

Nikola Biller-Andorno, Verina Wild

Ethische Fragen zur Leistungs-entlöhnung im Gesundheitswesen

«Pay for Performance» (P4P), zu Deutsch «Entlöhnung für Leistung», ist als neues «buzzword» in der gesundheitspolitischen Diskussion in der Schweiz aufgetaucht. Gute Arbeit zu belohnen scheint zunächst nicht weiter problematisch. Doch ein genauere Blick zeigt, dass das Modell ethische Fragen aufwirft, die vor einer weiteren Verbreitung im Schweizer Gesundheitswesen genauer geprüft werden müssen.

Leistungseinkäufer möchten diejenigen Ärztinnen und Ärzte belohnen, die «gute Qualität und hohe Effizienz der Leistungserbringung vereinen» [1]. Was hier so technisch daherkommt, könnte zum Beispiel in der Praxis bedeuten, dass zwei Internisten, die beide Patienten mit koronarer Herzkrankheit betreuen, für ihre Arbeit unterschiedlich bezahlt werden, je nachdem, bei wie vielen ihrer Patienten die Blutdruckwerte in einem bestimmten Bereich liegen.

Beim unbedarften Beobachter kommen hier rasch eine Reihe von Fragen auf: Wer bestimmt, welche Parameter massgeblich für «gute Qualität» in der Patientenversorgung sind? Werden Ärztinnen und Ärzte zugleich auch auf mehr Effizienz getrimmt? Was ist der Preis dafür? Lohnt sich ein solches System? Und falls ja, für wen?

P4P: It's a fine line

In der Tat sind Fragen mit ethischer Stossrichtung in den letzten Jahren vermehrt in der P4P-Literatur diskutiert worden [2]. Es finden sich verschiedene Positionen: Auf der einen Seite des Spektrums finden sich vornehmlich diejenigen, die medizinische Leistungen «einkaufen» und das Potential für eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit hervorheben. Auf der anderen Seite finden sich skeptische Wortmeldungen, meist aus ärztlicher Perspektive, die P4P entweder als weitere Daumenschraube unter dem Vorwand des Qualitätsmanagements wahrnehmen oder aber als Herabwürdigung ärztlicher Arbeit betrachten, da finanzielle Anreize gesetzt würden für etwas, was sowieso eine Selbstverständlichkeit sei (nämlich gute Arbeit) [3, 4]. Jedoch muss sich diese radikale Kritik die Nachfrage gefallen lassen, ob dann nicht auch andere Bezahlungsmodelle, wie etwa «fee for service» oder die bessere Vergütung von Privatpatienten, nicht in ähnlicher Weise in Konflikt zum professionellen Selbstverständnis

stünden. Während solche Überlegungen durchaus interessante Debatten auslösen können, haben sie doch mit der Alltagsrealität vieler Ärztinnen und Ärzte wenig gemein, wenn man etwa bedenkt, dass auch der freiwillige, unvergütete Besuch von Qualitätszirkeln keine Selbstverständlichkeit ist. Es läuft also darauf hinaus, die richtige Balance zu finden: Zwar sollte die Begegnung von Arzt und Patient nicht rein geschäftlicher oder auch nur vornehmlich geschäftlicher Natur sein, aber dennoch müssen finanzielle Anreize professionelles Verhalten nicht notwendigerweise unterminieren, sondern können dieses im Prinzip auch günstig beeinflussen [5].

Beurteilung im Kontext

P4P muss also jeweils in seiner konkreten Ausgestaltung und im Kontext des jeweiligen Gesundheitswesens betrachtet werden. Hierbei können mindestens folgende Parameter variieren:

- Die *finanziellen Ressourcen*, die dem Gesundheitswesen zur Verfügung stehen. Diese haben Einfluss darauf, ob P4P eher dazu beitragen soll, die Ausgaben über eine reduzierte Grundvergütung für medizinische Leistungen zu senken, oder ob im Gegenteil über den Status quo hinaus Geld für positive Anreize (Bonis) und Unterstützung bei der Umsetzung zur Verfügung steht. Wichtig ist hier ebenso die Frage, ob es um einen kleinen Zuschlag («nice to have») geht oder ob ein signifikanter Anteil des Einkommens von der Performance abhängig gemacht wird.
- Die *Machtverhältnisse im Beziehungsgeflecht von Ärzteschaft, Krankenversicherern und anderen gesundheitspolitischen Akteuren*: Können Abhängigkeitsverhältnisse zwischen Ärztinnen bzw. Ärzten und Krankenversicherern oder HMO entstehen? Letztere können den Vertrag mit den Leistungserbringenden kündigen,



Nikola Biller-Andorno



Verina Wild

falls diese keine «star performance» an den Tag gelegt haben [6].

