

Doktoren zwischen Herz und Knete

Geld erzieht Erwachsene. Dieser Logik folgt die vertragsärztliche Vergütung seit Jahren. Doch sorgt das Setzen finanzieller Anreize tatsächlich für eine bessere Versorgung? [Stephan Feldmann](#) hegt Zweifel – und plädiert für ein Honorarsystem, das auf heilberufliche Motivation setzt.

Für Erzieher in Kindertagesstätten und Eltern kleiner Kinder ist die Einhaltung der nachmittäglichen Schließzeiten Herausforderung und Ärgernis zugleich. Werden die Kinder zu spät abgeholt, müssen die Kita-Mitarbeiter länger arbeiten. Dies ist nicht nur hierzulande so, sondern auch in Israel. Dort nahmen zehn Kitas an einer Studie teil, um zu erproben, ob eine Strafgebühr die Pünktlichkeit der Eltern erhöhte. An sechs Kitas sollten Eltern, die ihre Kinder zu spät abholten, zehn Schekel (2,30 Euro) Strafe zahlen. Eine Kontrollgruppe musste keine Gebühr fürs zu späte Abholen entrichten. Nachdem fünf Wochen lang die Verspätungen erfasst wurden, setzte man ab der sechsten Woche die Strafgebühr an. In der Kontrollgruppe ohne Strafe blieben die Verspätungen erwartungsgemäß konstant, aber in den Kitas mit Strafzahlung nahmen sie deutlich zu (*Gneezy/Rustichini, 2000; siehe Kasten „Lese- und Webtipps“ auf Seite 23*) – ein bemerkenswerter Befund, der weltweit Beachtung fand. Widerspricht er doch nicht nur den Erwartungen der ökonomischen Theorie, sondern auch einer weit verbreiteten Sicht auf die Auswirkungen finanziellen Belohnens oder Strafens.

Innere Motivation unterschätzt. Finanzielle Belohnungen oder Bestrafungen zählen zu den Mitteln der extrinsischen Motivation (Handeln aufgrund äußerer Einflüsse). Extrinsische An-

reize müssen aber nicht finanzieller Natur sein. Auch rein verbale Interventionen wie Lob und Tadel fallen darunter. Im Unterschied dazu sind bei der intrinsischen Motivation keine äußeren Impulse erforderlich. Antriebskräfte sind hier die reine Lust an der Tätigkeit, die Freude am Beruf, das Aufgehen in einem Hobby bis hin zum inzwischen fast sprichwörtlichen Flow-Erlebnis (positives emotionales Erleben beim Arbeiten), aber auch moral-ethische Prinzipien.

Dass die Autoren der israelischen Studie die Form der finanziellen Sanktion als Motivationsinstrument für unpünktliche Eltern wählten, ist nicht verwunderlich. Denn die Erforschung und Theorieentwicklung zum ökonomischen Verhalten von Menschen konzentriert sich in erster Linie auf extrinsische, insbesondere monetäre Anreize. Mit dem nicht immer greifbaren, in mathematischer Hinsicht ungenauen Innenleben der Menschen sollen sich die Psychologen abquälen.

Die ökonomische Sicht auf die Antriebsstruktur des Menschen hat sich weitgehend durchgesetzt. Sie prägt inzwischen die allgemeine Auffassung von der Wirkung von Belohnungen und Strafen. Die Annahme, Menschen würden eine Tätigkeit häufiger und vor allem bereitwilliger unternehmen, wenn sie dafür auch mehr Geld bekommen, wird kaum angezweifelt. Dass aber Menschen aus innerer Motivation heraus agieren, wird vielfach noch ausgeklammert.

Glossar

Extrinsische Motivation

Handeln aufgrund äußerer Einflüsse, zum Beispiel monetärer Belohnungen oder Strafen. Dazu zählen aber auch positive und negative Sanktionen wie Lob oder Tadel.

Intrinsische Motivation

Ausübung einer Tätigkeit um ihrer selbst willen. Die Bedürfnisbefriedigung erfolgt bereits durch die Handlung an sich, nicht durch damit verbundene Ergebnisse oder äußere Einflüsse.

Meld-Score

Der Meld-Score (Model for end stage liver disease) beschreibt den Dringlichkeitswert für eine Lebertransplantation. Je höher der Meld-Score ist, desto größer ist die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient ohne Spenderorgan in den nächsten drei Monaten verstirbt.

