

Pay-for-Performance: Ein wirtschaftsethisches Konzept zur Verbesserung der Impfbereitschaft in der Bevölkerung

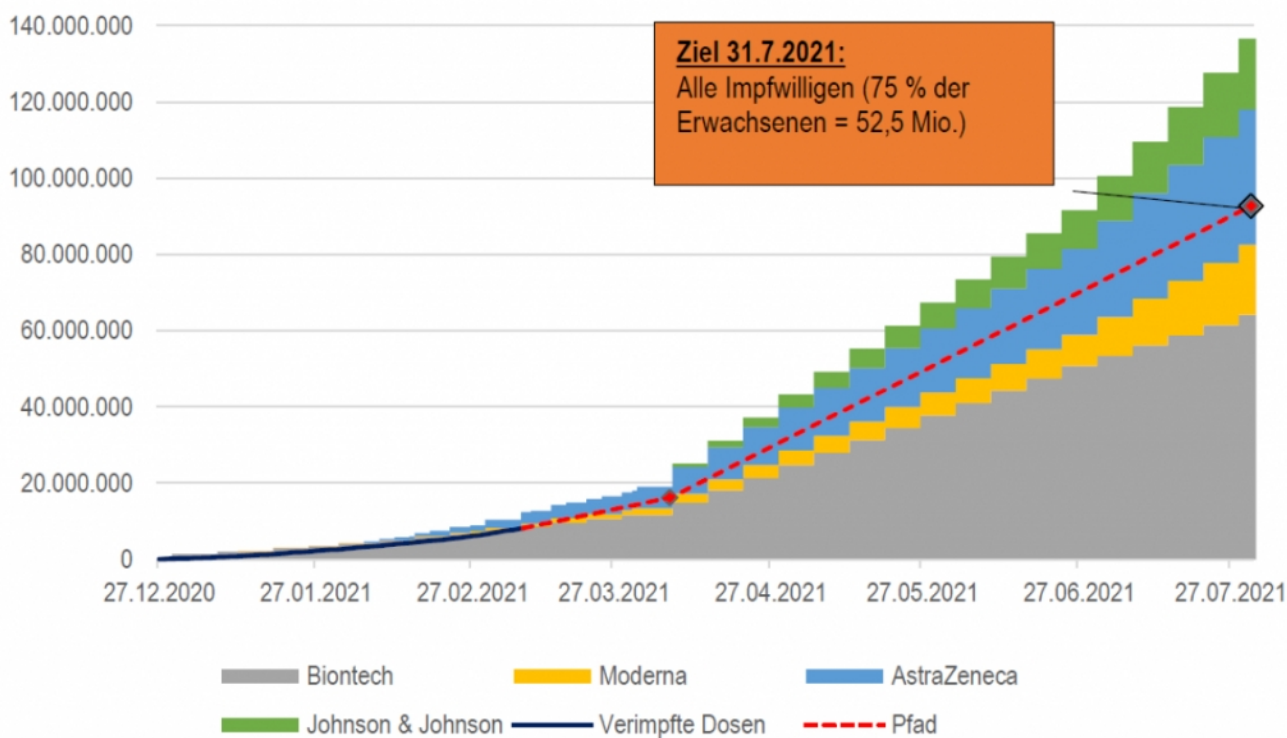


1. Die Materialisierung der Impfbereitschaft in der Bevölkerung - Problem und Dilemma:]

Die Stimme der Ökonomie und Wirtschaftsethik bei der Bekämpfung der Pandemie "fehlt bisher weitestgehend im öffentlichen Diskurs" (Althammer/Nass 2020: 35). Dies liegt nicht zuletzt daran, dass die möglichst rasche und erfolgreiche Pandemiebekämpfung als die Wirtschaft, wie die Gesellschaft gleichermaßen betreffendes Ziel erkannt wurde (vgl. Dorn et al. 2020). Mit dieser Lesart ist verbunden, dass die ökonomische Rationalität, wo sie der Pandemiebekämpfung nicht zuträglich erscheint, hinter die Erfordernisse des gesundheitspolitisch Notwendigen zurücktreten muss.

In dem Maße aber, wie die Herstellung und Distribution von Impfstoffen zum bevorzugten und realistischen Instrument zur Pandemiebekämpfung avanciert, gewinnt auch die wirtschaftsethische und ökonomische Problemlösungskompetenz wieder an Bedeutung. Paradigmatisch steht hierfür der im März 2021 veröffentlichte Policy Brief des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) der Hans-Böckler-Stiftung (vgl. Dullien/Watt 2021). Die Autoren^[1] stellen darin anhand einer Projektion dar, dass eine vollständige Durchimpfung der Bevölkerung in Deutschland bis zum Juli 2021 bei effizienter Impfstoffdistribution und raschen Verimpfungen möglich ist. Das gegenwärtige Problem der Impfstoffknappheit wird sich, wie in Grafik 1 illustriert, dank neuer Produktions- und Lieferkapazitäten gelöst haben.

