

# Chancen, Risiken und Grenzen einer Qualitätsorientierten Vergütung im internationalen Kontext – Ein Modell für Deutschland?

ANGELIKA SEGER,  
WOLFGANG SEGER

Angelika Seger ist im Controlling der Dr. M. Wilkening Holding GmbH – Klinikum Wahrendorff in Sehnde bei Hannover – tätig

Prof. Dr. med. Wolfgang Seger ist Ärztlicher Leiter des MDK Niedersachsen, Hannover

**Der Beitrag stellt die Anforderungen an eine qualitätsorientierte Vergütung im Gesundheitswesen dar. Empfohlen wird die Einführung der qualitätsorientierten Vergütung in Deutschland als lernendes System. Rechtlich ist die Umsetzung bereits in Modellprojekten möglich, bei einer flächendeckenden und wirksamen Implementierung bedarf es innovativer gesetzlicher und insbesondere auch datenschutzrechtlicher Regelungen.**

## 1. Einleitung

„Wer zusätzliche Qualität haben will, muss sie bezahlen.“ Dies ist eine Aussage von Georg Baum, ehemaliger Leiter der Unterabteilung Gesundheitsversorgung im Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Doch wer soll dafür aufkommen? Durch die angespannte wirtschaftliche Situation im Gesundheitswesen und den hohen Investitionsstau von mindestens 12 Milliarden Euro im Bereich der Krankenhäuser, sind die finanziellen Mittel für ein Krankenhaus begrenzt, um in eine bessere Qualität zu investieren (1). Zudem orientiert sich das Vergütungssystem im deutschen Gesundheitswesen bisher an der Anzahl durchgeführter Behandlungen und schafft kaum Anreize zur Verbesserung der Behandlungsqualität. Daher wird der Frage nachgegangen, ob durch eine Orientierung der Vergütung an der Versorgungsqualität, wie sie bereits in Amerika und Großbritannien eingeführt worden ist, auch in Deutschland eine Qualitätsverbesserung erreicht werden kann.

Auf den Stand der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen aufsetzend wird am Beispiel der Vereinigten Staaten von Amerika und Großbritannien anhand einer Literaturstudie untersucht, wie dort die qualitätsorientierte Vergütung umgesetzt wird. Weiterhin werden die bisherigen Erkenntnisse über Chancen, Risiken und Grenzen sowie die mit einer qualitätsorientierten Vergütung verbundenen Anforderungen beschrieben. Die Erkenntnisse werden auf eine mögliche Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen übertragen und Gestaltungsmöglichkeiten wie auch rechtliche Rahmenbedingungen erörtert.

## 2. Stand der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen

Als Maßnahme der Qualitätssicherung ist es für Krankenhäuser, die nach §108 Sozialgesetzbuch V (SGB) zugelassen sind, verpflichtend seit 2004 nach §137, einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen. Dieser enthält Fallzahlen, Strukturdaten und ausgewählte Qualitätsindikatoren. Der Fokus liegt auf

Struktur- und Prozessdaten. Es werden nur wenige Kennzahlen zur Ergebnisqualität erfasst. Ziel ist es dem Patienten eine Entscheidungshilfe und Information über Krankenhäuser zur Verfügung zu stellen und den einweisenden Ärzten eine Orientierungshilfe zu geben. Die Bekanntheit ist jedoch gering und die Aufbereitung eignet sich eher für Experten, wodurch das Transparenzziel für Patienten bisher nicht erreicht werden kann (2).

Weiterhin besteht eine Verpflichtung der Krankenhäuser, Daten vom Krankenhaus an das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) zu liefern. Das Institut wertet diese Daten aus und erstellt einen anonymisierten Qualitätsreport. Für den Qualitätsreport 2014 mussten für 30 Leistungsbereiche 416 Qualitätsindikatoren im Krankenhaus ermittelt werden. Davon zeigten 15,6% eine Verbesserung zum Vorjahr, 79,3% keine Veränderung und bei 3,4% der Indikatoren eine Verschlechterung. Auf eine

hohe Validität, Reliabilität und Risikoadjustierung wird geachtet, sodass die Indikatoren des Qualitätsreports regelmäßig auf ihre Aussagekraft überprüft werden.

Das Institut übernimmt somit im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) die „Administration, die Koordination, Entwicklung, Anpassung und Weiterentwicklung“ der Indikatoren. Den Indikatoren ist ein Referenzbereich zugeordnet. Bei auffälligen Ergebnissen außerhalb des Referenzbereiches wird ein strukturierter Dialog durchgeführt.

Dem Qualitätsreport 2014 ist zu entnehmen, dass die Qualitätsziele überwiegend erreicht worden sind und insgesamt von einer guten Versorgungsqualität in den deutschen Krankenhäusern gesprochen werden kann.

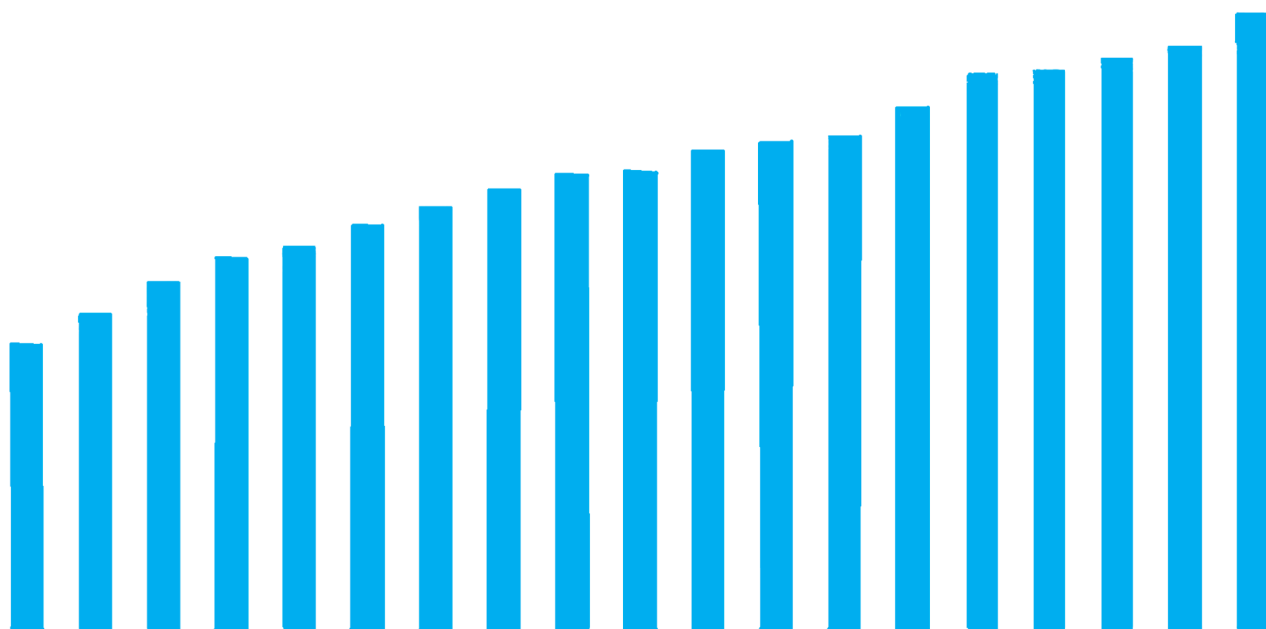
Diese Aussage stimmt auch mit dem Euro-Health-Consumer-Index 2014 überein (3). Das deutsche Gesundheitswesen ist im Vergleich zu den anderen europäischen Staaten gut aufgestellt. Jedoch ist Deutschland im Ranking gegenüber 2013

um zwei Plätze auf Platz neun gefallen (Siehe Abbildung 1). Zwar haben sich die Behandlungsergebnisse beispielsweise bei Herzerkrankungen verbessert, doch der Zugang zu Nierentransplantationen und zur Dialyse stellt sich als schwierig dar. Auch wenn die Vorsorge sich in Deutschland bereits verbessert hat, ist diese immer noch ein Schwachpunkt im deutschen Gesundheitswesen.

