

Krankenhaus-Report 2011

„Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 105-115



8	Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzelleistungsvergütung.....	105
	<i>Matthias Schrappe und Nejla Gültekin</i>	
8.1	Einleitung	106
8.2	Der Systematische Review des SVR	106
8.3	Entwicklungen und Gefahren	107
8.4	Erfahrungen in Großbritannien.....	108
8.5	Umsetzungsmodalitäten.....	110
8.6	Perspektive: Integration in andere Versorgungskonzepte	112
8.7	Literatur	113

8 Pay for Performance (P4P): Auswirkungen auf die Qualität und Abgrenzung von der Einzel- leistungsvergütung

Matthias Schrappe und Nejla Gültekin

Abstract

Pay for Performance (P4P) verknüpft Vergütungsbestandteile mit definierten Qualitätsindikatoren. P4P hat auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen und wurde gesetzlich ermöglicht. Der Systematische Review des Sachverständigenrates aus 2007 hat 28 kontrollierte Studien zur Auswirkung auf die Qualität der Versorgung identifiziert, von denen 21 positive Auswirkungen zeigen. Die in den letzten Jahren erschienenen langfristigen Evaluationen z. B. im Quality and Outcomes Framework in Großbritannien weisen nun differenziertere Befunde auf. Nicht nur dass verschiedene Erkrankungen unterschiedlich reagieren und teilweise rasch ein Ceiling-Effekt auftritt, sondern es steht die Nachhaltigkeit in Frage und es kann zu Opportunitätseffekten mit Verschlechterung anderer Bereiche kommen. Negative Effekte wie Motivationsverschlechterung, Zugangseinschränkungen und Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen haben sich jedoch nicht bestätigt. Wichtig für die weitere Entwicklung erscheinen zum einen die Umsetzungsmodalitäten, insbesondere die Spezifizierung der finanziellen Anreize (absoluter Grenzwert, absolute oder relative Position in einer Ranking-Tabelle). Zum anderen heben gerade die britischen Erfahrungen den möglichen Übergang zur Einzelleistungsvergütung hervor. Vermieden werden kann diese Entwicklung nur durch Kombination mit anderen strukturellen Veränderungen, die ebenfalls zu einer Veränderung der Anreize führen und die jeweiligen lokalen Begebenheiten berücksichtigen.

Pay for Performance (P4P) combines elements of remuneration with defined quality indicators. P4P has gained in importance in Germany and was legally provided for. The 2007 Systematic Review of the Expert Council identified 28 controlled studies on the effect of P4P on the quality of care, 21 of which show a positive impact. Long-term evaluations e. g. in the Quality and Outcomes Framework in the UK appearing in the last few years show more sophisticated findings. Not only respond different diseases differently and in some cases a ceiling effect occurs rapidly, but sustainability is also an issue and there may be opportunity effects with deterioration in other areas. However, negative effects such as a decline in motivation, access restrictions and discrimination of vulnerable groups of patients have not been confirmed. For further development, first, the implementation modalities, particularly a specification of the financial incentives (absolute threshold, absolute or relative position in a ranking table) are

important. Second, the British experience emphasizes the possible transition to a fee-for-service system. This development can only be avoided by combining P4P with other structural changes which also induce different incentives and take the local conditions into account.

8.1 Einleitung

Der Anreiz der Vergütung im deutschen Gesundheitswesen richtet sich in erster Linie auf die Leistungsmenge (Einzelleistungen, Fallpauschalen), eine direkte finanzielle Motivation für eine hohe Qualität der Leistung besteht nicht. In den Jahren 2006 und 2007, parallel zur Diskussion um die Einführung des *public reporting* im Qualitätsbericht nach §137 SGB V, begann man daher in Deutschland die Option der qualitätsorientierten Vergütung (*Pay for Performance*, P4P) zu diskutieren. Im ambulanten Bereich wurden beispielsweise konkrete P4P-Ansätze entwickelt (Burgdorf et al. 2009). Kurzzeitig sah es so aus, als ob P4P alle Probleme der Fehlsteuerung und Fehlallokation mit einem Schlag zu lösen in der Lage wäre. Ähnlich wie in den USA (Nicholson et al. 2008) kehrte jedoch bald Ernüchterung ein; P4P stellt nach heutiger Übereinkunft nur eines von vielen Instrumenten zur effizienten Verwendung der Mittel und zur Verbesserung der Qualität der Versorgung dar. Unter Einbeziehung der internationalen Erfahrungen, insbesondere der Studien über die langfristigen Effekte von P4P-Programmen, sind heute die entscheidenden Fragen darin zu sehen, welche Rolle die jeweiligen Umsetzungsmodalitäten für die Qualität der Versorgung haben und wie P4P sinnvoll mit anderen Konzepten verbunden werden kann.