Abbildung 3: Lieferungen und verimpfte Dosen Covid19-Impfstoff, Deutschland



Grafik 1: Policy Brief IMK Nr. 102.

Dem abgebildeten Impfpfad folgend, wäre eine Immunisierung von 75% der Erwachsenen bis Ende Juli möglich. Damit ist zunehmend "die tatsächliche Fähigkeit vor Ort, den Ärmel hochzurollen und den vorhandenen Impfstoff zu verimpfen, das Entscheidende" (Dullien/Watt 2021: 9). Die Erreichung einer raschen Herdenimmunität wird zum vorrangigen Public-Health-Ziel, zu dessen Realisierung die politischen Entscheidungsträger "jede mögliche Flexibilität" (Ebd.) nutzen und rasch "die notwendigen Maßnahmen [?] ergreifen" (Dullien/Watt 2021: 1) sollten.

Fraglich ist nun, um welche Maßnahmen es sich dabei handeln kann. Die Autoren selbst nennen hier als Handlungsempfehlungen die Integration der Betriebs- und Hausärzte in die Impfstrategie. Allerdings ist diese Maßnahme in Phase II der "Nationalen Impfstrategie COVID-19" bereits enthalten (Bundesministerium für Gesundheit 2020). Nicht enthalten sind dagegen Konzepte, die sicherstellen können, dass sich grundsätzlich impfbereite aber auch noch unsichere Menschen tatsächlich und rasch impfen lassen. Es ist nämlich durchaus möglich, dass es bei nicht wenigen Personen bei bloßen Willensbekundungen bleibt, da manche wegen vermeintlicher Unsicherheiten strategisches Warten vorziehen oder sich durch impfkritische Berichte in den (sozialen) Medien verunsichern lassen. Ein Beispiel hierfür ist, dass bereits vor Aussetzen der Impfungen mit dem Astrazeneca-Impfstoff wegen mangelnder Nachfrage insgesamt etwa zwei Millionen Impfdosen unverimpft in ganz Deutschland gelagert wurden (vgl. Emmerich et al. 2021). Am 23. März 2021 - also nur einen Monat später - ist die Zahl auf 3,5 Millionen Dosen angestiegen (vgl. Baars 2021). Kurz: Der nationalen Impfstrategie fehlt der zentrale Aspekt, wie die Impfbereitschaft der Bevölkerung gehalten, stimuliert und vor allem in Form tatsächlicher Impfungen materialisiert werden kann.

In den Gesundheitswissenschaften werden hierzu vor allem das minimalinvasive Instrument der Impfwerbung (vgl. Alley et al. 2021: 11f) oder Aufklärungs- und Erziehungsprogramme (vgl. Palamenghi 2020: 787) diskutiert. In der Politik scheint als Ultima Ratio vor allem das maximalinvasive Instrument der direkten oder indirekten Impfpflicht (vgl. Wolff 2020; Tonti 2020) im Gespräch zu sein. Inwieweit die Werbung oder Aufklärungskampagnen tatsächlich in der Lage sind, die Impfbereitschaft anzuheben, ist strittig. Vor allem stetige Berichte über mangelnde Wirksamkeiten und sozial-mediale Fake-News mindern die Positiveffekte

solcher Kampagnen (vgl. Burki 2019). Die Impfpflicht stellt dagegen - sollte sie gegen den Willen einer Person durchgeführt werden - einen massiven Eingriff in die Autonomie und körperliche Unversehrtheit eines Menschen dar (vgl. Wolff 2020). Inwieweit sie verfassungsrechtlich zulässig ist, muss als höchst strittig bezeichnet werden und auch aus Sicht der Medizinethik ist "derzeit [?] eine Impfpflicht abzulehnen" (Ethikrat 2021: 2).

Damit kommt die Politik jedoch in ein scheinbar unüberwindbares Dilemma: Die zulässigen Maßnahmen haben vermutlich einen eher überschaubaren Effekt, die wirkungsvollen Maßnahmen sind dagegen ethisch und wahrscheinlich sogar rechtlich unzulässig.

Zur Überwindung dieses Dilemmas sind innovative und pragmatisch-prinzipienorientierte Konzepte (vgl. von Brook/Suchanek 2021) notwendig, die vor allem aus einer Vernetzung vorhandener institutioneller Strukturen und gesundheitswissenschaftlicher wie ökonomischer Konzepte bestehen.

Hier wird daher ein dritter zwischen diesen skizzierten minimal- und maximalinvasiven Polen liegender Weg entwickelt, der auf einem ganzheitlichen Pay-for-Performance-Ansatz beruht.