Die „Organisation for Economic Cooperation and Development“ (OECD) kommt bei einer Untersuchung für das Jahr 2015 zu dem Ergebnis, dass die deutsche Bevölkerung einen guten Zugang zu Gesundheitsleistungen durch ein hohes Angebot an Gesundheitsfachkräften hat. Es gibt mehr Krankenpfleger (13 Personen je 1.000 Einwohner) und Ärzte (4,1 Personen je 1.000 Einwohner) als im Durchschnitt der OECD-Staaten (Krankenpfleger 9,1 je 1.000 Einwohner und Ärzte 3,3 je 1.000 Einwohner) (4).

Im internationalen Vergleich besteht im deutschen Gesundheitssystem eine

Abbildung 1: Euro-Health-Consumer-Index 2014



Quelle: Health Consumer Powerhouse leicht modifiziert  
 Link: <http://goo.gl/xoMFor>, abgerufen am 11.04.2016 (3)

Diskrepanz zwischen den Ausgaben Pro-Kopf und der dafür erbrachten Behandlungsqualität (5). In den Jahren 2009 bis 2013 stiegen die Pro-Kopf-Ausgaben im Schnitt jährlich um 2%. Dies liegt weit über der Wachstumsrate vieler anderer OECD-Staaten. Diese stiegen im Durchschnitt um 0,6% pro Jahr (5). Das hohe Ausgabenniveau ermöglicht eine „gut ausgebaute Versorgungsstruktur“ und „höhere Verfügbarkeit personeller und materieller Ressourcen“ (6). Dies zeigt jedoch, dass eine gute Strukturqualität nicht unbedingt mit einer flächendeckend qualitativ hohen Versorgungsqualität

### **Leistungsorientierte Elemente werden weltweit nach und nach bei Ärzten und Krankenhäusern eingeführt.**

einhergeht (2). Die Anzahl der potentiell vermeidbaren Krankenhausaufenthalte gilt als Indikator für die medizinische Qualität der Primärversorgung. Die Einweisungsrate liegt gerade bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes in Deutschland weit höher als im Durchschnitt der OECD-Staaten. Ebenso besteht im Bereich des Qualitätsgefälles zwischen den Leistungserbringern im deutschen Gesundheitswesen Handlungsbedarf (2,4).

Die durchgeführten Messungen der unterschiedlichen Organisationen und Institute zeigen, dass die Datenlage im stationären Sektor gut genug ist, um Qualitätsverbesserungsmöglichkeiten festzustellen. Es zeigt sich im Vergleich mit anderen Staaten, dass Deutschland bereits gut aufgestellt ist, es aber trotzdem Bereiche zur Verbesserung gibt wie zum Beispiel die Transparenz und zielgruppengerechte Aufbereitung für die breite Öffentlichkeit durch systematische und verständliche Veröffentlichungen (2).

### **3. Allgemeine Funktionen einer qualitätsorientierten Vergütung**

In vielen Unternehmen der Industrie- oder Bankenwirtschaft ist eine leistungs- beziehungsweise erfolgsorientierte Vergütung üblich. Bei diesem Vergütungssystem ist ein Teil des materiellen Belohnungsangebotes variabel. Dies bedeutet, dass die Höhe des Gehaltes sich an einer vorab festgelegten Leistungsgröße orientiert.

Leistungsorientierte Elemente werden im Gesundheitswesen weltweit nach und nach bei Ärzten und Krankenhäusern eingeführt. In den Vereinigten Staaten von Amerika und Großbritannien ist die qualitätsorientierte Vergütung entwickelt worden. Hierzu wird eine Vielzahl von Begrifflichkeiten verwandt. „Pay-for-Performance“ ist der bekannteste Begriff, aber auch „value-based purchasing“, „quality-based contracting“ oder „Qualitätsbasierte oder Zielorientierte Finanzierung“ finden Anwendung.

Im Unterschied zu Deutschland, findet die erfolgsorientierte Vergütung seit über 20 Jahren in den USA Anwendung. Auch andere Länder wie Kanada, Israel oder Taiwan wenden sich zunehmend der qualitätsorientierten Vergütung zu. Eine „Ausrichtung der Höhe der Vergütung an der Qualität“ wird bei diesem Vergütungssystem vorgenommen und die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt gestellt (7).

Durch die qualitätsorientierte Vergütung kann ein externes Anreizsystem geschaffen werden, mit dem Arbeitserfolg und Engagement der Mitarbeiter bzw. Leistungserbringer belohnt werden können. Hierdurch können bestimmte Verhaltensweisen ausgelöst oder verstärkt werden. Ziel ist die Steigerung der Behandlungsqualität und eine verbesserte Versorgung der Patienten, denn durch differenzierende finanzielle Anreize werden Leistungserbringer dazu motiviert, die Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens nachhaltig und umfassend weiterzuentwickeln und zu optimieren (16). Bei dieser speziellen strategischen Vergütungsform handelt es sich um eine retrospektive Form. Denn erst durch Nachweis beziehungsweise Messung der Qualität der Leistung wird die Vergütung festgelegt, da sich diese an das durch Kennzahlen dargestellte Leitungsniveau bemisst (8). Wie jedes andere Vergütungssystem nimmt die qualitätsorientierte Vergütung folgende Funktionen wahr:

- Motivationsfunktion (motiviert zu einem bestimmten Verhalten)
- Steuerungsfunktion (das Verhalten kann gesteuert werden)
- Informationsfunktion (Informationen über die Qualität können gesammelt werden)

- Kooperationsfunktion (Kooperationsbereitschaft steigt)
- Veränderungsfunktion (durch bestimmte Anforderungen sind Veränderungen im Unternehmen erforderlich)
- Selektionsfunktion (Leistungserbringer, die entsprechende Qualität nicht gewährleisten können, werden ausgesiebt)

### **4. Qualitätsorientierte Vergütung in den USA**

Der Ursprung der qualitätsorientierten Vergütung ist in den 1990er Jahren in Amerika zu finden. So lassen sich in einzelnen Vergütungsverträgen einiger Health Maintenance Organization (HMO) qualitätsbezogene Komponenten aus dem Jahr 1993 erkennen (9). Zurückzuführen ist die Einführung auf die hohen nationalen Gesundheitsausgaben und gleichzeitig einhergehende Qualitätsdefizite im Gesundheitswesen in den USA. Es zeigte sich, dass die teuersten Institutionen oft nicht die besten waren. Die Forderung nach finanzieller Förderung einer guten Qualität und bei vermeidbarer schlechter Qualität kein Geld zu zahlen wurde gestellt. Als Konsequenz wurden Pay-for-Performance Projekte und Programme entwickelt und umgesetzt (8). Pay-for-Performance Projekte bestehen oftmals aus zwei Komponenten. Auf der einen Seite werden die medizinischen Leistungen der Leistungserbringer gemessen und für hohe Qualitätsstandards oder Verbesserungen finanziell belohnt (10). Als zweite Komponente wird das Public Reporting eingesetzt. Die gemessenen Qualitätsindikatoren werden veröffentlicht, wodurch die Patienten die Leistungserbringer vergleichen und entsprechend der Qualitätsergebnisse ihre Wahl treffen. In der Literatur wird diese Komponente als „perhaps the single most important step in reforming the health care system“ bezeichnet (11).

Geprägt wurden die Pay-for-Performance Projekte durch zwei Publikationen des Institut of Medicine (IOM) „To Err is Human: Building a Safer Health Care System“ (1999) und „Crossing the Quality Chasm“ (2001). In diesen wurden die Qualitätsmängel im amerikanischen Gesundheitswesen aufgezeigt. Jedes Jahr sterben durchschnittlich 44.000 bis 98.000 Amerikaner aufgrund von medizinischen Fehlern und nur 55 % erhielten eine leitliniengetreue Behandlung.

Weiterhin leisten sich die USA gemessen an den durchschnittlichen Ausgaben pro Person das teuerste Gesundheitssystem weltweit. Dies geht aus den Daten der OECD hervor. Die OECD ziehen zum einen den Indikator „Anteil der Gesundheitsausgaben an der gesamten Wirtschaftsleistung“, und den Indikator „Summe aus den Ausgaben des Landes pro Bewohner für die Gesundheit“ heran. So gaben die USA 2013 16,4% des Bruttoinlandsproduktes für die Gesundheit aus und führten die Liste der Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben an (5).

