Dr. med. Dagmar Hertle
Dr. med. Christof Veit

Pay-for-Performance in Deutschland: Von der Option zur Umsetzung

Die Gewährleistung guter Versorgungsqualität und die Notwendigkeit zur Steigerung der Effizienz im Gesundheitswesen bei anhaltender Finanzierungsproblematik bedarf neuer Wege effektiver Steuerung und zeitnahen Veränderungsmanagements. Eines der Konzepte hierzu ist die leistungsorientierte Vergütung (Pay-for-Performance, P4P). Insbesondere im angelsächsischen Raum gibt es eine mittlerweile nicht mehr überschaubare Zahl von Projekten, die die Vergütung von Leistungserbringern an die von ihnen erbrachte und durch Qualitätsmessung nachgewiesene Leistung koppeln. Sie folgen damit dem einfachen Prinzip, dass für bessere Qualität mehr gezahlt werden soll und für schlechtere weniger.

>> Es muss allerdings hinterfragt werden, ob dieses Prinzip so einfach auf das Gesundheitswesen übertragbar ist und ob eine leistungsorientierte Vergütung speziell in Deutschland eine Option sein kann. Zu dieser Frage hat das BQS-Institut im Auftrag des BMG ein wissenschaftliches Gutachten erstellt, das im August 2012 veröffentlicht wurde (Veit et al. 2012) und das in seinen Grundzügen hier dargestellt werden soll. Dabei geht es um folgende Themenkomplexe:

1. P4P: Projekte, Definition, Abgrenzung und Prinzipien
2. Wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von P4P-Ansätzen im Gesundheitswesen
3. P4P als Option für eine Steuerung im Gesundheitswesen in Deutschland
4. Fragen und praktische Aspekte des Einsatzes von P4P als (Steuerungs)-Instrument

Zusammenfassung

Pay-for-Performance (P4P) kommt innerhalb der verschiedenen Vergütungsformen eine herausragende Rolle zu, weil es zur Leistungsquantität auch die Leistungsqualität als Grundlage für die Vergütung heranzieht. Der vorliegende Beitrag definiert auf der Basis eines für das BMG erstellten umfangreichen Gutachtens (2012), was alles unter dem Begriff P4P insgesamt zu verstehen ist und fasst die aktuelle wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit einer leistungsorientierten Vergütung im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität aus der internationalen Literatur zusammen. Es wird deutlich, dass es sich bei P4P-Projekten um eine sehr heterogene Gruppe von Steuerungsinstrumenten handelt. Ein P4P-Modell, das die Erfassung und Analyse der einzelnen Bestandteile von P4P-Projekten und eine Darstellung der Komplexität ihres Zusammenwirkens ermöglicht, wird vorgestellt. Den unterschiedlichen Steuerungszielen werden finanzielle, aber auch nicht finanzielle Interventionen differenziert zugeordnet, sodass ersichtlich wird, in welcher Situation und unter welchen Voraussetzungen welche P4P-Elemente sinnvollerweise zum Einsatz kommen. P4P wird dabei als ein mögliches Werkzeug - neben anderen - angesehen, das situationsbezogen auf seine Nützlichkeit geprüft werden muss. Dabei sind die noch zu lösenden Probleme und Fallstricke zu beachten und es muss auf mögliche Nebenwirkungen geachtet werden. Wie bereits bestehende P4P-Projekte auf der Basis von Selektiv-Verträgen zeigen, ist eine praktische Umsetzung von P4P in Deutschland grundsätzlich möglich. Eine Erweiterung der bestehenden Möglichkeiten sowie ggf. eine aktive Förderung von P4P-Projekten erfordert weitere methodische Vorarbeiten und die Vorgabe klarer Rahmenbedingungen auf politischer Ebene.

Schlüsselwörter

Pay-for-Performance, P4P, leistungsorientierte Vergütung, Qualitätssicherung, Qualitätsindikator, Qualitätsmessung, Versorgungssteuerung, Versorgungsqualität, Versorgungsstrukturen, Indikationsstellung, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Motivation

Projekte, Definition, Abgrenzung und Prinzipien

P4P: Projekte

P4P stellt kein einheitliches Vorgehen oder Programm dar. Stattdessen weisen Projekte mit leistungsorientierter Vergütung ganz unterschiedliche Herangehensweisen und Ausprägungen auf. Neben den bekannten Großprojekten in England und den Vereinigten Staaten wie das Quality and Outcomes Framework (QOF) oder das Projekt der Integrated Healthcare Association (IHA) in Kalifornien, die einander ähneln, existieren zahlreiche kleinere Projekte, die sich speziellen Fragestellungen auf je eigene Weise widmen (zu QOF siehe Steel and Willems 2010; Gulliford et al. 2007; Hippisley-Cox et al. 2007; Fleetcroft and Cookson 2006; zum IHA-Projekt siehe Rodriguez et al. 2009; Damberg et al. 2009; Rosenthal et al. 2005; Cutler et al. 2007 sowie die Berichte der IHA von 2006 und 2009). Die eingesetzten Strategien reichen von einer zusätzlichen Vergütung bei Zielerreichung („Target-Payment"-Einsatz, Kouides et al. 1998) über ein Aussetzen der Vergütung bei Qualitätsmängeln („Non-Pay-for-Non-Perfomance") bis zum Verteilen von erreichten Einsparungen („Gainsharing", Weiss 2006, und „Shared Savings"-Ansätze, Conway und Clancy 2009) oder die Erweiterung vorbestehender Rabatt- und anderer Selektiv-Verträge um leistungsorientierte Vergütungsanteile bis hin zu sehr komplexen, sektorenübergreifenden Projekten mit Budget-Verantwortung der Versorger (Prometheus-Payment-Modell oder Accountable Care Organizations, de Brantes et al. 2010; Rastogi et al. 2009; Becker et al. 2011; Berenson und Burton 2011; Berwick 2011; McClellan et al. 2010).