Pay for Performance (P4P):

Häufig missverständlich mit leistungsorientierter Vergütung (besser ergebnisorientiert) übersetzt, verfolgt P4P das Ziel, die Vergütung an das Erreichen von qualitativen oder quantitativen Zielen zu knüpfen. Für die Abbildung von Qualitätszielen werden in der Regel messbare Indikatoren wie zum Beispiel Impfquoten oder Komplikationsraten verwendet.

Public Reporting/Public Disclosure

Veröffentlichung von gemessenen Indikatoren und Parametern, die Aussagen über Leistung und Qualität zum Beispiel eines Krankenhauses ermöglichen sollen. Die Veröffentlichung kann sich entweder auf einen eingeschränkten Adressatenkreis beziehen, beispielsweise vergleichbare Einrichtungen einer Region, oder uneingeschränkt über Medien oder Internet erfolgen.

Regelleistungsvolumina

Nach Paragraph 87b Sozialgesetzbuch V alter Fassung (gültig bis 31. Dezember 2011) wiesen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilung den Ärzten arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) zu. Ein RLV ist die von einem Arzt oder einer Praxis insgesamt abrechenbare Menge an Leistungen, die mit einem festen Punktwert (ein in Cent bemessener Wert) vergütet werden. Für darüber hinausgehende Leistungen gibt es einen verringerten Punktwert. Die Regelleistungsvolumina berechnen sich aus einem durchschnittlichen RLV-Fallwert und einer RLV-Fallzahl – Größen, die aus der Abrechnung aus dem Vorjahr ermittelt sind. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012 hat der Gesetzgeber die Vorschriften zur Honorarverteilung deutlich reduziert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind teilweise zu anderen Methoden übergegangen, arzt- und praxisbezogene Budgets zu ermitteln.

Quelle: AOK-Bundesverband, DIMDI, InEK

Geld kann demotivieren. Dabei belegen inzwischen Studien, dass intrinsische und extrinsische Motivation auch einen negativen Zusammenhang haben. Ein von außen kommender (extrinsischer) Impuls kann bewirken, dass eine Tätigkeit, die bisher ihrer selbst willen (intrinsisch) unternommen wird, unterhöhlt oder verdrängt wird. Der Schweizer Psychologe Bruno Frey nennt dieses Phänomen „Verdrängungseffekt“. Dass dieser Effekt eintritt, belegt beispielsweise eine Studie mit Bewohnern eines Altenheims. Sie sollten mithilfe von Gutscheinen dazu bewegt werden, bestimmte Aufgaben zu erledigen. Aber schnell stellte sich heraus, dass die Begünstigten die Bereitschaft verloren, ohne Aussicht auf Gutscheine auch nur irgendetwas zu tun. Sie waren noch nicht einmal mehr bereit, zuvor gerne getätigte Arbeiten zu machen, wenn sie dafür keine Gutscheine erhielten.

Warum der Verdrängungseffekt eintritt, ist nicht eindeutig geklärt. Psychologen sehen einen wesentlichen Grund in dem subjektiven Gefühl, durch extrinsische Anreize fremdbestimmt und kontrolliert zu sein. Der empfundene Eingriff in die eigene Autonomie kann Reaktanzverhalten auslösen und sich in Auflehnung, Verweigerung oder demonstrativ konformen, aber tatsächlich obstruktiven Handlungen wie dem sogenannten Dienst nach Vorschrift äußern. Auch können extrinsische Anreize die Motivation negativ beeinflussen, wenn sie als ungerecht empfunden werden. In der Regel scheint es das Bedürfnis nach Autonomie und Fairness zu sein, dass viele Menschen durch das Versprechen auf zusätzliches Geld beeinträchtigt sehen. Diese Effekte wirken sich um so deutlicher aus, je komplexer und eigenverantwortlicher die ausgeübte Tätigkeit ist.

