

Ärzte im Zwiespalt von Geld und Autonomie

Auswirkungen finanzieller Anreize auf ärztliche Arbeitsmoral und -qualität



Die Ärzte zählen nicht zu den Geringverdienern. Wenn aber eine Diskussion aus der Sphäre der Gesundheitspolitik während der vergangenen Jahre die breitere Öffentlichkeit erreicht hat, dann war es vor allem die Klage der Ärzte über eine als ungerecht empfundene Bezahlung in Klinik und Praxis. Warum aber sind die Ärzte unzufrieden? Liegt es am mangelnden Einkommen oder am Vergütungssystem? Welche Anreize setzt das jeweilige Vergütungssystem überhaupt? Und wird der Ruf nach dem Geld mit der Unzufriedenheit der Ärzte gar immer lauter? Mit diesen Fragen haben sich Dr. Patricia Hänel, Prof. Dr. Christoph Rasche und Dr. Dr. Victor Tiberius von der Universität Potsdam befasst. Die Untersuchung basiert zwar hauptsächlich auf Untersuchungen aus den USA, und wir, die Redaktion von f&w, wissen, dass sich die Vergütungssysteme in Amerika und Deutschland unterscheiden. Dennoch haben wir den Beitrag unter Fachleuten und Betroffenen aus Wissenschaft und Kliniken zur Diskussion gestellt und wurden mit einer Vielfalt an Argumenten und Sichtweisen belohnt. Das Thema ist eine Herausforderung.

Dr. Patricia Hänel,
Prof. Dr. Christoph Rasche,
Dr. Dr. Victor Tiberius

Ein Blick ins Ausland liefert wichtige Informationen zum Zusammenhang zwischen Vergütung und ärztlichem Verhalten. Hauptsächlich in den USA mit ihrem komplexen medizinischen System sind verschiedene Versorgungs- und Vergütungsstrukturen (siehe Kasten) untersucht und verglichen worden.

Die Entwicklung immer neuer Vergütungsmodelle war in der Regel aus der Not heraus geboren, ungünstige Effekte etablierter Modelle zu vermeiden. So führte die Einzelleistungsvergütung zu einer schlecht steuerbaren Leistungsausweitung mit einer entsprechenden Kostensteigerung. Zur Lösung dieses Problems wurden in den 1990er-Jahren in den USA Kopf- und Fallpauschalen propagiert. Eine pauschale Vergütung je Patient sollte den Mitteleinsatz in der Betreuung auf ein optimales Ausmaß reduzieren. Der erhoffte Effekt einer Leistungsreduktion trat zwar ein, jedoch wurden sehr schnell Bedenken laut, dass diese Leistungsreduktion über das angemessene Maß hinaus betrieben und somit die ärztliche Arbeitsleistung sinken und Patienten notwendige Maßnahmen vorenthalten werden könnten. Einige Organisationen vergüteten Ärzte über Festgehälter, von denen jedoch bald angenommen wurde, sie würden den Arbeitseinsatz der angestellten Ärzte mindern. In der Folge entstanden verschiedene ergebnis(un)abhängige Vergütungsformen, die die positiven Effekte der pauschalierten Vergütung erhalten und die negativen vermindern sollten. So sollten bestimmte Leistungen durch zusätzliche Einzelleistungsvergütung gefördert, die Effizienz durch Erfolgsboni oder Beteiligung an Umsätzen oder Gewinnen gesteigert oder der Arbeitseinsatz durch Wettbewerb erhöht werden.

Sowohl die Einzelleistungsvergütungen als auch die Pauschalen erfüllten die an sie gestellten Anforderungen nur teilweise, wie die unerwarteten

Vergütungsvarianten

Pauschalierte Vergütungen

- Kopfpauschale (Capitation)
- Vergütung von Leistungskomplexen
- Fallpauschale
- Tages-/Visitenpauschale
- Festgehalt (Salary Recompensation)