Auch in Deutschland gibt es Pay-for-Performance-Projekte. Das größte, allerdings meist nicht als solches wahrgenommene P4P-Projekt in Deutschland ist die Fallzusammenführung bei stationärer Wiederaufnahme innerhalb der Grenzverweildauer. Im Rahmen dieser Regelung des DRG-Systems werden erneute stationäre Behandlungen wegen eingetretener Komplikationen nicht gesondert vergütet, d.h. es handelt sich um „Non-Pay-for-Non-Performance". Andere deutsche Projekte nutzen bestehende Selektiv-Verträge zur Vereinbarung qualitätsabhängiger Vergütungsbestandteile oder spezielle Modellverträge. (Details zu solchen Projekten finden sich im Gutachten, Teil A, 6.3).

P4P: Definition

Wenn Vergütungsregeln für Leistungen festgelegt werden, ist damit immer ein gewisses Maß an strategischer Lenkung verbunden. Insofern stellt der Versuch, über finanzielle Anreize die Gesundheitsversorgung zu steuern, nichts Neues dar. Pay-for-Performance als spezielle strategische Vergütungsform meint in diesem Zusammenhang die retrospektive Koppelung der Vergütung an das von einem Versorger erbrachte, durch Kennzahlen nachgewiesene Leistungsniveau. Durch differenzierende finanzielle Anreize sollen Versorger motiviert werden, ihre Versorgungspraxis im Hinblick auf Qualität und Effizienz des Gesundheitssystems nachhaltig und umfassend zu optimieren.

P4P: Abgrenzung

Davon abzugrenzen sind prospektive Formen der Vergütung, wie die

klassische Einzelleistungsvergütung und zwar auch dann, wenn sie an Qualitätsaspekte wie bestimmte Strukturvorgaben, Qualifikationsvoraussetzungen oder das Sammeln und Offenlegen von Qualitätsdaten geknüpft ist. Diese prospektiven Vergütungsformen werden in Abgrenzung zum retrospektiven Ansatz von Pay-for-Performance in der o.g. Definition als „Pay-for-Structure", „Pay-for-Competence" oder „Pay-for-Transparency" bezeichnet.

P4P adressiert Varianz

Die teilweise oder umfassende Koppelung der Vergütung an die nachgewiesenermaßen erbrachte Leistung basiert auf der Varianz der Versorgungsqualität zwischen den Versorgern und der Erkenntnis, dass auch im Gesundheitswesen trotz aller Bemühungen das Erreichbare an Qualität und Effizienz noch lange nicht erreicht ist. Die Ursprünge von P4P in den USA gehen auf Untersuchungen zurück, die kritische Aspekte der Versorgung darlegten: In den 1990er Jahren machten Publikationen zum Ausmaß von Behandlungsfehlern („To Err is Human", 1999) und zu erheblichen Qualitätsunterschieden in der medizinischen Versorgung („Crossing the Quality Chiasm", 2001) Furore. Auch in Deutschland zeigen die Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung die teilweise hohe Varianz der Versorgungsqualität.

P4P adressiert diese Varianz in der Versorgung. Den Unterschieden in der Versorgungsqualität wird dabei eine in der Höhe korrespondierende Vergütung zugewiesen. Dies soll letztlich dazu führen, die vorhandene Qualitätsvarianz auf möglichst hohem Niveau anzugleichen.

Aber es stellt sich die Frage, ob es eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die Annahme gibt, dass ein gezielter finanzieller Anreiz auch im gewünschten Sinne erfolgreich ist.

Wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von P4P-Ansätzen

Obwohl die Zahl der Publikationen zu Pay-for-Performance mittlerweile ein überwältigendes Ausmaß angenommen hat, ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit von gezielten finanziellen Anreizen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich weiterhin sehr dünn. Insbesondere hochwertige Studien oder Evaluationen stehen kaum zur Verfügung. In den wenigen verfügbaren Cochrane Reviews, die das Thema P4P behandeln (Giuffrida et al. 1999; update 2009; Gosden et al. 2000; update 2011; Thomas et al. 2010; update 2011; Scott et al. 2011; Flodgren et al. 2011), finden sich überwiegend Untersuchungen, die älter sind als 10 Jahre. Diese betreffen in der Regel nur sehr kleine Ausschnitte aus der Versorgungswirklichkeit (z.B. die Durchführung einzelner Impfungen, Kouides et al. 1998; Ritchie et al. 1992 u.a.) und können in den untersuchten Bereichen meist keine Wirksamkeit der eingesetzten finanziellen Anreize nachweisen. Auch nach aktuellen Updates in den letzten Jahren fanden kaum neuere Studien Eingang in die Cochrane Reviews. Dies liegt daran, dass auch aktuell nur wenige wissenschaftliche Studien gezielt zum Thema P4P durchgeführt werden und diese wenigen dann oft die Cochrane-Einschlusskriterien nicht erfüllen. Bei den meisten P4P-Projekten handelt es sich nämlich nicht um Studien, sondern um pragmatische Modifikationen der bestehenden Vergütungssysteme, initiiert von Kostenträgern (vor allem in den USA), oder um nationale Vergütungsreformen (NHS, England).

Diese werden meist verbunden mit weiteren Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und/oder zur Steigerung der Effizienz. Auch die weniger hochwertigen Studien (Fall-Kontroll-Studien, Evaluationen der großen P4P-Projekte vor allem aus den USA (Premier Hospital Quality Incentive Demonstration (PHQID), Physician Group Practice Demonstration (PGPD), Projekt der IHA-Californien) aber auch zum Quality and Outcomes Framework, QOF, (England), stellen keinen langfristigen Effekt der veränderten Vergütungsmodalitäten fest (zu PHQID siehe Grossbart 2006; Lindenauer et al. 2007; Glickman et al. 2007; Ryan 2009a und 2009b; de Vore et al. 2010; Fairman and Curtiss 2010; zu PGPD siehe Iglehart 2011; Wilensky 2011; Conway and Clancy 2009; Kautter et al. 2007). Vereinzelten Verbesserungen stehen bisweilen erhebliche Nebeneffekte gegenüber, wie z.B. die Selektion von Patienten, die Überversorgung mit bestimmten medizinischen Maßnahmen oder strategische Umgehungsversuche. Die häufigsten Studienlimitationen, die den wissenschaftlichen Nachweis einer Wirksamkeit von P4P-Elementen in den Vergütungsstrukturen beeinträchtigen, sind in Tab. 1 zusammengestellt.