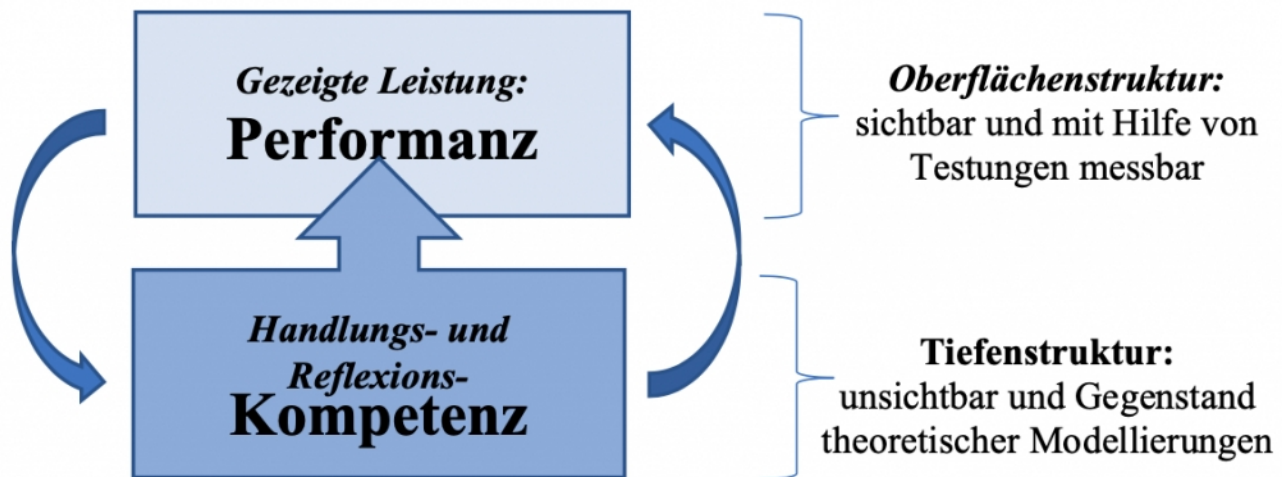
Pay-for-Performance (P4P) wird bisher vor allem in der Gesundheitsökonomie und der medizinischen Versorgungsforschung als Finanzierungskonzept für ärztliche und medizinische Leistungen diskutiert. Auf diesen Diskurs aufbauend wird hier im Weiteren herausgearbeitet, wie ein ganzheitlicher und empirisch unterfütterter P4P-Ansatz **a**) die Impfbereitschaft in der Bevölkerung erhöhen und materialisieren kann (=Gemeinwohlziel), ohne **b**) das medizinethische Autonomieprinzip, das als eine normative Grundlage für unsere hiesige Argumentation dienen soll, zu verletzen (=Individualwohlziel).

Dieser Beitrag ist damit im Grenzbereich zwischen Wirtschafts- und Public-Health-Ethik anzusiedeln, da versucht wird, Public-Health-Ziele (Herdenimmunität) unter Einhaltung medizinethischer Kriterien (Autonomieprinzip) mit Hilfe wirtschaftsethischer Konzepte (methodologischer Individualismus) und Methoden (Anreize, P4P) zu verwirklichen.

2. Pay-for-Performance - ein ganzheitlicher Definitionsversuch

Pay-for-Performance wird zwar schon seit geraumer Zeit im Gesundheitswesen diskutiert, dennoch gibt es keine einheitliche Definition für das damit Gemeinte. Grundsätzlich stellt P4P aber einen Antwortversuch auf die Probleme, die mit den herkömmlichen Finanzierungsmodellen im Gesundheitswesen einhergegangen sind, dar (Snyder/Neubauer 2007: 792; Kannerkat et al. 2020: 154; Geissler et al. 2012: 633). Diese basieren meist auf Einzelleistungsvergütungen ("Fee for service"), die den negativen Anreiz in sich tragen, die Anzahl der Behandlungen bzw. Prozeduren auf Kosten der Behandlungsqualität zu erhöhen (vgl. Geissler et al. 2012).

P4P dagegen möchte die Finanzierung von tatsächlich erreichten Outcome-Werten (z. B. Qualität, Transparenz, Behandlungszeit) und nicht einzig von der Anzahl der behandelten Fälle abhängig machen. In diesem Sinne sind die oft synonym gebrauchten Begriffe der erfolgs- oder qualitätsabhängigen Vergütung zu verstehen. Eine Übersetzung in "Entlohnung für Leistung" (Biller-Andorna/Wild 2008: 17) ist dagegen eher irreführend, da beispielsweise ein herkömmlich vergüteter Arzt auch für seine Leistung entlohnt wird. Performance meint dagegen das, was die Organisations- und Schulpsychologie als die von der 'Kompetenz' zu unterscheidende 'Performanz' bezeichnet. Also ein, auf der theoretischen Leistung/Fähigkeit (Kompetenz) einer Person beruhendes, tatsächlich ermitteltes und von anderen überprüfbares Ergebnis (Performanz) (vgl. Fydrich 2002: 183; Meyer 2007: 147; Knoblauch 2010: 240-244).