Leistungsabhängige Vergütung

- Einzelleistungsvergütung (Fee for Service)
- Umsatzbeteiligung (Revenue Sharing)
- Gewinnbeteiligung (Profit Sharing)
- Ergebnisabhängige Vergütung (Pay for Performance, Pay for Quality)
- Kompetitive Vergütung
- Zielvereinbarungen
- Bonus-/Malusregelungen
- Einbehaltung von Gehalt (Deferred Compensation)

und ungewünschten Nebenwirkungen zeigten. Die finanzielle Förderung bestimmter Einzelleistungen führte zur punktuellen Mengenausweitung gerade dieser Leistungen und zur Vernachlässigung anderer Leistungen; Beteiligungsmodelle führten zur einer Konzentration auf „Gewinn bringende“ Patienten und Leistungen. Kompetitive Konzepte, in denen Ärzte(gruppen) miteinander in Wettbewerb treten, verminderten die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit und verringerten Solidarität und Bindung in und an eine Gruppe. Im Ergebnis wurde dadurch der Leitgedanke der integrierten Versorgung konterkariert, weil der Entstehung funktionaler Siloorganisationen Vorschub geleistet wurde. Gerade aber diese institutionellen Fehlentwicklungen sollen perspektivisch durch ein medizinisch-pflegerisches Workflow-Management verhindert werden. Dieses wiederum basiert auf fachübergreifender Koordination und einem interdisziplinären Schnittstellenmanagement bis hin zur Konzeption transsektoraler Geschäfts- und Netzwerkmodelle für das Gesundheitswesen.

Ist qualitätsabhängige Vergütung die Lösung?

Eine Antwort auf die zahlreichen Nebenwirkungen, die die beschriebenen Vergütungsmodelle zeigten, ist, die ärztliche Vergütung an qualitative Ergebnisse zu knüpfen. Pay-for-Transparency-, Pay-for-Performance (p4p)- oder Pay-for-Quality-Modelle messen klinische oder Prozess- und

Ergebnisparameter und vergüten deren Erreichen. Mittlerweile nutzen in den USA zahlreiche der großen Versorgungsmodelle wie Health Maintenance Organizations (HMO), Medicare und Medicaid eine p4p-Incentivierung. In Großbritannien ist die Vergütung von fast 25 Prozent aller Hausärzte an p4p gebunden. Die Chance von p4p liegt in der Verlagerung des Schwerpunkts von der Kosten- hin zur Qualitätsfrage, womit die Vergütung der Qualität folgt und nicht umgekehrt. Diese Chance erscheint vielversprechend. Doch kaum etabliert, melden sich schon die ersten Kritiker: Untersuchungen von p4p-Programmen zeigen bislang keine eindeutige Evidenz, dass die Qualität tatsächlich gesteigert wird. Der administrative Aufwand ist sehr groß, die Qualität oft nicht sicher zu messen und auch nicht einem einzelnen Behandler zuzuordnen. Und auch hier könnten zeitaufwendige Patienten vernachlässigt werden. Eine aktuelle Untersuchung von Versorgungsqualität und klinischen Ergebnissen nach p4p-Bedingungen unter zahlreichen britischen Hypertoniepatienten zeigte, dass sich mit diesem Vergütungsmodell weder die Versorgungsqualität noch die Behandlungsergebnisse verbessern.

Der Stein der Weisen ist also noch nicht gefunden. Bislang hat kein Vergütungsmodell nebenwirkungsfrei die gewünschten Effekte gezeigt. Aus den bislang geschilderten Erfolgen und Problemen lässt sich eine Erkenntnis sicher ableiten: Die Steuerung der medizinischen Versorgung durch Ver-

gütungsstrukturen beruht nicht auf einfachen Ursache-Wirkungs-Effekten. Jede Steuerungsbemühung zeigt jenseits der erwünschten zahlreiche unerwartete und unerwünschte Wirkungen. Augenscheinlich lassen sich Ärzte durch finanzielle Anreize keineswegs ergebnissicher steuern. Die Reaktion auf finanzielle Anreize ist also noch nicht gut verstanden und unzureichend erforscht.

Sieben Thesen zur monetären Steuerung ärztlichen Verhaltens

Abgeleitet aus den Erkenntnissen verschiedener Untersuchungen, stellen wir in diesem Artikel dar, was bei der Steuerung ärztlichen Verhaltens durch finanzielle Maßnahmen eintreten kann und warum eine unangemessene Konzentration auf das Instrument der Vergütung zum Scheitern verurteilt ist.