Häufige Limitation von P4P-Studien
Fehlen einer Vergleichsgruppe
Fehlende Berücksichtigung zeitlicher Trends
keine klare Abgrenzung der Auswirkungen finanzieller Anreize von den Auswirkungen anderer qualitätsfördernder Maßnahmen, wie z.B. Leitlinienimplementierung, Feedback oder Einführung von Disease-Management-Programmen
fehlende Datenvalidierung
überwiegender Einsatz von Prozess- und Strukturindikatoren und kaum Ergebnisse zu Patientenoutcomes oder zu den Wirkungen auf der Population Health-Ebene

Tab. 1: Limitation von P4P-Studien.

Insbesondere das Zusammenwirken mit anderen die Qualitätsentwicklung steuernden Interventionen wie Feedback, Public Disclosure, Implementierung von Leitlinien sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen führt zu Interferenzen, die den klaren Nachweis der Wirksamkeit der finanziellen Intervention verhindern. Damit ist aber nicht gesagt, dass finanzielle Anreize keine Steuerungswirkung entfalten können; im Gegenteil kann belegt werden, dass die Veränderung finanzieller Anreize im Rahmen bisheriger Vergütungssysteme regelhaft zu Anpassungsvorgängen bei Versorgern und Versorgenden geführt hat (z.B. Norton 1992; Lester et al. 2010). Aus dem Mangel an Evidenz kann also nicht zwingend geschlossen werden, dass eine Steuerung im Gesundheitswesen im Sinne einer leistungsorientierten Vergütung nicht möglich ist. Die Frage, die es zu lösen gilt und auf die im Folgenden genauer eingegangen wird, ist, welche konkreten Steuerungsziele mit welchen zur Verfügung stehenden Mitteln erreicht werden können.

Bisher wurde in den meisten P4P-Projekten ein sehr pragmatischer Ansatz gewählt, d.h. sie wurden von denjenigen initiiert, die hofften, damit erfolgreich Kosten zu sparen und/oder die Versorgungsqualität anzuheben. Zu beklagen ist, dass die meisten dieser Initiativen nicht von einer ausreichenden Evaluation begleitet wurden. Die Projektbeschreibungen sind oft kasuistisch und unvollständig, so dass ein wissenschaftlich fundiertes, systematisches Lernen an den Projekten bisher kaum möglich war.

Beim Einsatz von P4P muss im Vorfeld genau geprüft werden, welche konkreten Ziele verfolgt werden und ob P4P-Elemente als Werkzeug hilfreich sein können, um diese Ziele zu erreichen. Das vielfältige P4P-Instrumentarium muss sorgfältig daraufhin geprüft werden, ob es in konkreten Situationen das Erhoffte leisten kann, wie es hierzu zu konfigurieren ist und welche unerwünschten Nebeneffekte auftreten können.