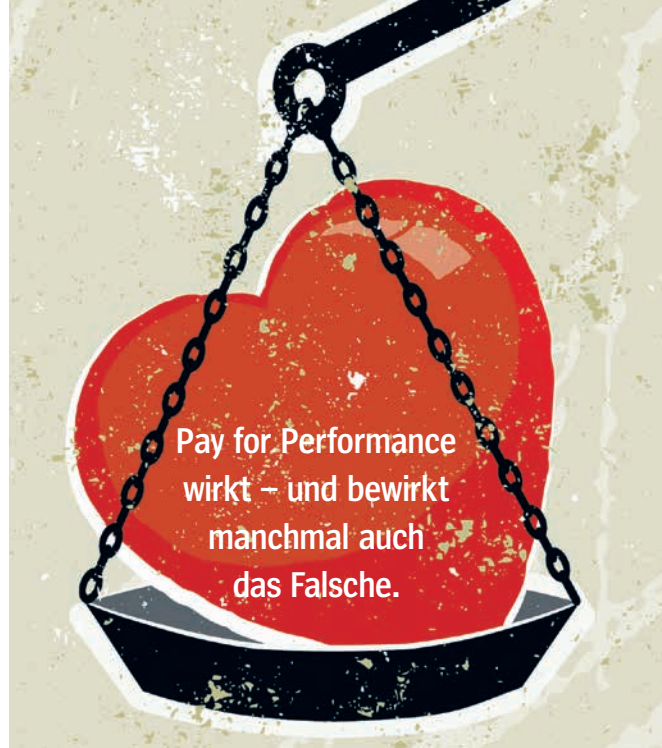
Reformen nach dem Prinzip Hoffnung. Eine Berufsgruppe, in der finanzielle Anreize sowie Verantwortung eine bedeutende Rolle spielen, ist die Ärzteschaft. Obwohl seit Langem bekannt ist, dass Verhalten und Entscheidungen bei Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verschiedenen Einflüssen unterliegen (siehe Übersicht „Was das Ärzteverhalten beeinflusst“ auf Seite 22), stand und steht in der gesundheitspolitischen Diskussion der finanzielle Anreiz im Mittelpunkt. Entsprechend gibt es ein unübersichtliches und teilweise widersprüchliches Geflecht ökonomischer Steuerungsmechanismen. Dazu zählen zum einen beabsichtigte Anreizsysteme wie Vergütungszuschläge für Leistungen, die Kassenärztliche Vereinigungen und gesetzliche Krankenkassen gemeinsam fördern möchten. Mehr Geld kann es beispielsweise für ambulante Operationen oder die medizinische Versorgung von Patienten in Pflegeheimen geben. Und mit jedem Reformgesetz treten neue Fördertatbestände in Kraft, mit denen die jeweilige Regierungskoalition hofft, Ärzte zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen. Und dabei geht es immer nur um Geld.

Honorsystem setzt unbeabsichtigte Anreize. Daneben gibt es aber implizite, nicht immer beabsichtigte Anreizwirkungen, die in der Ausgestaltung des Honorarsystems begründet sind und das Verhalten der Ärzte beeinflussen können. So belohnt tendenziell die Vergütung einzelner ärztlicher Tätigkeiten (Einzelleistungsvergütung) Mengenausweitungen. Demgegenüber fördern Pauschalhonorare eher eine Verknappung. Bestimmte Leistun-

gen zu erbringen, kann auch allein schon deshalb für Ärzte attraktiv sein, weil sie zu hoch bewertet sind – ein Verdacht der häufig im Zusammenhang mit außerordentlich häufig erbrachten ambulanten Operationen geäußert wird. Und die im Vergleich zur gesetzlichen Krankenversicherung hohe, unbudgetierte Vergütung von privatärztlichen Leistungen nach den Sätzen der Gebührenordnung für Ärzte wird als Ursache für die steigenden ärztlichen Umsätze mit individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) sowie der Bevorzugung von Privatpatienten bei der Terminvergabe angesehen.

Finanzieller Nutzen beeinflusst Ärzteverhalten. Überspitzt formuliert lässt sich behaupten: Niedergelassene Ärzte sind von finanziellen Anreizen geradezu umstellt. Und so gibt es Belege dafür, dass sich Mediziner von monetären Aussichten statt von ihrer Berufsethik leiten lassen und Veränderungen in der Vergütung die Erbringung ärztlicher Leistungen beeinflussen. Gesundheitsökonomien jedenfalls sind sich weitgehend einig, dass Ärzte stark auf finanzielle Anreize reagieren. Ein bemerkenswertes Beispiel liefern Shah et al. im renommierten Journal of the American Medical Association (siehe „Lese- und Webtipps“ auf Seite 23). Sie untersuchten, inwieweit eine Belastungsuntersuchung bei Herzpatienten, teilweise verbunden mit einer Injektion radioaktiver Substanzen, mit der ärztlichen Vergütung zusammenhängt. Ergebnis: Die Ärzte stellten die Indikation deutlich häufiger, wenn sie die Untersuchung selbst machten und abrechneten, als wenn sie Patienten an einen anderen Arzt überwiesen. Die Autoren schlossen daraus, dass die Indikationsstellung nicht allein nach medizinischer Notwendigkeit, sondern nach finanziellen Kriterien erfolgte.

