

Finanzielle Anreize für ärztliches Personal in deutschen Krankenhäusern – Eine repräsentative Umfrage¹

Fabian Dutschkus und Christian Lukas²

November 2020

Zusammenfassung

Finanzielle Anreize in Krankenhäusern sind weit verbreitet. Über deren Wirkung wird stark diskutiert.

Zielsetzung Befragung von Ärztinnen und Ärzten deutscher Krankenhäuser zu finanziellen Anreizen, maßgeblichen Kennzahlen für ihre Leistungsbeurteilung sowie Einschätzungen zur persönlichen Arbeitssituation.

Methodik Repräsentative Umfrage.

Ergebnisse Hoher Zeitdruck und wirtschaftliche Bedingungen prägen den Arbeitsalltag. Etwa sieben von zehn Befragten wünschen sich eine ausschließlich fixe Vergütung. Positive Auswirkungen finanzieller Anreize auf das Behandlungsangebot sowie die Versorgungs- und Strukturqualität erwarten die Befragten nicht. Leistungsmaße für die variable Vergütung werden von etlichen Befragten zumindest fallweise ignoriert.

Schlussfolgerung Negative Auswirkungen finanzieller Anreize werden möglicherweise durch das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte bewusst gemildert. Nichtfinanzielle Anreize, d.h. Vorgaben einzuhaltender Kennzahlen, spielen ebenfalls eine große Rolle.

Schlüsselwörter finanzielle Anreize; Krankenhaus; Qualität; Umfrage

1 Beschreibung der Stichprobe

Die leitenden Ärztinnen und Ärzte aller 8.124 deutschen Krankenhausabteilungen sollten befragt werden.³ Um die Kontaktdaten zu erhalten, wurden die Qualitätsberichte der Krankenhäuser aus dem Jahr 2016 verwendet. Diese wiesen Kontakte für 14.402 abteilungsleitende Ärztinnen und Ärzte aus.⁴ Von den 14.402 Kontakten wurden vorab 3.310 aufgrund fehlender oder unkorrekter E-Mail Adressen, unkorrekter Vor- oder Nachnamen und Duplikaten aussortiert, sodass 11.092 Einladungen zur Teilnahme an der Umfrage versendet wurden. Von diesen Einladungen konnten 2.338 durch fehlerhafte oder ungültige Email Adressen nicht zugestellt werden. Die Umfrage startete am 12.06.2019 und endete am 28.09.2019. Eine E-Mail zur Erinnerung (Reminder) wurde am 06.08.2019 gesendet. Insgesamt 2.049 Personen haben an der Umfrage teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote (response rate) von 23,4%, bezogen auf die erfolgreich versendeten Einladungen. Von den

¹ Wir danken Jan Diers für die wertvolle technische Unterstützung bei der Verarbeitung der Daten.

² Friedrich-Schiller-Universität Jena, Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Professur für Controlling, Carl-Zeiss-Straße 3, 07743 Jena

³ Das Statistische Bundesamt schätzt diese Anzahl an Krankenhausabteilungen für das Jahr 2017.

⁴ Die höhere Anzahl an abteilungsleitenden Ärztinnen und Ärzte entsteht durch Duplikate und Inkonsistenzen aufgrund (i) mehrerer Berichte von Verbundkrankenhäusern, (ii) der Leitung mehrerer kleinerer Abteilungen stellenweise durch den selben Arzt bzw. die selbe Ärztin und (iii) nicht standardkonform ausgefüllter abteilungsspezifischer Felder in den übermittelten maschinenlesbaren Qualitätsberichten.

