

Gutachten zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize für Ärztinnen und Ärzte

Erstellt für den
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Kundmanngasse 21
A-1031 Wien

Durch das
HCM Institute for Healthcare Management GmbH
Vertreten durch Frau Prof. Dr. Katharina Janus
Philosophenweg 4
22763 Hamburg
Mobil: +49 172 4228104
janus@centerforhealthcaremanagement.org
www.centerforhealthcaremanagement.org

23. Dezember 2014

Inhaltsübersicht

1	Executive Summary	4
1.1	English Version	4
1.2	Deutsche Version.....	5
2	Einleitung	7
2.1	Ausgangssituation und Zielsetzung des Gutachtens.....	7
2.2	Politische Rahmenbedingungen für die Anreizgestaltung	7
3	Darstellung ausgewählter Anreizsysteme in Gesundheitssystemen	11
3.1	Theoretische Grundlage und Umsetzung in der Praxis	12
3.2	Evidenz der Wirksamkeit monetärer Anreize.....	13
4	Einfluss von Anreizen auf Motivation und Verhalten der Leistungserbringer unter Berücksichtigung etablierter Motivationstheorien („crowding-in“ und „crowding-out“).....	17
5	Nicht-monetäre Anreize im Kontext neuzeitlicher Motivationstheorien	20
5.1	Relevante Motivationstheorien und Ansatzpunkte	20
5.2	Elemente und Konstrukte nicht-monetärer Anreize	21
5.2.1	Kompetenz.....	22
5.2.2	Autonomie	23
5.2.3	Soziale Verbindung zur Professionskultur	24
5.3	Interaktionseffekte im Lichte der öffentlichen Meinung.....	24
6	Möglichkeiten der Anreizsystemgestaltung auf Basis internationaler Best Practices.....	26
6.1	Fall 1: Darstellung und Vergleich monetärer und nicht-monetärer Anreize als Faktor der Arzt-System-Integration der Versorgung im internationalen Vergleich	27
6.2	Fall 2: Der Einfluss der Professionskultur als “facilitator“ auf die intrinsische Motivation	31
6.3	Management-Implikationen zur Stärkung der intrinsischen Motivation .	33

6.3.1	Unterstützung des Kompetenzgefühls in die Arbeit	33
6.3.2	Erhaltung der wahrgenommenen Autonomie	33
6.3.3	Unterstützung der sozialen Verbindung zur Professionskultur	34
7	Schlussfolgerungen	36
8	Möglicher Ansatz für eine Vorstudie im niedergelassenen Sektor zur Primärdatenerhebung in der Praxis.....	38
9	Literatur	41

1 Executive Summary

1.1 English Version

Today, most healthcare reforms in industrialized countries aim to manage professionals' motivation through monetary incentives, such as pay for performance. However, money can only be considered an appropriate incentive if quantity determines performance. If an improvement in quality is the objective of setting incentives, monetary incentives fail. However, addressing motivation extrinsically can involve negative effects, such as disturbed teamwork, "gaming-the-system," and crowd-out of intrinsic motivation. To offset these side effects, it is crucial to support professionals' intrinsic motivation actively, which is largely determined by enjoyment- and obligation-based social norms that derive from the professionals' culture and can be enticed by non-monetary incentives.

Since a change in incentive system design usually is combined with structural objectives (such as integrated care approaches) or targeted at a better (and more comprehensive) management of specific (chronic) diseases, different portfolios of incentives are evaluated and discussed within the framework of current motivational theories. As to conclude, more recent strategies for incentive design employ less selective monetary incentives and pay providers a salary or flat fees as a basis. The focus is today on a more sophisticated design of non-monetary incentives that include elements such as quality improvement & a culture of learning, branding through professional prestige and transparency, and improved service coordination & information technology implementation. These factors shape professionals' culture and can help managing their intrinsic motivation without incurring the side effects of monetary incentives.

1.2 Deutsche Version

Die Gesundheitsreformen in fast allen industrialisierten Ländern zielen darauf ab, die Motivation von ärztlichen Professionals mittels monetärer Anreize, wie z.B. Pay-for-Performance, zu beeinflussen. Geld stellt jedoch nur einen funktionierenden Anreiz dar, wenn die Quantität die Leistung bestimmt. Wenn allerdings eine Verbesserung der Qualität angestrebt wird, versagt das Pekuniäre. Des Weiteren kann die extrinsische monetäre Anreizsetzung negative Effekte, wie z.B. eine Störung der kollegialen Zusammenarbeit, ein Ausnutzen der definierten Maßgrößen („gaming-the-system“), und eine Verdrängung („crowding-out“) der intrinsischen Motivation bewirken. Um diesen Nebenwirkungen entgegen zu wirken, ist es von entscheidender Bedeutung, die intrinsische, ärztliche Motivation aktiv zu stärken. Diese wird gestützt und ist definiert durch Freude- und Verpflichtungs-basierte soziale Normen¹, die aus der ärztlichen Professionskultur abgeleitet und durch nicht-monetäre Anreize beeinflusst werden können.

Da eine Veränderung des Anreizsystems normalerweise mit strukturellen Zielsetzungen (wie integrierter Versorgung) oder der Zielsetzung eines verbesserten (und umfassenderen) Managements einer bestimmten (chronischen) Krankheit einher geht, werden im Rahmen dieses Gutachtens verschiedene Portfolios von Anreizen im Rahmen neuzeitlicher Motivationstheorien evaluiert und diskutiert. Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass jüngere Strategien sich eher nicht auf selektive, monetäre Anreize fokussieren, sondern die Leistungserbringer nach Gehalt oder Pauschalen als Basis vergüten. Der Fokus liegt heute auf einem differenzierteren Design nicht-

¹ Es handelt sich um Normen, die durch die bei der Arbeit empfundene Freude und Begeisterung und auch durch die in der Professionskultur verankerten Pflichten definiert werden.

monetärer Anreize, das Elemente wie Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, die Schaffung einer Lernkultur, verbesserte Unterstützung der Service-Koordination, eine erweiterte informationstechnologische Ausstattung, und die Schaffung einer starken Marke auf Basis von professionellem Prestige und Transparenz umfasst. Diese Faktoren beeinflussen die Professionskultur und können das Management der intrinsischen Motivation ärztlicher Professionals besser steuern, ohne die Nebenwirkungen monetärer Anreize nach sich zu ziehen.

2 Einleitung

2.1 Ausgangssituation und Zielsetzung des Gutachtens

Ziel dieses Gutachtens ist eine systematische Übersicht zum Thema Gestaltung von Anreizen für niedergelassene ÄrztInnen *abseits von (aber unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit) monetären Anreizen* darzustellen und potenzielle Handlungsimplicationen abzuleiten².

2.2 Politische Rahmenbedingungen für die Anreizgestaltung

Im November 2010 hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einen Masterplan als Anstoß für eine umfassende Gesundheitsreform vorgelegt³:

Die Kernforderungen und Inhalte des Masterplans betreffen diverse Aspekte. Im Kontext der Anreizsystemdiskussion sind die folgenden von Relevanz:

- *Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung*: In vielen Gesundheitssystemen der westlichen Welt sind zumeist monetäre Anreize an die Durchführung von präventiven Untersuchungen (auf Arztseite) oder auch für die Inanspruchnahme von gesundheitsförderlichen Maßnahmen (auf Patientenseite) geknüpft worden.
- *Planung, Steuerung und Qualitätssicherung* („weg von der reinen Verwaltung hin zu einem zielorientiertem Steuerungssystem“): Eine Anreizsetzung (hier zumeist wieder monetär) hat die primäre Intention der Verhaltenssteuerung bzw. der Sicherstellung einer funktionierenden Prinzipal-Agenten-Beziehung (d.h. dass der Arzt als Agent im Sinne des Prinzipals (hier: des Patienten) handelt (vgl. hierzu Kapitel 3.1)). Eine

² Email vom 29. April 2014.

³ <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/content/contentWindow?contentid=10007.693729&action=2#DashatdieSozialversicherungmitdemMasterplanGesundheiterreicht>.

weitreichende Qualitätssicherung – obwohl im Rahmen der Pay-for-Performance-Debatte gemeinhin pauschalisiert - ist in den meisten Gesundheitssystemen bislang nicht erreicht worden. Nichtsdestoweniger sind Anreize zur Sicherstellung der Durchführung von – so wird unterstellt – Qualitätssteigernden Maßnahmen (die jedoch lediglich Input oder Throughputgrößen der Prävention (s.o.) darstellen und keine Outcomegrößen) vielfältig implementiert worden.