- Die *Entwicklung und Auswahl der Qualitätsstandards*, die mit grösserer oder geringerer Beteiligung der Ärzteschaft bzw. Fachgesellschaften und mit unterschiedlichem Problembewusstsein für die u.a. methodisch bedingte unterschiedliche Verfügbarkeit evidenzba-

Geht es um einen kleinen finanziellen Zustupf?

Oder wird ein beträchtlicher Anteil
des Einkommens von der Performance
abhängig gemacht?

sierter Parameter – und damit auch eine voraussichtlich unterschiedliche «Qualitätspunktdichte» in verschiedenen Bereichen der medizinischen Praxis – erfolgen kann.

- Die Art und Weise, wie *Erwartungen und Prioritäten von Patientinnen und Patienten* integriert werden. Auch wenn in bisherigen Modellen der Einbezug von Parametern zur Patientenzufriedenheit üblich zu sein scheint, so besteht doch ein grosser Unterschied zwischen dem Abfragen von äusserlichen Parametern (wie bsp. Wartezeiten) und der Frage, ob die Behandlung sich wirklich an dem ausgerichtet hat, was dem Patienten wichtig war. Hinzu kommt die Frage der Gewichtung und des Zusammenspiels der verschiedenen Parameter: Kann es etwa passieren, dass jemand mit einem Bonus für kostengünstiges und/oder bestimmte Laborparameter einhaltendes Praktizieren belohnt wird, auch wenn die für den Patienten höchst relevanten Komplikationsraten erheblich höher sind als bei anderen Ärzten? [7]
- Das *Verhältnis von Qualitätsmessungen und die Frage der Kosteneffizienz*: Geht es «unter dem Strich» darum, die Qualität zu verbessern, oder darum, ein Kontrollinstrument zu etablieren, «where payers can micro-manage both patients and hospitals» [8]? Wie transparent ist die Zielsetzung? Denn: «If the avowed purpose of pay for performance is quality but the true purpose is efficiency, that is unethical.» [8]

Ethische Parameter in der Beurteilung von P4P

Die konkrete Beurteilung von P4P hängt also von einer Reihe kontextueller Faktoren ab. Dennoch gibt es einige grundsätzliche Erwägungen, an denen sich die jeweiligen Programme messen lassen müssen.

Gerechtigkeit

P4P setzt Anreize, möglichst viele «Qualitätspunkte» zu sammeln. Damit wird die Auswahl von Patienten oder Krankheitsbildern belohnt, die besonders viele Punkte versprechen. Einerseits, weil viele Parameter in Punkten abgebildet sind (was in manchen Bereichen leichter evidenzbasiert möglich ist als in anderen, wie etwa der Versorgung multimorbider Menschen mit vielen «Störvariablen»). Andererseits, weil mit einem bestimmten Patienten mit Blick auf seinen Gesundheitszustand oder sein Verhalten der erforderliche Wert leichter zu erreichen ist als mit einem anderen. Damit kommt es zu einem negativen Selektionseffekt, der es bestimmten Menschen noch schwerer machen könnte, Zugang zu ausreichender medizinischer Versorgung zu erhalten: «Pay-for-Performance programs that do not consider specific health disparities risk variables such as socioeconomic status, geographic location, race, ethnicity and level of disease burdens can create the real potential to economically penalize and cause unintended disincentives for individual physicians, medical groups and health institutions that have traditionally provided health services for these high-risk populations. A practice that sees a lot of the poor, the sick and the old will have a lower batting average.» [9]

Wohltun/Nichtschaden

Über die Benachteiligung bestimmter Gruppen hinaus besteht die Gefahr, das P4P durch das Schaffen von Interessenkonflikten einer hochqualitativen Arzt-Patient-Beziehung abträglich sein könnte und Prioritäten verzerrt

Das «soziale Experiment» P4P
bedarf einer Begleitforschung,
die auch negative Begleiterscheinungen
im Blick hat.

werden: So wird eine umfassende Versorgung möglicherweise auf Kosten der Einstellung qualitätspunkterelevanter Parameter zurückgestellt, auch wenn diese für den Patienten von untergeordneter Bedeutung sind. Insgesamt kann die ärztliche Autonomie beeinträchtigt werden [10], während der administrative Aufwand zunimmt – Faktoren, die häufig als Ursachen für den Rückgang der Attraktivität des Arztberufs diskutiert werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich über die Spielregeln hinwegsetzen, nehmen finanzielle Nachteile in Kauf und riskieren, stigmatisiert zu werden. Schliesslich ist auch fraglich, ob externe Anreize auf längere Sicht der intrinsischen Motivation, Arbeit von hoher Qualität zu leisten, nicht abträglich sein können.