2.049 Teilnehmern haben 1.142 den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Fragebögen, die von Chefärztinnen und -ärzten, die mehr als eine Abteilung leiten, von nichtärztlichem Personal oder nicht mehr im Krankenhaus tätigen Personen beantwortet wurden, sind entfernt worden. Es verbleiben 1.056 vollständig ausgefüllte Fragebögen.⁵

2 Allgemeine deskriptive Analyse und Repräsentativität der Stichprobe

Die Teilnehmer/innen (88 % männlich, 12 % weiblich) sind zu 42% in Krankenhäusern mit öffentlichem Träger tätig; 37% kommen aus Häusern mit freigemeinnützigem Träger und 21% aus Häusern mit privatem Träger. Sowohl die Verteilung des Geschlechts als auch die Verteilung der Träger sind mit der Grundgesamtheit der abteilungsleitenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland vergleichbar. Das Statistische Bundesamt (2018) attestiert in seiner Ausgabe der Grunddaten der Krankenhäuser für Jahr 2017, dass die leitenden Ärztinnen und Ärzte zu 87,5% dem männlichen und zu 12,5% dem weiblichen Geschlecht angehören. Des Weiteren sind 29% der Ärztinnen und Ärzte in öffentlichen, 34% in freigemeinnützigen und 37% in privaten Krankenhäusern angestellt.

In unserer Stichprobe erhalten 66% der Befragten neben dem fixen Gehalt eine variable Vergütung. Auf Basis der Qualitätsberichte der Abteilungen lässt sich ermitteln, dass 65% von ihnen Zielvereinbarungen mit leitendem ärztlichem Personal getroffen haben.

Abbildung 1 bietet einen Überblick der Teilnehmer nach Abteilungen. Am stärksten vertreten sind die Allgemeine Chirurgie mit 13% und Innere Medizin mit 12%. Auch die Verteilung der Abteilungen entspricht annähernd der Grundgesamtheit, da das Statistische Bundesamt (2018) in seinen Grunddaten der Krankenhäuser für das Jahr 2017 einen Anteil von 13,6% der Allgemeinen Chirurgie und einen Anteil von 14,2% der Inneren Medizin zuschreibt. Obwohl unsere Stichprobe beim Anteil der privaten Träger und den Abteilungen der Inneren Medizin (leicht) unter den Anteilen der Grundgesamtheit liegt, halten wir sie dennoch für repräsentativ.

Die weit überwiegende Mehrheit der Teilnehmer bekleidet eine Position als Chefärztin/Chefarzt (93,3%). Es folgen ärztliche Direktorinnen/Direktoren (8,8%) und leitende Oberärztinnen/Oberärzte (3,6%).

2.1 Einschätzung des Arbeitsalltags

Die Befragten sollten angeben, wie stark einzelne Faktoren ihren Arbeitsalltag kennzeichnen. Abstufungen in der Zustimmung bzw. Ablehnung waren möglich von 1 (ich stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu). Niedrige (hohe) Mittelwerte der Antworten sind ein Indiz für Zustimmung (Ablehnung); der Mittelwert 3 trennt die Bereiche. Tabelle 1 gibt einen Überblick. Die Zustimmung zu den einzelnen Charakteristika des Arbeitsalltags variiert. Wenig überraschend ist die Zustimmung für *hoher Zeitdruck* am stärksten ausgeprägt. Tendenziell Zustimmung stellen wir für *wirtschaftliche Bedingungen* fest; auch dies ist zu erwarten gewesen. Tendenziell eher ablehnend bzw. neutral (stimme teilweise zu) ist die Einschätzung bei den übrigen Faktoren, was zumindest beim *DRG-System* überrascht.

⁵ Hiebl und Richter analysieren Rücklaufquoten in der Controlling-Forschung für den Zeitraum 1989 – 2016 [1]. Sie ermitteln eine durchschnittliche Rücklaufquote von 38% (Median: 34%) bei einem rückläufigen Trend in der jüngeren Vergangenheit. Rücklaufquoten korrelieren negativ mit der Größe der Stichprobe, elektronischer Datenerhebung sowie dem Versenden von Erinnerungs-E-mails (reminder). Daher bewerten wir die Rücklaufquote der vorliegenden Umfrage positiv. Die Anzahl verwendbarer Antworten liegt mit 1.056 auch sehr deutlich über der entsprechenden durchschnittlichen Anzahl von 205 in der Analyse von Hiebl und Richter [1].