- *Entwicklung strukturierter Programme für chronisch kranke und multimorbide Patientinnen und Patienten (Disease Management Programme):* Auch im Rahmen klassischer DMPs ist bislang der Einsatz monetärer Anreize auf Arzt- und teils auch auf Patientenseite gebräuchlich mit der Zielsetzung, die Durchführung von Präventionsuntersuchungen sowie gesundheitsbewusstes Verhalten zu incentivieren. Die internationale Evidenz der Effektivität lässt allerdings zu wünschen übrig. Es liegt nahe, wenn die Evidenz der Effektivität monetärer Anreize schwach oder unsicher ist, die Möglichkeit des Einsatzes nicht-monetärer Anreize zu verfolgen, um Verhaltensänderungen zu bewirken. Diese Ansätze sind bislang jedoch weniger gebräuchlich, da sie
 - Komplexer in der Gestaltung sind,
 - Mit einem umfassenderen Einsatz von qualifiziertem Personal in der Gestaltung, Implementation und Durchführung verbunden sind, und
 - Die Messbarkeit Ihrer Effektivität ebenfalls aufwendiger, aber zumeist entscheidend für die notwendige Investition in einen derartigen Veränderungsprozess ist.

Ihre Effektivität⁴ ist jedoch seit mehr als 100 Jahren belegt und soll nun im Rahmen dieses Gutachtens diskutiert und bewertet werden.

- Schließlich geht mit der Diskussion um die „richtigen Anreize“ auch die *Vernetzung und Integration der Versorgung* einher: die Leistung soll am „Best-Point-of-Care“ erbracht werden⁵. Diese strukturellen Reformen (fachübergreifende Gruppenpraxen, Ärztehäuser, spitalsambulante Strukturen) ziehen in der Regel auch neue Anreize – zumeist monetäre – nach sich. Im sechsten Teil dieses Gutachtens wird aufgezeigt, dass insbesondere erfolgreiche strukturelle Ansätze der Arzt-System-Integration getrieben und gestützt sind von nicht-monetären Anreizen. Dies gilt es, unter den gegebenen Rahmenbedingungen anhand von Fallbeispielen zu überprüfen.

Hofmarcher [1] hat jüngst die Zielsetzungen der österreichischen Gesundheitsreform von 2013 wie folgt zusammengefasst: „promoting new primary care models and better coordination of care.“ Jedoch bietet die Reform wenig bis keine Informationen, wie (und mit Hilfe welcher Anreize) die Sektor- und Disziplinen übergreifende Fragmentierung reduziert werden kann und wer eine derartige Veränderung umsetzen soll. In jedem Fall schwächt die stark segmentierte Finanzierungsstruktur die Anreize für eine Verbesserung aufgrund der system-inhärenten Entscheidungs- und Verantwortlichkeitstrennung und verschafft somit den Leistungserbringern eine immer noch dominante Position.

Die Reduktion der „provider dominance“ war und ist daher einer der entscheidenden Treiber der Debatte um die richtigen Anreize in vielen Gesundheitssystemen, unter anderem auch in den USA, Deutschland und der

⁴ Maß der Wirksamkeit, das das Verhältnis von erreichtem zu definiertem Ziel beschreibt.

⁵ Vortrag von Frau Mag. Nina Pfeffer: „Chancen/Risiken von pauschalen Honorierungsmodellen, 30.9.-1.10.2013.

Schweiz. Spätestens seit den 1970er Jahren gilt die herrschende Meinung, dass ein adäquates Anreizsystem das Verhalten der Leistungserbringer beeinflusst und damit auch die Kosten und Qualität des Gesamtsystems. Es ist aber eben dieser (Gesamt-)Kontext, der die Effektivität von jeder Form von Anreizen maßgeblich bestimmt; denn Anreize – ob monetär oder nicht-monetär - wirken niemals isoliert, sondern im institutionellen Geflecht [2].

3 Darstellung ausgewählter Anreizsysteme in Gesundheitssystemen

Es wird vorangestellt, dass lediglich die Besonderheiten (z.B. Pay-for-Performance-Systeme) und nicht die Grundformen der Honorar- und Vergütungssysteme kurz dargestellt werden, da der Fokus auf der Vorstellung der nicht-monetären Anreize im folgenden Kapitel liegt. Es erfolgt eine exemplarische und generische Darstellung ausgewählter Beispiele – die nationalen Besonderheiten werden dabei weitgehend außer Acht gelassen, da sich in Studien gezeigt hat, dass der Einfluss der Professionskultur von größerer Bedeutung als die nationale Kultur für die Wirksamkeit von Anreizen auf Leistungserbringer ist [3-7].

Eine der ersten Initiativen war das P4P-Programm der Integrated Healthcare Association in Oakland, CA, USA, die bereits um die Jahrtausendwende ein Konsortium von verschiedenen Versicherern, Leistungserbringern und anderen Stakeholdern im Gesundheitswesen initiierte. Die Idee, einen kleinen Prozentsatz (zumeist unter 5%) der Vergütung basierend auf der Erfüllung vorab definierter Maßgrößen (klinische Prävention, IT Implementation und Patientenzufriedenheit) zu verteilen, wurde vielfach eingeführt und die Maßgrößen kontinuierlich angepasst. Von großer Bedeutung war und ist das in den Jahren 2003-2005 implementierte Quality and Outcomes Framework im Vereinigten Königreich [8, 9]. Aber auch in anderen Ländern, wie z.B. in Deutschland wurde die leistungsorientierte Entlohnung vielfältig und größtenteils im Zusammenhang mit den Ansätzen zur (erhofften) Integration der Versorgung implementiert. Im folgenden soll auf die der bisherigen Praxis der Anreizsetzung zugrunde liegenden Theorien, die Evidenz des Einsatzes

sowie auf potenzielle nicht intendierte Nebenwirkungen von monetären Anreizen eingegangen werden.

3.1 Theoretische Grundlage und Umsetzung in der Praxis

Die (doppelte) Prinzipal-Agenten-Beziehung⁶ stellt die entscheidende Grundlage für die Gestaltung monetärer Anreizsysteme dar. Der Arzt nimmt die Rolle eines „Doppelagenten“ ein; denn es wird von ihm erwartet, dass er sowohl im Sinne des Patienten, der aufgrund seines Informationsdefizits nicht in der Lage ist, die Sorgfalt des Arztes zu beurteilen, als auch im Interesse der Versicherung handelt. Diese Doppelrolle birgt nicht selten Interessenkonflikte, insbesondere wenn Vergütungssysteme derart gestaltet werden, dass eine Mengenreduktion durch entsprechende Anreize beabsichtigt ist und sich eventuell sogar positiv auf die finanzielle Situation des Arztes auswirkt. Die Einführung von Kopfpauschalen – einer pro-Patient-Vergütung pro Monat – hat in den USA vielfach nicht zur gewünschten Gesunderhaltung der Population mittels Prävention geführt, sondern hat nicht selten einen Anreiz zur Leistungszurückhaltung gesetzt.

Aber auch eine Einzelleistungsvergütung kann zur Anreizverzerrung führen. Für den Patienten besteht in diesem Fall wenig Anreiz, den Konsum von Gesundheitsleistungen einzuschränken und damit die Kosten zu reduzieren. Der Arzt hat einen großen Anreiz, die Menge der erbrachten Leistungen – und damit die Einnahmen – zu maximieren. Die „Dreiecksbeziehung“ zwischen Versicherung, Arzt und Patient ist damit bestimmt von verborgenen

⁶ Bereits die einfache Prinzipal-Agenten-Beziehung wirft die Problematik eines Zielkonfliktes zwischen den Zielen des Arztes und denen des Patienten, in dessen Interesse er handeln möge, auf. Nicht-monetäre Anreize wirken auf den Arzt in seinem Kontext und dienen der Stabilisierung dieser Beziehung. Der Kontext wird durch die Prinzipal-Agenten-Theorie definiert – sei es als einfaches oder doppelseitiges Verhältnis.

Handlungen, inhärenter Informationsungleichverteilung, begrenzter Rationalität und Opportunismus auf Seiten der Akteure [10].

Damit das moralische Risiko reduziert wird, müsste ein Vertrag zwischen Arzt und Patient Erfolg und Misserfolg der Behandlung exakt festlegen. Zu diesem Zweck müsste zunächst Gesundheit und Krankheit definiert werden. Es müssten ebenso die vielfältigen Einflüsse aufgezeigt werden, die auf die Handlungen des Leistungserbringers einwirken und die er teilweise nicht beeinflussen kann. Darüber hinaus können Handlungen des Patienten, von denen weder Versicherer noch Arzt etwas wissen, einen Effekt auf die Outcomes haben. Patienten können auch verborgene Informationen haben, z. B. andere Symptome betreffend. Ärzte können verborgene Aktionen durchführen (z. B. sich zusätzliche Zeit für die Begutachtung von Laborwerten nehmen) und verborgene Informationen besitzen (z. B. über die Verfügbarkeit verschiedener Therapien). Aufgrund dieser Möglichkeiten erscheint es unwahrscheinlich bzw. unmöglich, dass ein derartiger Vertrag zustande kommt, und das moralische Risiko kann als konstanter Begleiter von Transaktionen im Gesundheitsmarkt angesehen werden [11].

Die beschriebenen Unzulänglichkeiten verlangen nach Lösungen, um die Informationsdefizite und ihre Effekte so gut wie möglich zu reduzieren. Die Folge der beschriebenen Unzulänglichkeiten einzelner „reiner“ Vergütungsformen wie der Einzelleistungsvergütung oder der Kopfpauschale hat zur Entwicklung von Mischformen, wie der bereits erwähnten leistungsorientierten Vergütung („Pay-for-Performance“) geführt.