Ärzte machen Menge. Vergleichbare Studien gibt es für Deutschland zwar nicht. Dass aber finanzielle Kriterien auch hierzulande ärztliches Verhalten beeinflusst, zeigt beispielsweise die Honorarreform 2009. Trotz erheblicher Vergütungssteigerungen war die Ärzteschaft über die individuellen Auswirkungen verunsichert. Angesichts der von den Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichten Zahlen zu den Regelleistungsvolumina (siehe „Glossar“ auf Seite 20) befürchteten viele Ärzte erhebliche Honorarverluste. In der Folge entwickelte sich eine phänomenale Mengendynamik bei jenen Leistungen, die nicht der Mengengrenzung der Regelleistungsvolumina unterlagen. So stieg beispielsweise die Zahl psychosomatischer Gespräche binnen eines Jahres um 95 Prozent. Schenkt man dem damaligen Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Dr. Andreas Köhler Glauben, nahmen jene Leistungen, die keiner Mengengrenzung unterlagen, im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr im Durchschnitt sogar um 280 Prozent zu. Dieser drastischer Anstieg lässt sich wohl kaum mit einer Zunahme der Morbidität oder mit dem medizinischen Fortschritt erklären. Ähnlich sehen es Vertragsärzte. So wies die KBV in ihrer offiziellen Stellungnahme zum Versorgungsstärkungsgesetz vom 19. Februar 2015 darauf hin, dass eine Vergütung ohne Mengengrenzung zur Leistungsausweitung führe und den Anreiz setze, die Abrechnungsmöglichkeiten über Gebühr auszunutzen. Nun wäre die Empfänglichkeit der Mediziner für finanzielle



Anreize für sich allein genommen kein Grund zur Besorgnis. Denn dies bedeutet zunächst ja nur, dass ihr Verhalten auf diese Weise steuerbar ist. Problematisch aber wird es, wenn medizinische Kriterien in den Hintergrund treten.

Vergütung an Qualität koppeln? Ein anschauliches Beispiel für das Dilemma finanzieller Anreize ist die sogenannte leistungsbezogene Vergütung (Pay for Performance, P4P). Ihr Grundgedanke: Den Arzt für erreichte Qualitätsziele zu entlohnen und nicht für einzelne Tätigkeiten. Hierbei werden wie unter einem Mikroskop die Wirkungen und Nebenwirkungen von Belohnungen sichtbar. So kann zum einen die Erkenntnis als gesichert gelten, dass Ärzte bei der qualitätsbezogenen Vergütung entsprechend des finanziellen Anreizes handeln. Deutlich wird dies beispielsweise in der Studie von Doran et al. (siehe „Lese- und Webtipps“ auf Seite 23) zum Projekt „Quality and Outcomes framework (QOF)“ des britischen National Health Service. Das Projekt koppelte erhebliche Vergütungsanteile an das Erreichen bestimmter Qualitätsziele. Damit sollte die Behandlung einiger chronischer Krankheiten, beispielsweise Diabetes, verbessert werden. Tatsächlich verbesserten sich diejenigen Qualitätsparameter, die mit einem finanziellen Bonus versehen waren.

Qualitätsziele zu niedrig gesteckt. Die Autoren der Studie relativierten diesen positiven Befund aber sogleich wieder. Denn die Ärzte konnten die Ziele leicht erreichen, weil sie nicht besonders hoch gesteckt waren. Zudem konnten die Mediziner Patienten mit mangelnder Therapietreue von der Zählung ausschließen. Und davon machten die Ärzte reichlich Gebrauch.