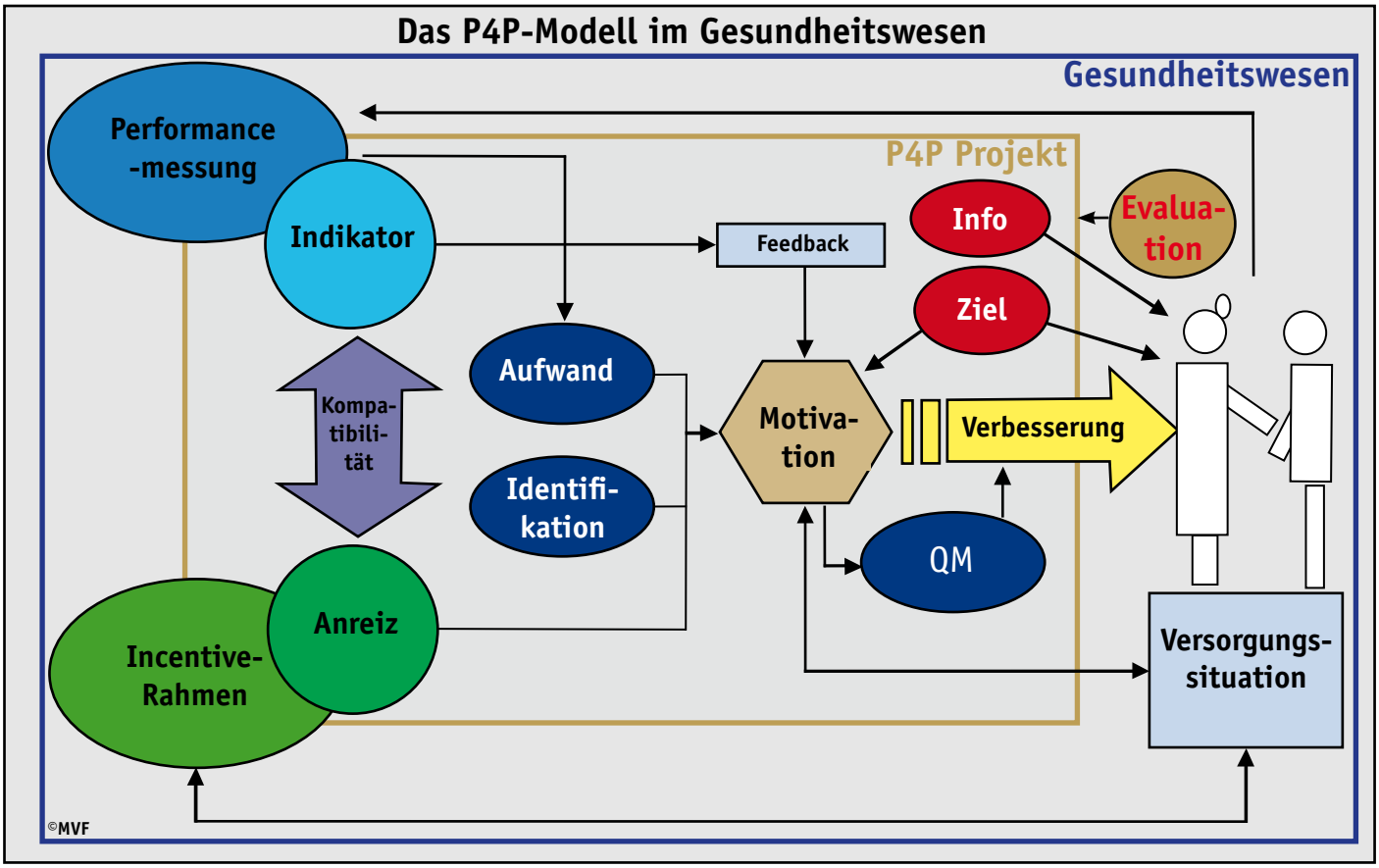


Abb. 1: Das P4P-Modell im Gesundheitswesen.

P4P als Option für eine Steuerung im Gesundheitswesen in Deutschland

Für einen Einsatz von P4P-Elementen ist es zunächst nötig, die wichtigsten Einzelelemente von P4P-Projekten zu identifizieren. Damit können dann P4P-Interventionen unterschiedlichster Erscheinungsformen systematisch beschrieben und in und in ihrem Zusammenwirken analysiert werden.

P4P-Modell:

Abbildung 1 stellt ein P4P-Modell vor, das alle wesentlichen Bestandteile umfasst und ein Verständnis der komplexen Zusammenhänge in P4P-Projekten ermöglicht, welche über eine simple (An-)Reiz-Reaktionskette weit hinausgehen. Das Modell ermöglicht darüber hinaus die Ableitung von P4P-Kategorien (Taxonomie), die in einer Projekt-Datenbank systematisch erfasst werden können. Ein entsprechender Profilbogen wurde entwickelt und ist im Gutachten zu finden (Teil D, Profilbogen für P4P-Projekte). Damit steht ein Beschreibungs- und Analysetool für P4P-Projekte zur Verfügung, das die systematische Erfassung und Auswertung von P4P-Projekten ermöglicht.

Steuerungsziele:

Ausgehend von einer als verbesserungsbedürftig angesehenen Versorgungssituation lassen sich zwei Ebenen darstellen, auf denen steuernde Interventionen Einfluss ausüben können, nämlich die Ebene der Versorgenden (Einzelpersonen) und die Ebene der Versorger (Systemebene/Institution).

Auf der Ebene des Verhaltens von Versorgenden hilft eine Anleihe beim Risikomanagement zum Verständnis der Interventionsmöglichkeiten und ihrer Wirksamkeit. Tabelle 2 zeigt den Zusammenhang zwischen verhaltensbedingten Mängeln, den dafür passenden Maßnahmen und den zur Verfügung stehenden Interventionsinstrumenten.

Auf der Systemebene lassen sich verschiedene Steuerungssituationen unterscheiden, die unterschiedliche Vorgehensweisen sinnvoll erscheinen lassen. Die Kategorisierung der Steuerungssituationen kann dabei helfen, die Ziele eines P4P-Projektes genau zu definieren und die

Das 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 (Edukation) 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 (Feedback). 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 Qualitätsmangagements unterstützt werden können. Eine prospektiv definierte Evaluation prüft kritisch die Zielerreichung und den Gesamtnutzen des Projekts.
(Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut).

Literatur

Becker, S./Rawlings, B./Walker, B./Dunn L. (2011): 50 things to know about the proposed. ACO regulations. Chicago: Becker's ASC Review

Berenson, R.A./Burton, R.A. (2011): Accountable care organizations in Medicare and the private sector: a status update. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation

Bernacki, R./ Ko, D. SIG Symposia and Concurrent Sessions. Peer Mentoring: An Innovative Model for Professional Advancement in Hospice and Palliative Medicine. In: 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

Berwick, D.M. (2011): Making good on ACO's promise – the final rule for the Medicare shared savings program. In: N Engl J Med 2011, 365/19: 1753-1756

Conway, P.H./Clancy, C. (2009): Transformation of health care at the front line. In: JAMA 2009, 301/7: 763-765

Cutler, T.W./Palmieri, J./Khalsa, M./Stebbins M. (2007): Evaluation of the relationship between a chronic disease care management program and california pay-for-performance diabetes care cholesterol measures in one medical group. In: J Manag Care Pharm 2007, 13/7: 578-588

Dalton, A.R./Alshamsan, R./Majeed, A./Millett, C. (2011): Exclusion of patients from quality measurement of diabetes care in the UK pay-for-performance programme. In: Diabet Med 2011, 28/5: 525-531

Damberg, C.L./Raube, K./Teleki, S.S./Dela, C.E. (2009): Taking stock of pay-for-performance: a candid assessment from the front lines. In: Health Affairs 2009, 28/2: 517-525.

de Brantes, F./Rastogi, A./Painter, M. (2010): Reducing potentially avoidable complications in patients with chronic diseases: the Prometheus Payment approach. In: Health Serv Res 2010, 45/6 Pt 2: 1854-1871

DeVore, S.D. (2010): Results from the first 4 years of pay for performance. In: Healthc Financ Manage 2010, 64/1: 88-92

Downing, A./Rudge, G./Cheng, Y./Tu, Y.K./Keen, J./Gilthorpe, M.S. (2007): 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. In: BMC Health Serv Res 2007, 7: 166

Fairman, K.A./Curtiss, F.R. (2010): Clinical quality indicators and provider financial incentives: does money matter? In: J Manag Care Pharm 2010, 16/5: 360-366

Fleetcroft, R./Cookson, R. (2006): Do the incentive payments in the new NHS contract for primary care reflect likely population health gains? In: J Health Serv Res Policy 2006, 11/1: 27-31

Flodgren, G./Eccles, M.P./Shepperd, S./Scott, A./Parmelli, E./Beyer, F.R. (2011): An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2011, 7: CD009255

Giuffrida, A./Gosden, T./Forland, F./Kristiansen, I./Sergison, M./Leese, B./Pedersen, L./Sutton, M. (1999): Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 1999, 4: CD000531

Glickman, S.W./Ou, F.S./DeLong, E.R./Roe, M.T./Lytle, B.L./Mulgund, J./Rumsfeld, J.S./Gibler, W.B./Ohman, E.M./Schulman, K.A./Peterson, E.D. (2007): Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. In: JAMA 2007, 297/21: 2373-2380

Gosden, T./Forland, F./Kristiansen, I./Sutton, M./Leese, B./Giuffrida, A./Sergison, M./Pedersen, L. (2000): Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2000, 3: CD002215.