8.2 Der Systematische Review des SVR

P4P gehört zu den Konzepten, die mittels externer Anreize eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public reporting*) handelt es sich um unmittelbar finanzielle und nicht um immaterielle Anreize. P4P wird definiert als ein Vergütungssystem, das die Qualität der Leistungserbringer in den Mittelpunkt stellt (zusammenfassende Darstellung SVR 2007, Nr. 725ff. und Institute of Medicine 2007). Notwendigerweise setzt P4P das Vorhandensein von validen Qualitätsindikatoren voraus, an die die Vergütung gekoppelt ist. Einige international gebräuchliche Definitionen beziehen auch Indikatoren zur Effizienz der Versorgung mit ein, in Deutschland hat sich jedoch das engere, ausschließlich auf die Qualität ausgerichtete Verständnis durchgesetzt.

Der Systematische Review, den der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2007 veröffentlichte (SVR 2007, Nr. 734ff.), umfasst 28 Studien, die Primärdaten in einem kontrollierten Design hinsichtlich festgelegter Endpunkte (z. B. der Einfluss von P4P auf Impfraten oder andere Qualitätsindikatoren) auswerten. 21 von 28 Studien zeigten einen positiven Effekt der P4P-Intervention, von den sieben Studi-

en ohne einen positiven Effekt wiesen drei Studien ein gemischtes Ergebnis auf. Es lag kein Unterschied vor zwischen den Studien, die einen einfachen Endpunkt untersuchten (z. B. Impfraten; Erfolg bei 15 von 19 Studien), und solchen, die komplexe Endpunkte zum Gegenstand hatten (z. B. Qualität der Diabetesversorgung; Erfolg bei 6 von 9 Studien). Auch zwischen Studien, die P4P als alleinige Intervention (positives Ergebnis in 14 von 18 Studien) oder als komplexe Intervention (7 von 10) untersuchten, ergab sich kein Unterschied. In der Subgruppenanalyse zeigte sich allerdings, dass 12 von 12 historisch kontrollierte Studien ein positives Ergebnis erbrachten, gegenüber 9 von 16 Studien mit einem höherwertigen Design (randomisiert, quasi-experimentell oder Case-Control). Es war also nicht gänzlich auszuschließen, dass ein durch das Studiendesign bedingter Bias vorliegt, da eine Tendenz zur Überschätzung des Effekts bei methodisch schlechteren Studien vorzuliegen scheint. Trotz dieser potenziellen Einschränkung war dieser Review die Grundlage für die Empfehlung des Sachverständigenrates, mit Pay for Performance auch in Deutschland praktische Erfahrungen zu machen und diese durch begleitende Versorgungsforschung zu evaluieren.

8.3 Entwicklungen und Gefahren

Mittlerweile ist die Diskussion fortgeschritten. In Deutschland wurden im Pflegeentwicklungs-gesetz die Grundlagen für die Umsetzung von P4P-Programmen geschaffen (§ 136 Abs. 4 SGB V). Von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird ein Set von Indikatoren für die ambulante Versorgung entwickelt (sog. AQUIK-Programm) (Weiss 2010). In den USA ist am 1.10.2008 eine Regelung in Kraft getreten, die für Medicare-Patienten bei Eintreten bestimmter Komplikationen eine Übernahme der zusätzlichen Kosten durch den Versicherer ausschließt (z. B. Wundinfektionen bei bestimmten elektiven Eingriffen, s. Straube et al. 2009). Der Sachverständigenrat ist in seinem Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ insbesondere auf die Koordinationsprobleme zwischen den Versorgungssektoren und innerhalb der Regionen, in denen angesichts der demographischen Entwicklung und zunehmenden Multimorbidität der Bevölkerung eine Unterversorgung droht, eingegangen und hat Lösungskonzepte erarbeitet, die die Qualität und Sicherheit der Versorgung in versicherten Populationen in den Mittelpunkt stellen (SVR 2009, Nr. 931ff.).

Von einem Vergütungssystem, das die finanzielle externe Motivation beeinflusst, können auch ungünstige Effekte ausgehen (zusammenfassende Darstellung vgl. SVR 2007, Nr. 741ff.), so wie sie auch bei Public-Reporting-Programmen diskutiert werden (Werner et al. 2005). In erster Linie kommen in Frage:

- Verschlechterung der Motivation der Ärzte durch Widersprüche der externen Motivation gegenüber der internen Motivation (Frolich et al. 2007), bürokratische Belastung (Bufalino et al. 2006) und mangelnde Kongruenz von Anreizen und Behandlungsverantwortung (Cannon 2006)
- Verschlechterung des Zugangs zur Versorgung durch negative Risikoselektion der Anbieter (Shen 2003) oder einen „Tunnelblick“ auf die mit dem Anreiz ver-

bundenen Indikatoren ohne Verbesserung oder gar mit Verschlechterung der Gesamtversorgung (Aron et al. 2007)