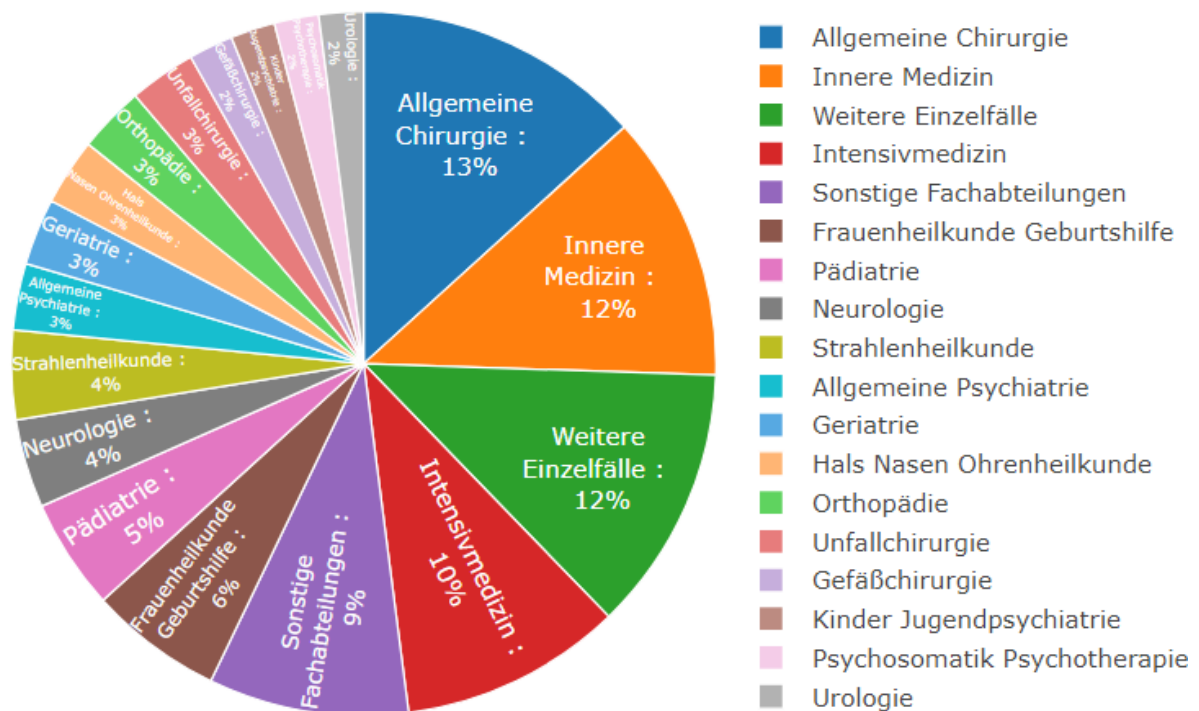


Abbildung 1: Umfrageteilnehmer nach Abteilungen

Tabelle 1: Der Arbeitsalltag ist gekennzeichnet durch

Faktor	Mittelwert der Antworten
hohen Zeitdruck	2,2
wirtschaftliche Bedingungen	2,8
konfliktäre Ziele	3,1
hohe emotionale Belastung im Patientenumgang	3,2
DRG-System	3,4

Hinweis: Skala von 1 (stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu)

3 Angaben zur Vergütung und zu Beurteilungsgrößen

Etwa zwei Drittel der Befragten (64%) erhalten neben einer fixen Vergütung auch eine variable Vergütung; gut ein Drittel (36%) erhält ausschließlich eine fixe Vergütung. Eine klare Mehrheit der Befragten wünscht sich eine ausschließlich fixe Vergütung ohne variable Vergütungsbestandteile. Unter den Ärztinnen und Ärzten, die aktuell eine fixe und variable Vergütung erhalten, möchten 65% eine ausschließlich fixe Vergütung erhalten; und unter denen, die aktuell eine ausschließlich fixe Vergütung erhalten, möchten 77%, dass es so bleibt. Mögliche Gründe dafür könnten die bereits vielfach auch in der Öffentlichkeit diskutierten potenziell negativen Effekte variabler Vergütungen im Krankenhausbereich sein, wie z.B. die Steigerung der Zahl an Operationen bzw. allgemein der Prozeduren oder schlechtere Versorgungsqualität. Diese stehen im Kontrast zum Berufsethos. Ein Indiz dafür ist das bewusste Ignorieren bestimmter Kennzahlen (das im folgenden Abschnitt in Abbildung 5