Grossbart, S.R. (2006): What's the return? Assessing the effect of „pay-for-performance" initiatives on the quality of care delivery. In: Med Care Res Rev 2006, 63/1 Suppl: 29S-48S

Gulliford, M.C./Ashworth, M./Robotham, D./Mohiddin, A. (2007): Achievement of metabolic targets for diabetes by English primary care practices under a new system of incentives. In: Diabet Med 2007, 24/5: 505-511

Haaf, H.G./Volke, E./Schliehe, F. (2004): Neue Vergütungs- und Versorgungsformen und ihre Auswirkungen auf die Rehabilitation. In: Rehabilitation 2004; 43/5: 312-324

Hippisley-Cox, J./Vinogradova, Y./Coupland, C. (2007): Time series analysis for selected clinical indicators from the quality and outcomes framework 2001-2006. In: http://www.qresearch.org/Public_Documents/Time%20Series%20Analysis%20for%20selected%20clinical.pdf (zugegriffen am 04. Oktober 2012)

Iglehart, J.K. (2011): Assessing an ACO prototype – Medicare's Physician Group Practice demonstration. In: N Engl J Med 2011, 364/3: 198-200

Institute of Medicine of the National Academies (IOM). (1999): To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press

Institute of Medicine of the National Academies (IOM). (2001): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press

Integrated Healthcare Association (IHA). (2006): 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. Oakland: Integrated Healthcare Association (IHA)

Integrated Healthcare Association (IHA). (2009): Innovation through collaboration. The California pay for performance program. The second chapter, measurement years 2006-2009. Oakland: Integrated Healthcare Association (IHA)

Kautter, J./Pope, G.C./Trisolini, M./Grund, S. (2007): Medicare physician group practice demonstration design: quality and efficiency pay-for-performance. In: Health Care Financ Rev 2007, 29/1: 15-29

Kouides, R.W./Bennett, N.M./Lewis, B./Cappuccio, J.D./Barker, W.H./LaForce, F.M. (1998): Performance-based physician reimbursement and influenza immunization rates in the elderly. The Primary-Care Physicians of Monroe County. In: Am J Prev Med 1998, 14/2: 89-95

Lester, H./Schmittdiel, J./Selby, J./Fireman, B./Campbell, S./Lee, J./Whippy, A./Madvig, P. (2010): The impact of removing financial incentives from clinical quality indicators: longitudinal analysis of four Kaiser Permanente indicators. In: BMJ 2010, 340: c1898

Lindenauer, P.K./Remus, D./Roman, S./Rothberg, M.B./Benjamin, E.M./Ma, A./Bratzler, D.W. (2007): Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. In: N Engl J Med 2007, 356/5: 486-496.

McClellan, M./McKethan, A.N./Lewis, J.L./Roski, J./Fisher, E.S. (2010): A national strategy to put accountable care into practice. In: Health Affairs 2010, 29/5: 982-990

Norton, E.C. (1992): Incentive regulation of nursing homes. In: J Health Econ 1992, 11/2: 105-128

Rastogi, A./Mohr, B.A./Williams, J.O./Soobader, M.J./de Brantes, F. (2009): Prometheus payment model: application to hip and knee replacement surgery. In: Clin Orthop Relat Res 2009, 467/10: 2587-2597

Ritchie, L.D./Bisset, A.F./Russell, D./Leslie, V./Thomson, I. (1992): Primary and preschool immunisation in Grampian: progress and the 1990 contract. In: BMJ 1992, 304/6830: 816-819

Rodriguez, H.P./von Glahn, T./Elliott, M.N./Rogers, W.H./Safran, D.G. (2009): The effect of performance-based financial incentives on improving patient care experiences: a statewide evaluation. In: J Gen Intern Med 2009, 24/12: 1281-1288

Rosenthal, M.B./Frank, R.G./Li, Z./Epstein, A.M. (2005): Early Experience With Pay-for-Performance – From Concept to Practice. In: JAMA 2005, 294/14: 1788-1793

Ryan, A. (2009a): Hospital-based pay-for-performance in the United States. In: Health Econ 2009a, 18/10: 1109-1113

Ryan, A.M. (2009b): Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare patient mortality and cost. In: Health Serv Res 2009b, 44/3: 821-842

Scott, A./Sivey, P./Ait Ouakrim, D./Willenberg, L./Naccarella, L./Furler, J./Young D. (2011): The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2011, 9: CD008451

Steel, N./Willems, S. (2010): Research learning from the UK Quality and Outcomes
Framework: a review of existing research. In: Qual Prim Care 2010, 18/2: 117-125

Thomas, R.E./Russell, M./Lorenzetti, D. (2010): Interventions to increase influenza vaccination rates of those 60 years and older in the community (Review). In: Cochrane Database Syst Rev 2010, 9: CD005188

Veit, C./Hertle, D./Bungard, S./Trümner, A./Ganske, V./Meyer-Hofmann, B. (2012): 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. Düsseldorf: BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit. http://bqs-institut.de/aktuelles/298-2012-08-20.html.