Als Ursache für die nicht optimale Behandlungsqualität wird die bestehende Vergütungssystematik benannt. Mit der Einführung eines IT-gestützten Disease Management Programms kann die Häufigkeit der Arztkontakte des Patienten verringert werden. Der Leistungserbringer erhält keine Vergütung für die Investitionskosten und durch die abnehmenden Arztkontakte entgehen ihm ebenfalls zusätzliche Vergütungen, welche er ohne das Disease Management Programm erhalten hätte (12). Dies zeigt, dass durch die Vergütungsstruktur keine Anreize für eine qualitätsorientierte Behandlung gesetzt werden, da ein Leistungserbringer finanziell von der Krankheit eines Patienten profitiert.

Das Institute of Medicine wurde 2003 von der amerikanischen Regierung beauftragt, ein Indikatorenset aufzubauen und regelmäßig zu aktualisieren und weiterhin einen Vorschlag zur Vergütung und deren Umsetzungsbedingungen zu erarbeiten (13). Ziel ist „build in stronger incentives for quality enhancement“.

Die überwiegende Anzahl an Projekten wurde im Rahmen der hausärztlichen Behandlung durchgeführt (8). Eine Umfrage in den USA ergab, dass 252 Teilnehmer, also 50% der Health Maintenance Organization, bis 2005 Pay-for-Performance Programme eingeführt hatten. 90% der Ärzte und 38% der Krankenhäuser beteiligten sich an diesen (14). Im Krankenhaussektor gibt es mehr als 40 „private sector hospital P4P programs“. In den verschiedenen Programmen und Projekten wurde ein etabliertes Indikatorenset vorwiegend bestehend aus Prozess- und Strukturindikatoren, wenigen Ergebnisindikatoren und einigen Indikatoren bezüglich der Patientenzufriedenheit verwendet, um den Performancescore zu ermitteln und anhand dessen den finanziellen Anreiz zu bestimmen (8). Bei der Ausgestaltung der Projekte

gibt es verschiedene Ansätze, um das Ziel, den Kostenanstieg ohne Qualitätsverluste in den Griff zu bekommen oder Kosten durch eine bessere Qualität einzusparen, zu erreichen. So können beispielsweise zusätzliche Mittel für die Vergütung zur Verfügung gestellt werden oder auch kostenneutrale Lösungen gefunden werden (8).

Bei den klassischen amerikanischen Projekten wird auf ein bereits etabliertes Qualitätsindikatorenset zurückgegriffen. Ein Teil der Vergütung richtet sich nach der Erfüllung von Zielwerten und Schwellenwerten aus dem Indikatorenset. Bei der Rochester Individual Practice Association in New York wurde durch die Einbehaltung von 5% der Vergütung der Praxen und Einzahlung in einen „Incentive Pool“ eine kostenneutrale Umsetzung möglich. In Abhängigkeit von Diabetes und anderen Healthcare Effectiveness Data and Information Set-Indikatoren (HEDIS)<sup>1</sup> erhalten Praxen qualitätsabhängig 50% bis 150% einer vorgesehenen Vergütung (15).

Eine weitere Kategorie der Projekte stellen die Target Payments dar. Bei dieser Art von Projekten erhält der Leistungserbringer für eine bestimmte Leistung eine zusätzliche Einmalzahlung. Ein Beispiel hierfür ist das Vaccines for Children Program. Durch fehlende Versicherungen sind Kinder in Amerika oftmals nicht geimpft. Durch das Stellen von kostenlosem Impfstoff und die Zahlung einer Prämie für die Hausärzte ist es in New York gelungen, eine Zunahme der Impfquote zu erreichen (16).

Zu einer Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung wird durch „Gainsharing“ und „Shared Savings“ beigetragen. Durch eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen dem einweisenden Arzt und dem Krankenhaus kann es beispielsweise zu Einsparungen und einer Kosteneffizienzsteigerung durch die Optimierung der Abläufe kommen. Der Arzt wird am Ende an den Einsparungen des Krankenhauses beziehungsweise der Krankenkasse beteiligt. Jedoch ist die Berechnung der Einsparung schwierig (17). Ebenfalls kann eine Verbesserung der Versorgungskoordination durch die Übertragung der Budgetverantwortung an eine lokale Versorgergruppe erreicht werden, wie es in dem Projekt „Patient Protection and Affordable Care Act“ anhand von Performancemessung und finanziellen Anreizen umgesetzt wurde (8).

Eines der Referenzprojekte im Krankenhausbereich ist in Amerika das Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Projekt (HQIP). Dieses wurde im Juli 2003 gegründet und bis zum 30.09.2006 durchgeführt (7).

Dieses Projekt stützt sich zur Qualitätsmessung auf die Indikatoren der Agency for Healthcare Research and Quality der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations und des National Quality Forum. 34 Indikatoren und 5 Krankheiten beziehungsweise Eingriffe

### **Bei den klassischen amerikanischen Projekten wird auf ein bereits etabliertes Qualitätsindikatorenset zurückgegriffen.**

sind Inhalt dieses Projektes (18). Anhand der Indikatoren wird eine Ranking-Liste erstellt und veröffentlicht. Die Ranking-Liste dient als Grundlage für die Vergütungszu- und -abschläge. Die besten 10% der Krankenhäuser erhalten einen zwei-prozentigen Aufschlag, die zweitbesten 10% erhalten einen ein-prozentigen Aufschlag. Krankenhäuser, die es 3 Jahre lang nicht schaffen einen composite-Grenzwert, der aus 10 Indikatoren besteht, zu 80% zu erreichen, erhalten einen ein-prozentigen oder zwei-prozentigen Abschlag (18). 266 Krankenhäuser umfasst das Projekt und über die Laufzeit wurden an 115 Krankenhäusern 8,7 Millionen US-\$ ausgeschüttet (7).

### **5. Qualitätsorientierte Vergütung in Großbritannien**

Auch in Großbritannien ist der Aufbau der qualitätsorientierten Projekte heterogen. Dies bedeutet, dass sich die einzelnen Projekte hinsichtlich der Indikatoren, der Kosten, der Anreizempfänger, der angebotenen Anreize sowie weiterer Komponenten unterscheiden (9).

Bei dem Vergleich der Projekte in Großbritannien und Amerika ist auffällig, dass die Messung der Qualität in Amerika ein-

1 Die HEDIS-Indikatoren werden von der „Managed Care Organization“ erhoben und von „The National Committee for Quality Assurance“ analysiert und die Informationen aus diesen Interessenten zugänglich gemacht.

facher konstruiert wird. Dies zeigt sich anhand der Anzahl der Qualitätsindikatoren. Zum Beispiel werden bei dem amerikanischen Ansatz im Integrated Healthcare Association (IHA)-Projekt 68 Indikatoren angewandt, wohingegen bei dem britischen Quality and Outcomes Framework (QoF) die Qualität durch 146 Indikatoren gemessen wird (19). Weiterhin wird bei dem IHA-Projekt in Amerika die reine Vorsorgeuntersuchung bereits qualitätsorientiert vergütet, obwohl keine Verbesserung der Durchführungsqualität abgeleitet werden kann. So hängt die Vergütung in Großbritannien bei einer Vorsorgeuntersuchung primär von der erbrachten Leistungsqualität ab. Auch der variable Vergütungsanteil beträgt in Großbritannien bis zu 40%. In Amerika besteht lediglich ein 5- 10%iger qualitätsabhängiger Anteil. Zusätzlich wird in Großbritannien viel Geld für die Projekte zur Verfügung gestellt, wohingegen in Amerika durch eine Effizienzsteigerung das Budget besser ausgenutzt werden soll.

Ähnlich wie in Amerika ist auch in Großbritannien der Hintergrund für die Einführung der qualitätsorientierten Vergütung die schlechte Qualität und die hohen Gesundheitsausgaben. Aufgrund des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen, bestehen fehlende Kapazitäten beispielsweise im Operations-Trakt, sodass die Wartezeit für eine Meniskusoperation bis zu 20 Monate betragen kann (10). Die fehlende Anzahl an Ärzten spiegelt sich auch in der Anzahl zu betreuender Patienten pro niedergelassenem Arzt wider. Im Vergleich zum Allgemeinmediziner in Deutschland, hat der niedergelassene Arzt die Verantwortung für doppelt so viele Patienten.

Viele finanzielle Mittel wurden in Großbritannien für das im April 2004 startende Projekt Quality and Outcomes Framework zusätzlich bereitgestellt. Das Projekt fokussiert auf die evidenzbasierte Behandlung von chronisch erkrankten Patienten im hausärztlichen Setting. Neben der qualitätsorientierten Vergütungskomponente, wird auch der Einsatz des Public Reporting in das Projekt integriert (20).