dokumentiert ist). Ärztinnen und Ärzte geben an, dass sie Kennzahlen für stationäre Leistungen sowie Zielgrößen für Personal- und Sachkosten in bestimmten Fällen bewusst ignorieren, obwohl ihre variable Vergütung davon abhängt.

Welche Beurteilungsgrößen sind für die Ermittlung der variablen Vergütung relevant? Zunächst ist zu konstatieren, dass bei ca. 78% der Befragten klare vertragliche Regelungen für die Berechnung der variablen Vergütung existieren; bei den übrigen Befragten sind zwar die Beurteilungsgrößen festgelegt, nicht aber die konkrete Berechnung der variablen Vergütung. Gefragt haben wir unter anderem nach den Größen, die gemäß den Empfehlungen der DKG für Zielvereinbarungen anwendbar sind (Tabelle 2).

Tabelle 2: Welche Beurteilungsgrößen sind für die Ermittlung der variablen Vergütung relevant?

Beurteilungsgröße	bei ...% der Befragten relevant
Wahlärztliche Leistungen	53
Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung	45
Beteiligung an Strukturmaßnahmen	41
Leistungsmaße für stationäre Leistungen (CMI, Fallzahlen)	38
Zielgrößen für Sach- und Personalkosten der Abteilung	33
Ambulante Leistungen	34
Sonstige leistungsorientierte Regelungen	26
Erstellung von Gutachten	19
Einführung neuer Behandlungsmethoden	16
Inanspruchnahme nichtwahlärztlicher Leistungen	2
Arzneimittelprüfungen u.ä.	1

Die größte Bedeutung für die Ermittlung der variablen Vergütung für Ärztinnen und Ärzte haben demnach wahlärztliche Leistungen, gefolgt von Maßnahmen und Ergebnissen der Qualitätssicherung und der Beteiligung an Strukturmaßnahmen, wie z.B. Verbesserungen in der Patientenaufnahme. Ebenfalls eine hohe Bedeutung besitzen Leistungsmaße für stationäre Leistungen, wie z.B. Case-Mix-Index, Fallzahlen oder Verweildauern. Dies ist einerseits überraschend, denn diese Leistungsmaße sind nicht vereinbar mit § 135c SGB V. Andererseits ist dies nicht überraschend, denn die Gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer (BÄK) und des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte (VLK) nennt bei den von ihr geprüften Zielvereinbarungen für die Jahre 2013-2020 in 66% der Fälle genau diese Vorschrift als Ablehnungsgrund.⁶ Offen bleibt zunächst, ob und in welchem Maß die Befragten bei der Frage nach den Leistungsmaßen für stationäre Leistungen Kennzahlen, wie z.B. Komplikationsraten o.ä. im Sinn hatten, die Risiken und Fehlerquellen stationärer Leistungen abbilden (und somit keinen Ablehnungsgrund gemäß § 135c SGB V darstellen). Diesen möglichen Effekt halten wir aus mehreren Gründen für sehr gering. Zum einen haben wir in der Studie auch separat nach Maßnahmen und Ergebnissen der Qualitätssicherung gefragt - und zwar zeitgleich mit der Frage nach Leistungsmaßen für stationäre Leistungen. Zum anderen haben wir bei der Frage nach den Leistungsmaßen konkret die Beispiele Case-Mix-Index, Fallzahlen und Verweildauern genannt. Und schließlich haben keine der im Pretest

⁶ Die Autoren danken Sabine Dienemann für ihre Recherche. Basis der Berechnung sind die Publikationen der Gemeinsamen Koordinierungsstelle im Ärzteblatt aus den Jahren 2014 – 2020, und [2] und [3] für das Jahr 2013.

befragten Ärztinnen und Ärzte bei dieser Frage Unklarheiten oder mögliche Missverständnisse gesehen.

