

P 4 P

«Panna, Pomodoro, Pepe, Parmiggiano e Prezemolo: Cinque P» – dieses Rezept kennt jeder, der in endlos langen Nachtdiensten schon einmal in einer Stationsküche gekocht und sich mit den Leidensgenossen der Nachtschicht zum gemeinsamen Kalorienverzehr getroffen hat. Ein Wunder italienischer Kochkunst!

Nun macht ein neues Rezept die Runde: P4P, «pay-for-performance», was in freier Übersetzung soviel bedeutet wie «Bezahlung nach Qualität». Hinter P4P steht eine Idee, vielleicht sogar eine Ideologie, die uns in den nächsten Jahren noch ausgiebig beschäftigen wird und die es sich darum näher zu betrachten lohnt. Zum Beispiel durch die Lektüre einer kürzlich publizierten Analyse des Quality-and-Outcomes-Framework-Programms in Grossbritannien [1]. Der britische National Health Service lancierte im Jahr 2004 dieses ambitionierte Programm, mit dem Ziel, durch finanzielle Anreize die Qualität der ärztlichen Grundversorgung zu verbessern. Zusätzliche 1,8 Milliarden Pfund (gut 4 Milliarden Franken) wurden bereitgestellt, aus denen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihr Einkommen um durchschnittlich 25% verbessern konnten. Maximal konnten sogar 80 000 Pfund (184 000 Franken) dazuverdient werden. Es ging also richtig um Geld. Der Weg zu dieser – das englische Capitation-System ergänzenden – Geldquelle führte über die möglichst optimale Erfüllung von 146 definierten Qualitätsindikatoren, vom Prozentsatz der Diabetespatienten/-innen mit einem Blutdruck unter 145/85 mm Hg bis zum Prozentsatz der anfallsfreien Epilepsiepatienten/-innen und dem Prozentsatz der psychisch Kranken, deren komplexe Betreuungs- und Versorgungssituation neu überdacht und koordiniert wurde. Die Resultate nach einem Jahr waren sensationell: Statt der erwarteten 75% erreichten knapp 97% der englischen Grundversorger die ausgehandelten Qualitätsziele, und es gab keine Hinweise, dass unsere Kollegen da geschummelt hätten. Für den Steuerzahler wurde dies teuer, denn dadurch kostete das Programm nochmals 700 Millionen Pfund mehr als vorgesehen.

Doch was lässt sich daraus lernen? Die primäre Antwort ist sicher: Auch in Grossbritannien ist die Qualität der ärztlichen Grundversorgung deutlich besser als ihr Ruf – oder zumindest als die Vorstellung, die vollamtliche Qualitätsverbesserer von ihr haben. Doch die Erkenntnisse einer vertieften Analyse sind für mich da schon schwerer zu schlucken [2]. Welche Folgen hat die Priorisierung von 146 Indikatoren auf die Gesamtbetreuung? Interessieren sich die Hausärzte in einem solchen System nur noch für Indikatorkrankheiten oder immer noch für den ganzen Menschen? Wesentliche Erfolge wurden im englischen Modell dadurch erzielt, dass Praxisinhaber zusätzliches Hilfspersonal für einzelne Patientengruppen eingestellt haben, wodurch paradoxerweise der Behandlungsprozess fragmentiert wurde. Wo werden die zu erreichenden Grenzwerte im zweiten, fünften oder zehnten Jahr des Programms liegen? Natürlich wurden und werden sie angehoben – also noch mehr Konzentration auf die Indikatoren bis die ganze Bevölkerung zwar den Cholesterinwert von Neugeborenen hat, aber der Fusspilz so lange grassiert, bis er selbst zur Indikatordiagnose wird. Was geschieht mit der Diagnose und Behandlung von Krankheiten, deren Prävalenz zu gering ist, um sie zu einem präventiv-medizinischen Ziel zu machen? Und zum Schluss: Ist es wirklich so, dass die ärztliche Tätigkeit durch ausschliesslich finanzielle Anreize so einfach zu steuern ist?

Gesundheitsökonomien mögen über diese Naivität maliziös lächeln, aber mir schmeckt dieses Rezept nicht. Ich jedenfalls bleibe vorerst bei «5P».

Ludwig T. Heuss,

Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Ressort DDQ

- 1 Doran T, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006; 355(4):375-84.
- 2 Galvin R. Pay-for-Performance: Too Much of a Good Thing? A Conversation With Martin Roland. *Health Affairs* 2006(25):w412-9.