Obwohl die Teilnahme der Hausärzte auf freiwilliger Basis beruht, schrieben sich 99,8% aller britischen

Praxen ein (9). Für die qualitätsbezogenen Leistungsanreize wird von 2004 bis 2006 jedes Jahr eine Milliarde Pfund für das Projekt aus Steuermitteln zur Verfügung gestellt. Die Qualitätsmessung erfolgt anhand eines Punktesystems und 146 Qualitätsindikatoren. Die Qualitätsindikatoren werden aus Routinedaten generiert. Die maximale Punktzahl von 1050 Punkten verteilt sich auf die Bereiche medizinische Versorgung, Organisation, Patientenzufriedenheit und zusätzliche Serviceleistungen (Abbildung 2) (9). Jeder einzelne erreichte Punkt wird mit 76 Pfund entlohnt, in Summe kann das Einkommen um bis zu 25% gesteigert werden, also knapp 80.000 Pfund als zusätzliche Vergütung für eine Praxis, die die maximale Punktzahl erreicht.

Bei diesem Projekt ist die Risikoadjustierung bei unterschiedlichen Schweregraden berücksichtigt und zusätzlich besteht die Möglichkeit, Patienten aus der Bewertung auszuschließen, „Exception-Reporting“, um eine Patientenselektion zu verhindern. Durch dieses Projekt kann eine positive Veränderung der Versorgungsqualität in den Bereichen Asthma, koronare Herzkrankheit und Diabetes im Vergleich zur Entwicklung ohne qualitätsorientierte Vergütung beobachtet werden (Siehe Abbildung 3), weshalb Großbritannien führend ist in der Betreuung von Patienten mit einer Diabetes Erkrankung.

Jedoch gibt es bei der Betrachtung durch „interrupted time series“ in den Jahren vor der Einführung 1998 und 2003 und nach bzw. während der Durchführung 2005 und 2007 nicht nur positive Beobachtungen (21). Nicht alle Krankheiten reagieren gleich. Bei den Hypertonien konnte keine

Qualitätsverbesserung durch finanzielle Anreize geschaffen werden (17). Beim Absetzen der finanziellen Anreize, ist ein deutlicher Rückgang der Versorgungsqualität beobachtbar, so dass diese Art von Anreizen sich nicht als nachhaltig gestaltet (20).

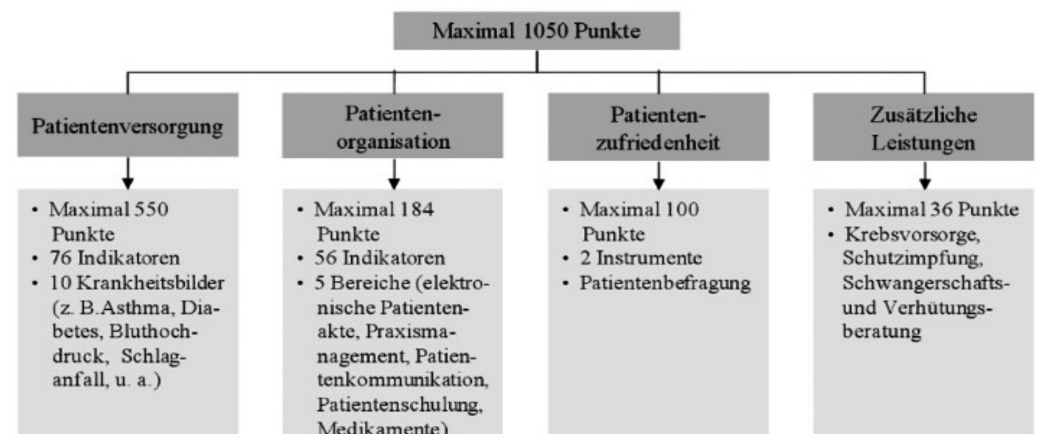
## 6. Mögliche Umsetzung in Deutschland

Im deutschen Gesundheitswesen richtet sich bisher der Anreiz der Vergütung in erster Linie auf die Leistungsmenge und es besteht keine direkte finanzielle Motivation, eine höhere Qualität der Leistung sicherzustellen (20). 2007 sprach der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die Empfehlung aus, dass auch in Deutschland mit Pay for Performance praktische Erfahrungen gesammelt werden sollen (7). Denn wie die Untersuchungen der Behandlungsqualität zeigen, besteht in einigen Bereichen Handlungsbedarf.

### 6.1 Chancen, Risiken und Grenzen eines qualitätsorientierten Vergütungssystems

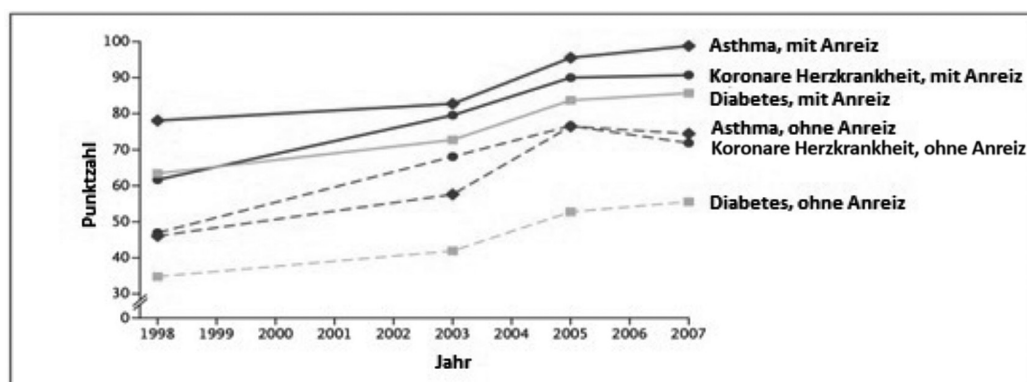
Wie viele andere Vergütungssysteme auch, ist die qualitätsorientierte Vergütung stark umstritten. Da diese sich nicht ausschließlich an der Anzahl der durchgeführten Tätigkeiten orientiert, sondern die Qualität als Vergütungsgrundlage heranzieht, können Patienten und Kostenträger von einer gesteigerten Qualität profitieren (22). Durch die Anwendung von evidenzbasierter Medizin, gefördert durch den Pay-for-Performance-Ansatz, können Behandlungs- und Medikationsfehler

Abbildung 2: Verteilung der erreichbaren Punkte im Projekt Quality and Outcomes Framework



Quelle: Scheppach, M./Emmert, M./Schöffski, O. (9)

Abbildung 3: Qualitätsentwicklung durch das QoF



Quelle: Campbell, S. M. et al. (40).

reduziert werden. Dies wiederum kann zu einer Kosteneinsparung seitens der Krankenkasse führen, da eine Reduzierung von Komplikationen und damit verbundenen Folgeerkrankungen möglich ist. Wird der Pay-for-Performance-Ansatz mit der Verpflichtung eines Public Reportings verknüpft, steigt der Wettbewerb, da Patienten ein Krankenhaus anhand der erbrachten veröffentlichten Qualitätsergebnisse aussuchen können (10). Ein Vergleich der Leistungserbringer wird möglich. Nicht nur Patienten profitieren von der erhöhten Transparenz. Krankenkassen haben durch die erhöhte Transparenz die Möglichkeit einer langfristigen Kontrolle der Behandlungsqualität der Leistungserbringer.