These 1: Finanzielle Anreize beeinflussen medizinische Entscheidungen

Es gibt nur wenige qualitativ hochwertige Studien, die den Effekt der Vergütung auf das ärztliche Verhalten messen. Doch ein erster Schluss lässt sich aus der vorhandenen Literatur ableiten: Ärzte reagieren auf finanzielle Förderung und Sanktionierung spezifischer Leistungen und richten ihr Ordnungsverhalten daran aus. Wird beispielsweise die Beschränkung von Krankenhausbehandlungen finanziell belohnt, so sinkt die Einweisungsrate deutlich. Die Incentivierung von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen erhöht deren Rate, die Abschaffung dieser Incentivierung dagegen lässt die Häufigkeit dieser Maßnahmen wieder sinken. Befragt man Ärzte, wie sich ihr Verhalten unter bestimmten Vergütungsbedingungen ändern würde, so schätzen sie sich und ihre Kollegen so ein, dass bei einer Kopfpauschalervergütung komplizierte Patienten möglichst schnell an andere Ärzte überwiesen würden, da der Zeitaufwand für diese Patienten zu hoch sei.

Sie gehen in der kritischen Selbsteinschätzung noch weiter und vermuten ebenso, dass manchen Patienten aus Kosten- und Zeitgründen notwendige Untersuchungen verweigert würden. Diese Form der Priorisierung durch Rationierung führt zwangsläufig zu ethischen Konflikten, die sich auf betriebswirtschaftlichem Wege allein werden kaum lösen lassen.

These 2: Damit Ärzte machen, was richtig und wichtig ist, müssen die Anreize hoch genug sein

Diese Aussage mutet auf den ersten Blick paradox an. Wenn jemand eine Maßnahme prinzipiell für sinnvoll hält, sollte eigentlich jede noch so kleine Incentivierung zusätzlich motivieren. In der Realität kann jedoch ein unerwarteter Effekt eintreten. So führte eine geringe zusätzliche Vergütung für Screenings auf Brustkrebs, Cervixkarzinomen und kolorektalen Karzinomen in einer Ärzteorganisation in Philadelphia nicht zu einer Erhöhung der Untersuchungsraten. Ein Grund dafür, so wurde spekuliert, sei, dass die zusätzliche Vergütung zu gering ausfalle. Dieses Phänomen illustriert ein psychologisches Experiment, das im Jahr 2000 unter dem Titel „Pay Enough, or Don't Pay at All“ veröffentlicht wurde. Hier wurden die Leistungen für die Teilnahme an einem Intelligenztest entweder gar nicht, gering, mittelgradig oder hoch finanziell belohnt. Die Gruppe mit der niedrigen Bezahlung schloss am schlechtesten ab. Die Gruppe ohne Belohnung war die zweitbeste, die Gruppen mit mittelgradiger und hoher Belohnung erreichten gemeinsam das höchste Ergebnis. In derselben Publikation wird ein Experiment beschrieben, in dem Studenten Spenden einsammeln sollten. Einige Studenten erhielten eine Beteiligung an den von ihnen gesammelten Spenden, einige nicht. Je größer die prozentuale Beteiligung an den Spenden war, umso höher war die Summe der gesammelten Spenden. Allerdings: Diejenigen, die keine finanzielle Beteiligung erhielten, sammelten mehr Geld als diejenigen, die eine Beteiligung erhielten.

Edward Deci und Richard Ryan, zwei Vorreiter in der Motivationspsychologie von der University of Rochester, beschreiben dieses Phänomen in ihrer „Selbstbestimmungstheorie der Motivation“ (Self-determination Theory): Sie beobachteten, dass eine interne Motivation, etwas zu tun (weil es Spaß macht, befriedigend ist, sinnvoll ist ...), nachlässt, wird eine zusätzliche externe Motivation hinzugefügt (zum Beispiel Geld). Sie sprechen gewissermaßen von einem „Verdrängungseffekt“. Deci und Ryan vermuten, dass dieser äußere Motivator ein Gefühl von Fremdbestimmung verursacht und so die Wahrnehmung der eigenen Autonomie verringert. Das Gefühl von Autonomie jedoch ist für jegliche Motivation und nachgewiesenermaßen besonders für die ärztliche Motivation ein entscheidender Faktor.

