

# IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –



10 / 2014

Qualitätswettbewerb: Kulturwandel  
durch Pay for Performance (P4P)?

von Dr. Andreas Meusch

# IMPLICONplus

– Gesundheitspolitische Analysen –

## **Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek**

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über [dnb.ddb.de](http://dnb.ddb.de) abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet

Gestaltung: roman und braun medienproduktionen

Umschlaggestaltung: Robert Roman

Internet: [www.implicon.de](http://www.implicon.de)

ISSN: 2199-4986

## Qualitätswettbewerb: Kulturwandel durch Pay for Performance (P4P)?

von Dr. Andreas Meusch

**Die Qualitätsorientierung im Gesundheitssystem darf nicht nur als Frage der Honorierung oder der rechtlichen Bestimmungen diskutiert werden. Sie ist insbesondere eine Frage der Einstellung, eine Kulturfrage. Allerdings hat die Rechtsordnung und auch die Vergütung eine Bedeutung, um diesen Kulturwandel zu befördern oder zu behindern. Hier kann Pay for Performance (P4P) eine wichtige Rolle spielen, weil es mehr ist als eine Vergütungsform, nämlich ein Instrument, den Kulturwandel in Richtung Qualitätsorientierung zu beschleunigen. Die bisher nicht wirklich überzeugenden Erfolge von P4P lassen sich auch darauf zurückzuführen, dass die kulturellen Voraussetzungen für eine Qualitätsorientierung nicht hinreichend berücksichtigt wurden. Dieser Kulturwandel benötigt Zeit und Geduld. Außerdem werden die (zukünftigen) Erkenntnisse der Verhaltensökonomik für den Erfolg von P4P eine wichtige Rolle spielen.**

Die Qualität der medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten hat die amtierende Regierungskoalition gleich im ersten Satz des gesundheitspolitischen Kapitels in den Koalitionsvertrag ins „Zentrum“ gestellt. Allein in den ersten 44 Zeilen kommt 19mal das Wort „Qualität“ vor. Der Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) liegt mittlerweile vor und dieser will „die Qualität der Versorgung weiterentwickeln“<sup>1</sup>. Der Entwurf reiht sich damit ein in die seit einigen Jahren bestehende Tradition, das allgemeine Qualitätsgebot des Paragraphen 2 Absatz 1 Satz 2 des Sozialgesetzbuches V<sup>2</sup> zu konkretisieren<sup>3</sup>. An der Entschlossenheit des Gesetzgebers, mit legislativer Wucht die Qualität ins deutsche Gesundheitswesen hinein zu implementieren, dürfte kaum ein Zweifel bestehen. In auffallendem Kontrast dazu stehen die überzeugenden Aktivitäten die Qualität real zu verbessern. Die Publikumszeitungen und Zeitschriften haben die Defizite in der Qualität der Versorgung längst als auflagenträchtigen Hype erkannt. Der „stern“ hat in den vergangenen fünf Jahren allein acht Beiträge zu Problemen mit Hüftendoprothesen veröffentlicht, nur um im aktuellsten davon einen Medizinrechtler mit dem Satz zu zitieren: „Jeder Toaster, den die Stiftung Warentest unter die Lupe nimmt, wird genauer geprüft“. Klinikkeime, zu viele Operationen, Pfusch in der Endoprothetik, tote Babys in den Säuglingsstationen: Gesundheitswesen-Bashing geht immer, hat aber nur zu oft traurige Berechtigung.

Es geht also um die Frage, wie bekommt man die Qualität im Gesundheitswesen raus aus den Schlagzeilen und rein in die Versorgung. Es ist wenig plausibel, dass hier Paragraphen der entscheidende Treiber zu mehr Qualität sind. Der Steuerbarkeit des Gesundheitswesens über Paragraphen, sind auf Grund der Komplexität des Systems ohnehin enge Grenzen gesetzt<sup>4</sup>.

## Was ist Qualität?

Qualität wird im Gesundheitswesen traditionell durch die Definition von Donabedian geprägt<sup>5</sup>, der diese in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität differenziert. Die Struktur- und Prozessqualität bezieht sich auf die Behandlungsdurchführung, während die Ergebnisqualität sich auf das medizinische Outcome bezieht<sup>6</sup>. In der traditionellen Definition bleiben ökonomische Effizienzaspekte außen vor. In dem hier zu Grunde liegenden Qualitätsverständnis ist er aber relevant. Gute Qualität ist nicht Selbstzweck, sondern es muss die Frage gestellt werden, ob die erreichte Qualität die eingesetzten Mittel rechtfertigt. In der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V hier die Konkretisierung des Effizienzgrundsatzes. Auch Ergebnisqualität wird im SGB V an mehreren Stellen ausdrücklich gefordert<sup>7</sup>.

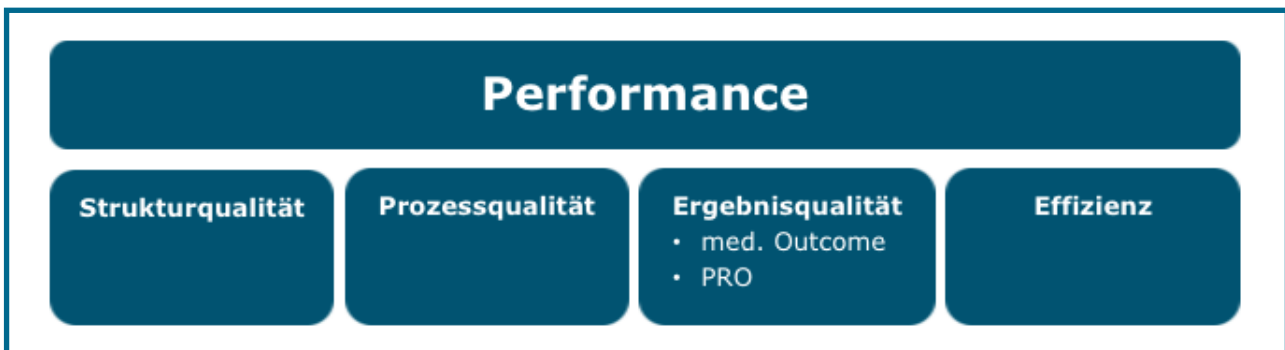
## Was ist P4P?