Neben den für die variable Vergütung relevanten Beurteilungsgrößen werden die Ärztinnen und Ärzte oft auf weitere Kennzahlen vom Krankenhausträger hingewiesen. Gleiches gilt für Ärztinnen und Ärzte, die ausschließlich eine fixe Vergütung erhalten. In beiden Gruppen dominieren Leistungsmaße für stationäre Leistungen.

Betrachtet man die Gruppe, die (auch) eine variable Vergütung erhält, so geben 50% der Befragten an, dass sie auf Leistungsmaße für stationäre Leistungen hingewiesen werden, sofern diese nicht schon Beurteilungsgrößen für die variable Vergütung sind. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Zielgrößen für Sach- und Personalkosten der Abteilung und der Beteiligung an Strukturmaßnahmen, auf die 47% bzw. 38% hingewiesen werden.

In der Gruppe, die ausschließlich eine fixe Vergütung erhält, werden 85% auf die Einhaltung von Leistungsmaßen hingewiesen. Unter denen, die diese Hinweise erhalten, werden fast alle Befragten auf die Einhaltung von Leistungsmaßen für stationäre Leistungen hingewiesen (94%). Es folgen Maßnahmen der Qualitätssicherung (77%), Zielgrößen für die Sach- und Personalkosten (77%) und die Beteiligung an Strukturmaßnahmen (74%). Auch wenn hier kein direkter Einfluss auf die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte besteht, so wirken sich die Hinweise auf die Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten aus. Auf einer Skala von 0 (keine Bedeutung) bis 100 (sehr starke Bedeutung) geben die Befragten in dieser Gruppe im Mittel 45-56 für die Relevanz der genannten Größen auf ihre täglichen Entscheidungen an.

Betrachtet man die Beurteilungsgrößen für die variable Vergütung und die Hinweise auf die Einhaltung weiterer Leistungsmaße zusammen, so zeigt sich ganz klar, dass vier Beurteilungsgrößen bzw. -kriterien im Krankenhausalltag eine besonders hohe Bedeutung haben:

- Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung
- Beteiligung an Strukturmaßnahmen
- Leistungsmaße für stationäre Leistungen
- Zielgrößen für Sach- und Personalkosten

Die Kriterien für die Beurteilung betreffen sowohl den Bereich der Qualität erbrachter Leistungen als auch deren Wirtschaftlichkeit. Wer sich mit wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und Vergütungsverträgen im Krankenhaussektor beschäftigt, dem wird die Diskussion über mögliche unerwünschte Konsequenzen wirtschaftlichen Drucks und finanzieller Anreize bewusst sein. Diese Konsequenzen müssen nicht zwangsläufig auftreten oder nicht in dem zu erwartenden Maße, wenn Ärztinnen und Ärzte die entsprechenden Leistungsmaße - zumindest teilweise - ignorieren. Das bedeutet, Leistungsmaße, die die Höhe der variablen Vergütung bestimmen, beeinflussen nicht oder nicht immer das tägliche Handeln. Konkret haben wir gefragt, ob Ärztinnen und Ärzte in bestimmten Fällen Leistungsmaße ignorieren, weil sie nicht mit ihren persönlichen Werten vereinbar sind. Abbildung 2 gibt hierzu einen Überblick.