- eine Benachteiligung von Patienten, die einer vulnerablen Patientengruppe angehören (Casalino et al. 2007A, 2007B)

Im Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien war die Häufigkeit der Inanspruchnahme des sog. *exception reporting*, also der Ausschluss von Patienten aus dem P4P-Programm wegen eines hohen Risikos, dass das erwünschte Ziel z. B. wegen der sozialen Lage der Patienten nicht erreicht werden kann, in Regionen mit niedrigem Einkommen und in kleineren Praxen häufiger als in anderen Regionen (Doran et al. 2006). Frauen mit Diabetes mellitus aus solchen Regionen zeigen einen geringeren Erfolg bei der Umsetzung von Raucherentwöhnungsprogrammen (Millett et al. 2007). Ein jüngst erschienener Systematischer Review, der sich größtenteils auf Studien zum QOF in Großbritannien bezieht, stellte allerdings eine leichte Reduktion der Ungleichheit in der Versorgung chronischer Erkrankungen gemessen am sozioökonomischen Status fest, aber keine Veränderung hinsichtlich Alter, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit (Alshamsan et al. 2010). In den USA konnte in einer großen Studie im CMS and Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Projekt (PHQID), die auf Routinedaten basierte, bei Herzinfarkt, Pneumonie und chronischem Herzversagen ebenfalls kein negativer Effekt eines verschlechterten Zugangs von Minderheiten gefunden werden, allein zwischen den Faktoren „other race“ und Bypass-Operation ergab sich ein Effekt auf dem Niveau von $p < 0,10$. Der Autor rät aber zur kritischen Betrachtung der weiteren Entwicklung (Ryan 2010).

8.4 Erfahrungen in Großbritannien

Die wissenschaftlich am besten untersuchten und in Veröffentlichungen aus zahlreichen Perspektiven gewürdigten P4P-Konzepte sind das PHQID (s. o.) in den USA (Lindenauer et al. 2007) und das Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien (Roland et al. 2004). Das QOF bezieht sich auf die Primärversorgung (meist in Form von Gruppenpraxen), wobei die in einer Praxis eingeschriebenen Patienten in der Regel einen persönlich zuständigen Arzt haben. Die Indikatoren des „Quality and Outcomes Framework“ decken drei Bereiche ab:

- klinische Versorgung,
- Praxisorganisation und
- patientenbezogene Outcomes

Die klinischen Indikatoren beziehen sich auf zehn chronische Erkrankungen, es handelt sich in erster Linie um Prozessindikatoren (s. Tabelle 8–1). Obwohl die Beteiligung freiwillig war, nahmen 99,6% der Praxen teil, der Umfang des P4P-Programmes betrug über eine Mrd. € und machte im Durchschnitt mehr als 20% des Praxiseinkommens aus (Campbell et al. 2009). P4P wurde gemeinsam mit einem *public reporting*-Ansatz eingesetzt. Es gibt sog. *exception rules* (s. o.), Patienten können individuell ausgeschlossen werden, wenn sie auch nach drei schrift-

Tabelle 8–1

Erkrankungen und klinische Indikatoren des Quality and Outcomes Framework des NHS

Erkrankung	Anzahl Indikatoren	Maximale Punktzahl
KHK	15	121
Schlaganfall und TIA	10	31
Hypertension	5	105
Hypothyreose	2	8
Diabetes mellitus	18	99
Psychische Erkrankungen	5	41
COPD	8	45
Asthma	7	72
Epilepsie	4	16
Onkologie	2	12

Quelle: Roland et al. 2004

Krankenhaus-Report 2011

Wido

lichen Erinnerungen nicht in der Praxis vorstellig werden, die fragliche Intervention ablehnen, hierfür Kontraindikationen aufweisen oder die entsprechende Medikation nicht tolerieren.

In einer ersten Evaluation des Programms, die an einer repräsentativen Stichprobe von 42 Praxen und an den drei Diagnosen Koronare Herzkrankheit (KHK), Asthma und Diabetes mellitus Typ II durchgeführt wurde, zeigte sich zunächst eine Verbesserung der klinischen Indikatoren für alle drei Diagnosen über die Zeit, darunter verbesserten sich Asthma und Diabetes jedoch signifikant stärker als vorhergesagt (bei KHK nur $p=0,07$) (Campbell et al. 2007). Bereits hier war auffällig, dass nicht mit Vergütungsbestandteilen verknüpfte Indikatoren der gleichen Erkrankungen keine Verbesserungen zeigten. Eine im gleichen Zeitraum durchgeführte Studie zur Motivation der Ärzte zeigte keine Motivationsverschlechterung, eher waren die Pflegekräfte reserviert und wiesen auf Verschlechterungen der Patientenbetreuung hin (McDonald et al. 2007). In einer groß angelegten Befragung im Rahmen der British Ageing Study gaben 75 % der an chronischen Erkrankungen leidenden Patienten in P4P-Programmen an, die indizierte Therapie zu erhalten, gegenüber nur 58 % der nicht in P4P-Programmen Behandelten (Steel et al. 2008).