3.2 Evidenz der Wirksamkeit monetärer Anreize

Glaser [12] führte bereits in den 1970er Jahren umfassende Untersuchungen zur Effektivität von monetären Anreizen im internationalen Vergleich durch. Seine

Bewertung der Effektivität monetärer Anreize fällt ernüchternd aus: Obwohl die Vielfalt der verschiedenen Zahlungsmechanismen ihre Vor- und Nachteile mit sich bringt und kein monetärer Anreiz „richtig“ und „perfekt“ funktioniert, werden sie trotzdem in dem jeweiligen Kontext eingesetzt. Conrad und Christianson [13] zeigten darüber hinaus auf, dass es wenig Forschung bezüglich des Einflusses von Anreizen für einzelne Leistungserbringer auf die Versorgungsqualität gibt. Ebenso gibt es kaum Aussagen darüber, welche Arten der Vergütung die Qualität verbessern und wer diese Vergütung erhalten sollte. Abgesehen von einigen wenigen Studien, die die Wirksamkeit von monetären Anreizen auf die Erbringung präventiver Untersuchungen untersuchen, konstatieren Conrad und Christianson [13] weiterhin, dass “there appear to be no peer-reviewed studies of explicit financial incentives for quality.” (435) In gleicher Weise führen Rosenthal et al. [14] an, dass die Evidenz der Wirksamkeit monetärer Anreize zur Qualitätssteigerung selten belegt worden ist – und falls belegt, sich lediglich auf marginale Interventionen bezieht (“generally describe very small-scale interventions, such as nominal payments to increase immunizations, which are unlikely to be generalizable to... broader efforts...” (p. 129)).

Es sei hier exemplarisch das prominenteste Beispiel einer umfassenden und selektiven monetären Anreizsetzung und seine Evidenz angeführt: die P4P-Initiativen in den USA. Seit Mitte der 1990er Jahre haben Versicherungen damit begonnen, die Erfüllung bestimmter Vorsorgeleistungen und anderer vorher definierter Tätigkeiten, monetär zu entlohnen [15]. Die Evidenz ist schwach und stellt sich anhand der Bewertungsmaßstäbe „ceiling effects“, „organizational scale“, Kosten und Qualität wie folgt dar:

- **„Ceiling effects“**: Studien der P4P Initiative in Kalifornien weisen auf die Obergrenze der monetären Anreize hin. Viele Ärzte erreichen bereits 98% der Ziele, und es stellt sich die Frage, wie die verbleibenden 2% Leistungssteigerung incentiviert werden sollen und wie viel Geld und Aufwand für die Erreichung derselben eingesetzt werden sollen. Des Weiteren mangelt es an einer Sanktionierbarkeit für Ärzte, die permanent schlechte Leistungen erbringen.
- **„Organizational Scale“**: Die erfolgreiche Implementierung von P4P-Initiativen in kleinen Praxen (weniger als 50 Ärzte) erscheint problematisch. Jedoch arbeiten etwa 70 Prozent der amerikanischen Ärzte in Gruppenpraxen mit weniger als 50 Ärzten und etwa 45 Prozent in Gruppenpraxen von weniger als 10 Ärzten (Die Einzelpraxis ist in ländlichen Gebieten immer noch weit verbreitet!). [16, 17].
- **Kosten**: Es ist in vielerlei Hinsicht zu früh, um die Auswirkungen der an P4P geknüpften Präventionsmaßnahmen auf die Gesundheitskosten langfristig zu beurteilen. Jedoch sind die kurzfristigen und mit der Einführung von P4P-Maßnahmen verbundenen administrativen und technologiebezogenen Kosten erheblich.
- **Qualität**: Bereits im ersten Jahr der vollständigen Implementation der P4P-Initiative in Kalifornien (2003-2004) verbesserten 87 Prozent der Ärzte ihre durchschnittliche klinische Leistung (Durchführung von definierten Vorsorgeuntersuchungen, insbesondere für chronische Krankheiten), 65 Prozent der Ärzte erzielten eine höhere Patientenzufriedenheit, und 34 Prozent der Ärzte, die vor der Einführung von P4P keine informationstechnologische Kapazität hatten, implementierten die notwendige Infrastruktur innerhalb eines Jahres. Auch die Ergebnisse der

staatlichen P4P-Initiativen des Medicare Programms waren teils positiv zu bewerten [18].

Diese Ergebnisse sind jedoch unter Vorbehalt zu betrachten; langfristig bleibt die „Qualitätsmessung“ eine Herausforderung. Selektionseffekte zugunsten von messbaren Variablen, für die leicht Verbesserungen nachweisbar sind, verzerren die Identifikation und Auswahl der für die Qualität entscheidenden Maßgrößen. Die Evidenz bezüglich der Entscheidungen, was gemessen werden soll und in welcher Form, ist unklar. Schließlich können selektive monetäre Anreize sogar die Qualität der Versorgung für einen Teil der Population verbessern, während die Versorgungsqualität für andere Patienten sinkt oder sogar negativ beeinflusst wird (z.B. für multiple Chroniker).

So sind z.B. durch das bereits erwähnte „Quality and Outcomes Framework“ im Jahre 2004 im Vereinigten Königreich klinische und organisatorische Maßgrößen im National Health Service eingeführt worden. Die primäre Folge war eine Zunahme der Fragmentierung der Versorgung und eine schlechtere Koordination der Versorgung für Patienten mit mehreren chronischen Krankheiten [8, 19, 20]. Denn P4P-Maßgrößen schaffen in der Regel kontraproduktive Anreize für den Umgang mit Komorbiditäten, während eine Verbesserung der Qualität der Versorgung darin bestehen würde, Leistungserbringer für die erfolgreiche Koordination der gesamten Bandbreite der verschiedenen Krankheiten eines Patienten verantwortlich zu machen. Allerdings ist insbesondere die für die Versorgung älterer und chronisch erkrankter Personen notwendige Koordination, Kontinuität und Kollaboration i.d.R. nicht im Rahmen einer leistungsorientierten Vergütung abgebildet oder berücksichtigt [2].

4 Einfluss von Anreizen auf Motivation und Verhalten der Leistungserbringer unter Berücksichtigung etablierter Motivationstheorien („crowding-in“ und „crowding-out“)

Es kann festgehalten werden, dass die Vielzahl der mittels Anreizsetzung zu koordinierenden Interessen unweigerlich Nebenwirkungen sowie weitere nicht intendierte Auswirkungen auf die Versorgung nach sich zieht. Die beschriebenen Informationsasymmetrien verstärken darüber hinaus ein „Misstrauensverhältnis“, das allein mittels nicht-monetärer Anreize in ein Vertrauensverhältnis gewandelt werden kann. Zum besseren Verständnis wird im Folgenden ein kurzer historischer Abriss über die Wirksamkeit und Erkenntnisse der Anreize und der daraus abgeleiteten Motivationsstrategien gegeben.

Geld als Hauptmotivator wurde bereits vor über dreitausend Jahren in der Medizin eingesetzt (für „erfolgreiche“ Interventionen – zum Vergleich: nicht erfolgreiche Interventionen wurden durchaus sanktioniert durch z.B. Amputation der Hand des Arztes). Fast dreitausend Jahre später erscheinen monetäre Anreize immer noch das Allheilmittel zu sein. Rosenthal und Frank [21] stellten bereits 2006 fest, dass Geld einen funktionierenden Anreiz darstellt, wenn die Quantität die Leistung bestimmt. Wenn allerdings eine Verbesserung der Qualität angestrebt wird, versagt das Pekuniäre.

Es existiert keine Evidenz für Geld als effektiver Motivator zur Erhöhung der Versorgungsqualität. Menschliche Entscheidungsfindung, Problemlösungsverhalten und insbesondere Erfahrung bestimmen die Leistung. Wann geht es allerdings in der Medizin lediglich um Quantität? Wie bereits beschrieben ist die Anzahl der Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen als Folge der P4P-Initiativen deutlich angestiegen. Dies ist zwar als positiv zu bewerten, aber die hauptsächlichsten Kosten und Herausforderungen entstehen in der täglichen

Komplexität der Untersuchungen und Behandlungen. Wenn eine Verbesserung der Gesamtqualität das Leistungsziel ist, ist eine monetäre Anreizsetzung problembehaftet.

Diese Erkenntnis ist – ebenso wie P4P – nicht neu, sondern das Thema ökonomischer und auch psychologischer Forschung seit mehreren Dekaden. P4P funktioniert zur Inzentivierung einfacher und eindeutig quantifizierbarer Tätigkeiten, „but it does not always pay off“ [22]. Weniger als 5% der Leistung von Senior-Managern kann durch die Bezahlung erklärt werden [23]. Im Gegenteil können aber 30% der Leistung mittels verpflichtungs-basierter intrinsischer Normen (z.B. der Zugehörigkeit zur Profession) erklärt werden [24]. Unter diesen Bedingungen kann die leistungsorientierte Vergütung sogar unerwünschte Nebeneffekte nach sich ziehen, die dann die ursprünglich vorliegende intrinsische Motivation (das Interesse an der Tätigkeit an sich bzw. die Verpflichtung gegenüber der Profession, der jemand angehört) negativ beeinflussen.