Grafik 2: Performanz und Kompetenz nach Mayer (2007, S. 147)

P4P zeichnet sich weiter durch ein besonderes prospektiv-retrospektives Verhältnis aus. Einerseits müssen die gewünschten Qualitätsergebnisse prospektiv den Leistungserbringern klar kommuniziert worden sein, andererseits müssen Mechanismen vorhanden sein, die die tatsächlichen Ergebnisse retrospektiv messen, dokumentieren und monetär honorieren. Die Geldauszahlung muss dagegen nicht zwangsläufig retrospektiv erfolgen. Etwa ist es auch möglich, den retrospektiv ermittelten Qualitätswert wieder anteilig vom bereits (prospektiv) ausgezahlten Geldbetrag abzuziehen. Retrospektivität stellt damit einen zentralen Wert für P4P-Mechanismen dar; ihn wie Veit et al. zum entscheidenden Merkmal für P4P zu erklären, würde die Bedeutung dieses Elementes jedoch überbetonen (vgl. Veit et al. 2012: A17/51). Nicht zuletzt, weil Retrospektivität in der ambulanten Regelvergütung eine wesentliche Rolle spielt, ohne dass es sich dabei um P4P handeln würde (vgl. Walenzik/Wasem 2019: 59).

Ergänzend schlage ich daher die Aspekte der Dynamik, des Sockelwertes und der Kriterienbasiertheit als zum P4P-Wesenskern gehörig vor.

Dynamisch ist P4P in der Regel deshalb, weil eine Summe möglicher Vertragskonstellationen (bspw. §130a, §130c SGB V; §140a ff SGB V) denkbar ist, deren Inhalte von den Vertragsparteien frei festgelegt, und/oder zeitlich begrenzt werden können (Macaulay et al. 2018: 211). Zudem unterliegen sie häufig "fortlaufenden Nachjustierung[en]" (Parow et al. 2011).

Bisher ist es häufig so, dass P4P-Modelle nicht den Gesamtwert einer zu finanzierenden Leistung betreffen. Vielmehr bleibt auch im Falle schlechter Ergebnisse ein Sockelwert oder alternativ betreffen die P4P-Elemente nur einen Teil des im Raum stehenden Gesamtbetrages. So wird bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages für neue Arzneimittel der erzielte Preis "als Rabatt auf den ursprünglichen Listenpreis des pharmazeutischen Unternehmers verhandelt" (Greiner et al. 2019: 133). Und auch bei den meisten aktuellen P4P-Verträgen ist lediglich ein Teil des Erstattungsbetrages betroffen.[2] Novartis bleibt etwa bei dem neuen Gentherapiepräparat Kymriah® immer ein - nicht öffentlich kommunizierter - Sockelwert als garantierte Mindestleistung (GWQ-Service Plus 2019).

Zudem beziehen sich P4P-Modelle wie eben beschrieben immer auf prospektiv festgelegte Kriterien. Wenn diese erfüllt oder anteilig erfüllt sind, wird der verhandelte Betrag ausgezahlt bzw. zurückerstattet. Diese Kriterien lassen sich knapp und nicht abschließend in individuelle (Mortalität, Morbidität, ermittelte Lebensqualität, Adhärenz), systemische (Behandlungszeit im Krankenhaus) oder produktbezogene (beispielsweise Zusatznutzen beim AMNOG) ausdifferenzieren. Für die P4P-Kriterien wird im Englischen auch der Begriff 'Value' verwendet.

Diesen Abschnitt abschließend wird daher folgende Definition für P4P im deutschen Gesundheitswesen vorgeschlagen:

Bei P4P im Gesundheitswesen handelt es sich um kriterienbasierte, dynamische Abrechnungsmodelle für ärztliche (Behandlung) oder medizinische (Arzneimittel, Medizinprodukte) Leistungen, deren monetäre Höhe vom tatsächlichen, retrospektiv ermittelten Erfolg der erbrachten Leistung abhängt und i.d.R. in Form von Zu- oder Abschlägen einen Teil des verhandelten oder sich ergebenden Gesamtbetrages betrifft.