Jedoch gibt es keinen eindeutigen Beleg für die Wirksamkeit finanzieller Anreize im Gesundheitswesen. An der Harvard-Universität wurden 2011 Daten aus dem Zeitraum Januar 2000 bis August 2007 von 470.000 Hypertonie-Patienten, verteilt auf 358 Praxen in Großbritannien in einer Studie in Hinblick auf die Auswirkung des 2004 eingeführten Pay-for-Performance-Ansatzes untersucht. Aus diesen Daten konnte keine eindeutige Qualitätssteigerung gemessen werden (8). Auch das Institut für Qualitäts- und Patientensicherheit stellte bei der Untersuchung von Studien fest, dass keine von ihnen zweifelsfrei die Wirksamkeit nachweisen kann (8). Bei einer der umfangreichsten Analysen, durchgeführt von van Herck und Mitarbeitern, wurden 128 Primärstudien auf die Evidenz und damit verbundenen Effektivität von qualitätsorientierter Vergütung untersucht. Die Ergebnisse reichen von keinen und geringfügigen (1-10%) bis hin zu großen Verbesserungen (>10%), zu dem beispielsweise das bereits erläuterte Quality Outcomes Framework Projekt zählt (23). Bei

einigen wenigen Projekten ist sogar eine Verschlechterung des Qualitätsniveaus zu beobachten. Durchschnittlich liegt eine Verbesserung der Qualität von 5% durch die qualitätsorientierte Vergütung vor. Für eine gestützte Aussage über die Effektivität und Wirksamkeit der qualitätsorientierten Vergütung, werden valide evidenzbasierte Nachweise in prospektiv kontrollierten Studien benötigt, die nur vereinzelt existieren. Zurückzuführen ist dies auf die hohe Komplexität der medizinischen Versorgung, sowie auf systematische Optimierungs- und Umgehungsreaktionen (8). Mit der Komplexität der medizinischen Versorgung geht die Schwierigkeit einher, dass der Anteil eines Leistungserbringers am Behandlungserfolg innerhalb der Behandlungskette schwer zu quantifizieren ist (9).

Weiterhin besteht die Problematik, dass die tatsächliche Behandlungsqualität eines Leistungserbringers schwer zu messen ist. Denn der Gesundheitszustand ist neben der medizinischen Versorgung von vielen weiteren Faktoren wie zum Beispiel dem individuellen Verhalten oder der genetischen Vorbelastung des Patienten abhängig (9). Eine weitere Gefahr im Rahmen der Einführung eines qualitätsorientierten Vergütungssystems besteht in der Selektion von Patienten. Patienten könnten nach den Schweregraden ihrer Erkrankung selektiert und nachteilig behandelt werden, wenn es sehr aufwendig ist oder sogar unwahrscheinlich ist, die Zielwerte zu erreichen (22).

Da aufgrund der Begrenzung des bürokratischen Aufwandes nur einzelne ausgewählte Faktoren in das qualitätsorientierte Vergütungssystem integriert werden, werden die Leistungserbringer dazu verleitet, sich eher auf die gemessenen Aspekte zu

konzentrieren und gegebenenfalls andere zu vernachlässigen (10).

Um diese Fehlsteuerungen zu verhindern beziehungsweise diesen entgegenzuwirken, bedarf es klarer Indikatoren mit dazugehörigen validen Messparametern und einem klaren Ziel.

## 6.2 Anforderungen an ein qualitätsorientiertes Vergütungssystem

Die Projekte in Großbritannien und Amerika zeigen, dass es eine große Spann-

breite von Gestaltungsmöglichkeiten der qualitätsorientierten Vergütung gibt. Doch „Bevor ein Anreizsystem entwickelt wird, sind Entscheidungen zu treffen, welchen spezifischen Zwecken das System dienen soll, welchen Auflagen und Beschränkungen das System genügen muss und welche Erwartungen an die Implementierung des neuen Systems im Einzelnen geknüpft werden können“. Somit müssen die aus ökonomischer und psychologischer Sicht betrachteten Anforderungen spezifiziert werden. Die gestellten Anforderungen beruhen auf der allgemeinen Motivationstheorie aus dem psychologischen Bereich (24).

Zum einen muss die **Transparenz** gewährleistet sein. Dies bedeutet, die Vergütungssystematik muss für alle vergleichbar, durchschaubar und nachvollziehbar sein. Die Transparenz kann durch Erklärungsmaßnahmen erhöht werden. Wenn jedoch die Funktionsweise nicht verständlich ist und als Anreizsystem nicht erkannt wird, kann die verfolgte Verhaltensbeeinflussung nicht erreicht werden. Die Transparenz ist notwendig, um als Leistungserbringer nachvollziehen zu können, welches Verhalten belohnt wird. Ex-ante muss der Zusammenhang zwischen der Leistung und der Belohnung abschätzbar und Ex-post nachvollziehbar sein (25).

Für die Verhaltensbeeinflussung beziehungsweise Verhaltensänderung ist eine **Motivationswirkung** notwendig. Eine langfristige Anreizwirkung kann erreicht werden, wenn die Bedürfnisse und Entwicklungen der Leistungserbringer berücksichtigt werden.

Zur Motivation trägt eine herrschende **Gerechtigkeit** bei. Ist die Beziehung zwischen Leistung und Belohnung klar und

nachvollziehbar, dann wird diese vom Leitungserbringer aber auch der Krankenkasse als gerecht empfunden. Bei einem guten System herrscht Gerechtigkeit im Prozess der Entscheidungsentwicklung bezüglich der Bonus-/ Maluszahlungen, wodurch die prozedurale Gerechtigkeit sichergestellt ist (26). Zusätzlich muss die Belohnung für bessere Qualität auch in Relation zu den anderen Leistungserbringern vergleichbar sein, um eine distributive Gerechtigkeit herzustellen (24).

**Akzeptanz** ist eine weitere Anforderung. Darunter versteht sich die Bereitschaft, das Verhalten auf die Ziele und Funktionen des Anreizsystems auszurichten (53). Bereits bei der Entwicklung

### *Die Vergütungssystematik muss für alle vergleichbar, durchschaubar und nachvollziehbar sein.*

ist eine enge Einbindung aller Beteiligten notwendig, um eine Akzeptanz des Systems herzustellen. Dies kann zu einer erfolgreichen, motivierten Umsetzung durch alle beteiligten Akteure führen.

Die **Wirtschaftlichkeit**, beziehungsweise **Effizienz**, ist eine weitere Anforderung an die qualitätsorientierte Vergütungssystematik. Um dieser Anforderung zu entsprechen, muss sich das Anreizsystem des Pay-for-Performance-Ansatzes an dem Rationalprinzip orientieren. Das bedeutet, dass die Leistung und die Kosten so aufeinander abgestimmt sind, dass durch das Anreizsystem der Nutzen maximiert wird (24). Eine Kosten-Nutzen-Analyse muss positiv ausfallen oder zumindest sich aus der Kostenperspektive selbst tragen (25). Die Kosten umfassen dabei nicht nur die durch den Anreiz induzierten Kosten, sondern auch die administrativen Kosten, die durch Verwaltungs- und Kontrolltätigkeiten auch bereits schon während der Implementierung anfallen. Die Ermittlung der Kosten erweist sich als leicht. Im Gegensatz dazu, ist die Ermittlung der Erträge oder des Nutzens schwierig. Wenn eine Verbesserung der Gewinnsituation für die Leistungserbringer und die Krankenkasse möglich ist, kann eine erhöhte Motivation aller Beteiligten erreicht werden. Die Kosten-Nutzen-Analyse muss aus der Sichtweise jedes einzelnen Akteurs durchgeführt werden.

Das Gesundheitswesen ist ein sehr dynamischer Markt mit vielen verschiedenen Umwelteinflüssen. Deshalb muss das qualitätsorientierte Vergütungssystem über **Flexibilität** verfügen. Denn nur so kann sich das Anreizsystem Veränderungen im Gesundheitsumfeld anpassen. Veränderungen können sich beispielsweise aufgrund neuer medizinischer Innovationen oder neuer Erkenntnisse im Behandlungsablauf ergeben, weshalb eine schnelle Anpassung an veränderte Bedingungen durch ein dynamisch arbeitendes und anpassungsfähiges Anreizsystem möglich sein muss.

Eine weitere entscheidende Anforderung für ein Anreizsystem lässt sich mit den Begriffen **Steuerbarkeit**, **Organisierbarkeit** und der damit verbundenen **Kontrollierbarkeit** umfassen (27). Dies bewirkt eine reibungslose Implementierung in den einzelnen Unternehmen und der betriebliche Prozess kann funktionieren. Gerade im Bereich der Qualität ist es

erforderlich, ein Managementsystem und dementsprechende Umsetzungsaspekte einzurichten. Möglich wird dies durch die Organisierbarkeit und Steuerbarkeit. Eine Kontrollierbarkeit ist erforderlich, um zum einen die Messergebnisse nachzuvollziehen und zum anderen die erhaltene Vergütung zu überprüfen. Nur so kann die Planbarkeit und damit einhergehende Steuerbarkeit des Unternehmens möglich sein (28). Die gemessene Qualität muss zudem durch das Unternehmen beeinflussbar sein. Das Anreizsystem muss nicht beeinflussbare Umwelteinflüsse bereinigen zum Beispiel durch eine Risikoadjustierung (29).