Diese Interaktionsbeziehung zwischen intrinsischer und extrinsischer (monetär induzierter) Motivation ist von Frey [25, 26] als „crowding-effect“ der menschlichen Motivation bekannt geworden. Er postuliert, dass extrinsische und intrinsische Motivation nicht notwendigerweise additiv sind, sondern systematisch von einander abhängig sind und sich unter bestimmten Bedingungen gegenseitig beeinflussen. Daher hängt das individuelle Verhalten von persönlichen Präferenzen einerseits und externen Restriktionen andererseits ab. Die Crowding-Theorie bringt beide Aspekte zusammen und geht davon aus, dass externe, monetäre Anreize einen positiven Effekt („crowding-in“) oder einen negativen Effekt („crowding-out“) haben können, abhängig davon, ob die monetären Anreize als kontrollierend (negativ) oder unterstützend (positiv) für

die Tätigkeit wahrgenommen werden. Crowding-out basiert auf der Reduktion (oder der Steigerung bei Crowding-in) der wahrgenommenen Autonomie und ist insbesondere schädlich für die Arbeitsmoral, wenn wissensintensive und komplexe Tätigkeiten, die einer Verbesserung der Versorgungsqualität z.B. von chronischen oder multimorbiden Patienten dienen, wie einfache „Fließbandarbeit“ behandelt und inzentiviert werden. In diesem Zusammenhang ist ein Umdenken in Richtung neuzeitlicher motivationaler Ansätze vonnöten, um die intendierten Versorgungsziele zu erreichen.

5 Nicht-monetäre Anreize im Kontext neuzeitlicher Motivationstheorien

Wie bereits erwähnt sind auf nicht-monetären Anreizen basierende Motivationsstrategien sehr viel komplexer, aber auch als effektiver einzuschätzen. „Management by motivation“ [27] spart Ausgaben für die Überwachung und Kontrolle der Prinzipal-Agenten-Beziehung, da intrinsisch motivierte Ärzte freiwillig mehr zur Zielerreichung beitragen als von ihnen auf Basis von Überwachung erzwungen werden könnte [28]. Es stellt sich in diesem Zusammenhang allerdings die Frage, wie diese intrinsische Motivation gestärkt oder sogar geschaffen werden kann, im Falle dass der Einsatz monetärer Anreize bereits zu einem crowding-out geführt hat.

5.1 Relevante Motivationstheorien und Ansatzpunkte

Soll die intrinsische Motivation von niedergelassenen Ärzten gestärkt werden, muss zunächst Kenntnis darüber gewonnen werden, welche Bedürfnisse mit der Anreizsetzung angesprochen werden sollten. Was motiviert den Arzt und wie können diese Faktoren im Anreizsystem Berücksichtigung finden?

Deci [29] hat für die nicht-monetäre Anreizsetzung die entscheidende theoretische Grundlage gelegt. Dabei untersuchte er, ob Professionals (in diesem Fall Ärzte) eher durch die Tätigkeit an sich (also das Behandeln und Heilen der Patienten) und/oder durch Anerkennung in ihrer Profession und den damit verbundenen Status motiviert werden. Die erste Variante bezieht sich auf die sogenannte Freude-basierte Anerkennung („enjoyment-based recognition“), während die zweite als Verpflichtungs-basierte Anerkennung („obligation-based recognition“) bekannt geworden ist und durch die Professionskultur bestimmt wird, die Normen und Standards des „professional conduct“ definiert. Beide Formen der intrinsischen Motivation haben einen Einfluss darauf, wie Ärzte das

Umfeld, in dem sie arbeiten (Kontext, Reformen, Regularien; aber auch Kollegen und Austausch von Wissen) sowie ihre Arbeit an sich wahrnehmen. Die Wahrnehmung dieses „Gesamtbildes“, das die Motivation entscheidend determiniert, wird als „Sense-making“ bezeichnet und wird seit Mitte der 1970er Jahre von Weick untersucht [30]. Das Sense-making („how things are done“) wird bereits in der medizinischen Ausbildung geprägt und ist länderübergreifend stabil; denn der Sozialisierungsprozess wird durch die Professionskultur bestimmt [7]. Daher sollten die im folgenden angeführten Ansatzpunkte nicht-monetärer Anreize nicht nur kurzfristig Motivationsstrategien für Ärzte betreffen, sondern langfristig auch Einzug in die Aus-, Fort-, und Weiterbildung finden.

5.2 Elemente und Konstrukte nicht-monetärer Anreize

Wenn die Motivation der Ärzte strategisch beeinflusst werden soll, müssen die Nebenwirkungen monetärer Anreize wie z.B. das beschriebene „Crowding-out“ reduziert bzw. verhindert werden, während die intrinsische Motivation gestärkt wird. Das Ziel des Managements individueller ärztlicher Motivation sollte nach wie vor die Sicherstellung einer funktionierenden Prinzipal-Agenten-Beziehung sein – die Wandelung des bestehenden Misstrauensverhältnis in ein stabiles Vertrauensverhältnis. Dabei geht es nicht mehr allein darum, dass der Arzt (der Agent) im Sinne der Patienten, Versicherung oder anderer (die Prinzipale) handelt – diese Annahme ist unrealistisch und genau an dieser Stelle geraten die Grundannahmen monetärer Anreiztheorien ins Wanken; denn häufig sind Zielsetzungen nicht gleichgerichtet, und eigenes (und evtl. opportunistisches) Verhalten spielt eine nicht zu unterschätzende Rolle. Es geht daher vielmehr um die durchdachte und systematische Schaffung von Interessenkongruenz; denn kooperatives und reziprokes Verhalten entsteht i.d.R. aufgrund gleicher

Interessen und kann nicht erzwungen werden. Eine Art „Verhandlungslösung“ ist anzustreben, die verstanden wird und sinnhaft ist – und in den Sense-making Prozess des Arztes „passt“. Da die Interessen der am Prinzipal-Agenten-Konstrukt beteiligten Patienten und Versicherungen relativ klar und transparent sind, geht es nun darum, wie die Interessen und Bedürfnisse der Ärzte (nicht-monetär) angesprochen und beeinflusst werden können. Es haben sich die folgenden drei Elemente als entscheidend bei der Anreizsetzung für Ärzte herausgestellt: Stärkung der Kompetenz/des Kompetenzgefühls, Anerkennung von Autonomie und Stärkung bzw. ein bewusstes Management der sozialen Verbindung zur Professionskultur.

5.2.1 Kompetenz

Monetäre Anreize bergen die Gefahr, dass sich der Professional vom Gesamtergebnis (z.B. der Versorgungsqualität) der Tätigkeit entfremdet („alienation“) – eine Zunahme der Fragmentierung ist die Folge der selektiven Anreizsetzung [31].

In diesen Situationen ist ein auf den individuellen Kompetenzen basierendes Gehalt, das von nicht-monetären Anreizen wie sozialer Anerkennung und institutionellem Branding unterstützt wird, entscheidend, um die Kompetenz des Arztes zu stärken. Prominente Beispiele wie Kaiser Permanente und die Mayo Klinik verzichten daher heutzutage auf P4P und vergüten auch niedergelassen tätige Ärzte nach Festgehalt. Dagegen werden die nicht-monetären Anreize zur Stärkung der Kompetenz und Anerkennung der Leistung der Ärzte strategisch beeinflusst (Anhaltspunkte zur Stärkung der Kompetenz und Anerkennung finden sich in Tabelle 1). Auf diese Weise schaffen sie funktionierende Prinzipal-Agenten-Beziehungen und verringern soziale Dilemmas und Interessenkonflikte [32]. Entscheidend ist jedoch, dass Ärzte

positives Feedback für ihre Leistungen und Beiträge sowie auch für die Erfüllung der durch die Profession definierten Normen bekommen. Der Grund („reason why“) der Tätigkeit muss wieder deutlich gemacht werden – dieser ist häufig durch die stark monetäre Fokussierung in Vergessenheit geraten. Die Wahrnehmung der Ärzte, dass die eigene Tätigkeit entscheidend für die erfolgreiche Behandlung des Patienten – und damit auch für die Gesamtpopulation ist – sollte durch kommunikative Maßnahmen gestützt werden.

5.2.2 Autonomie

Eng verbunden mit der Stärkung individueller Kompetenz ist die Erhaltung und Anerkennung von Autonomie als entscheidende Grundlage für Kreativität und komplexe Problemlösung [33, 34]. Instruktionen und Sanktionen in Form monetärer Anreize reduzieren die wahrgenommene Selbstbestimmung und damit die intrinsische Motivation. Individuen fühlen sich extern kontrolliert und verlieren das Interesse an der Arbeit an sich: die Erfüllung des kontrollierenden Faktors wird zum Zentrum der Aufmerksamkeit und „managing the measures“ (anstatt der Ergebnisse) essenziell. Es sei hier auf die Ergebnisse mehrerer internationaler Vergleichsstudien zur ärztlichen Zufriedenheit, Motivation und Leistung hingewiesen, die ebenfalls die Anerkennung von Autonomie als einen der entscheidenden Faktoren herausgestellt haben [3-6]. Karasek et al. [35] hat in seinem „job demand control model“ darüber hinaus die Entscheidungsbreite (decision latitude) und Job-Autonomie und ihren Einfluss auf Zufriedenheit, Leistung und Gesundheit von Ärzten nachgewiesen.