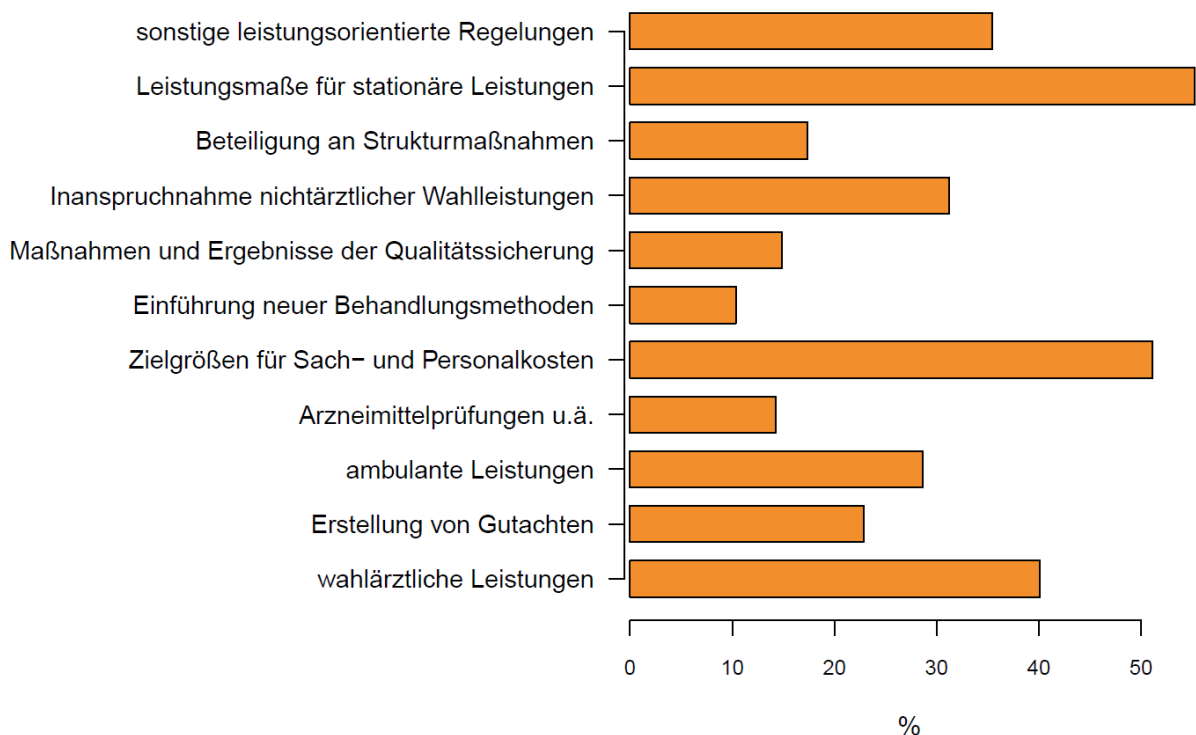


Abbildung 2: Ignorieren relevanter Beurteilungsgrößen für die variable Vergütung durch Ärztinnen und Ärzte (Anteil in Prozent)

Es wird deutlich, dass insbesondere Leistungsmaße für stationäre Leistungen und Zielgrößen für Personal- und Sachkosten (zumindest fallweise) von vielen Befragten ignoriert werden. Dies kann als Bemühen interpretiert werden, die zuvor erwähnten unerwünschten Wirkungen wirtschaftlicher Anreize im Krankenhaus zu dämpfen. Im Einklang mit dieser Interpretation stünde das Ergebnis, dass die Befragten Leistungsmaße in den Bereichen Einführung neuer Behandlungsmethoden, Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung sowie Beteiligung an Strukturmaßnahmen sehr viel seltener ignorieren.

4 Vergleich zwischen Gruppen: fixe vs. variable Vergütung

Die Befragten haben angegeben, ob sie eine ausschließlich fixe Vergütung (Gehalt) erhalten oder ob sie neben der fixen Vergütung auch eine variable Vergütung (Bonus o.ä.) erhalten. Für beide Gruppen liegen Einschätzungen zum Arbeitsalltag und den Wirkungen finanzieller Anreize vor.

4.1 Angaben zum Arbeitsalltag

Die Tabelle 3 gibt die Mittelwerte der Antworten an und die zugehörigen p-Werte des Vergleichs der Verteilungen.⁷

⁷ Verglichen wurden die Verteilungen der Antworten zu jeder Frage mittels Mann-Whitney-U-Test, zweiseitiger Test.