Respekt vor Autonomie der Patienten

Die individuellen Präferenzen und Prioritäten kommen bei P4P im günstigsten Fall durch den Parameter «Patientenzufriedenheit» ins Spiel. Tendenziell wäre jedoch zu erwarten, dass das Ideal einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung einer zusätzlichen Belastung ausgesetzt wird, da Ärztinnen und Ärzte bei der Behandlung ihrer Patienten eine «doppelte Agenda» mehr haben, die nicht offen ausgesprochen wird, wohl aber konkrete Behandlungsentscheide beeinflusst [4]

P4P – ein Experiment, das der Evaluation bedarf

In der Schweiz gibt es bereits positive Anreize für kosteneffizientes Verhalten, etwa als Gewinnanteil bei Unterschreiten der geplanten Jahreskosten im Hausarztssystem oder in Form der Fallpauschalen im stationären Bereich. Auch negative Anreize existieren, wie beispielsweise Rückforderungen. Doch wurde bislang weder der Konnex zwischen Effizienz und Qualität angemessen beleuchtet, noch gibt es Qualitätskriterien, die ethische Aspekte umfassend und differenziert integrieren. Zudem ist zu fordern, dass der Nutzen (also eine qualitativ bessere medizinische Versorgung) die Risiken und Kosten eines solchen Systems überwiegen muss. Während die Evidenzbasis für den erhofften Nutzen dünn ist [11], ist sie bezüglich der Risiken noch mehr im hypothetischen und anekdotischen Bereich. Es handelt sich also bei P4P um ein «soziales Experiment» [12], das im Minimum einer umfassenden Begleitforschung bedarf, die nicht nur den erhofften Zuwachs an Qualitätseffektivität, sondern auch mögliche negative Erscheinungen in den Blick nimmt [13]. Wie eine kontextualisierte, ethisch informierte Begleitforschung aussehen kann, wird derzeit für den Bereich der DRG exploriert [14]. Es wäre zu wünschen, dass sie sich auch im Bereich der Qualitätssicherung etabliert.

Literatur

- 1 Milstein A, Lee TH. Comparing Physicians on Efficacy. *N Engl J Med.* 2007;357(27): 2649–52.
- 2 Snyder L, Neubauer RL. Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. *Ann Intern Med.* 2007;147(11): 792–4.
- 3 Metoyer P. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med.* 2008;148(8): 629–30.

- 4 Taub SJ. Pay for performance: is it ethical? *Compr Ophthalmol Update.* 2007;8(5): 277–83.
- 5 Brody H. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med.* 2008;148(8): 630.
- 6 Weber DO. The Dark Side of P4P. *Physician Exec.* 2005;Nov–Dec: 20–5.
- 7 Nelson AR. Pay-for performance programs: Ethical questions and unintended consequences. *J Fam Pract.* 2007;56(10 Suppl A): 16A–18A.
- 8 Thompson RE. Is Pay for Performance Ethical? *Physician Exec* 2005;Nov–Dec:60–2.
- 9 Hood RG. Pay-for-Performance – Financial Health Disparities and the Impact on Healthcare Disparities. *J Nat Med Ass.* 2007;99(8): 953–8.
- 10 Larriviere DG, Bernat JL. Threats to physician autonomy in a performance-based reimbursement system. *Neurology.* 2008;70(24): 2338–42.
- 11 Hess K. Transparenz als unabdingbares Recht (Kommentar). *Care Management.* 2008;1(2): 29.
- 12 Epstein AM. Pay for Performance at the Tipping Point. *N Engl J Med.* 2007;356(5): 515–7.
- 13 Lowther CM. Are pay-for-performance programs a threat to medical professionalism? *Ann Intern Med.* 2008;148(8): 630.
- 14 Wild V, Biller-Andorno N. Einführung der Fallpauschalen in der Schweiz – eine Frage der Ethik. *SÄZ.* 2008;89(9): 361–5.

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno
 Institut für Biomedizinische Ethik
 Universität Zürich
 Zollikerstr. 115
 8008 Zürich
 biller-andorno@ethik.uzh.ch
 www.ethik.uzh.ch/ibme

Dr. med. Verina Wild
 Institut für Biomedizinische Ethik
 Universität Zürich
 Zollikerstr. 115
 8008 Zürich
 wild@ethik.uzh.ch
 www.ethik.uzh.ch/ibme