In einer später veröffentlichten Evaluation des QOF-Programms nach dem Design der *Interrupted Time Series* (1998, 2003 (vor) und 2005, 2007 (nach Einführung von P4P)) wurden mehrere weiterführende Beobachtungen gemacht (Campbell et al. 2009):

- nicht alle Krankheitsentitäten reagieren gleich
- Verbesserungstendenz ist auch ohne P4P feststellbar, es muss also der Grad der Verbesserung pro Zeiteinheit betrachtet werden
- es kommt zu einem „Ceiling-Effekt“

- die Patient Reported Outcomes (Zugang, Kommunikation) zeigen meist eine ansteigende Tendenz
- die Kontinuität der Behandlung ist ein kritischer Faktor
- es gibt Anzeichen für Opportunitätskosten durch Verschlechterung anderer, nicht einem P4P-Anreiz unterworfenen Bereiche (Asthma und KHK: Indikatoren, die durch P4P nicht angereizt wurden)

Eine (allerdings in Kalifornien durchgeführte) Studie bei Kaiser Permanente erbrachte zusätzlich den Befund, dass

- nach Absetzen der finanziellen Anreize ein deutlicher Rückgang der Qualität der Versorgung festzustellen war, die Verbesserungstendenz, die vorher bestand, also nicht nachhaltig war (Lester et al. 2010).

8

8.5 Umsetzungsmodalitäten

Die Erfahrungen aus Großbritannien und den USA lassen es naheliegend erscheinen, dass P4P als alleiniges Instrument nur eine begrenzte Wirkung auf die Qualität der Versorgung hat. Um so wichtiger erscheint die Diskussion der konkreten Umsetzungsmodalitäten, die hier kurz zusammenfassend dargestellt werden sollen (vgl. Rosenthal et al. 2007a):

- **Adressaten:** In erster Linie ist zu klären, ob einzelne Ärzte oder größere Organisationen (Krankenhäuser, Ärztenetze) angesprochen werden sollen, da unterschiedliche Wirkungsaspekte zu beachten sind (aktuelle Übersicht s. Chung et al. 2010). Werden einzelne Ärzte adressiert, stehen individuelle Faktoren im Mittelpunkt. Es muss weiterhin zwischen Hausärzten, Fachärzten und Ärzten in Krankenhäusern unterschieden werden, in den USA ist ein Trend von den Hausärzten zu Sekundärfachärzten feststellbar (Rosenthal et al. 2007b)). Werden dagegen Organisationen angesprochen, stehen Management- und Systemfaktoren im Vordergrund, die aufgrund der finanziellen Anreize Gegenstand der Veränderung sind. Weiterhin ist die Frage zu klären, ob die Beteiligung freiwillig oder verpflichtend ist.
- **Höhe der zusätzlichen Vergütung:** Ein klarer Zusammenhang zwischen Vergütungshöhe und Effekt ist in der Literatur nicht erkennbar. Die Vergütung sollte in der gleichen Größenordnung wie die inkrementellen Kosten der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen einschließlich der Opportunitätskosten (z.B. Verdienstausschlag durch die nicht mögliche Behandlung anderer Patienten in diesem Zeitraum) liegen. Die Höhe der zusätzlichen Vergütung muss weiterhin die Höhe der notwendigen Investitionen (z.B. EDV-Einrichtung) berücksichtigen. Zu klären ist, ob die umverteilten Gelder durch Einsparungen durch Abzüge oder als zusätzliche Mittel generiert werden.
- **Häufigkeit der Zahlungen:** In einer randomisierten Studie konnte kein Unterschied zwischen einem dreimonatlichen oder jährlichen Zahlungsrythmus festgestellt werden (Chung et al. 2010).
- **Messung von Qualität:** In einer Befragung von Institutionen, die bereits länger-dauernde Erfahrungen mit P4P haben, wird die Messung der Qualität der Ver-

sorgung als das Hauptproblem bezeichnet (Rosenthal et al. 2007b). Diese Problematik hängt zusammen mit der