Besonders bemerkenswert war aber eine weitere Beobachtung: Neben den finanziell geförderten wurden noch weitere Qualitätsparameter gemessen, für die es aber keinen Bonus bei Zielerreichung gab. Dazu gehörten beispielsweise die Häufigkeit der Grippeimpfung bei Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen oder die Blutzuckermessung bei chronischen Herz-

Was das Ärzteverhalten beeinflusst

Finanzielle Anreize	Die Art der Vergütung (Einzelleistungs- oder Pauschalvergütung) sowie Unterschiede in der Honorierung von Leistungen beeinflussen Auswahl und Durchführung der erbrachten Leistungen.
Intrinsische Motivation und berufliches Selbstbild	Interesse und Freude an einer Handlung sind ein starker Anreiz für eine gute Leistung. Ärzte und nicht-ärztliche Leistungserbringer können durch ihren professionellen Anspruch an sich selbst und dem Wunsch, anderen durch gute Leistung zu helfen, motiviert werden.
Organisatorische Einflüsse	Unternehmenskultur, Managementansätze und die Organisation des Versorgungsablaufs (wie werden Behandlungen terminiert, welche Ressourcen stehen zur Verfügung, welchen Stellenwert hat Patientensicherheit?) können einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungserbringung haben.
Politische Rahmenbedingungen	Übergeordnete Entscheidungsebenen beeinflussen zum Beispiel durch die Definition des Leistungskatalogs die Entscheidungen der Ärzte.

Quelle: Commonwealth Fund, *Incentives 2.0 – a synergistic Approach to provider Incentives*, 2014, eigene Darstellung

erkrankungen. Die dort beobachtete Leistung der Ärzte entwickelte sich schlechter als erwartet. Offenbar investierten die Mediziner ihre Zeit darin, die monetär geförderten Ziele zu erfüllen und finanziell „unattraktive“ Ziele zu vernachlässigen.

Solche strategischen Anpassungshandlungen sind nicht nur für das britische QOF-Projekt typisch, sondern kennzeichnen viele P4P-Projekte. Zu diesem Ergebnis kommt ein Sachstandsbericht des BQS Instituts für Qualität & Patientensicherheit im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums aus dem Jahr 2012 (siehe Veit/Hertle et al., 2012; Kasten „Lese- und Webtripp“ auf Seite 23).

Transplantationsskandal bringt Boni in Misskredit. Obwohl empirisch belegt ist, dass finanzielle Anreize nicht immer segensreich sind, werden sie im Grundsatz selten infrage gestellt. Allerdings sind sie infolge des Transplantationsskandals in die Kritik geraten. Anschaulich ist der Fall eines Chefarztes des Universitätsklinikums Göttingen, dessen Freispruch jüngst für Aufsehen sorgte. Zwar verneinte das Gericht eine Strafbarkeit, bestätigte aber den Sachverhalt: Um die Zahl der Leber-Transplantationen zu erhöhen, wurden in Göttingen offenbar Laborparameter und klinische Eigenschaften von Patienten, insbesondere der Dialysestatus, wiederholt manipuliert. Der Schweregrad der Lebererkrankung (Meld-Score, siehe „Glossar“ auf Seite 20) von Patienten stieg, und sie rückten auf der Warteliste für ein Spenderorgan weit nach oben. Bei anderen Patienten wurden Nebenerkrankungen verschwiegen, die zu einem Abschluss von der Warteliste geführt hätten.

In der Anklageschrift fand insbesondere der Umstand Beachtung, dass die Universitätsklinik mit dem Arzt eine auf zwei Jahre befristete Bonusregelung vereinbart hatte. Er erhielt pro Kalenderjahr beginnend mit der 21. Lebertransplantation für jede weitere Verpflanzung bis zur Höchstgrenze von 60 Operationen eine Sonderzahlung von jeweils 1.500 Euro. Offenbar war die Übereinstimmung dieser Bonusregelung mit dem dann

tatsächlichen Betrieb des OPs verblüffend exakt. In den beiden Jahren, in denen die Bonusregelung galt, wurden in Göttingen 59 Lebern transplantiert. Danach sank ihre Zahl auf 31.