5.2.3 Soziale Verbindung zur Professionskultur

Schließlich ist es bei der nicht-monetären Anreizsetzung von Bedeutung, die wahrgenommene soziale Verbindung zur Professionskultur zu stärken, da diese den bereits beschriebenen Sense-making Prozess und seine Identität definiert. Der Sozialisierungsprozess in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung ist die entscheidende Verhaltensbildende Maßnahme und länderübergreifend stabil. Die daraus erwachsende Professionskultur ist nicht nur gegenüber nationalen Kulturen dominant, sondern insbesondere auch stärker ausgeprägt als Organisationskulturen. Daher stellt sie den wichtigsten Aufhänger für jegliche Arten der Stärkung intrinsischer Motivation durch gezielte Anreizsetzung dar.

Die Professionskultur hat sich in den letzten Jahrzehnten aufgrund externer Restriktionen wie z.B. zunehmenden Gerichtsverfahren und generellem Lobbying gewandelt; allerdings bietet die auf die verpflichtungs-basierte intrinsische Motivation ausgerichtete Anreizsetzung immer noch den stärksten Hebel zur Änderung ärztlichen Verhaltens [36].

5.3 Interaktionseffekte im Lichte der öffentlichen Meinung

Um die dargestellten Konstrukte umsetzen und etablieren zu können, müssen sie im Lichte der öffentlich geführten Anreizdiskussion in der Medizin betrachtet werden, die ausschließlich auf monetäre Anreize fokussiert ist; denn die „herrschende Meinung“ wird nicht nur die Wahrnehmung der Ärzte, sondern damit auch die erfolgreiche Implementierung nicht-monetärer Anreize entscheidend beeinflussen.

Die öffentliche Meinung geht davon aus, dass Geld der primäre Motivator für Ärzte ist – insofern wäre eine (aufwendige) Gestaltung nicht-monetärer Anreize nicht effektiv, und der allgemeine Fokus auf P4P ist nicht verwunderlich. Zumindest ist es als positiv zu bewerten, dass im Zuge der

Diskussion um eine leistungsorientierte Vergütung auch die Aufmerksamkeit für die Outcomes der medizinischen Versorgung angestoßen und das Bewusstsein für den Return-on-investment („do we get what we pay for?“) geschaffen worden ist. Jedoch ist der Effekt selektiver monetärer Anreizsetzung unklar wie bereits beschrieben. Ein wenig zielführender Nebeneffekt der öffentlichen Diskussion ist jedoch, dass die P4P-Debatte den Fokus allein auf monetäre Anreize verschoben hat und damit eine grundsätzliche Unzufriedenheit mit Anreizen allgemein initiiert hat. Allerdings ist das Motivationsspektrum der ärztlichen Profession sehr viel breiter und geht deutlich über rein monetäre Aspekte hinaus. Was ist der Preis für einen Patienten, der sich dafür bedankt, dass ein Arzt ihm das Leben gerettet hat? Kann diese Anerkennung in monetären Einheiten gemessen werden? Ist die Sinnhaftigkeit der Medizin und die Anerkennung ihrer Leistung überhaupt monetär abbildbar oder spielt auch die Anerkennung in der Gesellschaft und bei den mit der Professionskultur verbundenen Akteuren eine Rolle?

Es scheint, dass die Monetarisierung der Medizin die Wahrnehmung der medizinischen Praxis und des Profils der Profession verändert haben. Anstatt die ärztliche Profession mittels positivem Leadership zu stärken, das auf die Anerkennung der intrinsischen Faktoren der Medizin fokussiert ist, betont die öffentliche Meinung die negativen Faktoren und kontempliert die Nebenwirkungen monetärer Anreizsysteme. Im Gegenteil haben Studien nachgewiesen, dass Ärzte in der Realität nicht so unzufrieden sind wie es in der öffentlichen Diskussion erscheint. Es ist jedoch entscheidend, dass das richtige „Paket“ von monetären und nicht-monetären Anreizen zusammengestellt und die Wahrnehmung der Akteure durch kommunikative Maßnahmen gestärkt und geschult wird [2].

6 Möglichkeiten der Anreizsystemgestaltung auf Basis internationaler Best Practices

Im Rahmen dieses Gutachtens sind bereits verschiedene internationale Beispiele der Anreizsetzung sowie Anreizsystemgestaltung dargestellt worden. Das „perfekte“ Anreizsystem scheint bislang nicht zu existieren; jedoch gibt es Ansätze, die erfolgreich die Interessenkongruenz der am Prozess der medizinischen Leistungserstellung beteiligten Akteure verbessert und dauerhaft inzentiviert haben.

Obwohl monetäre Anreize immer noch (und dies auch notwendigerweise zur Entlohnung) Teil des Gesamtpaketes sind, das die Motivation und in der Folge das Verhalten der Leistungserbringer beeinflussen, kommt nicht-monetären Anreizen eine ebenfalls bedeutende – und zunehmend bedeutendere – Rolle zu. Fottler et al [37] haben in ihren Studien insbesondere die Bedeutung von Entscheidungsautonomie, Weiterbildung und persönlicher Identifikation herausgestellt. Diese Ergebnisse unterstützen die von Deci [29] untersuchten Konstrukte und Ansätze zur intrinsischen Motivation.

Die Veränderungen in der Anreizsystemgestaltung sind in der Geschichte diverser Gesundheitssysteme (USA, Deutschland, Großbritannien, Niederlande etc.) stets mit einer Umgestaltung oder intendierten Neuordnung der Versorgungsstrukturen einhergegangen. Auch die jüngste österreichische Reform zeigt deutliche Bestrebungen zur Verbesserung der Integration und des ganzheitlichen Ansatzes in der Versorgung [1]. Jedoch haben gerade die im Rahmen von strukturellen Veränderungen implementierten Anreizsysteme deutlich gemacht, dass die Arzt-System-Integration entscheidend für die Verbesserung der Versorgungsqualität ist. In diesem Zusammenhang stoßen wiederum rein monetäre Anreize an ihre Grenzen; denn es geht um die

beschriebene Ansprache der (intrinsischen) Motivation. Diese wird insbesondere von den folgenden Faktoren beeinflusst: eine bessere administrative Unterstützung, kollegiale Beziehungen, kontinuierliche Weiterbildung/Karriereförderung, Entscheidungsautorität und Anerkennung – auch in der organisatorischen und systembezogenen Entscheidungsfindung [4, 6].

Es sollen daher im Folgenden als Fallbeispiele eine Studie zur internationalen Anreizsetzung, die monetäre und nicht-monetäre Anreize im Kontext betrachtet und vergleicht, und eine Studie zum Einfluss der Professionskultur auf die intrinsische Motivation dargestellt und auf ihre Anwendbarkeit bewertet werden. Abschließend werden Management-Implicationen zur Stärkung der intrinsischen Motivation abgeleitet.

6.1 Fall 1: Darstellung und Vergleich monetärer und nicht-monetärer Anreize als Faktor der Arzt-System-Integration der Versorgung im internationalen Vergleich

Da mit der Gestaltung von Anreizsystemen in der Regel auch strukturelle Veränderungen einhergehen oder sogar beabsichtigt sind, z.B. im Sinne einer verbesserten Integration der Versorgung, sind in den USA, Deutschland und im Vereinigten Königreich Interviews durchgeführt worden, um bestehende Anreizsysteme zu evaluieren. Es kann festgestellt werden, dass in allen Systemen – unabhängig von politischen Rahmenbedingungen – ein Portfolio von monetären und nicht-monetären Anreizen eingesetzt wird, und zwar überwiegend auf der Mikroebene. Bei Kaiser Permanente werden z.B. eine professionelle Vision und ein besonderer Stil der Medizin praktiziert, der die gesamte Organisation durchdringt. Finanzielle Arrangements spielen zwar eine Rolle, aber nicht-monetäre Anreize werden als entscheidend angesehen. Diese beziehen sich auf den Prozess der Sozialisierung, die Professionskultur und der

Betonung der kollegialen Seite („medicine as a team sport“). Während die monetären Anreize zunehmend als „Hygienefaktor“⁷ angesehen werden und als Gehalt gestaltet und damit nicht selektiv gestaltet werden, liegt der Fokus auf Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, der Schaffung einer Lernkultur, verbesserter Unterstützung der Service-Koordination, einer erweiterten informationstechnologischen Ausstattung, und der Schaffung einer starken Marke auf Basis von professionellem Prestige und Transparenz. Beispiele für Maßnahmen zur Stärkung dieser nicht-monetären Faktoren aus drei Ländern sind in der folgenden Übersicht dargestellt [38].