- **Auswahl der Indikatoren:** In frühen Programmen werden meist Prozess- und Strukturvariablen verwendet, in einem Systematischen Review verwendeten 13 von 17 Studien Prozessindikatoren (Petersen et al. 2006). Diese haben wegen ihrer hohen Reliabilität und ihrer geringeren Anfälligkeit für Verfälschungen viele Vorteile, allerdings können sie zu einer Konzentration der Aktivitäten auf diese Parameter führen, u.U. zulasten der Ergebnisqualität. Insgesamt ist die Validität von Prozessindikatoren umstritten (Fonarow et al. 2007, Bradley et al. 2006, JHA et al. 2007, Werner et al. 2006, Mehta et al. 2008), allerdings beschreiben sie Qualitätsprobleme, ehe „das Kind in den Brunnen gefallen ist“. Im Allgemeinen geht man davon aus, dass Prozessindikatoren in geringerem Maße risikoadjustiert werden müssen als Ergebnisindikatoren, allerdings wechseln in einer empirischen Studie noch 16% der Krankenhäuser das P4P-Stratum, wenn eine Risikoadjustierung der Prozessindikatoren durchgeführt wird (Mehta et al. 2008). Ergebnisindikatoren sind in ihrer Relevanz anerkannt, verlangen aber einen hohen Aufwand bzgl. der Risikoadjustierung und stehen auch hinsichtlich der Reliabilität unter Druck (Dokumentationsqualität). Sie nehmen aber an Bedeutung zu, in der Folge werden Instrumente der Risikoadjustierung immer wichtiger (Rosenthal et al. 2007B). Im Endergebnis werden in modernen Programmen immer Prozess- und Ergebnisindikatoren kombiniert. Strukturqualitätsindikatoren treten in den Hintergrund, mit Ausnahme der IT-Ausstattung (Roland et al. 2004, Rosenthal et al. 2007b). Weiterhin ist eine Kombination von administrativen und klinischen Daten sinnvoll, es dürfen durch die ausschließliche Verwendung von administrativen Daten keine „blinden Flecken“ in den konservativen Fächern entstehen, in denen folglich kein Verbesserungsanreiz gegeben ist. Der Dokumentationsaufwand ist zu berücksichtigen, die Indikatoren sind so zu wählen, dass sie in der gegebenen IT-Umgebung ohne zusätzlichen Aufwand zu erheben sind. Die Verwendung von Indikatoren zur Kosteneffektivität geht auf die breitere Definition von P4P in den USA zurück (Rosenthal et al. 2007b).
- **Spezifizierung der Indikatoren:** Die Indikatoren müssen hinsichtlich Zähler und Nenner genau beschrieben und definiert sein. Insbesondere ist die Frage zu klären, wie mit *Outlier*-Patienten, also statistischen Ausreißern, verfahren wird (s. *Exception Reporting* im Quality and Outcome Framework (Doran et al. 2006)).
- **Monetäre Bewertung:** die verwendeten Indikatoren müssen monetär bewertet werden, was an die Spezifizierung besonders hohe Anforderungen stellt. Insgesamt steigt die Höhe der Anreize im Verlauf an (Rosenthal et al. 2007B).
- **Spezifizierung der Anreize:** Grundsätzlich existieren drei Möglichkeiten, qualitätsbezogene Vergütungsanreize umzusetzen. Zum einen können die Anbieter in den Top-Positionen eines Rankings oder oberhalb eines Grenzwertes belohnt werden („*absolute top*“), zum anderen kann man den oberen 10 oder 20% Vergütungsanreize bieten („*relative top*“), und außerdem kann man die relative Verbesserung in Bezug auf den individuellen Ausgangswert belohnen („*relative delta*“). Das Quality and Outcomes Framework (QOF) in Großbritannien nutzt einen absoluten Grenzwert (Roland et al. 2004); es wird argumentiert, dass aus

diesem Grund dieses Programm mit zusätzlichen Ausgaben von einer Mrd. € so teuer geworden ist (Maynard 2010). Das CMS and Premier Quality Incentive Demonstration Project in den USA verwendet relative Grenzwerte, die eine *league table* voraussetzen (Lindenauer et al. 2007), in den USA nimmt allgemein diese Vergütungsstruktur von 0% im Jahr 2003 auf 23% der Programme im Jahr 2006 zu (Rosenthal et al. 2007B). Die beiden ‚Top‘-Optionen laufen Gefahr, immer die gleichen Anbieter zu belohnen, die dadurch immer besser werden und den niedriger gelisteten Anbietern keine Möglichkeit lassen, in die Top-Positionen aufzurücken. Außerdem gibt es die Gefahr einer sozialen Desintegration (s. u.). Andererseits ist dieses Verfahren leistungsbezogen, weil die zusätzliche Vergütung immer wirklich den Besten zukommt. Die ‚*relative delta*‘-Option stärkt die Verbesserungswirkung, weil jeder, der sich verbessert, gestärkt und motiviert wird, unabhängig davon, wie die Ausgangssituation aussieht, allerdings werden u. U. niedriger gelistete Anbieter besser vergütet als solche in Top-Positionen. Eine hiermit im Zusammenhang stehende Frage betrifft die Art der zusätzlichen Vergütung; es sind absoluter Bonus, absolute Einbehaltung, relative Zahlung (in Prozent der Basisvergütung), relative Abschläge, Sonderzahlungen (*grants*) und Zuweisung von Versicherten (*auto-assignment*) möglich.