Eine so umfassende P4P-Definition ist deshalb sinnvoll, weil sie damit auf weitere Sektoren und nicht einzig auf das Gesundheitswesen anwendbar ist. Ferner sind heute auch innerhalb des deutschen Gesundheitswesens zahlreiche P4P-Elemente anzutreffen, deren Ausgestaltung stark divergiert. So gibt es P4P-Programme auf Seiten der ärztlichen Vergütung - etwa im Rahmen von Disease Management Programmen (DMPs) sowie bei Verträgen zur Integrierten Versorgung (vgl. Eble 2011) und bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages für Arzneimittel. Diese Unübersichtlichkeit wird dadurch verstärkt, dass (v.a. erstattungsseitig) gerade in der internationalen Literatur nur noch wenig von P4P die Rede ist. Stattdessen wird von "performance-based [?] agreements" (Yu et al. 2017), "Outcome-Based Market Access Agreements" (Toumi 2017), "Value-based Healthcare" (Porter 2010) oder "value-based-contracts" (Kannerkat 2020) sowie schlicht von "Money for Value" (Cassel et al. 2015: 163) gesprochen.

Die oben vorgeschlagene Definition bietet nun eine Möglichkeit diese Differenzen zu überwinden und den Weg hin zu sektorenübergreifenden P4P-Konzepten zu beschreiten.

3. Wirtschaftsethische Einordnung

Für das Grundverständnis von anreizethischen Überlegungen im Gesundheitswesen ist wichtig zu unterstreichen, dass es keine Erstattungs- oder Vergütungssysteme im Gesundheitswesen oder sonst wo gibt, die keine Anreize für die Leistungserbringer, Kostenträger oder andere Stakeholder in sich tragen. Fraglich ist damit jedoch, ob die Anreize von Seiten der Normgeber (Gesetzgeber, Gemeinsame Selbstverwaltung) a) intendiert oder nicht-intendiert sind, b) ob sie positive oder negative Behandlungsanreize setzen und c) ob Anreize besser oder schlechter sind, als materiell anders ausgestaltete aber zielgleiche Anreize.[3]

Für alle P4P-Modelle gilt, dass sie mit monetären aber auch nicht-monetären Anreizstrukturen arbeiten, die die Akteure des Gesundheitswesens aus wohlverstandenen Eigeninteresse zu gemeinwohldienendem Verhalten bewegen wollen. Anreize stellen dabei einen klassischen - wenn auch nicht unumstrittenen[4] - Reflexionsgegenstand der Wirtschafts- und Unternehmensethik dar (Homann 1997 [2002]; Pies 2012; Neuhäuser 2016), weshalb eine knappe Einordnung der P4P-Diskussion vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftsethischen Debatte sinnvoll erscheint.

3.1) P4P-ein wirtschaftsanthropologischer und analytischer Überblick]

Die Annahme, dass sich individuelle wie kollektive Akteure auf Basis eigener Interessen anreizsensibel verhalten und daher wenigstens teilweise vorhersehbar in sozial gewünschte Richtungen lenken lassen, ist unzweifelhafte Basis von P4P.

Dieser Annahme liegen zahlreiche normative Prämissen zu Grunde. Richtig ist sie nämlich aus anthropologischer Sicht nur, wenn der Mensch ein autonomes und mündiges Wesen ist, das in der Lage ist, seine privaten und wirtschaftlichen Interessen selbstständig auf rationale Weise zu verfolgen. Damit einher geht die normative auf Adam Smith ruhende Überzeugung, dass die individuelle Interessenverfolgung grundsätzlich nicht in Widerspruch zu einem wie auch immer gestalteten oder definierten Gemeinwohl stehen muss bzw. dieses sogar als "nicht intendierte Folge intentionalen Handelns" (Pies 2009: 5-6, vgl. auch: Pies 2015: 5, 9f) mehren kann. Ein Ergebnis ist dann, dass gewünschte Ziele auf effizientere Weise erreicht werden können, wenn sie Akteure aus eigenem Interesse verfolgen, als wenn sie staatlicherseits verordnet werden oder sich gar der Staat oder dessen Untergliederungen selbst an die Zielverwirklichung machen.

Damit ist P4P als ein primär teleologisches Instrument zu begreifen, das auf ein, im gesellschaftlichen Diskurs als gut und erstrebenswert erkanntes und rechtlich verbindlich gemachtes Gemeingut (vgl. ?Gemeingut? nach Kerber 1990, 1998) hin ausgerichtet ist. Teleologisch ist dabei nicht zwangsläufig mit utilitaristisch gleichzusetzen. Zwar wäre theoretisch ein rein

utilitaristisches - also am größten Nutzen der größten Zahl orientiertes - P4P-System möglich. Allerdings schweben P4P-Systeme nicht im luftleeren Raum, sondern werden in bestehenden sozialen Ordnungen - also intra- und interinstitutionell - (i.e. Governancestruktur) und/oder auf der rechtlichen Makroebene (i.e. Rahmenordnung) implementiert. Aus rechtlicher Sicht ist dabei anzumerken, dass P4P-Programme zu keiner outcome-Maximierung contra legem führen dürfen. Konkret bedeutet dies, dass etwa bei Gesetzesvorhaben stets die Menschenwürde sowie die Freiheits- und Gleichheitsrechte einer jeden Person als rechtliche Schranken zu respektieren sind (vgl. Welti 2010, 381-384; Oduncu 2012, 362f; Frehse 2017, 171). Ethisch wird dieser Grundsatz durch das noch weitergehende "Leitprinzip no-harm" (Suchanek 2018, vgl. auch 2020: 181)[5] untermauert.