Tabelle 3: Der Arbeitsalltag ist gekennzeichnet durch

Faktor	Mittelwert der Antworten		p-Wert
	fixe Vergütung	fixe + variable Vergütung	
hohen Zeitdruck	2,11	2,27	0,0197
wirtschaftliche Bedingungen	2,68	2,93	0,0005
konfliktäre Ziele	2,99	3,22	0,0029
hohe emotionale Belastung im Patientenumgang	2,95	3,33	0,0000
DRG-System	3,34	3,49	0,0555

Hinweis: Skala von 1 (stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu)

Die statistische Analyse legt den Schluss nahe, dass es Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich der Einschätzung des Arbeitsalltags gibt. Die p-Werte liegen zum Teil deutlich unter 0,05 und nur in einem Fall knapp darüber; die Unterschiede sind somit statistisch signifikant. In zwei Fällen - wirtschaftliche Bedingungen und emotionale Belastung im Patientenumgang - sind die Effektstärken mit $r = 0,107$ bzw. $r = 0,143$ zumindest schwach ausgeprägt.⁸ In diesen beiden Fällen bringt der Vergleich zwischen den beiden Gruppen unerwartete Ergebnisse. So findet die Aussage, dass wirtschaftliche Bedingungen den Arbeitsalltag prägen, in der Gruppe mit ausschließlich fixer Vergütung stärkere Zustimmung als in der Gruppe mit variabler Vergütung. In der Gruppe mit variabler Vergütung sind zudem emotionale Belastungen im Patientenumgang weniger stark ausgeprägt als in der Gruppe mit fixer Vergütung. Möglicherweise spielt hier der stärker wahrgenommene Zeitdruck in der Gruppe mit fixer Vergütung eine Rolle.

4.2 Wirkung finanzieller Anreize

Wir haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch nach der Wirkung finanzieller Anreize gefragt. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Einschätzungen und die p-Werte der Tests auf Unterschiede in den Verteilungen (der Antworten).⁹

Der Vergleich der Einschätzungen zu den einzelnen Faktoren weist in mehreren Fällen p-Werte kleiner als 0,05 aus, was gleichbedeutend mit statistisch signifikanten Unterschieden ist. Bei den Faktoren *Frustration mit dem DRG-System* und *effiziente Behandlungsweise* sind keine nennenswerten Effektstärken vorhanden ($r < 0,10$). Die Effektstärken bei den übrigen vier Faktoren mit statistisch signifikanten Unterschieden sind jeweils schwach mit $0,10 < r < 0,13$ ausgeprägt.

⁸ Die Effektstärke wurde mittels Korrelationskoeffizient r nach Pearson gemessen und auf Basis von [4] mit $0,10 < r < 0,20$ für einen schwachen Effekt bewertet. Für die übrigen drei Faktoren liegen die Effektstärken unter 0,10.

⁹ Angewendet wurde der Mann-Whitney-U-Test als zweiseitiger Test.

Tabelle 4: Finanzielle Anreize führen zu

Faktor	Mittelwert der Antworten		p-Wert
	fixe Vergütung	fixe + variable Vergütung	
Änderungen im Verhalten	2,16	2,40	0,0000
Frustration mit DRG-System	2,69	2,54	0,0547
höherer Motivation der Ärztinnen/Ärzte	3,10	3,21	0,1741
Höherem wirtschaftlichen Erfolg des KH	3,00	2,75	0,0002
Besserer Wettbewerbsfähigkeit des KH	3,08	3,07	0,8933
Kürzeren Behandlungszeiten	3,27	3,27	0,9243
Effizienter Behandlungsweise	3,62	3,43	0,0054
Besserer Strukturqualität	3,78	3,53	0,0004
Besserer Versorgungsqualität	3,94	3,72	0,0012
Besserem Angebot stationärer Leistungen	3,69	3,60	0,2812
Besserem Angebot ambulanter Leistungen	3,60	3,68	0,2177

Hinweis: Skala von 1 (stimme voll und ganz zu) bis 5 (stimme überhaupt nicht zu)