Ärztetag agiert widersprüchlich. Obleich diese Zahlen ein auffälliges Zusammenfallen von finanziellem Anreiz und tatsächlichem Handeln indizieren, ist dies selbstverständlich kein Beweis für die Kausalität. Ob es wirklich wegen des Bonus Manipulationen gab, ist lediglich ein Verdacht. Bewiesen ist das nicht. Für die Ärzteschaft aber reichte der Verdacht, um sich 2012 auf dem Ärztetag in Nürnberg gegen Bonuszahlungen im Krankenhaus auszusprechen: Zielvereinbarungen, die von einer Stückzahlen-Mentalität und nicht von medizinisch-qualitativen Kriterien getragen seien, seien mit der ethischen Verpflichtung des Arztes nicht zu vereinbaren. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin, ging noch weiter, als er in einem Interview im Deutschen Ärzteblatt vom 2. Dezember 2014 die Meinung äußerte, dass die meisten finanziellen Anreize eine integrale Versorgung erschweren.

Zwar räumten Ärzte damit öffentlich ein, dass finanzielle Boni zu unethischem Handeln führen können. Aber konsequent war der Nürnberger Ärztetag nicht. Denn er forderte kurioserweise die Einführung der unbudgetierten Einzelleistungsvergütung für niedergelassene Ärzte – also ausgerechnet jene Form der Vergütung, die im Prinzip die gleichen Anreize setzt wie die geächteten Boni für Chefarzte und die „Stückzahlen-Mentalität“ belohnt. Finanzielle Anreize als unethisch zu verurteilen und zugleich die Einzelleistungsvergütung zu fordern, ist inkonsequent und trägt nicht gerade zur Glaubwürdigkeit bei. Denn warum sollten finanzielle Anreize bei Krankenhausärzten anders wirken als bei niedergelassenen Mediziner?

Praxen gehen selten pleite. Wie bei der Verteilung von Spenderorganen steht auch ein niedergelassener Arzt bei seiner Entscheidung, welche Leistungen er erbringt und welche nicht, vor einem

Allokationsproblem. Er muss seine Arbeitszeit so einsetzen, dass der maximale Nutzen entsteht. Finanzielle Anreize beeinflussen diese Entscheidung. Der wirtschaftliche Nutzen konkurriert mit dem Selbstverständnis des Arztes und seinem Ideal und können wegen der empfundenen Fremdbestimmung zum anfangs beschriebenen Verdrängungseffekt führen. Die Unsicherheit über die wirtschaftlich richtige Therapieentscheidung kann dazu dienen, Rationierung und damit unethisches Verhalten zu rechtfertigen. Vielleicht das prominenteste Beispiel für eine solche Rechtfertigungsstrategie ist die Behauptung einer betriebswirtschaftlichen Notwehrsituation. Vertreter ärztlicher Berufsverbände jedenfalls warnen immer wieder vor drohenden Insolvenzen, obwohl ein Blick in die Insolvenzstatistiken zeigt, dass Praxispleiten äußerst selten sind.

Aber was ist die Konsequenz aus all dem? Nimmt man die laufende Gesetzgebung zum Maßstab, liegt die Antwort in einem Ausbau bürokratischer Steuerung. Terminservicestellen und administrativ komplexe Zweitmeinungsverfahren sollen helfen, die Folgen dysfunktionaler Anreizstrukturen zu beheben – das eine, um gesetzlich Versicherten das Gefühl zu vermitteln, nicht länger gegenüber den für den Arzt lukrativeren Privatpatienten benachteiligt zu sein, das andere um zu verhindern, dass medizinisch nicht notwendige, aber wirtschaftlich attraktive Behandlungen erfolgen. Diese Maßnahmen bleiben letztlich Stückwerk.

Arbeitszeit statt Ausstattung honorieren. Konsequenter, aber politisch ungemein anspruchsvoller wäre es, auf finanzielle Anreize in der ärztlichen Vergütung weitgehend zu verzichten. Wenn der Arzt in wirtschaftlicher Hinsicht gegenüber verschiedenen Therapieoptionen indifferent ist und von einer Alternative keinen ökonomischen Vorteil hat, kann er wirklich frei aus intrinsischen Motiven entscheiden. Umsetzbar wäre dies durch eine konsequente Trennung der Honorierung der ärztlichen Arbeitszeit und der Vergütung für die technische und personelle Ausstattung einer Praxis. Dies würde erlauben, dass ein Arzt für die Zuwendung zum Patienten vergütet würde und nicht für einzelne Tätigkeiten. Auch müsste die finanzielle Privilegierung der Behandlung von Privatversicherten beendet und die Spielräume für die Abrechnung von IGeL-Angeboten beschränkt werden. Finanzielle Anreize sollte es nur für das wirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsverhalten geben.