⁷ Die Faktoren, die mindestens vorhanden sein müssen, um Unzufriedenheit zu vermeiden (vgl. auch Herzbergs Dualfaktoren-Theorie). Diese bewirken jedoch keine Erhöhung der Zufriedenheit.

Auftreten der Merkmale in %		Spezifische Anreize in den befragten Einrichtungen		
		USA	England	Deutschland
Qualitätsverbesserung & Lernkultur	Qualitätsverbesserung (US: 18,5; UK: 100; GER: 56,4)	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensaustausch zwischen den Teams • Verbesserung des Patientenzugangs und der Behandlungsqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserte Ausstattungen • Verringerung von Abweichungen der Leistungserbringung und der Qualität von Leistungen • Leistungserbringung näher am Wohnort • Wissensaustausch zwischen den Teams 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel als Instrument zur Steigerung der Leistungsqualität • Kooperationen mit Universitäten zur Ausarbeitung neuer Ansätze in der Leistungsqualität • Einsatz von Ansätzen zur Messung der Leistungsqualität
	Lernkultur (US:6,2; UK: 15,6; GER: 35,9)	<ul style="list-style-type: none"> • Ständiges Angebot an med. Weiterbildung für Mitarbeiter sichert berufliches Wachstum • Exklusiver Anschluss an Universitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Enge Zusammenarbeit mit anderen Ärzten aus verschiedenen Fachrichtungen und Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Sektorenübergreifende Kooperation und Wissensnetzwerke • Obligatorische Seminare, Coachings und Kurse
Branding durch Prestige und Transparenz	Prestige (US: 32,1; UK: 32,5; GER: 10,3)	<ul style="list-style-type: none"> • Rankings & Auszeichnungen • Finanzielle Stabilität • Langjährige Geschichte und glaubensgestützte Mission 	<ul style="list-style-type: none"> • Polikliniken sind staatliche Aushängeschilder für ein modernes NHS • Einige der durch Zusammenschlüsse entstandenen Einrichtungen haben großes Ansehen als Vorreiter 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame Veröffentlichungen in Fachzeitschriften oder Netzwerkzeitschriften • Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen und -reports

	Transparenz (US: 4,9; UK: 25,8; GER: 10,3)	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtungen publizieren Qualitäts- und Leistungskennzahlen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation der neuen Ansätze online und in stat./amb. medizinischen Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Manche Einrichtungen veröffentlichen Qualitäts- und Leistungskennzahlen
Verbesserung der Koordination in Leistungserbringung & Implementierung von Informationstechnologien	Koordination von Leistungserbringung (US: 12,3; UK: 100; GER: 61,5)	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungskordinator • Multidisziplinäres Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung zentraler Zuweiserstrukturen • Stärkere Integration zwischen Gesundheits- und Sozialleistungen • Entwicklung von integrierten Modellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Lückenloser Behandlungsprozess • Entfernung der Widerstände zwischen Leistungserbringern • Initiierung eines Kommunikationsprozesses zwischen Ärzten und Patienten
	Informationstechnologien (US: 60,5; UK: 42,3; GER: 53,8)	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronische Kranken- bzw. Patientenakte unterstützt Ärzte 	<ul style="list-style-type: none"> • IT Systeme und die Weitergabe von Daten in Echtzeit wird als entscheidender Faktor verstanden 	<ul style="list-style-type: none"> • IT Systeme zur Übermittlung von Patientendaten in Echtzeit werden als Grundlegend für Integration von Versorgung gesehen

Tabelle 1: Exemplarischer Überblick nicht-monetärer Anreize in drei Ländern

6.2 Fall 2: Der Einfluss der Professionskultur als "facilitator" auf die intrinsische Motivation

Die Gestaltung nicht-monetärer Anreize ist getrieben von der Stärkung der ärztlichen Professionskultur, um auf diese Weise die Leistungsbereitschaft und das Commitment z.B. auch zur Kooperationsbereitschaft im niedergelassenen Bereich (sei es im Rahmen integrierter Versorgung oder einfach nur der Koordination zwischen den Leistungserbringern im täglichen Umgang) zu fördern (ohne zusätzlich monetäre Anreize einzusetzen). Diese Anreize sind auf die bereits erwähnten Freude-basierten und Verpflichtungs-basierten sozialen Normen gerichtet, die aus den Faktoren der ärztlichen Professionskultur abgeleitet werden können.

Die Professionskultur definiert nicht nur die Tätigkeiten und sozialen Normen, sondern das gesamte Arbeitsumfeld und den Prozess des Sense-making („how things are done“). Der definierende Charakter der Professionskultur hat signifikante Effekte darauf, wie Anreizsysteme wahrgenommen werden und ob sie die Motivation der Ärzte reduzieren oder erhöhen [39, 40]. Neben des Einflusses der Faktoren der Professionskultur auf die intrinsische Motivation generell sind in diesem Falle auch der Einfluss der Professionskultur auf die Unterdimensionen Freude und Herausforderung (im Bezug auf die Erfüllung der Verpflichtungs-basierten Normen) evaluiert worden [7].

Einzelne Aspekte der ärztlichen Professionskultur konnten in einer Faktorenanalyse zu drei Hauptfaktoren zusammengefasst werden. Diese entscheidenden die intrinsische Motivation beeinflussenden Faktoren beziehen sich auf das Verhältnis zur Arbeit an sich (stark positiv mit der ärztlichen Motivation korreliert), das Verhältnis zu den Kollegen (leicht positiv korreliert)

und das Verhältnis zur Organisation/zum System (negativ korreliert) wie in der folgenden Grafik dargestellt:

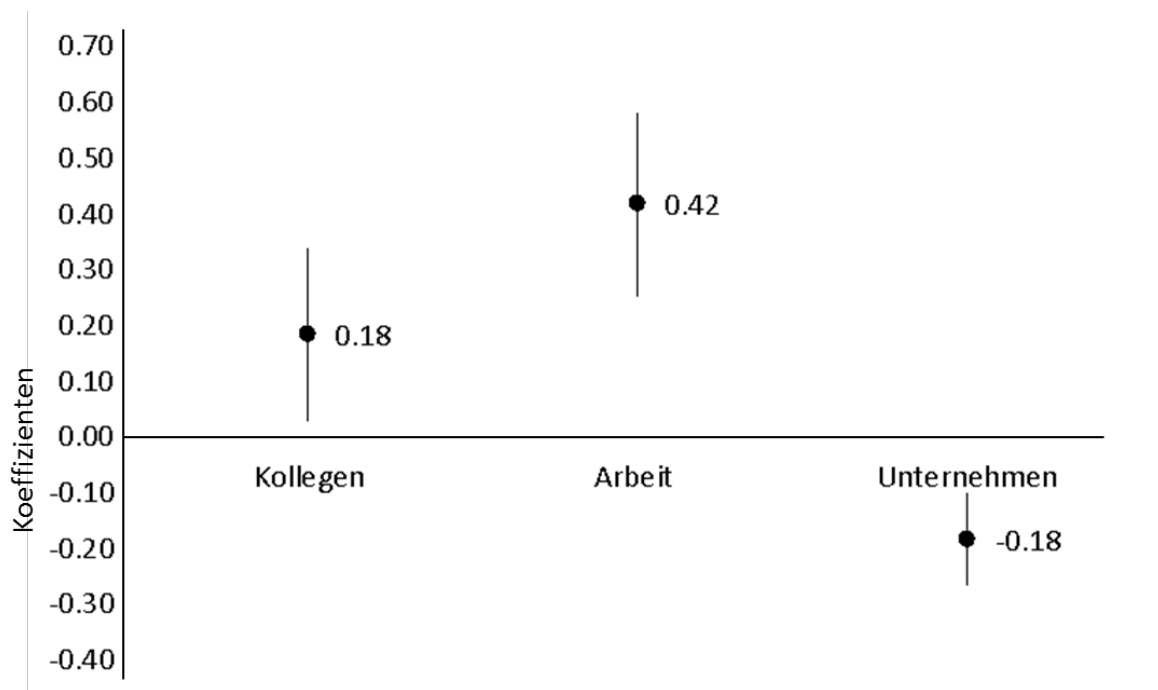


Abbildung 1: Faktoren der Professionskultur als Prädiktoren intrinsischer Motivation [7]

Die Ergebnisse unterstreichen wiederum die Theorien von Deci und Kollegen, dass der entscheidende Hebel für das Management ärztlicher Professionals der Arbeitsinhalt (und das Umfeld) an sich ist (sind). Wie bereits beschrieben sind die Freude, die der Arbeit abgewonnen wird, und die Anerkennung innerhalb der Profession die wichtigsten Aspekte für die Motivation. Die negative Beziehung zur Organisation/zum System unterstreicht die Erwartung, dass die Professionskultur häufig die Organisationskultur außer Kraft setzt. Die Organisation oder das System an sich wird von den Ärzten als exogen oder bestenfalls als unterstützendes Element wahrgenommen, aber hat wenig oder keinen Einfluss auf den Sense-making Prozess der Ärzte [30, 41].