In dem „Performance“-Gedanken ist also die Aufwand-Nutzen-Relation zu berücksichtigen und somit Prozess und Ergebnis zusammen gedacht. P4P geht dann aber noch weiter: Auch bei der Bezahlung der Leistungserbringer soll die Performance eine Rolle spielen. Das ist die doppelte Provokation von P4P: Medizin hat eine wirtschaftliche Dimension, ihre Qualität lässt sich messen und in Geld übersetzen. Natürlich haben Ärzte zu allen Zeiten Geld für ihre Arbeit bekommen, also wurde schon immer medizinische Leistung in Geld übersetzt. Das qualitativ Neue ist, dass auch Nichtmediziner systematisch in diese Fragen einbezogen werden. Es geht also darum, die Rolle des Patienten zu stärken, seine Wahrnehmung im Behandlungsprozess mehr zu berücksichtigen und so das Definitionsmonopol der Ärzte in Frage zu stellen.

Die Fokussierung auf Ergebnisqualität im P4P Ansatz birgt das Risiko, den komplexen Prozess der Heilung und die Vielen, die daran beteiligt sind, nicht ausreichend abzubilden. In der angelsächsischen Literatur findet sich deshalb der Begriff, „Contracting for outcomes“, der den Prozess und die Vielen, die daran beteiligt sind, wieder stärker in den Blick bekommen will<sup>8</sup>. Da dieser Gedanke in dem P4P Konzept bereits vorhanden ist, soll in diesem Aufsatz P4P so verwendet werden, dass er dieses umschließt.

Das hier zu Grunde liegende Konzept von P4P lässt sich zusammenfassende wie folgt darstellen:

Abbildung 1: Die Elemente von P4P



Quelle: eigene Darstellung

P4P wird häufig mit den Begriffen der „Leistungsorientierten Vergütung“ oder der „Qualitätsorientierten Vergütung“ vermischt. Diese beiden Begriffe betonen relevante Aspekte von P4P. Das Gesamtkonzept ist aber umfassender, insbesondere durch die Betonung der aktiven Rolle der Patienten und der Transparenzforderungen. Die „Leistungsorientierte Vergütung“ spiegelt außerdem nicht deutlich genug den Qualitätsbezug wieder, während der Begriff der „Performance“ sehr viel eher mit der tatsächlich geleisteten Qualität und ihrem Ergebnis verbunden ist. Den Begriff der „Qualitätsorientierten Vergütung“ spiegelt nicht ausreichend den Effizienz-Gedanken wieder<sup>9</sup>. P4P ist also ein komplexes System<sup>10</sup> mit Feedbackschleifen, die sich wechselseitig verstärken. Es soll finanzieller Druck ausgeübt werden, schlechte Performance zu verringern, gute Performance attraktiv zu machen und so die Qualität insgesamt zu verbessern.

In Deutschland wurde 1977 mit der Umstellung von der ausgabenbezogenen Einnahmepolitik auf die einnahmebezogene Ausgabenpolitik durch das erste Kostendämpfungsgesetz die Definitionsmacht der Ärzte bei Vergütungsfragen durch das Gesetz beschnitten und eine gemeinsame Verantwortung von Ärzten und Krankenkassen für die Weiterentwicklung der Vergütung im engeren gesetzlichen Rahmen etabliert. Vergütungsmodelle wie z.B. Bonus-Malus Zahlungen<sup>11</sup> sind die Operationalisierung dieser Weichenstellung.

Jetzt geht das Konzept von P4P noch einen Schritt weiter und will auch die Patienten zumindest mittelbar berücksichtigen bei der Frage, welcher Arzt bekommt wofür wie viel Geld.

Durch P4P sollen aber nicht nur die Ökonomen an Einfluss auf die gesundheitspolitische Diskussion gewinnen, die ganze Bevölkerung soll in die Lage versetzt werden mitzureden. Transparenz über relevante Faktoren des Medizinbetriebs in Form von Public Reporting<sup>12</sup>

und die subjektive Meinung der Patienten, z.B. durch Patientenzufriedenheits-Indikatoren (englisch: Patient Reported Outcomes, PRO) sowie Transparenz über die Qualität von Gesundheitsdienstleistern (Public Disclosure) sollen nicht nur breit zugänglich sein, sondern auch bei der Vergütung der Ärzte eine Rolle spielen. Entscheidend ist aber, dass Public Reporting und Public Disclosure eine eigene Säule des Konzeptes sind, die die Patienten in die Lage versetzen sollen, über die Auswahl von Therapie und Therapeut mitzuentcheiden. Diese zweite Säule ist konstitutiv für das P4P Konzept und beschreibt den Transmissionsriemen, der vom Umschlagen eines Preiswettbewerbs zu einem Qualitätswettbewerb führen soll<sup>13</sup>:

Abbildung 2: Die Säulen von P4P



Quelle: eigene Darstellung nach Amelung, Volker; Zahn, Thomas; Studie, Pay-for-Performance (P4P)- Der Business Case für Qualität?, Berlin, 2009, S.7