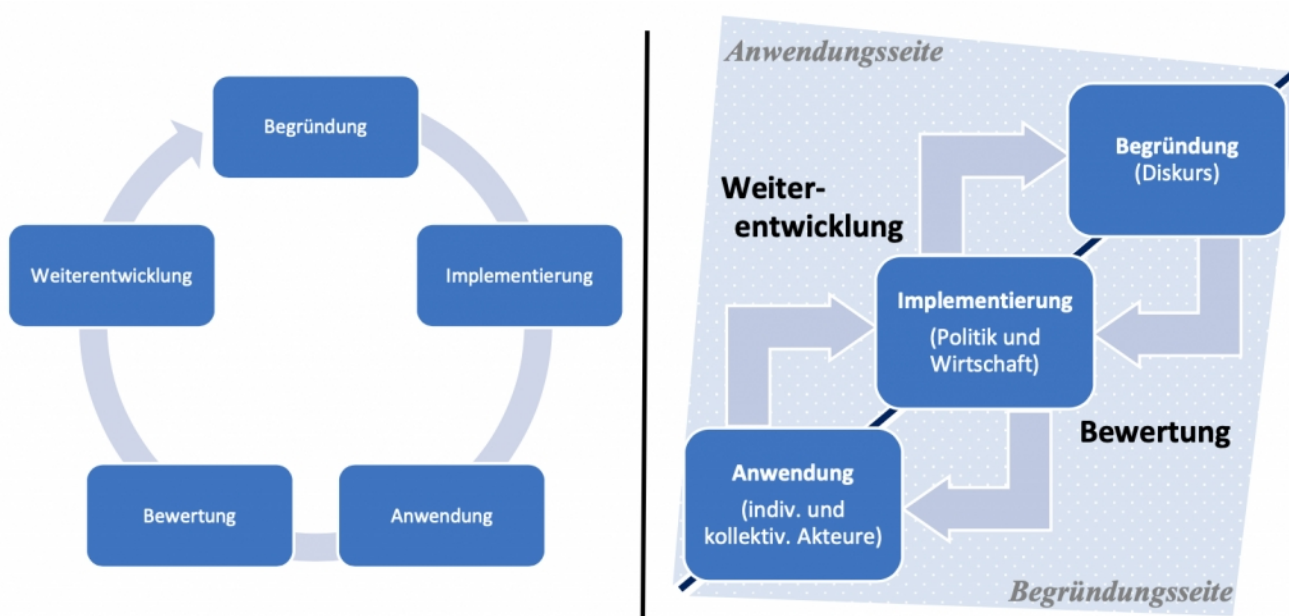
3.2) P4P zwischen Begründung und Anwendung]

Dem no-harm-Prinzip folgend, könnte man, soweit der Wirtschaftsethik lediglich eine Begründungsfunktion für moralische Prinzipien zugewiesen wird, die weitere Ausgestaltung von P4P-Programmen der Gesundheitsökonomie und den Gesundheitswissenschaften überlassen. Sollte das Ergebnis zu unerwarteten und nicht hinnehmbaren Schädigungen führen, wäre es im nächsten Schritt Aufgabe der Ethik, die Modelle als moralinkompatibel zu kritisieren. Diese auf dem Dreischritt Begründung - Bewertung - Appell/Kritik fußenden Ethikkonzeptionen haben eine lange Tradition. Häufig sind sie jedoch nicht in der Lage, aus ihrer Kritik über Appelle hinausgehende Problemlösungsvorschläge zu entwickeln.[6] Dies liegt u. a. daran, dass sich in der Weigerung die Anwendungsebene zu betreten, eine "offene Flanke der philosophischen Ethik" (Homann 2001: 86) zeigt, nämlich Verstehensdefizite für die funktionalen Erfordernisse und Systemzwänge der handelnden Akteure. Auf der Habenseite dieser Konzeptionen könnte man dagegen nennen, dass sie die "Position der übergeordneten Referenz" (Wieland 1999: 31) über die gesundheitswissenschaftlichen oder -ökonomischen Rationalitäten behalten.