These 3: Ändern Ärzte ihr Verhalten durch finanzielle Anreize, sinkt das Vertrauen in die eigene professionelle Autonomie

Folgt man Deci und Ryan in ihrer Theorie, dass externe Motivation die interne Motivation verdrängt, so hieße dies für Ärzte, dass mit zunehmender Bedeutung finanzieller Anreizsysteme in der Medizin die ursprüngliche ärztliche Motivation verdrängt wird.

Die Motivation von Ärzten ist an sehr starke professionelle Werte geknüpft. Diese Werte – wie die persönliche Verantwortungsübernahme für den Patienten und eine Betonung der Patientenbedürfnisse vor den eigenen Bedürfnissen, hohe kollegiale Orientierung und eine starke Verpflichtung, fachliche Entscheidungen in der Patientenbehandlung nicht von organisatorischen Notwendigkeiten abhängig zu machen – sind im ärztlichen Sozialisationsprozess stark verwurzelt. Diese ethisch motivierten Werte zu erfüllen, fordert und fördert eine große Autonomie, die aus Sicht des Arbeitgebers ein strategisches Erfolgspotenzial darstellen kann.

Wird eine finanzielle Incentivierung diesen internalen Treibern ärztlichen Verhaltens hinzugefügt, kann dieser monetäre Anreiz die interne

Motivation entweder verdrängen oder sogar mit ihr in Konflikt geraten. Ist der finanzielle Druck groß genug, dass er statt der internalen Motivation der Haupttreiber ärztlicher Entscheidungen ist, so sinkt das Vertrauen in die eigene professionelle Autonomie.

These 4: Sinkt die Autonomie, sinkt die Arbeitszufriedenheit

Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit zeigen, dass die Arbeitsautonomie einen unabhängigen und ähnlich hohen Einfluss wie die Vergütung auf die ärztliche Arbeitszufriedenheit hat. Manche Stimmen postulieren sogar, der Einfluss von Autonomie und der Stellenwert professioneller Kernwerte haben einen größeren Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit als die Vergütung. Die Ansprüche der ärztlichen Autonomie sind zum Beispiel die Freiheit, medizinisch notwendige Leistungen zur Verfügung stellen und über diese entscheiden zu können, angemessene Zeit für die Behandlung zu haben, klinische Entscheidungen ohne Einkommensschä-

den treffen und in angemessenem Austausch mit anderen Ärzten stehen zu können. Die ärztliche Autonomie kann aber auch in der Option auf Erbringung und Publikation eigenständiger Forschungsleistungen bestehen, um sich beispielsweise zu habilitieren und dadurch für (expionierte) Chefarztpositionen zu qualifizieren. Fühlen Ärzte sich in diesen Bereichen beschränkt, sinkt die Arbeitszufriedenheit, und das Burn-out-Risiko steigt. Im Sinne der Humankapitaltheorie werden auf diese Weise strategische Erfolgs- und Kompetenzpotenziale, in die über lange Zeiträume spezifische Ausbildungsinvestitionen geflossen sind, in ihren Wertbeitrag für den Arbeitgeber, aber auch für die Allgemeinheit drastisch geschmälert.

These 5: Sinken die Wahlmöglichkeiten, sinkt die Arbeitszufriedenheit

Bestimmte Vergütungssysteme werden von Ärzten als Aufforderung zur Reduktion bestimmter Leistungen inter-

pretiert. Medizinische Versorgungsmodelle, in denen Ärzte über Kopfpauschalen oder Festgehälter vergütet werden, die explizit die Reduktion von Überweisungen (Gate-keeping-Systeme) fördern und den Ressourceneinsatz kritisch hinterfragen (Qualitätsberichte, Utilization Management), führen zu geringerer Arbeitszufriedenheit von Ärzten. Insbesondere sogenannte „Professionals“ reagieren oftmals allergisch auf Beschränkungen ihrer Handlungsautonomie, weil sie darin eine Marginalisierung ihrer Expertenstellung sehen.