Ergebnisberichte spornen an. Zudem müsste der Fokus auf die intrinsische Motivation gelegt werden. Dazu kann zum einen ein offenes, nicht unmittelbar mit Sanktionen belegtes Berichtswesen über die Ergebnisse ärztlicher Behandlungen beitragen (public reporting oder public disclosure; siehe „Glossar“ Seite 20). Beispiele, dass solche Informationen teilweise erstaunliche Ergebnisse hervorbringen, gibt es zuhauf – leider auch diesmal hauptsächlich aus dem angloamerikanischen Raum. So zeigt ein Projekt in Pennsylvania, dass die Einführung von „quality report cards“ – sie informieren Herzchirurgen über die Ergebnisse ihrer Eingriffe und die ihrer Kollegen – einen viermal höheren Einfluss auf die Ergebnisqualität haben als Erfolgsboni. Auch in der bereits erwähnten Arbeit von Doran et al. wurde konstatiert, dass die wesentlichen Qualitätsverbesserungen im

britischen QOF-Projekt bereits eingetreten waren, bevor es Prämien für die Zielerreichung gab. Bis dahin hatte man die Ärzte lediglich über die Ergebnisse unterrichtet. Und das war offenbar Ansporn genug.

Fehlerkultur motiviert. Daneben beeinflussen organisatorische Faktoren das intrinsische Verhalten von Medizinern – insbesondere in Krankenhäusern, aber nicht nur dort. So hat die Unternehmenskultur, zum Beispiel der Umgang mit Fehlern, Hierarchiestrukturen und Arbeitsorganisation, einen großen Einfluss auf die Arbeit der Ärzte und des nicht-ärztlichen Personals. Eine motivationsfördernde Umgebung zu schaffen, ist eine zentrale und permanente Herausforderung für Praxen und Kliniken.

Feld für die empirische Forschung. Die Strategie, stärker auf „weiche“, intrinsische Motivationsfaktoren zu setzen statt auf finanzielle Belohnungssysteme, betrifft alle Ebenen des Gesundheitswesens und ist ein steiniger Weg, für den zunächst einmal der Pfad der Erkenntnis gegangen werden muss. Zwar ist die wissenschaftliche Basis vorhanden, aber immer noch schmal – insbesondere in Deutschland. Projekte, wie das Breakthrough Health care opportunities program des Commonwealth Fund, das sich unter anderem mit nicht-monetären Anreizen beschäftigt, sind selten und hierzulande faktisch nicht existent. Aber eine hinreichende empirische Basis ist eine wichtige Voraussetzung, um politische Prozesse in Gang zu setzen.

Nicht nur deswegen sei vor Zuversicht auf eine kurzfristige Verbesserung gewarnt. Eine einmal zerstörte oder verdrängte Motivation ist nur auf lange Sicht wieder herzustellen. Als in den israelischen Kindergärten nach der Studie die Strafgebühr aufgehoben wurde, blieb die Häufigkeit der Verspätungen noch Monate lang auf dem hohen Niveau. ■

Stephan Feldmann ist Referent für Vergütung in der Abteilung Ambulante Versorgung des AOK-Bundesverbandes.
Kontakt: Stephan.Feldmann@bv.aok.de

Lese- und Webtipps

- Gneezy, U./Rustichini, A.: **A fine is a price.** Journal of legal studies 1/2000, Seite 29 ff.
- Shah, B./Cowper, P. et al.: **Association between physician billing and cardiac stress testing patterns following coronary revascularization.** Journal of the American Medical Association 2011; 306: 1993–2000.
- Doran, T./Valderas, J., et al.: **Effect of financial incentives on incentivised and non-incentivised clinical activities: longitudinal analysis of data from the UK Quality and Outcomes Framework.** British Medical Journal 2011; 342: d3590
- Veit, C./Hertle, D. et al.: **Pay-for-Performance im Gesundheitswesen.** Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012. BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit. Düsseldorf. www.bqs-institut.de
- Hertle, D./Veit, C.: **Pay for Performance – Wundermittel für mehr Qualität?** G+G 5/2013, Seite 32–37.
- Amelung, V./Jensen, S. et al.: **Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung?** G+G-Wissenschaft 2/2013, Seite 7–15, www.wido.de > Publikationen