Weiss, M.F. (2006): Gain your fair share: gainsharing makes a comeback. In: Semin Anesth 2006, 25/3: 183-186

Wilensky, G.R. (2011): Lessons from the Physician Group practice demonstration – a sobering reflection. In: N Engl J Med 2011, 365/18: 1659-1661

für die Zielerreichung passenden Interventionsinstrumente zu wählen. Dabei darf nicht vergessen werden, dass auch die Verbesserung, die auf der Ebene einer Institution sichtbar wird, immer auf die Motivation und die Verhaltensänderung auf der Ebene der Versorgenden angewiesen ist. Tabelle 3 benennt die möglichen Steuerungsziele, die Zielgruppen für die Interventionen und das zugrundeliegende Problem. Dem Ziel, das erreicht werden soll, wird sowohl die dafür notwendige Dokumentation zugeordnet als auch die erfolgversprechende Intervention. An dieser Stelle wird erneut ersichtlich, wie differenziert die Handlungskontexte sind und dass die einzelnen Bestandteile wie Dokumentation, Qualitätsindikatoren und Interventionsinstrumente genau aufeinander und auf das Projektziel abgestimmt sein müssen. Besonders zu betonen ist in diesem Zusammenhang, dass die alleinige Nennung von Qualitätsindikatoren nicht ausreicht, um Projektziele zu definieren und die Schlüssigkeit eines P4P-Projektes zu prüfen.

Fragen und praktische Aspekte des Einsatzes von P4P als (Steuerungs)-Instrument

Ausgehend von den dargestellten Steuerungszielen und den dazugehörigen Interventionen stellt sich die Frage, welche Probleme in der konkreten Umsetzung auftreten können und welche Fallstricke zu berücksichtigen sind. Im Einzelnen wird hier beispielhaft auf die folgenden Bereiche eingegangen: Qualitätsmessung, mögliche Nebenwirkungen von P4P, Evaluation und Akzeptanz.

Qualitätsmessung:

Während die Kosten der Versorgung durch ökonomische Kennzahlen prägnant repräsentiert werden (Preisbildung, Vergütungsfestlegung etc.), gibt es auf der Seite der Qualitätsdarlegung bislang keine entsprechenden umfassenden „Qualitätsäquivalente". Der ökonomischen Bilanz kann also derzeit keine adäquate umfassende Qualitätsbilanz gegenüber gestellt werden.

Im Bereich der Qualitätsmessung sind jeweils unterschiedliche Probleme bzw. Vor- und Nachteile der jeweiligen Indikatoren zu berücksichtigen, die bei der Verwendung für P4P-Projekte ggf. einer weiteren Entwicklung bedürfen. Am Beispiel von Ergebnisindikatoren wird dies dargestellt. Ergebnisindikatoren messen, was als Ziel intendiert ist, nämlich bessere Versorgungsqualität beim Patienten. Sie haben bei der Messung von Versorgungsergebnissen daher einen besonderen Stellenwert. Vorteilhaft ist ihre Offenheit für die innovative Gestaltung der Versorgung: Das Ergebnis, das zählt, kann auf unterschiedlichste Weise erreicht werden. Problematisch im Zusammenhang mit P4P kann aber sein, dass die Verantwortlichkeit für ein Behandlungsergebnis nicht eindeutig zuzuordnen ist oder dass der Zeitraum zu lang ist, der für die Feststellung eines bestimmten Outcomes benötigt wird (z.B. Überleben). Viele Ergebnisse hängen zudem sehr von der Compliance der Patienten ab oder sie sind aufgrund kleiner Fallzahlen nicht beurteilbar. Hier besteht Entwicklungsbedarf: Es muss Indikatoren zum Intermediate Outcome geben, die zuverlässig in der Lage sind, das langfristige Behandlungsergebnis frühzeitig vorherzusagen, damit eine sinnvolle Verknüpfung von Honorar und Ergebnis in akzeptablem zeitlichen Zusammenhang möglich wird. Jahresübergreifende, rollierende Verfahren in Kombination mit statistischer Prozesssteuerung können die Problematik kleiner Mengen lösen helfen und im Rahmen sektorenübergreifender Verantwortlichkeit können P4P-Projekte die Bildung neuer erfolgreicher Kooperationsstrukturen mit gemeinsamer Verantwortlichkeit gezielt fördern.

Entsprechende Vor- und Nachteile im Hinblick auf einen Einsatz in P4P-Projekten gibt es auch bei den Prozess- und Strukturindikatoren. Ein weiteres Entwicklungsfeld findet sich im Bereich der Indikationsstellung, da nicht nur die Qualität der Durchführung und das Ergebnis einer Maßnahme zu betrachten sind, sondern auch deren Angemessenheit. Indikationsindikatoren sind vor allem zur Eindämmung von überflüssiger Diagnostik und Therapie notwendig, aber auch beim Erkennen von Unter- und Fehlversorgung. Auch hierzu gibt es etliche gute Beispiele (Gutachten, Teil C, 3.5).

Bei der Planung von P4P-Projekten kann nicht davon ausgegangen werden, dass bereits vorhandene Indikatoren oder Indikatorensets ohne weiteres für P4P-Projekte einsetzbar sind. Die für die Qualitätsmessung verwendeten Indikatoren müssen geeignet sein für einen Einsatz im Rahmen einer leistungsorientierten Vergütung. Insbesondere muss die Kompatibilität von Indikator und Anreiz gegeben sein. Dies ist, wie Abb. 2 zeigt, keineswegs automatisch der Fall.

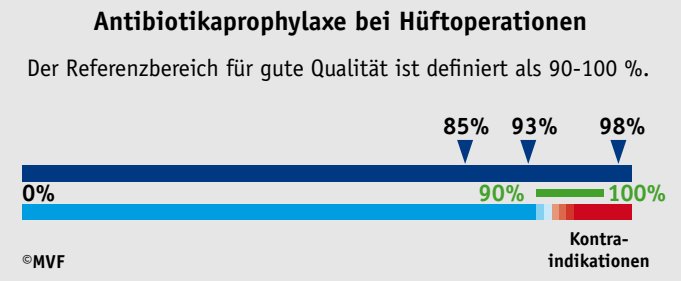


Abb. 2: Erläuterung am Beispiel Antibiotikaprophylaxe bei Hüftoperationen. Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut.