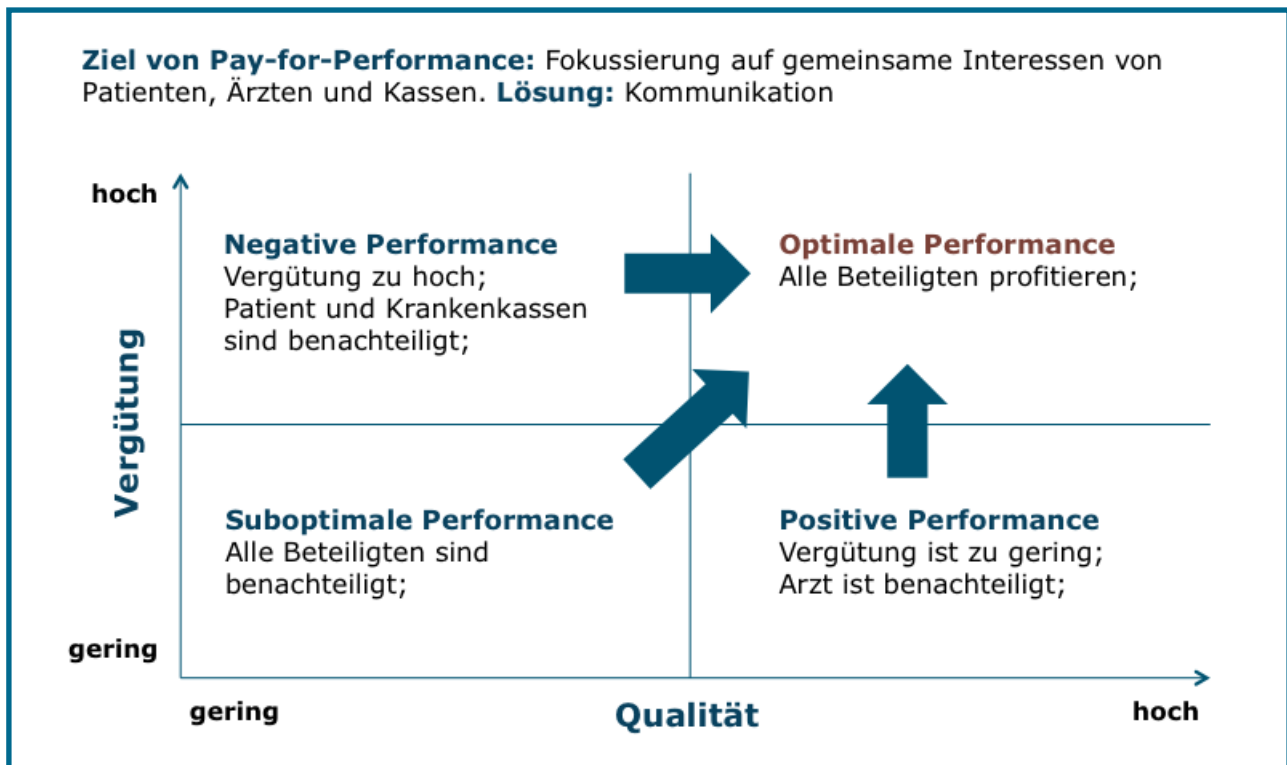
P4P ist also ein Werkzeug, um den Qualitätswettbewerb voranzubringen:

- „Patienten informieren sich und wählen Leistungsanbieter, die bessere Qualität bieten als der Durchschnitt,
- Leistungsanbieter mit besseren Leistungen werden besser bezahlt,
- die high quality Anbieter werden durch die Zuweiser bevorzugt,
- die Leistungsanbieter fühlen sich durch die Ergebnisse der Veröffentlichung von Qualitätsdaten in ihrer Reputation bedroht und reagieren entsprechend durch die Verstärkung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und die Verantwortlichkeit (accountability) der Stakeholder nimmt zu, somit auch das Vertrauen der Beteiligten in das Gesundheitssystem.“<sup>14</sup>

P4P hat also einen ganzheitlichen Ansatz und zielt darauf, bestehende Fehlanreize so zu verbessern, dass Patienten, Ärzte und auch Krankenkassen perspektivisch profitieren. Das Konzept geht davon aus, dass der Preiswettbewerb allein dazu führt, dass alle Beteiligten verlieren: Die Leistungserbringer, weil sie schlecht verdienen, die Patienten, weil sie schlechte Qualität erhalten und die Krankenkassen, weil sie perspektivisch für die Folgen der Qualitätsdefizite aufkommen müssen. Die nachfolgende Grafik soll verdeutlichen, wie durch P4P die Anreize so gesetzt werden, dass ein komplexes Pareto-Optimum entsteht:



Abbildung 3: Der Weg von P4P: Gute Qualität muss sich lohnen



Quelle: eigene Darstellung

## Was bisher geschah:

Der Ursprung von P4P hat zwei historische Wurzeln. Die erste soll in China liegen. Dort sollen die Ärzte nicht für die Behandlung der Krankheit bezahlt worden sein, sondern für den Erhalt der Gesundheit<sup>15</sup>. Man erhoffte sich davon, Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. So soll eine Ergebnisorientierung zur eigentlichen Zweckbestimmung des Gesundheitswesens führen, nämlich Gesundheit zu produzieren. Während diese Quelle nicht historisch verbürgt ist, finden wir im mesopotamischen Codex Hammurabi aus dem 18. vorchristlichen Jahrhundert Vorschriften für rigide Bonus-Malus-Regeln: Erhält der Arzt bei der Behandlung eines Katarakts das Auge, erhält er 10 Shekel Silber, zerstört er das Auge, soll seine Hand abgeschnitten werden<sup>16</sup>.

Dies macht schon deutlich, dass es wohl gute Gründe geben kann, sich von dieser zunächst so bestechenden Idee wieder abzuwenden. Für Ärzte wie für Patienten gibt es systematische Gründe gegen eine solche Vergütung:

- Die Selbstheilungskräfte des Patienten sind stark. Ob die Genesung trotz oder wegen der Intervention des Arztes erfolgt, ist auch heute selten kausal zu entscheiden.