8.6 Perspektive: Integration in andere Versorgungskonzepte

Vor dem Hintergrund der jetzt vorliegenden mittel- und langfristigen Effekte von P4P-Programmen, die durchaus deutliche Qualitätsverbesserungen, aber eben auch Probleme hinsichtlich der Kontinuität der Versorgung, Opportunitätskosten durch Verschlechterung der Versorgung anderer Krankheitserscheinungen, eine fragliche Nachhaltigkeit und die Gefahr einer sozialen Desintegration erkennen lassen, erscheint die Diskussion um die Interpretation dieser Aspekte und die sinnvolle Einbettung von P4P in anderweitige gesundheitspolitische Strukturentwicklungen notwendig. Die Ansicht, das P4P-Konzept sei entweder noch nicht genügend ausgereift oder die „ausgelobten“ Mittel seien zu gering, erscheint nicht zielführend, eher ist der Meinung zuzustimmen, dass P4P als ein Zwischenschritt zu anderen Konzepten bzw. Zielen anzusehen ist (Rosenthal et al. 2007b)

Man kann P4P als ein Vergütungssystem bezeichnen, das finanzielle Mittel von gemessenen zu nicht gemessenen Qualitäts-Endpunkten umsteuert (Ryan 2010). Gerade die Erfahrungen in Großbritannien machen die Gefahr deutlich, dass P4P seine Wirkung letztlich als Einzelleistungsvergütung entfaltet (Wodchis et al. 2007). Die finanziellen Anreize bezogen sich auf Indikatoren, über die bei den Beteiligten Übereinstimmung herrschte, und gleichzeitig war eine deutliche Verbesserung der finanziellen Ausstattung des britischen Gesundheitssystems in Aussicht gestellt worden – daher gab es in der britischen P4P-Reform „keine Verlierer“ (Roland et al. 2004). Aus diesem Verständnis wird auch erklärlich, warum nach Absetzen der Anreize wieder eine Verschlechterung eintritt, als handle es sich bei Qualität um eine nicht finanzierte Leistung (Campbell et al. 2009).

Auffallend ist insbesondere auch in Deutschland die fehlende Neigung, P4P mit anderen Konzepten der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu verbinden. Jede Intervention auf der Ebene der Leistungserbringer hat Auswirkungen auf die Versorgung der Gesamtbevölkerung und die Koordination der Versorgung auf Systemebene. Zu nennen sind im Einzelnen präventive Maßnahmen, übergeordnete Ziele wie Vermeidung von Ungleichheit und Benachteiligung, die Verbesserung der Infrastruktur und der Grad der Integration der Versorgung über die Sektorgrenzen und Organisationen hinweg. Bei der Auswahl der Indikatoren sollten Anreize mit berücksichtigt werden, die diese Ziele umzusetzen helfen.

P4P ist grundsätzlich als ein lokal wirkendes Instrument anzusehen (Wodchis et al. 2007). Da zusätzlich davon auszugehen ist, dass die Kongruenz von Behandlungsverantwortung und finanziellen Anreizen oft nicht gegeben ist (Pham et al. 2007; Wharam 2009), kann nur die Konsequenz gezogen werden, dass P4P als alleiniges Instrument nicht dauerhaft erfolgreich sein kann und nur im Kontext anderer, die Qualität positiv beeinflussender Versorgungskonzepte weiterentwickelt werden kann (Rosenthal 2008). In Großbritannien ist eine Veränderung der organisatorischen Strukturen im ambulanten Bereich unter P4P erkennbar (McDonald 2007). Das Messen von Indikatoren allein ist zu eindimensional, es müssen lokale Initiativen zur Qualitätsverbesserung gefördert werden (Werner 2009). Im Vordergrund steht die Integration von P4P in transsektorale, episodensbasierte Vergütungskonzepte (Lee 2008), insbesondere Chronic Care (Wennberg et al. 2007b) und Patient-Centered Medical Home (Rosenthal 2008) als langfristig angelegte, koordinierte Versorgung von Patienten. Dabei ist die Kombination mit *public disclosure* sinnvoll (Frolich et al. 2007) und wird allgemein empfohlen. Auch die Beteiligung der Patienten im Sinne des Shared Decision Making (Wennberg et al. 2007a) und zusätzliche Anreize auch für Patienten (sog. „P4P4P“, Volpp et al. 2009) werden diskutiert. In Deutschland sind im Rahmen mehrerer Vergütungsformen P4P-Elemente möglich, insbesondere im Rahmen der Selektivverträge bei integrierter Versorgung (§ 140a-d), der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) und der besonderen ambulanten Versorgung nach § 73c SGB V (zusammenfassende Darstellung SVR 2009, Nr. 859ff.). Hinsichtlich der Qualität der Versorgung ist die rein auf die einzelnen Leistungserbringer bezogene Betrachtung nicht mehr zeitgemäß, auch die transsektorale Perspektive muss zugunsten einer populationsbezogenen Perspektive aufgegeben werden (Geraedts 1999). In den USA lässt sich diese Entwicklung schon erkennen, im Bereich der Managed-Care-Versorgung werden zunehmend Mittel qualitätsbezogen verteilt (Rosenthal 2008).