6.3 Management-Implikationen zur Stärkung der intrinsischen Motivation

Wie kann nun auf Basis der Erkenntnisse der beiden Fallstudien sowie der dargestellten neuzeitlichen Theorien zur Gestaltung nicht-monetärer Anreize die intrinsische Motivation gestärkt werden?

6.3.1 Unterstützung des Kompetenzgefühls in die Arbeit

Selektive monetäre Anreize bergen die Gefahr, dass sich die Ärzte von der Arbeit entfremden und Fragmentierung resultiert [31]. In diesem Falle stärkt ein auf individuellen Kompetenzen basiertes Gehalt, das von nicht-monetären Anreizen wie sozialer Anerkennung und prestige-orientierter Markenbildung, unterstützt wird, die Kompetenz und veranlasst Ärzte, freiwillig mehr Leistung zu erbringen [32]. Positives Feedback und eine kommunikative Vermittlung der Sinnhaftigkeit der Tätigkeit sind von entscheidender Bedeutung [42].

6.3.2 Erhaltung der wahrgenommenen Autonomie

Selektive monetäre Anreize können als sanktionierend und kontrollierend wahrgenommen werden, wenn sie die persönliche Selbstbestimmung einschränken. Ärzte fühlen sich extern bestimmt und verlieren das Interesse an der Arbeit an sich. Wenn die gesetzten Anreize jedoch als unterstützend wahrgenommen werden, kommt es zum crowding-in Effekt und einer Verstärkung der Motivation. Mehrere internationale Vergleichsstudien zur ärztlichen Motivation und Zufriedenheit unterstreichen dieses Ergebnis und geben Anhaltspunkte, welche Aspekte als unterstützend wahrgenommen werden. Das „Paket“ von Anreizen, das von Ärzten in verschiedenen Ländern als attraktiv eingeschätzt wird, beinhaltet die folgenden Faktoren:

- Die Bezahlung muss nicht „unverhältnismäßig“ hoch sein, aber von den Ärzten als fair empfunden werden.
- Eine Verbesserung der tatsächlichen Arbeitsbelastung kann durch eine Erhöhung der Prozesseffizienz erreicht werden (z.B. durch IT-Implementation). Allerdings sollte der Fokus auf der Reduzierung (oder eher dem verbesserten Management) der wahrgenommenen Arbeitsbelastung liegen, sodass den Erwartungen der Ärzte eher entsprochen werden kann.
- Die organisationale Beteiligung der Ärzte sollte verbessert werden. Während sich dieser Aspekt primär auf das Aufbrechen hierarchischer Strukturen bezieht, sollte eine verbesserte systembasierte Kooperation zwischen einzelnen Einheiten oder Kollegen angestrebt werden (im Sinne einer integrierten Versorgung s.o.) [6].

6.3.3 Unterstützung der sozialen Verbindung zur Professionskultur

Um den ärztlichen Sense-making- und Entscheidungsprozess zu beeinflussen, muss die Zugehörigkeit zur Profession gestärkt werden. Zu diesem Zweck lohnt ein Blick in die untergeordneten Elemente, die die dargestellten Faktoren der Professionskultur konstituieren:

Arbeitsbezogen

- Herausforderungen analytisch lösen
- Einen Plan oder Konzept entwickeln, bevor komplexere Fragestellungen gelöst werden
- Die Ergebnisse der Arbeit analysieren.

Implikationen: Ein interessantes und herausforderndes Arbeitsumfeld schaffen, Leistungen anerkennen und belohnen (nicht-monetär!), und ein unterstützendes Arbeitsumfeld schaffen.

Verbindung zu Kollegen

- Einen flexiblen Arbeitstag erhalten
- Die Erreichung selbst gesetzter Ziele ermöglichen
- In einem Team (oder lose koordinierten Netzwerk) arbeiten
- Eine enge Beziehung zu den Kollegen haben und den kollegialen Austausch fördern.

Implikationen: Flexible Arbeitszeitmodelle implementieren, um eine work-life-Balance zu schaffen/zu erhalten, die Wichtigkeit des individuellen Beitrags zur Verbesserung der Gesamtqualität anerkennen, das „Bonding“ von Kollegen mittels gegenseitiger Anerkennung und gemeinsamer Infrastruktur unterstützen.

Verhältnis zur Organisation/zum System

- Für ein System arbeiten, das Ziele für einen setzt
- Sich mit dem System identifizieren
- Routinen im Arbeitsleben haben
- Eine langfristige Verbindung mit dem System eingehen

Implikationen: Eine Balance zwischen systembezogenem Commitment und Autonomie sicherstellen, ein gewisses Maß an Handlungssicherheit und Verbindlichkeit schaffen, Möglichkeiten zur Identifikation mit dem System offerieren (z.B. mittels Branding).

7 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der Fallstudien deuten darauf hin, dass ein zielgerichtetes Management der ärztlichen Professionskultur (als „facilitator“) entscheidend für die Beeinflussung der intrinsischen Motivation ist. Auf diese Weise könnte die Leistung einzelner Ärzte und damit auch des Gesamtsystems verbessert werden, ohne zusätzliche monetäre Anreize zu implementieren.

Die Verbesserung der Partizipation an medizinischer und organisatorischer Entscheidungsfindung, die Schaffung von Karrieremöglichkeiten, und die Unterstützung von Kooperationsmöglichkeiten können zu einem hohen Grad der Identifikation mit der Arbeit an sich und verbesserter Motivation führen [5]. Diverse Studien haben bestätigt, dass die Erhaltung und Unterstützung der ärztlichen Kompetenz und Kontrolle über die Entwicklung des Managements des Versorgungsprozesses und damit die Erhaltung eines gewissen Grades an Autonomie ein besonders wichtiger nicht-monetärer Aspekt des Arbeitslebens von ärztlichen Professionals darstellen [2, 5]. Denn Ärzte sind entgegen der Annahme monetärer Anreizstrategen nicht reine Nutzen-Maximierer, sondern zeigen sog. „extra-role behavior“, die primär durch die Professionskultur und die auf diese Weise bestimmten Normen und Werte definiert sind und über die Grundverpflichtungen hinausgehen. Daher führen selektive monetäre Anreize wie P4P unweigerlich zu den beschriebenen Nebenwirkungen und sind nicht für die langfristige Motivation von Ärzten geeignet.

Die Gesundheitssysteme westlicher Nationen sind in der Lage, den nächsten Schritt einer professionellen Anreizsetzung zu gehen nach Jahren der Ökonomisierung und kurzfristigen monetären Anreizsetzung. Dabei sollten die Elemente der professionellen Kultur und Identität berücksichtigt werden, die die Freude- und Verpflichtungs-basierte intrinsische Motivation stärken. Ansätze

hierfür sind in den Fallstudien aufgezeigt worden; bedürfen aber eines Lackmustests in der österreichischen Praxis.

8 Möglicher Ansatz für eine Vorstudie im niedergelassenen Sektor zur Primärdatenerhebung in der Praxis

Es wird für die Durchführung der Vorstudie ein gemischter Methodenansatz vorgeschlagen, der sowohl qualitative als auch quantitative Informationen sammelt und ökonometrisch in Beziehung setzt. Als erster Schritt soll der Status Quo der tatsächlich vorhandenen bzw. von den niedergelassenen Ärzten wahrgenommenen Anreize erfasst werden. Dies wird mittels qualitativer, persönlicher Interviews mit etwa 100 Ärzten erfolgen, die in etwa einstündigen Gesprächen auf der Grundlage eines Interviewleitfadens befragt werden. Die Interviews werden aufgezeichnet und im Nachgang transkribiert. Im Rahmen der Interviews werden vorab bekannte Anreize mit Hilfe von Likert-Skalen im Hinblick auf Ihre Wichtigkeit und Zufriedenheit von den Ärzten eingeschätzt. Auf diese Weise entstehen neben den qualitativen Ergebnissen auch quantitative, die direkt in die Analyse fließen können. Entscheidend ist die Gewinnung von Erkenntnissen zu intentional und auch nicht-intentional wirkenden Anreizen aus der Perspektive der Ärzte. Diese können monetärer und nicht-monetärer Natur sein. Des Weiteren ist die Lücke zwischen wahrgenommener Wichtigkeit und Zufriedenheit mit den jeweiligen Anreizen von Bedeutung. Diese bieten Anhaltspunkte bzgl. der die Professionskultur bestimmenden Kontextfaktoren (kollegial, arbeits- und organisationsbezogen – wobei im niedergelassenen Bereich (außer im Rahmen integrierter Versorgungsansätze) der Organisationsbezug durch den Systembezug ersetzt wird).

In einem zweiten Schritt werden die transkribierten Interviews mit psychometrischen Verfahren analysiert, um die Interaktionseffekte der verschiedenen Anreize zu evaluieren und mögliche crowding-Effekte aufzuzeigen. Zu diesem Zweck kommen „word frequency analysis“ und „experience-

based rating“ exemplarisch in Betracht. Mit Hilfe dieser aus den qualitativen Interviews gewonnenen quantitativen Daten kann die motivationale Einstellung näher bestimmt und definiert werden (z.B. der regulatory focus oder die big five personality types), die auf den Einfluss der verschiedenen Anreize auf die Leistungsbereitschaft der Ärzte schließen lässt. Zur Validierung der Ergebnisse wird ein experience-based rating von neutralen Personen durchgeführt. Diese Bewertungen fließen ebenfalls in die Analyse ein.