- Andererseits ist es auch für einen Arzt wenig attraktiv, in einem solchen System zu arbeiten, weil sie damit auch für das finanziell einstehen muss, was Genetik, der einzelne Mensch, sein Umfeld und die Umwelt alles so bewirken. Wer also will, dass künftig noch Ärzte bereit sind, an der Gesundheitsversorgung teilzunehmen, dem sei angeraten, das Konzept der P4P nicht zu überdehnen, sondern auf das zu Fokussieren, was der Arzt durch sein Handeln auch beeinflussen kann. Das herauszupräparieren aus dem häufig komplexen und multikausalen Krankheitsgeschehen, beschreibt eines der Kernprobleme von P4P.

Warum hat man sich in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts dem Thema wieder verstärkt zugewandt? Sechs Aspekte kommen hier zusammen:

- Der gesellschaftliche Megatrend der Ökonomisierung aller Lebensbereiche macht auch vor dem Gesundheitswesen nicht halt. Nachdem die Soziologen in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts ihre gesellschaftliche Deutungsmacht eingeübt haben, sind aktuell die Ökonomen die wirkmächtigsten Spindoctors der westlichen Gesellschaften.
- Die Grenzen der finanziellen Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems verstärkten diesen Trend.
- Die Verfügbarkeit und Auswertbarkeit von Daten wird durch die Entwicklung in der EDV deutlich verbessert. Um in multifaktoriellen und komplexen Krankheitsverläufen Outcomes dem ärztlichen Handeln zuordnen zu können, bedarf es komplexer Logarithmen und aufwendiger Datenanalysen. Benchmarking, Matched-Pair-Verfahren oder prospektive Verfahren wie Predictive Modelling machen konzeptionellen und intellektuellen Aufwand und brauchen viel Rechnerkapazität.
- Die Kostendämpfungsbemühungen sind entweder gescheitert oder kommen an ihre Grenzen.
  - In den **USA** wird trotz der erheblichen Eigenbeteiligung der Versicherten z.B. bei Arzneimitteln<sup>17</sup> für 2015 befürchtet, dass der Anteil der Ausgaben im Gesundheitssektor 2015 auf 20 Prozent steigen könnte<sup>18</sup>. Eine kalifornische Qualitätsverbesserungsinitiative galt deshalb lange als „largest and most ambitious yet in the ‚pay for performance movement“<sup>19</sup>. Inzwischen bestehen aber Zweifel, ob P4P dort der richtige Ansatz ist, um die Ergebnisse für Patienten zu verbessern<sup>20</sup>.
  - In **Großbritannien** kam es nach der Phase der Kostenkontrolle und der Privatisierungsbestrebungen in der Ära Thatcher, in der Ära Blair zu Investitionsprogrammen mit Qualitätsanstrengungen<sup>21</sup>. 2004 wurde dort das weltweit größte P4P Programm gestartet „Quality and Outcomes Frame-



work“, in dem ein Viertel des Einkommens vom „Familydoctor“ von der Einhaltung definierter Qualitätsparameter abhängig gemacht wurde. Relevante P4P Elemente wurden inzwischen revidiert, so wurden organisatorische Indikatoren zum Teil durch Indikatoren wie Rauchen oder Übergewicht ersetzt. Außerdem wurde der Anteil der P4P Elemente am Einkommen bei den „family practitioners“ um ein Drittel gekürzt<sup>22</sup>.

- Und in **Deutschland** gilt seit dem ersten Kostendämpfungsgesetz aus dem Jahre 1977 die einnahmebezogene Ausgabenpolitik, die durch eine permanente Debatte über Effektivität und Effizienz im Gesundheitswesen begleitet wird. In diesem Kontext taucht das Thema Ergebnisorientierung Mitte der 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts auf, u.a. im Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, im Jahr 1995<sup>23</sup>.
- Außerdem ist eine Veränderung im Rollenverständnis der Ärzte zu sehen, die heute nicht mehr nur bzw. immer weniger als die Heilkunst praktizierenden Halbgötter in Weiß gesehen werden, sondern auch und das immer mehr als Anwender empirischer Erkenntnisse. Auch wenn zum Arzt noch immer die Aura des Schamanen gehört: Medizin ist inzwischen ohne Umsetzung empirischer und nicht nur kasuistischer Erkenntnisse nicht mehr *lege artis*. Allerdings ist bei sehr vielen Ärzten dieser sozialwissenschaftlich/empirische Anteil in ihrem Beruf noch nicht Teil des Selbstverständnisses<sup>24</sup>.
- Schließlich verändern sich auch die Rollen und das Selbstverständnis von Patienten, die zunehmend nicht nur Leidende sein wollen, sondern als mündige Patienten zumindest mitentscheiden wollen. Einem potentiellen Patienten stehen zur Beurteilung der Leistungsqualität und -fähigkeit eines Arztes aber kaum Ergebnisgrößen zur Verfügung. Durch eine stärkere Fokussierung auf das Ergebnis der Behandlung erhält der Patient mehr Gewicht.

## Zwischenfazit: Kultur ist mindestens so wichtig wie Geld

It's culture, stupid: Das kann als ein erstes Kernproblem bei der Implementierung von P4P nach diesem Parforceritt durch die Kulturgeschichte dieser Vergütungsform festgehalten werden: In den angelsächsischen Ländern setzt man auf Programme, in Deutschland auf Paragrafen und Bedenken: So warnt der Gesundheitsökonom und Versorgungsforscher Prof. Stefan Greß bei einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vor P4P<sup>25</sup> und der Verband der Christlichen Krankenhäuser in Deutschland (CKiD) tut ein Gleiches<sup>26</sup>. Der Präsident der Bundesärztekammer, Ulrich Montgomery weist darauf hin, dass Erfolg in der Automobilbranche nun einmal einfacher zu messen sei „als in der hochkomplexen Medizin“<sup>27</sup> und der Vorstandsvorsitzende der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung Andreas Gassen tut sich mit P4P schwer, ohne es abzulehnen, weil der Chef der niedergelassenen (sic!) Ärzteschaft fürchtet, dass die Qualität der Zimmer, des Essens und das Vorhandensein von Kabelfernsehen und WLAN im Vordergrund der Performancemessung stehen würden<sup>28</sup>.