8.7 Literatur

- Alshamsan R, Majeed A, Ashworth M, Car J, Millett C. Impact of Pay for Performance on Inequalities in Health Care: Systematic Review. *J Health Serv Res Policy* 2010; 15: 178–84.
- Aron D, Pogach L. Specialists versus Generalists in the Era of Pay For Performance: “A Plague o’ both your houses!” *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 3–5.
- Bradley EH, Herrin J, Elbel B, McNamara RL, Magid DJ, Nallamothu BK, Wang Y, Normand SLT, Spertus JA, Krumholz HM. Hospital Quality for Acute Myocardial Infarction. Correlation Among Process Measures and Relationship With Short-Term Mortality. *JAMA* 2006; 296: 72–8.

- Bufalino V, Peterson ED, Burke GL, LaBresh KL, Jones DW, Faxon DP, Valadez AM, Brass LM, Fulwider VB, Smith R, Krumholz HM. Payment for Quality: Guiding Principles and Recommendations. Principles and Recommendations From the American Heart Association's Reimbursement, Coverage, and Access Policy Development Workgroup. *Circulation*. 2006; 113: 1151–4.
- Burgdorf F, Kleudgen S, Diel F: Wege zur qualitätsorientierten Vergütung. *Dtsch Ärztebl* 2009; 106: C1837–9.
- Campbell S, Reeves D, Kontopantelis E, Middleton E, Sibbald B, Roland M. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. *N Engl J Med* 2007; 357: 181–90.
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M: Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. *N Engl J Med* 2009; 361: 368–78.
- Cannon MF. Pay-For-Performance: Is Medicare a Good Candidate? *Yale Journal of Health Pol Law Eth* 2006; 7: 1–38.
- Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT: General Internists' Views On Pay-For-Performance And Public Reporting Of Quality Scores: A National Survey. Internists are supportive of financial incentives for quality but are concerned about possible unintended consequences. *Health Aff* 2007; 26: 492–9.
- Casalino LP, Elster A. Will Pay-For Performance and Quality Reporting Affect Health Care Disparities? *Health Aff* 2007; 26: w405-14.
- Chung S, Palaniappan L, Wong E, Rubin H, Luft H. Does the Frequency of Pay for Performance Payment Matter? Experience from a Randomized Trial. *Health Serv Res* 2010; 45: 553–64.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, Roland M. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 355; 2006: 375–84.
- Fonarow GC, Abraham WT, Albert NM, Stough WG, Gheorghiane M, Greenberg BH, O'Connor CM, Pieper K, Sun JL, Yancy C, Young JB, for the OPTIMIZE-HF Investigators and Hospitals: Association between Performance Measures and Clinical Outcomes for Patients Hospitalized with Heart Failure. *JAMA* 2007; 297: 61–70.
- Frolich A, Talavera JA, Broadhead P, Dudley RA: A Behaviorable Model of Clinician Responses to incentives to Improve Quality. *Health Policy* 2007; 80: 179–93.
- Geraedts M. Populationsorientierte und sektorenübergreifende Qualitätsbewertung: Voraussetzung einer integrierten Versorgung. *Gesundh.ökon. Qual.manag.* 1999; 4/6: A150–A154.
- Institute of Medicine: Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. National Academy Press, Washington 2007.
- Jha AK, Orav EJ, Li Z, Epstein AM: The Inverse Relationship Between Mortality Rates And Performance In The Hospital Quality Alliance Measure. *Health Aff* 2007; 26: 1104–10.
- Lee TH: Pay for Performance, Version 2.0? *N Engl J Med* 2007; 357: 531–3.
- Lester H, Schmittiel J, Selby J, Fireman B, Campbell S, Lee J, Whippy A, Madvig P: The Impact of Removing Financial Incentives from Clinical Quality Indicators: Longitudinal Analysis of Four Kaiser Permanente Indicators. *Brit Med J* 2010; 340: c1898.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW: Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *N Engl J Med* 2007; 356: 486–96.
- Maynard A, Bloor K: Will Financial Incentives and Penalties Improve Hospital Care? *Brit Med J* 2010; 340: c88.
- McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell SM, Roland M. Impact of Financial Incentives on Clinical Autonomy and Internal Motivation in Primary Care: Ethnographic Study. *Brit Med J* 2007; 334: 1357.
- Mehta RH, Liang L, Karve AM, Hernandez AF, Rumsfeld JS, Fonarow GC, Peterson ED. Association of Patient Case-Mix Adjustment, Hospital Process Performance Rankings, and Eligibility for Financial Incentives. *JAMA* 2008; 300: 1897–903.
- Millett C, Gray J, Saxena S, Netuveli G, Majeed A. Impact of a pay-for-performance incentive on support for smoking cessation and on smoking prevalence among people with diabetes. *CMAJ* 2007; 176: 1705–10.