These 6: Unzufriedene Ärzte arbeiten schlechter und teurer

Es scheint naheliegend zu sein, dass unzufriedene Menschen schlechter arbeiten als zufriedene. Die wenigen Untersuchungen dazu bestätigen dieses intuitive Urteil. Unzufriedenen, gestressten und ausgebrannten Ärzten unterlaufen mehr Fehler als zufriedenen, und ihre Empathie ist geringer. Unzufriedene Ärzte initiieren mehr Untersuchungen und externe Überweisungen. Zufriedene Ärzte dagegen

Ärztliche Honorarvertretungen
an Kliniken und Krankenhäusern.
Seit 2001.



facharzt
agentur[®]



Unser Team ist immer hoch motiviert.

Wir sind die ersten Ansprechpartner für den Einsatz von Fachärzten als Honorarvertretungen. Weil wir genau da ansetzen, wo Sie Unterstützung brauchen.

Damit eine vertrauensvolle und kompetente Vertretung von ärztlichen Mitarbeitern in Krankenhäusern und Kliniken gelingt, braucht es besten Service, langjährige Erfahrung und sorgfältige Auswahl. Wir kümmern uns darum.

facharztagentur.de **FreeCall: 0800-20 20 30 2**

Die Zukunft studieren.

Ein attraktiver neuer Masterstudiengang für den Führungskräftenachwuchs im Gesundheitswesen



Management & Vertragsgestaltung in der Gesundheitswirtschaft

Master of Healthcare Administration and Contracting (MHAC)

- Berufsbegleitendes Masterstudium
- Praxisrelevante Qualifikation für die Zukunftsthemen des Gesundheitswesens: Marktzutritt, Kosten-Nutzen-Bewertung, Versorgungsforschung, integrierte Versorgung
- Methoden- und Sozialkompetenz durch Fallstudien, Verhandlungssimulationen und persönliches Feedback
- Wissenschaftlich und praktisch ausgewiesene Dozenten und Gastreferenten aus allen Sektoren des Gesundheitswesens
- Webbasierte Lernplattform, kurze Präsenzphasen, zentraler Standort
- In 2 Jahren zum international anerkannten Masterabschluss

Kontakt/Info: www.fh-frankfurt.de/mhac



Fachhochschule Frankfurt am Main – University of Applied Sciences

Autonomie und professionelle Werte haben entscheidenden Einfluss

Anregungen für weitere Überlegungen, wie Vergütung und Arbeitsbedingungen in der Medizin optimal gestaltet werden können:

■ Um langfristig die Motivation und Arbeitszufriedenheit von Ärzten aufrechtzuerhalten, ist eine Arbeitsstruktur notwendig, in der Ärzten größtmögliche Autonomie in ihren professionellen Kernwerten Verantwortungsübernahme, fachliche Qualität und Kollegialität möglich ist.

■ Zurückhaltung ist geboten in der direkten Verknüpfung medizinischer Entscheidungen mit „harten“ Vergütungssystemen. Sehr punktuelle und zeitlich begrenzte Anreize können positive Effekte zeigen, ein komplexes Modell verschiedener, eventuell sogar miteinander in Konflikt tretender Anreize ist nicht zu empfehlen. Finanzielle Incentivierungen können beispielsweise eher an Tätigkeiten geknüpft werden, die nicht direkt mit der Patientenversorgung zu tun haben wie die Dokumentation.

■ In der politischen Diskussion sollte die Begrenzung der Gesundheitsleistungen nicht im Sinne der Rationierung gesehen werden. Vielmehr sollte eine Leistungsbegrenzung vor dem Hintergrund professioneller ärztlicher Kernwerte begründet werden: hohe Effektivität (optimale Diagnostik und Therapie), Patientenkomfort (mehr Empathie und Convenience), Patientensicherheit (weniger Risiken durch Maßnahmen). Sparsame Autos werden heute auch nicht als Rationierungsmaßnahme verstanden, sondern als technische Meisterleistung.

zeigen eine angemessenere Verordnungspraxis, die Therapie-Adhärenz und die Patientenzufriedenheit sind größer, wodurch sich eine bessere Kosten-Outcome-Relation erzielen lässt. Zufriedene Ärzte verbleiben länger an einem Arbeitsplatz, betreuen so ihre Patienten kontinuierlicher und verursachen gleichzeitig weniger Verwaltungsaufwand.