Die **Anreizkompatibilität** beziehungsweise Anreizrelevanz muss ebenfalls von der qualitätsorientierten Vergütung erfüllt werden. Eine Kompatibilität oder Kongruenz zwischen den Zielen und Anreizen ist erforderlich. Das bedeutet, dass nur Verhaltensweisen und damit ein Output belohnt werden, die zu einer gesteigerten Wertschöpfung beitragen.

Weiterhin muss eine **Rechtssicherheit der Messergebnisse** gewährleistet werden können. Dies umfasst neben der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften auch die Justiziabilität der Messergebnisse. Relevant ist dies im Gesundheitswesen im Rahmen von Streitigkeiten zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen, aber auch bei Rechtsverfahren, beispielsweise wegen Behandlungsfehlern.

Bei der Entwicklung eines qualitätsorientierten Vergütungssystems sind somit die Anforderungen Transparenz, Motivationswirkung, Gerechtigkeit, Akzeptanz, Wirtschaftlichkeit/Effizienz, Flexibilität, Steuerbarkeit/Organisierbarkeit/Kontrollierbarkeit, Anreizkompatibilität/Anreizrelevanz und Rechtssicherheit der Messergebnisse zu berücksichtigen und zu erfüllen (Abbildung 4). Je komplizierter dabei das System wird, desto mehr Unsicherheit wird gestiftet. Somit sollte die Komplexität bei Berücksichtigung der Anforderungen gering gehalten werden und der Aufwand für alle beteiligten Akteure im vertretbaren Rahmen bleiben.

### 6.3 Mögliche Qualitätsindikatoren für die Vergütung

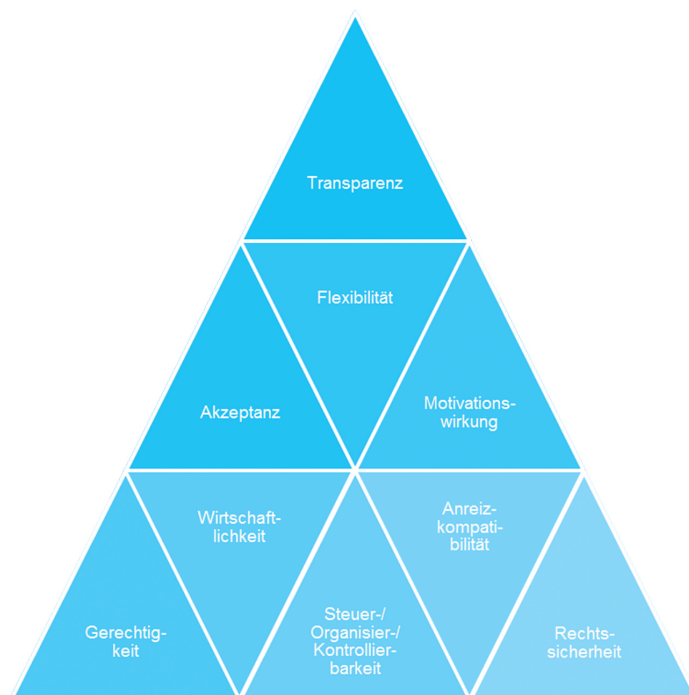
Qualitätsindikatoren sind „Maße, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/ oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen“ (30).

Qualitätsindikatoren können in unterschiedliche Einsatz- und Funktionsmöglichkeiten eingeteilt werden zum Beispiel: Evaluation, Entscheidungsunterstützung, Überwachungs- und Kontrollfunktion, Information der Öffentlichkeit, Leistungsvergleich (28).

Sie können auf Routinedaten oder Meldedaten basieren. Routinedaten sind Abrechnungsdaten von vollstationären Krankenhausfällen, die nach §21 Krankenhausentgeltgesetz und nach §301 Sozialgesetzbuch V erhoben und an die Krankenkasse übermittelt werden (31). Auf Routinedaten basieren zum Beispiel die Indikatorensets von der „Qualitätssicherung mit Routinedaten“, betreut durch den Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) oder auch den „German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)“ (32).

Die G-IQI stammen ursprünglich aus dem internen Qualitätsmanagement der HELIOS – Klinikgruppe (32). Mittlerweile verwenden 25% aller Krankenhäuser in Deutschland dieses Indikatorenset freiwillig. In der Schweiz und in Österreich kommen diese ebenfalls zum Einsatz, sodass insgesamt 900 Krankenhäuser die G-IQI nutzen (31). Ziel der G-IQI ist es, dass Behandlungsergebnisse transparent gemacht werden und Schwachstellen frühzeitig erkannt werden. Die Auswahl der Indikatoren bezieht sich auf häufige Standardbehandlungen, komplexe aber verbreitete

Abbildung 4: Anforderungen an das qualitätsorientierte Vergütungssystem



Quelle: Eigene Darstellung

Verfahren und spezialisierte im Fachgebiet bedeutende Verfahren (31). Der Fokus liegt auf der Messung der Ergebnisqualität (32). Ein Indikator ist die Krankenhaussterblichkeit. Dabei stützt sich dieser auf alters- und geschlechtsadjustierte Erwartungswerte für die Sterblichkeit auf Grundlage der Krankenhausdiagnostikstatistik des statistischen Bundesamtes. Die tatsächliche Sterblichkeit wird dann mit der errechneten Sterblichkeit abgeglichen. Zielwerte, die sich sowohl an Erwartungswerten als auch an Vergleichswerten aus Publikationen orientieren, werden für jeden Indikator angegeben. Sollte eine auffällige Abweichung sowohl negativer als auch positiver Art auftreten, wird ein mehrstufiger Dialog durchgeführt. Nach einer strukturierten Analyse wird ein Peer-Review-Verfahren durchgeführt.<sup>2</sup> Dadurch können die unterschiedlichen Krankenhausstandorte voneinander lernen (32).

Die Verwendung von Routinedaten ermöglicht die Qualitätsmessung ohne weiteren bürokratischen Erfassungsaufwand. Die vollständigen Daten sind schnell verfügbar. Die Manipulationssicherheit der Daten wird durch eine mögliche Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erhöht (28). Die Routinedaten sind jedoch zeitlich auf den Krankenhausaufenthalt begrenzt, wodurch Langzeitergebnisse nicht erfass-

bar sind. Dafür ist eine Verknüpfung der Datenbestände aus den Krankenkassen über fall- und sektorenübergreifende Informationen notwendig. Hierdurch können sich umfassendere Auswertungsmöglichkeiten ergeben. Trotzdem kann nicht alles, was wichtig für die Qualitätsmessung ist, mit den Krankenhausroutinedaten erfasst werden, da viele klinische Details in den Abrechnungsdaten fehlen (28). Somit wäre eine ergänzende Koexistenz von Indikatoren beruhend auf Routinedaten und auf Meldedaten ein mögliches Indikatoren-Set. Informationen aus den Routinedaten können durch Spezialehebungen ergänzt werden, sofern dies erforderlich ist. Weiterhin ist eine regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der Indikatoren notwendig. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat zur Erarbeitung von Indikatoren das Institut für Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen beauftragt.

## 6.4 Verknüpfung des Vergütungssystems mit der qualitätsorientierten Vergütung

### 6.4.1 Rechtliche Grundlage

Die rechtliche Grundlage für eine Verknüpfung der Qualität und Vergütung ist bereits in Ansätzen im Fünften Buch

Sozialgesetzbuch verankert. Dabei zeigen die vorgesehenen Maßnahmen mittelbare oder unmittelbare Verknüpfungen zur Vergütung auf (8). Um Leistungen erbringen und abrechnen zu dürfen bedarf es beispielsweise der Erfüllung von Zugangsqualitätsanforderungen, die zum Beispiel im Bundesmantelvertrag gefordert werden. Neben dieser prospektiven Qualitätsfestlegung zur Zulassung von Vertragsärzten, ist in Verbindung mit den Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung durch § 136, §§ 136 a-d SGB V eine retrospektive Messung der Versorgungsqualität möglich. Auch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann die Qualität der erbrachten Leistungen durch Stichproben, in Einzelfällen sogar durch eine Vollerhebung, überprüfen.