Viele Indikatoren, deren ideelle Zielgröße 0% (keine Komplikationen) oder 100% (alle Prozesse durchgeführt) ist, büßen in der Nähe des absoluten Zielwertes an Differenzierungsfähigkeit ein. Da jedoch Anreizsysteme oft daraufhin ausgelegt sind, in der Nähe des erwünschten Zielpunktes zwischen sehr guter und guter Qualität zu differenzieren, ist im Einzelfall genau zu prüfen, ob in diesem Bereich der Indikator wirklich noch eine ausreichende Differenzierungsfähigkeit besitzt. Zur Prüfung der Eignung von Qualitätsindikatoren für P4P wurden Kriterien definiert (Gutachten, Teil C, Kapitel 8). Der dafür entwickelte Prüfalgorithmus wurde in der Quinth-Indikatoren-Datenbank des GKV-Spitzenverbandes eingesetzt und an über 2.000 Indikatoren getestet.

Nebenwirkungen

Der bekannte Satz „was eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung" trifft auf P4P in umgekehrter Richtung zu: Zwar gibt es keine eindeutigen Nachweise einer Wirksamkeit finanzieller Anreize, jedoch kann aus auftretenden Nebenwirkungen auf die verhaltensmodifizierende Wirkung finanzieller Anreize geschlossen werden. Selektionseffekte sind hier an zentraler Stelle zu nennen und sie betreffen Versorger, Patienten und Maßnahmen. Die ganz überwiegend freiwillige Teilnahme von Versorgern an P4P-Projekten führt dazu, dass vorzugsweise motivierte Leistungserbringer mit guten Ergebnissen teilnehmen und Leistungserbringer mit Defiziten, bei denen eine Verbesserung sehr wünschenswert wäre, eher nicht teilnehmen oder abspringen. Ebenso verhält es sich mit den Patienten, die in ein Programm einbezogen werden: Im Rahmen des sog. Rosinenpickens werden Patienten mit hoher Compliance eingeschlossen, „schwierige" Patienten fallen unter die „exception rules" (Downing et al. 2007; Dalton et al. 2011). „Was nicht gemessen wird, ist nicht wichtig" drückt einen Selektionseffekt bezüglich der Maßnahmen aus, die mit Priorität durchgeführt

Zusammenhang zwischen verhaltensbedingten Mängeln		
Verhaltensbedingte Ursachen für Mängel	**Maßnahmen zur Mängelbehebung**	**Interventionsinstrumente**
Versehen, Flüchtigkeitsfehler	Sensibilisierung, Aufmerksamkeitsfokussierung, Verbesserung des Systems	Edukation, Feedback, Beheben von Konstellationen vor Ort, die das Versehen mitverursacht haben
Fehler	Transparenz der Leistung, Information, Wissensaktualisierung	Feedback, Edukation
Regelverletzung: gerechtfertigt	Verbessern des QS-Systems	Feedback
Regelverletzung aus motivierten Gründen, aber ungerechtfertigt.	Information, Soziale Aufmerksamkeit, Finanzielle Anreize	Feedback, Public Reporting, P4P Bonus/Malus
Regelverletzung aus Eigeninteresse	Finanzielle Sanktionen	Feedback, Public Reporting, P4P-Malus
mangelnde Ressourcen	Finanzielle Anreize	P4P-Bonus

Tab. 2: Zusammenhang zwischen verhaltensbedingten Mängeln, den dafür sinnvollen Maßnahmen und den dazu passenden Interventionen. Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut.

werden, und auch die Indikationsstellung für oder gegen bestimmte Maßnahmen stellt eine durch finanzielle Anreize beeinflussbare Größe dar und erfordert die Entwicklung und den Einsatz präziser Indikationsindikatoren. Auch Veränderungen im Kodierverhalten wurden mehrfach beschrieben. Sowohl das Aggravieren als auch das Bagatellisieren von Diagnosen mit entsprechendem „Up- oder Downcoding" konnte festgestellt werden und zwar je nachdem, was die höheren Boni versprach (z.B. Norton 1992). Kostenverlagerung in andere Bereiche durch Verlegung und Überweisung (Haaf et al. 2004) von Patienten in andere Einrichtungen sowie die Anpassung medizinischer Praxis im Sinne einer vorauseilenden Übererfüllung (z.B. Antibiotikagabe schon vor dem Nachweis einer Pneumonie, um einen Zeitkorridor im Zweifelsfall eingehalten zu haben) sind weitere nachweisbare Strategien zur Gewinnoptimierung (Bernacki und Ko 2010). Gegenmaßnahmen sind bereits im Vorfeld geplanter P4P-Projekte in die Überlegungen mit einzubeziehen und können als wirksame Dokumentationskontrollen, durch Einsatz präziser Indikationsindikatoren, durch Prüfung des Projekts auf Fehlanreize sowie durch eine ausreichende Risikoadjustierung zur Prophylaxe von Patientenselektion und durch die Verwendung umfassender Indikatorensets zum Ausschluss der Vernachlässigung bestimmter Versorgungsgebiete realisiert werden.

Evaluation:

Evaluation sollte ein fester Bestandteil aller P4P-Projekte sein, durch die das Erreichen der angestrebten Projektziele festgestellt werden kann. Für jedes Projekt ist zu fordern, dass prospektiv Erfolgskriterien festgelegt werden, deren Erreichen vorzugsweise durch neutrale Dritte untersucht wird. Als Messdimensionen kommen die Verbesserung

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	Grobe Qualitätsmessung zur Identifizierung und Lokalisierung potenzieller Qualitätsdefizite
Korrektur von Versorgungsmängeln	Eine Minderheit von Versorgern	Deutliche Abweichung von den Qualitätsvorgaben (Prozess- oder Ergebnisqualität) ohne ersichtlichen Grund	Auffälligkeitsanalyse, Klärung und Mängelbeseitigung	Verpflichtung zu gezielter, ausführlicher Dokumentation und Analyse im Bereich der auffälligen Versorger	Edukation, Feedback, 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	Edukation, Feedback, 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 Ereignisse	P4P als Shared Savings

Tab. 3: Übersicht über die Steuerungssituationen. Quelle: P4P-Gutachten BQS-Institut.

der medizinischen Versorgungsqualität, die Kostenentwicklung für die medizinische Versorgung, der Aufwand und die Kosten für das Projekt selbst sowie die Akzeptanz des Projekts bei Versorgern, Kostenträgern und Patienten in Frage.