Die Effekte niedriger Arbeitszufriedenheit finden sich in der gesundheitspolitischen Tagespresse: Unzufriedene Ärzte wehren sich gegen politische und wirtschaftliche Vorgaben, blockieren Veränderungen und unterlaufen den Systemordnungsrahmen, indem sie dessen Schwachstellen opportunistisch (aus)nutzen. Die Folgen sind systemische Leistungseinbußen in monetärer, zeitlicher und qualitativer Hinsicht.

These 7: Je unzufriedener die Ärzte, umso lauter ihr Ruf nach Geld

Treffen die bislang aufgestellten Hypothesen zu, so führen (überbewertete) finanzielle Instrumente zur Steuerung von medizinischer Qualität zu mehr Unzufriedenheit unter den Ärzten. Erscheint es diesen aber unrealistisch, dass die Zufriedenheit durch die Befriedigung professioneller Werte und Ansprüche wieder hergestellt werden kann, da sich die Diskussion auf die Finanzierungsfrage konzentriert, bleibt ihnen nur die

Hoffnung, die angestrebte Zufriedenheit durch bessere Vergütung zu erreichen. Somit ist die verstärkte Forderung – auch in der innerärztlichen Diskussion – nach mehr Geld verständlich, wenngleich dadurch ein Teufelskreis begründet wird.

In der Diskussion die Richtung ändern

Die Erfolge der bisherigen Versuche, die Ressourcen im Gesundheitssystem ökonomisch zu steuern, sind – euphemistisch gedeutet – „wenig beeindruckend“, schlimmstenfalls sogar kontraproduktiv. Am Beispiel der USA zeigt sich, dass der Einsatz verschiedener finanzieller Steuerungsmechanismen nicht verhindern konnte, dass die Kosten des amerikanischen Gesundheitssystems kontinuierlich gestiegen sind und es zu einem der teuersten der Welt geworden ist – ohne dass eine hochwertige medizinische Versorgung der Gesamtbevölkerung sichergestellt ist. Daher sollten Steuerungsmechanismen, und hier besonders finanzielle Instrumente, keinesfalls als effektiv und gradlinig zielführend angesehen werden. Kurzfristige Effekte einer Steuerung ärztlichen Verhaltens durch explizite finanzielle Incentivierungen sind zwar vergleichsweise einfach zu erzielen. Jedoch sollten sich Entscheider im Gesundheitswesen durch

punktuelle Erfolge nicht dazu verleiten lassen, diese Methoden als Allheilmittel zu betrachten, denn eine Überbewertung finanzieller Anreize bedroht das ärztliche Autonomieverständnis und somit Arbeitszufriedenheit und Arbeitsqualität.

Nach der Self-determination Theorie von Deci und Ryan wird die hochwertigste und nachhaltigste Form von Motivation gespeist durch die Erfahrung von Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit. Werden diese Bedürfnisse befriedigt, steigen Engagement, Leistungsfähigkeit, Ausdauer und Kreativität. Was unterstützt also Ärzte in ihrer Motivation? Schlagworte dazu sind die Gewährung professioneller Autonomie in medizinischen Fragen, Vertrauen in die fachliche Kompetenz und Betonung von Verbundenheit und Verantwortung gegenüber den Patienten. Die Vergütungsdiskussion jedoch untergräbt diese wichtigen Motivationsfaktoren durch die fatalistischen Grundannahmen, dass Autonomie zu Kostensteigerung führt, die fachliche Kompetenz keine hinreichende Voraussetzung für eine hochwertige Medizin ist und Verbundenheit gegenüber dem eigenen Portemonnaie für Ärzte mehr zählt als ihre Verantwortung für den Patienten. Führt man die Diskussion weiterhin mit diesen Grundannahmen, darf man sich nicht wundern, wenn im Sinne der Self-fulfilling Prophecy dies auch tatsächlich eintritt.

Literaturhinweise bei den Verfassern.

Anschrift der Verfasser:

Dr. Patricia Hänel
Prof. Dr. Christoph Rasche
Dr. Dr. Victor Tiberius
Humanwissenschaftliche und Wirtschafts- und
Sozialwissenschaftliche Fakultät
Am Neuen Palais 10 Haus 12
Universität Potsdam
14469 Potsdam