„Falsche Anreize durch Pay for Performance?“ fragt die Ärzte Zeitung<sup>29</sup> und zitiert Professor Schrappe auf einer Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), der darauf hinwies, dass eine Orientierung der Vergütung an der erbrachten Qualität negative Anreize setzen könne. Was ist aber mit den 28 Studien, die Schrappe noch 2009 analysiert hatte und von denen 21 positive Effekte und nur vier ein negatives Ergebnis hatten<sup>30</sup>?

Natürlich ist es richtig, dass P4P nicht nur Vorteile hat, sondern auch strategiefähig ist<sup>31</sup>, wie jede andere Incentivierung. Haben Einzelleistungsvergütung und Pauschalen keine negativen Anreize? Die Hühner picken in jeder Lebenslage dort, wo die Körner liegen, nicht nur im Gesundheitswesen. Natürlich muss man Matthias Schrappe zustimmen<sup>32</sup>:

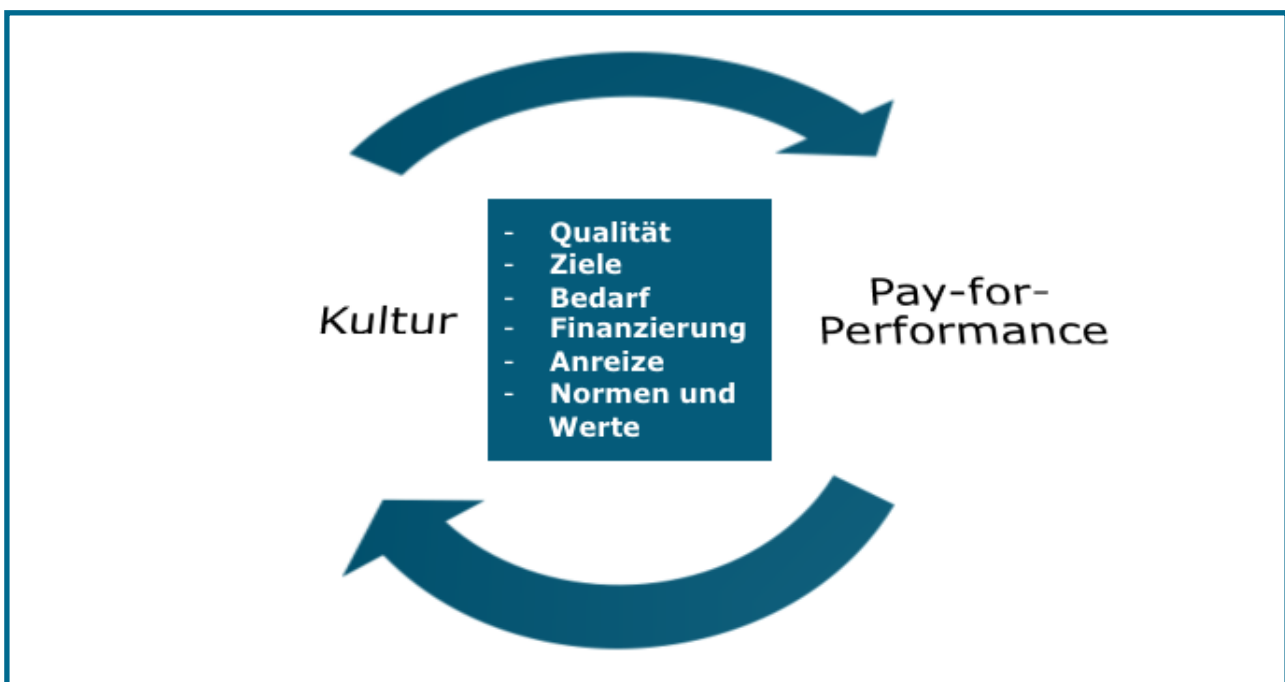
- „Gaming: Datenmanipulation,
- Early Discharge: Reduktion von Letalität und Komplikationen durch frühe Entlassung,
- Avoidance<sup>33</sup>: Risikoselektion,
- Outsourcing: Verlegung von Hochrisikopatienten,
- Defensive Medicine: Unterlassung riskanter, aber indizierter Behandlungsmethoden,
- Withdrawal: Reduktion der Behandlungen
- Tunnel Vision: Konzentration auf die für die Berichterstattung relevanten Bereiche unter Zurückstellung anderer qualitätsrelevanter Bereiche“.

Die erzielten Ergebnisse bei der Einführung von P4P in England sprechen dafür, diese Aspekte ernst zu nehmen<sup>34</sup>. Auch wenn die dort erzielten Ergebnisse nicht überzeugend sind, sollte dies nicht dazu führen, P4P ad acta zu legen. Es spricht aber viel dafür, P4P nicht als Vergütungsform einzuführen ohne die kulturellen Voraussetzungen mit zu berücksichtigen. Wenn die Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen durchgesetzt werden soll – unabhängig von der Frage von P4P muss Forschungsaufwand betrieben und Anstrengungen unternommen werden, die Rollenmuster und die Verhaltensweisen entsprechend auszurichten. Es ist notwendig, Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen als soziale Innovation zu begreifen<sup>35</sup>, anders formuliert: „Der wichtigste Vorteil von P4P liegt aber darin begründet, dass es die Entscheider dazu zwingt, über Ziele zu sprechen

und diese zu quantifizieren. Was ist wichtig? Was ist erreichbar? Wie können wir es erreichen? „Ein Gesundheitswesen, das darauf aufbaut, dass die Akteure sich in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit diesen Fragen auseinandersetzen, befindet sich auf einem richtigen und nachhaltigen Weg“<sup>36</sup>.