Akzeptanz:

Der kritischste Erfolgsfaktor für P4P-Projekte ist ebenso wie für Qualitätssicherungsprojekte die Akzeptanz bei den Versorgern und den Versorgenden. Denn nur durch ihr Verhalten kann die Qualität der Vorsorgung beeinflusst werden. Dabei ist davon auszugehen, dass die primäre Motivation für eine gute Versorgung grundsätzlich vorhanden ist. Die gute bis sehr gute Versorgung durch die Mehrheit der Versorgenden sollte unterstützt werden. Bei festgestellten Versorgungsmängeln geht es aber einerseits um die Frage, wie diese bei motivierten Versorgenden behoben werden können und darum wie andererseits das Beharren auf defizitären Prioritäten bei einer Minderheit von Versorgern unterbunden werden kann. Als Voraussetzung für eine hohe Akzeptanz von P4P-Interventionen haben sich die folgenden Kriterien erwiesen:

Das Programm muss verstanden werden, die medizinische Relevanz der Qualitätsziele muss nachvollziehbar sein, der finanzielle Anreiz muss bedeutsam sein, vor allem im Hinblick auf den notwendigen Aufwand, die zur Veränderung notwendigen Ressourcen müssen vorhanden sein, das Programm muss als fair empfunden werden (hier ist vor allem an eine ausreichende Risikoadjustierung zu denken), das Programm sollte Feedbacks beinhalten, die für die Teilnehmenden nützlich sind, und mögliche unerwünschte Konsequenzen sollten im Vorfeld berücksichtigt worden sein.

Schlussbemerkung

Im Gegensatz zum angelsächsischen Ausland führen P4P-Projekte in Deutschland noch ein Nischendasein. National wie international stützen sich P4P-Projekte bisher eher auf praktische Erfahrungen und Erwartungen als auf wissenschaftliche Evidenz. Die Umsetzung von P4P-Projekten erweist sich dabei als sehr komplex. Wird diese Komplexität aber berücksichtigt und wird P4P dabei entsprechend seiner Möglichkeiten gezielt eingesetzt, so kann es als ein weiteres Steuerungsinstrument neben Fort- und Weiterbildung, Feedback und Public Disclosure zusätzliche Wirkung entfalten. Dazu bedarf es jedoch sorgfältiger methodischer Vorarbeit, eines klaren politischen Willens, praxisnaher Ansätze und kritisch konstruktiver Begleitung. Sowohl im selektivvertraglichen als auch im kollektivvertraglichen Bereich lassen sich so erfolgreiche P4P-Projekte realisieren. <<

Pay-for-Performance in Germany: From Option to Implementation

Pay for Performance plays an outstanding role among the various remuneration forms, because it does not only take quantity but also quality of performance as a basis for compensation. This article derived from a comprehensive report to the Ministry of Health (2012) defines, what is meant by P4P and summerizes a critical evaluation of international literature about the evidence for the effectiveness of P4P. P4P projects use remarkbly different instruments. A P4P model is presented to describe and analyse the different elements of P4P-projects and to explain the complexity of their interactions. For different targets feasible financial as well as non-financial interventions are discussed. This makes clear in which situations and under which conditions the different P4P-elements can be used effectively. P4P is seen as one of several instruments and it has to be analysed, whether it can be useful in certain situations. Care must be taken of arising problems and potential pitfalls which have to be solved first. It is important to consider possible side effects. As already done in selective contracts it is possible to make P4P work in Germany. To increase the options and maybe to actively promote P4P further methodological work and clear political guidance is needed.x.

Keywords

Pay-for-Performance, P4P, quality assurance, quality indicators, quality measurement, quality-based remuneration, quality of care, controlling of health care, health care structures, appropriateness of care, process quality, outcome quality, motivation

Autorenerklärung

Dr. Christof Veit und Dr. Dagmar Hertle sind für das BQS-Institut in Düsseldorf tätig. Eine externe finanzielle und/oder inhaltliche Unterstützung erfolgte nicht.

Dr. med. Dagmar Hertle



ist Fachärztin für Innere Medizin/Psychotherapie. Nach ihrem Medizinstudium in Erlangen, Melbourne und in der Schweiz war sie in der Inneren Medizin und in der Psychiatrie klinisch tätig. Zwischen 2001 und 2007 war sie als Internistin in hausärztlicher Versorgung niedergelassen. Danach folgte eine mehrjährige Tätigkeit in der privaten Versicherungswirtschaft als Gesellschaftsärztin, bevor sie 2010 zum BQS-Institut wechselte, wo sie seitdem als Projektleiterin in der Abteilung integrierte Gesundheitsversorgung arbeitet. Kontakt: d.hertle@bqs-institut.de

Dr. med. Christof Veit



ist Geschäftsführer des BQS-Instituts für Qualität und Patientensicherheit (www.bqs.de), einer Einrichtung von Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Es führt bundesweit Projekte in den Bereichen wissenschaftliche Analysen und Entwicklungen, Qualitätsmessung, Qualitätsregister und Gesundheitsberichterstattung durch. Er begann seine berufliche Laufbahn als Arzt in der Chirurgie, nachdem er in Freiburg, London und Boston Medizin studiert hatte. Er war dann 1992 bis 2007 Leiter der Landesgeschäftsstelle EQS Hamburg, bevor er zum BQS-Institut wechselte. Kontakt: c.veit@bqs-institut.de