Die Realisierung einer qualitätsorientierten Vergütung kann bereits jetzt auf Grundlage des SGB V in Form eines Vertrages zwischen der Krankenkasse und der KV erfolgen. So sind durch die Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung, die Hausarztzentrierte Versorgung § 73 b SGB V oder die besondere, verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung nach § 140 a SGB V die rechtlichen Grundlagen geschaffen, um Qualitätsaspekte mit der Vergütung außerhalb des Sicherstellungsauftrages durch den Abschluss von Verträgen zu verknüpfen. Durch den vertraglichen Spielraum, können sich die Vertragsparteien nicht nur auf die Zugangsqualität beziehen, sondern grundsätzlich auf das gesamte Spektrum zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zurückgreifen.

Eine datenschutzrechtlich zulässige Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Rahmen der Sonderformen Integrierte Versorgung und Selektivverträge möglich. Eine darüber hinausgehende Implementierung ist aber durch den Zweckbindungsgrundsatz im Sozialdatenschutzrecht bedenklich oder nicht möglich. Erforderlich ist dafür eine eigenständige gesetzliche Legitimation (8). Für eine flächendeckende und wirksame Implementierung bedarf es somit der Zurverfügungstellung von Daten aufgrund

<sup>2</sup> In Peer-Review-Verfahren werden auffällige Ergebnisse im kollegialen Austausch analysiert und gegebenenfalls Schwachstellen identifiziert und beseitigt.



neuer und innovativer datenschutzrechtlicher Regelungen, um die erbrachte Qualität ermitteln zu können (8).

#### 6.4.2 Gestaltungsmöglichkeiten der qualitätsorientierten Vergütungssystematik

Ein Anreizsystem ist ein Konstrukt aus verschiedenen Gestaltungselementen und ihren entsprechenden Ausprägungen. Dadurch gibt es eine große Spannweite an Gestaltungsmöglichkeiten.

Lindert unterteilt Anreizsysteme in vier Teilelemente:

1. die Leistungsdefinition (Ziele werden definiert)
2. die unterstützenden Elemente (zum Beispiel Arbeitsbedingungen)
3. die Leistungsmessung- und -beurteilung (Zielerreichung wird gemessen und analysiert)
4. die Leistungsbelohnung (Leistung wird Belohnung zugeordnet) (33).

Bei diesen Teilelementen besteht ebenfalls die Möglichkeit einer detaillierten Ausgestaltung. Im Folgenden werden einige für die qualitätsorientierte Vergütungssystematik relevante Gestaltungsmöglichkeiten vorgestellt.

Zu Anfang muss das Projektziel bestimmt werden. In welchem Patientenversorgungsbereich soll eine Qualitätsverbesserung erreicht werden? Mit dieser Frage geht auch einher, welche Teilbereiche der medizinischen Versorgung (Primärprävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation) durch ein Anreizsystem verbessert werden sollen. Bei der qualitätsorientierten Vergütung besteht die Möglichkeit einer sektorenübergreifenden oder sektorenspezifischen Anreizgestaltung. Entsprechend müssen die Rahmenbedingungen der Sektoren berücksichtigt werden. Eine Fokussierung auf bestimmte Probleme, wie zum Beispiel die Unterversorgung in ländlichen Regionen, ist möglich (8).

Sind die Ziele und damit verbunden Details bezüglich des Bereiches des deutschen Gesundheitswesens definiert, kann die Festlegung der Leistungsmessung und Leistungsbeurteilung vorgenommen werden. Diese orientieren sich an der Zielsetzung, die mit dem Anreizsystem verfolgt wird.

Wenn die Leistungsmessung und Leistungsbeurteilung geklärt sind, steht die Ausgestaltung der Leistungsbelohnung im Zentrum. Es besteht die Möglichkeit,

eines materiellen Anreizes, der direkte Wirkung auf die Einkommenskomponente des Leistungserbringers hat, oder eines immateriellen Anreizes, der sich nicht direkt auf das Einkommen auswirkt, aber dies implizieren kann. Der materielle Anreiz erzeugt durch seine direkte Wirkung auf die Einkommenskomponente eine größere motivationsfördernde Wirkung und nimmt einen hohen Stellenwert ein. Wenn der materielle Anreiz gewählt wird, besteht die Möglichkeit ein Anreizsystem zu schaffen, welches nur auf Bonuszahlungen oder auch auf Maluszahlungen beruht (8).

Die Gewinnung von Geldmitteln ist ebenfalls über verschiedene Wege möglich. Zum einen können zusätzliche Geldmittel beispielsweise von der Krankenkasse oder vom Staat zur Verfügung gestellt werden, um Bonuszahlungen auszuschütten. Findet das System von Bonus- und Maluszahlungen Anwendung, ist eine Umschichtung der finanziellen Mittel möglich, sodass das Anreizsystem kostenneutral arbeiten kann. Eine Mitteleinbehaltung in Form von Rabattverträgen ist eine weitere Finanzierungsmöglichkeit. Ein Shared-Savings-Ansatz ist ebenfalls denkbar. Bei diesem werden Kosteneinsparungen aufgrund von Qualitätsverbesserungen an die Beteiligten ausgeschüttet.

Nicht nur über die Höhe der Kosten, sondern auch die Höhe der Belohnung beziehungsweise der Sanktionierung, muss entschieden werden. Als Gestaltungsoption ist eine Orientierung an den Ergebnissen der Qualitätsmessung in Form eines korrelierenden Anreizes oder eines relativen Anreizes, der sich zusätzlich beispielsweise an dem Parameter eines Ranking orientiert, denkbar. Jedoch ist auch ein Festbetrag unabhängig von der Höhe der Qualitätsmessung möglich. Durch ein mathematisches Modell wurde ermittelt, dass für große Einrichtungen eine drei-prozentige Relation zwischen Aufwand und Erlös ausreichend ist. Für kleinere Einrichtungen bedarf es einen Anreizes größer zehn Prozent (34). Ein weiteres Gestaltungskriterium ist die Festlegung des Zeitpunktes, ab dem finanzielle Mittel als Anreiz ausgeschüttet werden. So kann das Erreichen einer Schwellenforderung ausschlaggebend für die Ausschüttung sein. Eine relative Schwelle kann hier wie in Amerika bei dem Projekt HQIP Anwendung finden. Dies bedeutet, dass zum Beispiel die besten 5% eines Perzen-

tilwertes einen Bonus bekommen und die schlechtesten 5% einen Malus (8).

Zu berücksichtigen ist, dass die Gestaltungsmöglichkeiten voneinander abhängig sind und nicht isoliert bestimmt werden können.

## 7. Zusammenfassung und Ausblick

Qualität ist eine wichtige Determinante im Gesundheitswesen. Durch die verschiedenen Sichtweisen wird die Qualität unterschiedlich definiert. Für das Gesundheitswesen ist die Berücksichtigung der Eigenschaften der Dienstleistung wichtig. Gemessen werden kann die Qualität in Form von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Für diese können jeweils unterschiedliche Qualitätsindikatoren als Nachweis der Qualität gebildet werden.

Messungen der Versorgungsqualität im deutschen Gesundheitswesen zeigen,

**Damit qualitätsorientierte Vergütung in Deutschland erfolgreich eingeführt werden kann, sollten bereits in der Entwicklungsphase alle Akteure eingebunden werden.**

dass dieses qualitätsmäßig gut aufgestellt ist, aber Handlungsbedarf in einigen Bereichen besteht. Erreicht werden kann eine Qualitätsanhebung durch die qualitätsorientierte Vergütung, wie Projekte in Amerika oder Großbritannien beweisen. Hierbei wird ein Teil des materiellen Belohnungsangebotes variabel von der erbrachten Behandlungsqualität abhängig gemacht. Rechtlich ist die Umsetzung in Deutschland bereits in Modellprojekten möglich, bei einer flächendeckenden und wirksamen Implementierung bedarf es allerdings neuer und innovativer datenschutzrechtlicher Regelungen.

Jedoch sollten die Anforderungen der Transparenz, Akzeptanz, Flexibilität, Motivationswirkung, Gerechtigkeit, Wirtschaftlichkeit, Steuerbarkeit/ Organisierbarkeit/ Kontrollierbarkeit, Anreizkompatibilität und Rechtssicherheit berücksichtigt werden, um ein wirksames Vergütungsmodell zu entwickeln. Dabei gibt es eine große Spannweite an Gestaltungsmöglichkeiten. Wichtig sind klare Indikatoren, valide Messparameter und dazu passende Ziele.

Die Komplexität sollte möglichst gering gehalten werden, um den Aufwand in einem vertretbaren Rahmen zu halten.