Forschungsarbeit wird notwendig sein, um die Wechselwirkung der verschiedenen Aspekte von P4P zu erforschen. Es wird hier die These vertreten, dass Fokussierung auf die extrinsischen Elemente und hier besonders auf die Vergütungsaspekte eine Ursache für die nicht immer überzeugenden Ergebnisse von P4P Konzepten ist. Kommt es durch die Überbetonung der extrinsischen Elemente zu dysfunktionalen Effekten, weil sie nicht kompatibel sind mit den intrinsischen Motivationen und den Reputationserwartungen? Welche Rolle spielen Gerechtigkeitsüberlegungen, die bei dem ethisch stark geprägten Arztberuf nicht vernachlässigt werden dürfen? Gibt es Framing Effekte? Spannende Fragen, auf die die Autoren keine Antwort gefunden haben. Es spricht aber sehr viel dafür die Erkenntnisse der Verhaltensökonomik stärker bei der Konzeption von P4P Projekten zu beachten, liefert sie doch relevante Hinweise darauf, dass materielle Anreize nicht unbedingt die gewünschte Wirkung entfalten<sup>37</sup>. Es gibt empirische Beispiele dafür, dass Verdrängungseffekte zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation, d.h. exogene Kontroll- und Strafinstrumente sich durchaus negativ auf eine bestehende (sozial vermittelte) Bereitschaft zu einem bestimmten Verhalten auswirken können<sup>38</sup>.

Abbildung 4: P4P als Prozess: Das Ganze ist mehr als die Summe der Teile



Quelle: eigene Darstellung

## Wie geht es weiter?

Es fällt auf, dass aktuell in Deutschland die skeptischen Stimmen zu P4P an Relevanz gewinnen. Wo sind deren Ursachen? – Denn ein Beispiel für ein P4P Projekt, das wirklich zu relevanten Problemen geführt hätte, kann es schon deshalb in Deutschland nicht geben, weil es bislang nur wenige Vorhaben dazu gab, die wohl kaum eine solche Ablehnungsfront verursachen können.

In Ermangelung von harten Gründen für die skeptischere Haltung gegenüber P4P in Deutschland sind wir auf Hypothesen angewiesen. Die erste dazu ist in diesem Aufsatz formuliert, nämlich die Notwendigkeit eines Kulturwandels, der jedoch Angst macht. Die Vielzahl von skeptischen Äußerungen zu einem Thema, das in der Versorgungsrealität in Deutschland noch gar nicht angekommen ist, lässt aber aufhorchen. The winds of change are blowing hard in the P4P direction.

Haben die Autoren der skeptischen Äußerungen ein feines Gespür dafür, dass die Politik trotz der vielen Paragrafen, in denen das Wort Qualität vorkommt nicht wirklich am Qualitätswettbewerb interessiert ist? So kann man es sehen, wenn man weiß, wie Gesundheitspolitiker von Ulla Schmidt über Daniel Bahr bis zu Jens Spahn im Zweifel auf den Preiswettbewerb und eben nicht auf den Qualitätswettbewerb setzen. Und man kann auch mit guten Gründen argumentieren, dass vorhandene Ansätze für einen Qualitätswettbewerb durch das Bundesversicherungsamt kaputtadministriert werden. Das AQUA Institut will selbst auf einem Symposium von Qualitätskliniken.de zum Thema P4P und im Grundsatzpapier des GKV-Spitzenverbandes<sup>39</sup> „eher rückwärtsgewandte Positionen“ gefunden haben. Und selbst ein Befürworter von P4P wie Georg Rüther vom Zweckverband freigemeinnütziger Krankenhäuser Münster und Ostwestfalen sieht die „Umsetzung noch in weiter Ferne“<sup>40</sup>. The winds of roll back are blowing hard in the P4P direction.

Ist es also Anlass, den Untergang des qualitätsorientierten Abendlandes zu verkünden? Sind die Vielzahl von Qualitätsvorschriften im SGB V nichts weiter als die Blumen auf dem Sarg der Qualitätsorientierung der Versorgung bei einer Beerdigung zweiter Klasse?

Ein klares NEIN! Vier Gründe:

- Menschen reagieren nun einmal auf Anreize. Geld und Anerkennung sind im Berufsleben die wichtigsten Anreize. Incentivieren kann man Menge oder Qualität. Im Moment wird Menge mehr gefördert als Qualität. Das können wir uns aus wirtschaftlichen wie humanitären Gründen nicht leisten. Zur Incentivierung von Qualität durch monetäre wie nicht monetäre Anreize gibt es also keine Alternative. P4P ist aktuell das beste dazu verfügbare Konzept. Wir freuen uns darauf, wenn uns jemand ein besseres zeigt.

- Im vorliegenden Referentenentwurf zum GKV-VSG steuert die Bundesregierung deutlich um von der präventiven Kontrolle von Versorgungsverträgen zu einer nachgelagerten Kontrolle. Jens Spahn rät den Ärzten zu mehr Gelassenheit. Sie sollten nicht jeden politischen Vorschlag als Vorwurf begreifen und nennt hier ausdrücklich die Qualitätsdebatte<sup>41</sup>. Das sind klare Signale, die Verantwortlichen im Gesundheitswesen sollten verantwortlich damit umgehen. Vielleicht gelingt es Deutschland mit dem neu gegründeten Qualitätsinstitut einen eigenen Weg zu finden, wie man zur Qualitätsorientierung im Gesundheitswesen kommt. Bismarck hat es schon einmal erfolgreich gezeigt, dass Reformen von oben sich zu einem Erfolgsmodell entwickeln können.
- Es gibt eine Vielzahl von Akteuren in allen relevanten Organisationen im Gesundheitswesen, die aus Überzeugung für einen Qualitätswettbewerb eintreten und auch wollen, dass sich Qualität wirtschaftlich lohnt.
- Qualität ist ein komplexes Problem, bei dem es nicht reicht, es als ein medizinisches, juristisches und ökonomisches zu betrachten. Es ist insbesondere auch ein Problem, das einen Kulturwandel voraussetzt. Dieser ist weder über Paragraphen noch über finanzielle Anreize allein zu bewirken, wohl aber dadurch, dass man miteinander redet. Dies Bedarf eines langen Atems und ist ein Generationenprojekt. Es gibt aber Beispiele dafür, wie so eine stille Revolution in den Köpfen stattfindet. P4P ist ein wichtiger Teil des miteinander Sprechens.