- Nicholson S, Pauly MV, Wu AY, Murray JF, Teutsch S, Berger ML: Getting Real Performance out of Pay-for-Performance. *Milbank Quart* 2008; 86: 435–57.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care? *Ann Intern Med* 2006;145: 265–72.
- Pham H, Schrag D, O'Malley AS, Wu B, Bach PB: Care Patterns in Medicare and Their Implications for Pay for Performance. *N Engl J Med* 2007; 356: 1130–9.
- Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care – A Major Experiment in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2004; 251: 1448–54.
- Rosenthal MB, Dudley RA: Pay-For-Performance. Will the Latest Payment Trend Improve Care? *JAMA* 2007a; 297: 740–7.
- Rosenthal M, Landon BE, Howitt K, Song HS R, Epstein AM. Climbing Up the Pay for Performance Learning Curve: Where Are the Early Adopters Now? *Health Aff* 2007b; 26: 1674–82.
- Rosenthal MB: Beyond Pay for Performance – Emerging Models of Provider-Payment Reform. *N Engl J Med* 2008; 359: 1197–2000.
- Ryan AM. Has Pay-for-Performance Decreased Access for Minority Patients? *Health Serv Res* 2010; 45: 6–23.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Band I und II. Baden-Baden: Nomos 2008.
- Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. www.svr-gesundheit.de.
- Shen Y. Selection Incentives in a Performance-Based Contracting System. *Health Serv Res* 2003; 38: 535–52.
- Steel N, Bachmann M, Maisey S, Shekelle P, Breeze E, Marmot M, Melzer D. Self Reported Receipt of Care Consistent with 32 Quality Indicators. National Population Survey of Adults Aged 50 or More in England. *Brit Med J* 2008; 337: 438–52.
- Straube B, Blum JD: The Policy on Paying for Treating Hospital-Acquired Conditions: CMS Officials Respond. *Health Aff* 2009; 29: 1494–7.
- Volpp KG, Pauly MV, Loewenstein G, Bangsberg D. P4P4P: An Agenda for Research on Pay-for-Performance for Patients. *Health Aff.* 2009; 28: 206–14.
- Weiss J. Pay for Performance: Bezahlt wird nach Leistung. *Dtsch Med Wschr* 2010; 135: 498–9.
- Wennberg JE, O'Connor AM, Collins ED, Weinstein JN. Extending the P4P Agenda, Part 1: How Medicare Can Improve Patient Decision Making and Reduce Unnecessary Care. *Health Aff* 2007a; 26: 1564–74.
- Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS, Bronner KK. Extending the P4P Agenda, Part 2: How Medicare Can Reduce Waste and Improve the Care of the Chronically Ill. *Health Aff* 2007b; 26: 1575–85.
- Werner RM, Asch DA, Polsky D. Racial Profiling. The Unintended Consequences of Coronary Artery Bypass Graft Report Cards. *Circulation* 2005; 111: 1257–63.
- Werner RM, Bradlow ET. Relationship Between Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA* 2006; 296: 2694–702.
- Werner RM, McNutt R: A New Strategy to Improve Quality. Rewarding Actions Rather Than Measures. *JAMA* 2009; 301: 1375–7.
- Wharam JF, Sulmasy D: Improving the Quality of Health Care. Who Is Responsible for What? *JAMA* 2009; 301: 215–7.
- Wodchis WP, Ross JS, Detsky AS. Is P4P Really FFS? *JAMA* 2007; 298: 1797–9.