An dieser Stelle möchte ich jedoch stattdessen für einen Blickwinkel aus Sicht der angewandten Ethik und damit - Wieland folgend - für die "Anwendungsrelevanz" (Wieland 1999: 26, 64; Wieland 2000: 373) moderner Ethik argumentieren. Dies lässt sich wissenschaftsstrategisch damit begründen, dass Ethik in modernen Gesellschaften im Wettbewerb mit "funktionalen Äquivalenten" (Homann 1993: 41; Wieland 2000: 373) wie dem Recht oder der Ökonomie steht und damit ohne Anwendungsrelevanz wenigstens in praktischen Diskursen von diesen substituiert werden kann. Die wesentlich entscheidenderen normativen Argumente sind weiter, dass **a)** gerade in der Implementierung von Anreizen, der Verfassung von Gesetzen oder dem Führungsstil von Unternehmen moralische Erwartungen verhandelt werden und damit auch einer ethisch-akademischen Reflexion bedürfen, **b)** eine Formulierung von Kritik oder die Adressierung legitimer Appelle nur möglich ist, wenn verstanden wird, wie die Anwendungsebene überhaupt funktioniert und welchen Restriktionen dort agierende Akteure unterliegen und schließlich, dass **c)** das übergeordnete Ziel einer Konvergenz zwischen "Sozialstruktur und Semantik" (Pies et al. 2009) im Hinblick auf ein erkanntes Gemeingut, nur möglich ist, wenn "normativistische Fehlschlüsse" (Suchanek 2007: 31) vermieden und der Anwendersicht ihrerseits Raum zur Entfaltung und Kritik eingeräumt wird.

Damit lehnt moderne angewandte Ethik den, hier als Dreischritt apostrophierten, Weg der strengen Begründungsethik nicht kategorisch ab, sondern erweitert ihn. Das mehrschrittige Vorgehen lautet nun:

Begründung-Implementierung-Anwendung-Bewertung-Weiterentwicklung und wird nicht von der Ethik alleine, sondern im Verbund mit den beteiligten Fachwissenschaften und Stakeholdern getätigt. Aus Sicht der handelnden Institutionen wird erkennbar, dass sich dieser Fünfschritt der angewandten Ethik idealtypisch in das ordonomische Drei-Ebenen-Schema (Pies 2020: 43, 2009: 386) einfügt (siehe rechte Seite Grafik 3), wobei damit gleichzeitig eine Weiterentwicklung einhergeht. Denn die 'Bewertung' adressiert nun die Sozialstruktur aus normativer Sicht, während die Weiterentwicklung aus Anwendersicht auf die Semantik und damit auf die Anpassungen oder Änderung normativer Bewertungskonzepte zielt.



Grafik 3: Der Regelkreis der angewandten Ethik angepasst an das Drei-Ebenen-Schema der Ordonomik nach Pies (eigene Darstellung)

Dieser Terminologie folgend kann auch bei P4P-Programmen zwischen der Begründungsseite (normativ) und der Anwendungsseite (funktional) unterschieden werden. Es kann zwischen beiden Ebenen zu Spannungen, aber auch Übereinstimmungen kommen. Soll ein erkanntes Ziel erfolgreich erreicht werden, bedarf es jedoch einer weitestgehenden stabilen Konvergenz beider Seiten.

Zur normativen Seite der P4P-Diskurse gehört etwa die Festsetzung und Reevaluierung des zu erreichenden Gemeingutes bzw. der Gemeingüter und damit die Setzung eines oder mehrerer Anreizziele. Dabei wäre es bspw. zu einfach, lediglich 'Gesundheit' als zwar unbestrittenen aber auch höchst unbestimmten Zielwert für alle P4P-Programme im Gesundheitswesen auszurufen. Herdenimmunität dagegen ist ein operationalisierbarer Zielwert. Zudem gehört auch die Ebene der Anreizwahl zur normativen Sphäre. Hier geht es darum, einen Anreiz material so auszugestalten, dass er möglichst umfassend und idealerweise mit möglichst wenigen negativen, nicht-intendierten Nebenfolgen ein Anreizziel zu erreichen in der Lage ist. Ein legitimer Anreiz muss einerseits als "Argumentation pro Tugend" (Pies 2012: 3) moralischen Gründen folgen bzw. genügen, wobei diese vice versa auch anreizkompatibel sein müssen, jedenfalls, so lange, wie sie einen positiven Impact auf das Anreizziel haben (wollen).