## Fazit

Die Hürden für Qualitätsorientierung und P4P in Deutschland sind höher als in anderen Ländern. Neben den zahlreichen kulturellen Hürden im Miteinander und objektiven Problemen bei der Definition von Qualitätszielen, fehlt hier eine Kultur des „Trial and Error“, die in angelsächsischen Ländern hilft, Neues zu etablieren. Das weitgehend korporatistische System mit seiner starken Fixierung auf normative Steuerung wirkt strukturkonservativ. Der notwendige Kulturwechsel auf eine konsequente Qualitätsorientierung des Gesundheitssystems braucht Zeit, Geduld und Ideen.

Dr. Andreas Meusch  
Rothenbaumchaussee 239  
20149 Hamburg  
mail@andreas-meusch.de

## Bibliographie

- 1 Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG), 13.10.2014. S. 2 und S.47
- 2 Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.
- 3 Insbesondere in Paragrafen, die neben der Nummer auch einen Buchstaben haben, also nachträglich eingefügt wurden, finden sich häufig rechtliche Forderungen nach Qualität bzw. Qualitätssicherung. Spitzenreiter ist § 25a SGB V zu organisierten Qualitätssicherungsprogrammen, in dem diese Begriffe zusammen achtmal auftauchen. Geht es nach der Häufigkeit von Hinweisen auf das Qualitätserfordernis in Paragrafen, muss man sich auch um die Qualität von Arznei- und Heilmittelvereinbarungen (§ 84 SGB V) wenig Sorgen machen. Mahnt der Gesetzgeber doch hier nicht nur zweimal Qualität an und fordert auch noch den qualitätsgesicherten Einsatz innovativer Arzneimittel, er kümmert sich auch um die Versorgungsqualität, Qualitätszuschläge, Qualitätsmerkmale, Qualitätsstandards und Qualitätsanforderungen. Wenig überraschend ist, dass sich die häufigsten Forderungen nach Qualität in den 18 Paragrafen des neunten Abschnitts des SGB V finden „Qualität der Leistungserbringung“.
- 4 **Meusch, Andreas:** Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive, in: Klusen/Meusch: Beiträge zum Gesundheitsmanagement Bd. 33, Baden Baden, 2011
- 5 **Donabedian, Avedis:** The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Bd. 1, Health Administration Press, 1980
- 6 **Emmert, Martin:** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen – Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, in: Schriften zur Gesundheitsökonomie Bd. 14, Norderstedt, 2008, S.15
- 7 § 134a Abs. 1a SGB V (Hebammenhilfe), 135a Abs. 2a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung), § 137 Abs. 1 und 1c SGB V (Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung)
- 8 Contracting for Outcomes, [www.outcomesbasedhealthcare.com](http://www.outcomesbasedhealthcare.com), Technical paper vom 14. Juli 2014
- 9 **Veit, Christof et al.:** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, BQS-Institut 2012, S. A 17/51
- 10 Weiterführende Literatur zu diesem Thema s. Meusch, Andreas: Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive, Baden Baden 2011: S. 402-406
- 11 **Veit, Christof et al.:** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung, BQS-Institut 2012, S. A32/51
- 12 **Emmert, Martin:** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen – Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, in: Schriften zur Gesundheitsökonomie Bd. 14, Norderstedt, 2008, S.124-160 und S. 259-336
- 13 **Amelung, Volker; Zahn, Thomas;** Studie, Pay-for-Performance (P4P) – Der Business Case für Qualität? Berlin, 2009, S.7 [www.inav-berlin.de/images/PDFs/p4p\\_der\\_business\\_case\\_fuer\\_qualitaet\\_studie\\_2009.pdf](http://www.inav-berlin.de/images/PDFs/p4p_der_business_case_fuer_qualitaet_studie_2009.pdf)
- 14 **Schrapp, Matthias:** Qualitätswettbewerb, Vorlesung vom 18. 4. 2009
- 15 **Breyer, Friedrich; Zweifel, Peter; Kifmann, Mathias:** Gesundheitsökonomik, 5. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York, 2005, S. 418.
- 16 **Fangerau, Heiner, Vögele, Jörg:** Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin: Unterrichtsskript für die Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf, 2005, S. 11
- 17 **Emmert, Martin:** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen- Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, in: Schriften zur Gesundheitsökonomie Bd. 14, Norderstedt, 2008, S. 22f.
- 18 **Tigges, Claus:** Amerika: Ein Sechstel der Wirtschaftskraft für die Gesundheit, in: FAZ vom 29.06. 2006
- 19 **Landro, Laura:** To get doctors to the better. Health Plans try Cash Bonus, in Wall Street Journal, 17.09.2004
- 20 **Ryan, Andrew M., Werner, Rachel M.:** Doubts about Pay-For-Performance in Health Care, in: HBR, 09.10.2013, HRB Blog Network, [blogs.org/2013/10/daubts-about-pay-for-performance-in-health-care](http://blogs.org/2013/10/daubts-about-pay-for-performance-in-health-care)
- 21 **Emmert, Martin:** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen- Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, in: Schriften zur Gesundheitsökonomie Bd. 14, Norderstedt, 2008, S. 37f.
- 22 **Roland, Martin; Campbell, Stephen:** Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom, in NEJM 370.20, 15.05.2014, S. 1944-1949
- 23 Sachverständigenrat für Konzentrierte Aktionen im Gesundheitswesen (Sondergutachten 1995), Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Kurzfassung, Baden-Baden, 1995