Empfehlenswert ist die qualitätsorientierte Vergütungseinführung in Deutschland in Form eines lernenden Systems, damit dieses regelmäßig angepasst werden kann und Probleme schnell behoben werden können. Begleitend sollten vor allem valide, evidenzbasierte Untersuchungen erfolgen, um die Wirksamkeit zu überprüfen. Weiterhin sollten die Qualitätsindikatoren auf einer Koexistenz von Routinedaten und Meldedaten beruhen, um den bürokratischen Aufwand gering zu halten. Abzuwarten sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen bezüglich der Empfehlung für den Aufbau eines Qualitätsmessungssystems mit den zugehörigen Qualitätsindikatoren und die dazugehörige politische Entwicklung.

Die Einführung der qualitätsorientierten Vergütung verknüpft mit dem Public Reporting stellte sich in Amerika und Großbritannien als sinnvoll heraus. Dies sollte in Deutschland ebenfalls in Betracht gezogen werden, um eine Transparenzerhöhung und steigenden Wettbewerb zu erreichen. Damit die qualitätsorientierte Vergütung in Deutschland erfolgreich eingeführt werden kann, sollten bereits in der Entwicklungsphase alle Akteure eingebunden werden. Der Gesetzgeber hat das Public Reporting im § 137 a bei der Beschreibung der Aufgaben des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (Abs. 3 Ziffer 4) und die Einbindung aller Akteure mit der Festlegung der einzubeziehenden Beteiligten (Abs. 7) bereits berücksichtigt.

Die größte Herausforderung wird darin bestehen, gesetzliche Regelungen zu schaffen, auf deren Basis für die Verhandlungspartner der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung und z.B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft sowie ihrer jeweiligen Klientel einen Anreiz im Sinne einer Win-Win-Situation zu erkennen ist. Erste gemeinsame Erfahrungen könnten darin bestehen, durch gesetzlich verankerte und intelligent konstruierte Modellversuche, mit dem Ziel valide Daten zu gewinnen, die Einführung von qualitätsorientierter Vergütung für beide Seiten und zum Wohl der Versichertengemeinschaft geradezu erstrebenswert erscheinen zu lassen. ■

## Literatur

- 1 **Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (2015):** Krankenhaus Rating Report 2015: Kurzfristig höhere Erträge, langfristig große Herausforderungen, <http://goo.gl/tzBXtb>, abgerufen am 25.04.2016.
- 2 **Neumann, K. et al. (2013):** Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus, Vorschläge auf Basis internationaler Beispiele, Berlin, 2013.
- 3 **Health Consumer Powerhouse Ltd. (2014):** Euro Health Consumer Index 2014, <https://goo.gl/QtOK2n>, abgerufen am 11.04.2016.
- 4 **Organisation for Economic Cooperation and Development (2015):** Gesundheit auf einen Blick 2015, Wo steht Deutschland?, <https://goo.gl/9YCLsq>, abgerufen am 12.04.2016.
- 5 **Organisation for Economic Cooperation and Development (2015):** OECD Gesundheitsstatistiken 2015, <http://goo.gl/uE8Rgs>, abgerufen am 29.03.2016.
- 6 **Laurer, M. / Emmert, M. / Schöffski, O. (2013):** Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich – Ein systematischer Review in: Gesundheitswesen, 2013, Heftnr. 75, S. 483-491.
- 7 **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007):** Kooperation und Verantwortung als Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, <http://goo.gl/lNr3Ag>, abgerufen am 07.04.2016.
- 8 **Veit, C. et al. (2012):** Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für künftige Weiterentwicklung, <http://goo.gl/jvwXDI>, abgerufen am 28.03.2016.
- 9 **Scheppach, M. / Emmert, M. / Schöffski, O. (2011):** Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen: Leitfaden für eine erfolgreiche Einführung, Nürnberg, 2011.
- 10 **Emmert, M. (2008):** Pay for Performance P4P im Gesundheitswesen: ein Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung, Burgdorf, 2008.
- 11 **Porter, M. E. / Teisberg, E. O. (2006):** Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results, Harvard, 2006.
- 12 **Commonwealth Fund Comission (2006):** Why not the best? Results from a national scorecard on U.S. health system performance, <http://goo.gl/DS7faS>, abgerufen am 29.03.2016.
- 13 **Institute of Medicine (2007):** Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare, Washington, D.C., 2007.
- 14 **Rosenthal, M. B. et al (2006):** Pay For Performance in Commercial HMOs, in: The New England Journal of Medicine, 2006, S.1895-1902.
- 15 **Young, G. J. et al. (2007):** Effects of Paying Physicians Based on their Relative Performance for Quality, in: Journal of General Internal Medicine, Jun 2007, Vol. 22 No. 6, S. 872-876.
- 16 **New York City department of Health and Mental Hygiene (o.Jg.):** Vaccines for Children Program, <http://goo.gl/uYWoTu>, abgerufen am 04.04.2016.
- 17 **Weiss, M. F. (2006):** Gain your fair share: gainsharing makes a comeback, in: Journal of Critical Care, September 2006, Vol. 25 No. 3, S. 183-186.
- 18 **Davidson, G. / Moscovice, I. / Remus, D. (2007):** Hospital Size, Uncertainty, and Pay-for-Performance, in: Health Care Financing Review, 2007, Vol. 29, No. 1, S. 45-57.
- 19 **Robinson, J. C. / Williams, T. / Yanagihara, D. (2009):** Measurement of and reward for efficiency in california's pay-for-performance program, in: Health Affairs, 2009, No. 5, S. 1438-1447.
- 20 **Gültekin, N. / Schrappe, M. (2011):** Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität, in: Krankenhaus-Report 2011, Hrsg. Klauber, J. et al. S. 105-115.
- 21 **Campbell, S. M. et al. (2009):** Effects of Pay for Performance on the Quality Primary Care in England, in: The New England Journal of Medicine, 2009, No. 361, S. 368-378.
- 22 **Amelung, V. et al. (2009):** Monetäre Anreize gezielt einsetzen – das Konzept qualitätsorientierter Vergütung, in: Monitor-Versorgungsforschung, 2009, Nr. 6, S. 25-30.
- 23 **Amelung, V. et al. (2013):** Pay-for-Performance; Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?, in: G+G Wissenschaft, Jg. 13, Heft 2, S. 7-15.
- 24 **Zaunmüller, H. (2005):** Anreizsysteme für das Wissensmanagement im KMU, Wiesbaden, 2005.
- 25 **Plaschke, F. J. (2003):** Wertorientierte Management-Incentivesysteme auf Basis interner Wertkennzahlen, Wiesbaden, 2003.
- 26 **Greenberg, J. (1986):** Determinants of Perceived Fairness of Performance Evaluations, in: Journal of Applied Psychology, Jg. 71, Heftnr. 2, S. 340-342.
- 27 **Ortlieb, P. (1993):** Qualitätsmanagement und betriebliche Anreizsysteme, Freiburg, 1993.
- 28 **Seeger, D. G. (2013):** Qualitätsorientierte Anreiz- und Vergütungssysteme in der stationären Versorgung – Entwicklung und Anwendung eines Kriterienkatalogs, Berlin, 2013.
- 29 **Guthof, P. (1995):** Strategische Anreizsysteme, Wiesbaden, 1995.
- 30 **Jäckel, W. H. (2009):** Definition und Typen von Qualitätsindikatoren, in: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren, S. 2-4, 2009.
- 31 **Mansky, T. / Seeger, D. (2011):** Gestaltung einer qualitätsorientierten Vergütung aus betriebswirtschaftlicher Sicht. Können sich qualitätsbezogene Gewährleistungen bei IV-Verträgen in der stationären Versorgung lohnen? in: Gesundheitswesen aktuell 2011, Barmer GEK, S. 194-215, 2011.
- 32 **Hensen, P. (2013):** Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen: Grundlagen für Studium und Praxis, Wiesbaden, 2016.
- 33 **Lindert, K. (2001):** Anreizsysteme und Unternehmenssteuerung: Eine kritische Reflexion zur Funktion, Wirksamkeit und Effizienz von Anreizsystemen, München, 2001.
- 34 **Mullen, K. J. / Frank, R. G. / Rosenthal, M. B. (2010):** Can you get what you pay for? Pay-for-Performance and the quality of healthcare providers, <http://goo.gl/hIEUjD>, abgerufen am 07.04.2016.