In den Einschätzungen ist auffällig, dass Befragte mit ausschließlich fixer Vergütung etwas stärker der Meinung sind, dass finanzielle Anreize das Verhalten beeinflussen, als dies bei Befragten mit variabler Vergütung der Fall ist. In beiden Gruppen wird die Wirkung auf das Verhalten (tendenziell) bejaht. Blickt man dann auf die Konsequenzen des (geänderten) Verhaltens, so sind fast keine positiven Auswirkungen zu erwarten. Im Hinblick auf das Angebot medizinischer Leistungen, Versorgungsqualität und Strukturqualität sind sich beide Gruppen einig, dass finanzielle Anreize hier zu keiner Verbesserung führen. Lediglich bei der Frage, ob finanzielle Anreize den wirtschaftlichen Erfolg des Krankenhauses erhöhen, gibt es bei Befragten mit variabler Vergütung eine leichte Tendenz zur Zustimmung. Befragte mit ausschließlich fixer Vergütung stimmen hier *teilweise zu / teilweise nicht zu*. An der Stelle muss einschränkend angemerkt werden, dass sich ein höherer wirtschaftlicher Erfolg ohne gleichzeitige Betrachtung der medizinischen Aspekte nicht als eindeutig positiv oder negativ bewerten lässt.

5 Fazit

Die Umfrage zeichnet ein repräsentatives Meinungsbild von Ärztinnen und Ärzten an Krankenhäusern in Deutschland zu finanziellen Anreizen, maßgeblichen Kennzahlen für Leistungsbeurteilungen und Einschätzungen zur persönlichen Arbeitssituation.

Ein erwartetes Ergebnis zeigt sich bei den Charakteristika des Arbeitsalltags. Hoher Zeitdruck und wirtschaftliche Bedingungen dominieren.

Finanzielle Anreize sind weit verbreitet, ca. zwei Drittel der Befragten erhalten eine variable Vergütung. Eine deutliche Mehrheit wünscht sich allerdings eine ausschließlich fixe Vergütung. Ein Grund könnte darin liegen, dass in finanziellen Anreizen kein Weg zu einem besseren Angebot an Behandlungen und Therapien oder zu einer Verbesserung der Versorgungs- und Strukturqualität gesehen wird. Konsequenterweise ignorieren viele Ärztinnen und Ärzte Leistungsmaße für stationäre Leistungen oder Zielgrößen für Sach- und Personalkosten (mindestens fallweise) ganz bewusst. Eine naheliegende Interpretation dieses Befundes ist, dass dadurch negative Auswirkungen finanzieller Anreize oder des wirtschaftlichen Drucks gemildert werden sollen.

Literaturverzeichnis

- [1] Hiebl MRW, Richter JF: Response rates in management accounting survey research. J Mgmt Acct Res 2018; 30.2: 59-79.
- [2] Flintrop J: Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen - Und führe uns nicht in Versuchung. Dtsch Arztebl Ausg A 2013; 49: 2392-2394.
- [3] Flintrop J: Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen - Wo der Rubikon überschritten ist. Dtsch Arztebl Ausg A 2013; 45: 2108-2112.
- [4] Cohen J: A Power Primer. Psychol Bull 1992; 112(1): 155-159.

Financial incentives for clinicians in Germany – A representative survey

Abstract

Financial incentives in hospitals are prevalent. The discussion about its effects is ongoing.

Objective In this representative survey, we investigate financial incentives for clinicians, measures relevant for performance evaluations, and personal assessments of the daily routine in hospitals.

Method Representative survey.

Results Time pressure and economic conditions represents key characteristics of the daily routine. Seven out of ten clinicians prefer fixed compensation only. Clinicians do not expect positive effects of financial incentives on the supply of treatments and the quality of care. They ignore performance measures relevant for variable compensation at least occasionally.

Conclusion Adverse effects of financial incentives are possibly mitigated by conscious decisions of clinicians. Non-financial incentives – meeting pre-specified levels of performance measures – also play an important role.

Keywords: financial incentives; hospital; quality; survey