- 24 **Meusch, Andreas:** Moral Hazard in der gesetzlichen Krankenversicherung in politikwissenschaftlicher Perspektive, Baden Baden, 2011, S. 159-176
- 25 Anhörung zum GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG), in: Report zu dem Termin im Management Informationssystem Gesundheitspolitik des LetV-Verlages, Berlin, 21.05.2014
- 26 Gesundheit und Gesellschaft: Ohne Evaluation kein Pay for Performance, 17. Jahrgang, 9/2014, S. 13
- 27 **Quadbeck, Eva; Montgomery, Ulrich:** Interview: Die Rheinische Post: „Ärzte sollen weniger über Geld reden“, 27.05.2014
- 28 **Flintrop, Jens; Maibach-Nagel, Egbert; Montgomery, Ulrich; Gassen, Andreas:** Interview: Deutsche Ärzteblatt: „Wir haben hochmotivierte Ärzte“, 04.08.2014
- 29 Ärzte Zeitung online: Falsche Anreize durch Pay for Performance, 23.09.2014
- 30 **Schrappe, Matthias:** Qualitätswettbewerb, Vorlesung vom 18. 4. 2009
- 31 **Eijkenaar, Frank. et al:** Effects of pay for performance in health care: A systematic review of systematic reviews, in: Health Policy, 2013, 110(2), S. 115-130
- 32 **Schrappe, Matthias:** Qualitätswettbewerb, in: **Lauterbach, Karl W., Lungen, Markus, Schrappe, Matthias:** Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium, Stuttgart 2010, S. 349-355, S. 352
- 33 In der Literatur auch häufig unter „Cherry-Picking“ zu finden.
- 34 Es kam zu kurzfristigen Qualitätsverbesserungen bei zwei von drei chronischen Erkrankungsarten. Die Qualität von Behandlungsmerkmalen, die nicht mit materiellen Leistungsanreizen assoziiert waren, sank bei zwei Erkrankungsarten ab. **Campbell, Stephen M. et al.:** Effects of pay for performance on the quality of primary care in England, in: New England Journal of Medicine 2009 Jul23; S. 361-368; zit. nach [www.medknowledge.de/abstract/med/med2009/09-2009-43-p4p.htm](http://www.medknowledge.de/abstract/med/med2009/09-2009-43-p4p.htm); s. auch: **Campbell, Stephen M. et al.:** Implementing P4P in Australian primary care: lessons from the Unites Kingdom and the United States, in: Medical Journal of Australia, 2010, 198(7), S. 408-411;
- 35 **Kanitz, Ronja; Hentschel, Cornelia; Meusch, Andreas:** Was hat der Patient vom Innovationswettbewerb zwischen Krankenkassen? Die Bedeutung von sozialen Innovationen für die Selektivvertragsarbeit von Krankenkassen, in: Welt der Krankenversicherung, medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg, 4/2014, S. 83-86
- 36 **Amelung, Volker et al.:** Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung? in: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, 13. Jahrgang, 2013, Heft 2 (April), S. 7-15, S.14
- 37 **Gneezy, Uri; Rustichini, Aldo:** A Fine is a Price, in: Journal of Legal Studies, Chicago, Ill: Univ. of Chicago Press, 2000, Vol. 29, S. 1-18.
- 38 Beispiel Steuerzahlung, s.: **Döring, Thomas:** Staatsfinanzierung und Verhaltensökonomik – Zur Psychologie der Besteuerung (und Verschuldung) Erkenntnisstand und finanzpolitische Implikationen, sofia-Studien 13-1, Darmstadt, 2013, s. 53; [www.sofia-darmstadt.de/fileadmin/Dokumente/Studien/2013/Netzversion\\_Staatsfinanzierung\\_Verhaltensoekonomik\\_2013-07-03.pdf](http://www.sofia-darmstadt.de/fileadmin/Dokumente/Studien/2013/Netzversion_Staatsfinanzierung_Verhaltensoekonomik_2013-07-03.pdf)
- 39 Gemeint ist vermutlich das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes „Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung“, das zum Zeitpunkt des Zitates noch gar nicht offiziell verabschiedet war. Allerdings heißt es in einer Ergebnisniederschrift des Fachbeirats des GKV-Spitzenverbandes vom 18.06.2014 auf S. 7 zu der P4P Debatte: „Jetzt, da es ‚ernst‘ wird, werden kassenseitig erhebliche Bedenken geäußert...“
- 40 Ärzteblatt.de vom 08.10.2014: Ein Pro und Contra zu Pay for Performance; [www.aerzteblatt.de/nachrichten/60332/Ein\\_Pro\\_und\\_Contra\\_zu\\_Pay-for-Performance](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/60332/Ein_Pro_und_Contra_zu_Pay-for-Performance)
- 41 Ärzte Zeitung App: Spahn rät Ärzten zu mehr Gelassenheit, 14.10.2014, S. 4

Bitte besuchen Sie uns auch unter **[www.implicon.de](http://www.implicon.de)**. Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

**Impressum:****Herausgeber**

Dr. med. Manfred Albring  
Tel.: 030/431 02 95

**Redaktion**

Helmut Laschet (verantwortlich)

**Anschrift**

Warnauer Pfad 3  
13503 Berlin

**Layout**

Robert Roman  
Roman und Braun

## **Wissenschaftlicher Beirat:**

### **Dr. med. Jürgen Bausch**

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

### **Professor Dr. Gerd Glaeske**

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

### **Roger Jaeckel**

Leiter Gesundheitspolitik, GlaxoSmithKline GmbH & Co. KG

### **Professor Dr. Klaus Jacobs**

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

### **Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer**

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

### **Professor Dr. Eberhard Wille**

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats  
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen