im Allgemeinen sind solche Indikatoren nicht für P4P-Projekte geeignet, im Einzelfall lediglich für Non-Pay for Non-Performance.

6.

Dieser Indikator lässt sich mit Anreizen verbinden, die sich eines Schwellenwerts bedienen, die ein Ranking vorsehen oder auch die relevante Verbesserung eines Leistungserbringers belohnen, wenn dieser zu Beginn der Beobachtungszeit den Anforderungslevel noch nicht erreicht hatte.

7.

Diesem Indikator liegt eine durchgehend kontinuierliche Performancewertung zugrunde, so dass er sich für P4P-Projekte mit Ranking-Anreizen, Verbesserungs- und Schwellenwert-Anreizen eignet.

Hinweistexte

8.

Der Autor hat für diesen Indikator keine Evidenz angegeben oder eine Evidenzaussage kann derzeit nicht getroffen werden. Die Evidenz dieses Indikators sollte vor seinem Einsatz recherchiert werden.

9.

Der Indikator hat laut Autor eine niedrige Evidenz und ist daher nur bedingt für einen Praxiseinsatz tauglich.

10.

Dieser Indikator umfasst mehrere Leistungserbringer und/oder Sektoren. Dies sollte ggf. bei der Gestaltung der Anreize berücksichtigt werden.

11.

Bei Ergebnisindikatoren muss darauf geachtet werden, dass der Zeithorizont der Performance-Messung (z. B. Ergebnisse beim Ein-Jahres-Follow-up) mit der Organisation der Anreize (Zuteilung der Finanzierung auf der Basis der Ergebnisse) kompatibel ist.

12.

Für P4P-Projekte, die auf Ergebnisindikatoren beruhen, ist eine angemessene Risikoadjustierung von großer Wichtigkeit. Daher sollte die Risikoadjustierung des Indikators vor Einsatz in der Praxis nochmals überprüft werden.

13.

Für P4P-Projekte, die auf Ergebnisindikatoren beruhen, ist eine angemessene Risikoadjustierung von großer Wichtigkeit. Daher sollte vor Einsatz des Indikators in der Praxis überprüft werden, ob eine angemessene Risikoadjustierung möglich ist.

14.

Dieser Indikator ist zu einem nicht unerheblichen Teil abhängig von der Compliance der Patienten. Er wird daher für negative monetäre Anreize nicht empfohlen.

15.

Dieser Indikator ist in hohem Maße von der Compliance der Patienten abhängig. Er sollte nur eingesetzt werden, wenn das Performance-Ergebnis durch die Leistungserbringer ausreichend beeinflussbar ist und die Compliance der Patienten im Benchmark des Indikators angemessen berücksichtigt werden kann.

16.

Bei diesem Indikator liegt keine Information vor, in welchem Maße er gute von schlechter Qualität zu unterscheiden vermag (Diskriminierungsfähigkeit). Es muss überprüft werden, ob diese Diskriminierungsfähigkeit in ausreichendem Maße gegeben ist und ob sie zum Differenzierungsmuster des Anreizsystems passt.

17.

Dieser Indikator kann ggf. die Qualität der teilnehmenden Leistungserbringer nur eingeschränkt unterscheiden. Er sollte daher nicht mit Ranking-bezogenen Anreizen verwandt werden. Wenn der Indikator generell nur eingeschränkt gute von schlechter Qualität unterscheiden kann, dann ist dieser Indikator für P4P-Projekte nicht geeignet.

18.

Bei diesem Indikator liegen keine Informationen über die Praktikabilität vor. Es muss überprüft werden, ob eine ausreichende Praktikabilität für einen Praxiseinsatz vorliegt.

19.

Der Indikator hat nur eine geringe Praktikabilität und ist daher nur eingeschränkt praxistauglich. Insbesondere sollten Wege gesucht werden, die Praktikabilität des Indikators zu erhöhen.

20.

Dieser Indikator wurde als eingeschränkt praktikabel eingestuft. Bei Praxiseinsatz sollte versucht werden, die Praktikabilität insbesondere bei der Dokumentation oder Auswertung zu verbessern.