In einem dritten Schritt werden die quantitativen und die quantifizierten qualitativen psychologischen Faktoren mittels statistischer Modellierung ins Verhältnis zur wahrgenommenen Wichtigkeit und Zufriedenheit mit nicht-monetären und monetären Anreizen gesetzt und analysiert. Auf diese Weise kann das Potenzial verschiedener Anreize auf die ärztliche Motivation aufgezeigt werden. Des Weiteren bietet die Analyse die Grundlage für eine Interventionsstudie (z.B. workshops zur Stärkung des Kompetenzgefühls o.ä.) zur Steigerung der ärztlichen Motivation. Die vorliegenden Datenbanken werden nach Start der Intervention kontinuierlich und im Zeitablauf weiter geschrieben und – nach Durchführung und Analyse von follow-up Interviews im Abstand von drei, sechs und 12 Monaten – mit den entsprechenden Daten angereichert. Mittels Programmierung und Fortschreibung dieses Zeitreihenmodells kann die Wirkung einzelner Anreize auf die Motivation der Ärzte überprüft werden. Die Intervention kann (und sollte) auf Basis der Ergebnisse des Zeitreihenmodells ggf. adjustiert werden. Die Ergebnisse könnten ebenfalls genutzt werden, um ein flexibles Anreizmodell mit bestimmten Stellschrauben zu programmieren, das je nach vorhandenen Ressourcen und motivationaler „Bereitschaft“ der Ärzte, das effektivste Anreiz-Paket bereit hält (dies selbstverständlich immer

abhängig vom Kontext, dessen makroökonomische Faktoren ebenfalls in die Modellierung integriert werden müssten).

9 Literatur

1. Hofmarcher MM. The Austrian Health Reform 2013 is promising but requires continuous political ambition. *Health Policy*. 2014;118(1):8-13.
2. Janus K, Brown LD. Medicare as Incubator for Innovation in Payment Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2007;32(2):293-306.
3. Janus K, Amelung VE, Gaitanides M, Schwartz FW. German physicians "on strike" – Shedding light on the roots of physician dissatisfaction. *Health Policy*. 2006(doi: 10.1016/j.healthpol.2006.11.003).
4. Janus K, Amelung V, Gaitanides M, Schwartz FW. German Physicians "on strike" - Shedding Light on the Roots of Physician Dissatisfaction. *Health Policy*. 2007;82(3):357-365.
5. Janus K, Amelung VE, Baker LC, Gaitanides M, Schwartz FW, Rundall TG. Monetary and non-monetary drivers of physician job satisfaction – Insights from a cross-national comparative study. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2008;33(6):1133-1167.
6. Janus K, Amelung VE, Baker LC, Gaitanides M, Rundall TG, Schwartz FW. Sind amerikanische Ärzte zufriedener? Ergebnisse einer internationalen Studie unter Ärzten an Universitätskliniken [Are US physicians more satisfied than German physicians – Results of an international study among hospital physicians]. *Das Gesundheitswesen [The Health Care System]*. 2009;71:210-217.
7. Janus K. The effect of professional culture on intrinsic motivation among physicians in an academic medical center. *Journal of Healthcare Management*. 2014;59(4):287-304.

8. Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*. 2004 September 30, 2004;351(14):1448-1454.
9. McDonald R, Harrison S, Checkland K, Campbell S, Roland M. Impact of financial incentives on clinical autonomy and internal motivation in primary care: an ethnographic study. *British Medical Journal*. 2007;334:1357 -1359.
10. Glied SA, Janus K. Managed Care and Public Health. In: Heggenhougen HK, Carrin G, editors. *International Encyclopedia of Public Health*. 1st ed. New York: Elsevier; 2008. p. 195-202.
11. Janus K. Neue Versorgungsformen als "Allheilmittel"? In: Böcken J, Janus K, Schenk U, Zweifel P, editors. *Neue Versorgungsmodelle im Gesundheitswesen - Gestaltungsoptionen und Versichertenpräferenzen im internationalen Vergleich [New strategies in health care delivery - Structures and preferences of insureds]*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung; 2007. p. 12-37.
12. Glaser WA. *Paying the Doctor: Systems of Remuneration and Their Effects*. Baltimore. 1970.
13. Conrad DA, Christianson JB. Penetrating the "Black Box": Financial Incentives for Enhancing the Quality of Physician Services. *Medical Care Research and Review*. 2004;61(3):37S-68S.
14. Rosenthal MB, Fernandopulle R, Song HR, Landon B. Paying for Quality: Providers' Incentives For Quality Improvement. *Health Affairs*. 2004;23(2):127-141.
15. Damberg CL, Raube K, Williams T, Shortell SM. Paying for Performance: Implementing a Statewide Project in California. *Quality Management in Healthcare*. 2005;14(2):66-79.

16. American Medical Association. Patient care physician survey of nonfederal patient care physicians 2001.
17. Medical Group Management Association. Universe of Group Practice, 2006 2006.
18. Medicare "Pay For Performance (P4P)" Initiatives Fact Sheet [database on the Internet]. accessed November 10, 2006. 2005 [cited November 10, 2006]. Available from:
<http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=1343>.
19. Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom. *The New England Journal of Medicine*. 2006;355(4):375-384.
20. Galvin R. Pay-For-Performance: Too Much of a Good Thing? A Conversation with Martin Roland. *Health Affairs*. 2006;25(5):w412-w419.
21. Rosenthal MB, Frank RG. What is the Empirical Basis for Paying for Quality in Health Care? *Medical Care Research and Review*. 2006;63(135):135-157.
22. Lazear EP. Personnel Economics: Past Lessons and Future Directions. *Journal of Labor Economics*. 1999;17(2):199-236.
23. Barkema HG, Gomez-Mejia LR. Managerial Compensation and Firm Performance: A General Research Framework. *The Academy of Management Journal*. 1998;41(2):135-145.
24. Bucklin BR, Dickinson AM. Individual Monetary Incentives: A Review of Different Types of Arrangements Between Performance and Pay. *Journal of Organizational Behavior Management*. 2001;21(3):45-137.
25. Frey BS. *Not Just for The Money: An Economic Theory of Personal Motivation*. Cheltenham, UK and Brookfield, USA. 1997.

26. Frey BS, Oberholzer-Gee F. The Cost of Price Incentives: An Empirical Analysis of Motivation Crowding-out. *American Economic Review*. 1997;87(4):746-755.
27. Frey BS, Osterloh M. *Successful Management by Motivation: Balancing Intrinsic and Extrinsic Incentives*. Berlin, Heidelberg, New York. 2002.
28. Simon HA. Organizations and Markets. *The Journal of Economic Perspectives*. 1991;5(2):25-44.
29. Deci EL. *Intrinsic Motivation*. New York. 1975.
30. Weick KE. *Sensemaking in Organizations*. London. 1995.
31. Drago R, Garvey GT. Incentives for Helping on the Job: Theory and Evidence. *Journal of Labor Economics*. 1998;16(1):1-25.
32. Kollock P. Social Dilemmas: The Anatomy of Cooperation. *Annual Review of Sociology*. 1998;24(1):183-214.
33. Amabile TM. How to Kill Creativity. *Harvard Business Review*. 1998;76(5):77-87.
34. Csikszentmihalyi M. *Creativity: Flow and the Psychology of Discovery and Invention*. New York. 1996.
35. Karasek RA, Jr. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly*. 1979;24(2):285-308.
36. Janus K. Pay-for-Performance does not always pay - risks and side effects of incentives in health care. *Eurohealth*. 2011;17(4):31-35.
37. Fottler MD, Shewchuck RM, O'Conner SJ. What Matters to Health Care Executives? Assessing the Job Attributes Associated with their Staying or Leaving. *International Journal of Organization Theory and Behavior*. 1998;1(2):223-247.

38. Janus K, Brown LB. Physician integration revisited – An exploratory study of monetary and professional incentives in three countries. *Health Policy*. 2014;118:14-23.
39. Antal AB, Dierkes M, Helmers S. Unternehmenskultur: Eine Forschungsagenda aus Sicht der Handlungsperspektive. In: Dierkes M, von Rosenstiel L, Steger U, editors. *Unternehmenskultur in Theorie und Praxis Konzepte aus Ökonomie, Psychologie und Ethnologie*. Frankfurt: Campus; 1993.
40. McGregor D. *The Human Side of Enterprise*. New York. 1960.
41. Weick KE. The Collapse of Sensemaking in Organizations: The Mann Gulch disaster. *Administrative Science Quarterly*. 1993;38(4):628-652.
42. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. The Undermining Effect Is a Reality After All - Extrinsic Rewards, Task Interest, and Self-Determination: Reply to Eisenberger, Pierce, and Cameron (1999) and Lepper, Henderlong, and Gingras (1999). *Psychological Bulletin*. 1999;125(6):692-700.