Hier ist nun auch der Übergang zur funktionalen Ebene festzumachen. Die konkrete "Anreizgestaltung" (Dragosits, 2016: 7) - also die Wahl der Anreizkriterien, der Anreizhöhe oder Anreizdauer, die mit den beteiligten Stakeholdern verhandelt werden, unterliegt zahlreichen Sachnotwendigkeiten (vgl. Scheppach, 2011: 17f). So bilden neben institutionellen Erfordernissen, individuelle und kollektive Erwartungen sowie zu einem großen Teil empirische Daten die Basis dieser Aushandlungsprozesse. Beispielsweise ist heute aus zahlreichen Studien wie auch Metastudien bekannt, dass monetäre Anreize auf der Individualebene die intrinsische Motivation der Ärzte eher schmälern und dadurch kontrainuitiv zu Qualitätsverschlechterungen in der Patientenbehandlung führen können (vgl. Engineer et al. 2015: 457; Eijkenaar et al. 2013: 116; Fischer 2006: 1846). Dagegen zeigen nicht-monetäre, aber auf den Geschäftserfolg und die positive Reputation des Leistungserbringers gerichtete Anreize, wie etwa Public-Reporting, positive Effekte (Gleeson, 2016: 265).

Für sich genommen stellen diese Ergebnisse keine ethischen oder normativen, sondern deskriptiv-funktionale Daten dar. Sie gewinnen jedoch ethische Valenz, wenn sie von Seiten verantwortlicher Personen bei der (Weiter-)Entwicklung neuer P4P-Programme leichtfertig übergangen werden sollten oder auf der Institutions- und Systemebene nicht für bestehende und zukünftige Programme berücksichtigt werden.

3.3) P4P ? Interventionsebenen und Adressatenkreis]

Der angewandten Ethik bieten sich drei Interventionsebenen für Anreizprogramme an: Die Individualethik (Mikroebene), Institutionenethik (Mesoebene) und Ordnungsethik (Makroebene). Grundsätzlich sind auf allen drei Ebenen strukturähnliche P4P-Mechanismen denkbar. Der Versuch der Eltern die Mathenote (=Kriterium) ihres Kindes mithilfe finanzieller Anreize zu verbessern (=Anreizziel) und dafür zusätzlich zum Taschengeld (=Sockelwert) zwischen 5? (Note 3) und 15? (Note 1) Belohnung (dynamisches Element) auszuloben, stellt genauso ein P4P-System dar, wie der aktuelle rechtliche Mechanismus zur Ermittlung eines Erstattungspreises für neuartige Arzneimittel (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz ? AMNOG). Hier wird das Ziel verfolgt, die Innovativität und Wirtschaftlichkeit neuer Arzneimittel dadurch zu erhöhen (=Anreizziel), dass deren Erstattung nach der Höhe des ermittelten Zusatznutzens (=dynamisches Kriterium) festgesetzt wird. Sollte kein Zusatznutzen ermittelt werden können, wird das Medikament einer Festbetragsgruppe (=Sockelwert) zugeordnet.

Es ist damit verdeutlicht, dass die drei Ebenen nicht grundsätzlich strukturell unterschiedlich ausgestaltete Programme fordern. Vielmehr unterscheiden sie sich in Form der Steuerungsperspektive und der Rechtsverbindlichkeit. Die Mikroebene ist Steuerungsmechanismen von Institutionen oder Systemen grundsätzlich entzogen. Ob Eltern ein Anreizprogramm zur Notenverbesserung für ihre Kinder entwickeln und ob es sich dabei um monetäre oder nicht-monetäre Anreize (z. B. gemeinsamer Zoobesuch) handelt, ist von den pädagogischen Überzeugungen der Eltern, deren normativen Vorstellungen, wie auch deren Prägung und Erziehung abhängig. Es gibt keine Institution, die die Eltern dazu bewegt solche Anreize zu setzen, genauso, wie aus einem solchen Programm keine juristisch verbindlichen Rechte oder Pflichten erwachsen. Sollten die Eltern gegen die Abmachung mit ihrem Kind verstoßen, untergraben sie zwar ihre eigene Autorität und Glaubwürdigkeit, einen Leistungsanspruch aber hat das Kind dennoch nicht.

Anders sieht es auf der Mesoebene aus, hier können Unternehmen P4P-Programme - etwa in Form von Bonuszahlungen - implementieren. Sie sind aber nicht dazu verpflichtet - es stellt eine unternehmensstrategische Option dar, die rechtlich für das Unternehmen erst ex-post Bindekraft entfaltet, wenn sich nämlich aktiv dafür entschieden wurde und dementsprechende Verträge geschlossen wurden. Erst aus diesen erwächst dann ein Anspruch gegenüber dem Unternehmen bzw. den Mitarbeiter*innen.

P4P-Systeme auf der Makroebene dagegen sind auch ex-ante rechtlich bindend und zwar für alle betroffenen Stakeholder. Sie sind direkt durch die Politik gesetzt und diese gibt darin oft nicht nur die Spielregeln, sondern auch die Spielzüge für alle Akteure weitestgehend vor. Der schon benannte AMNOG-Prozess ist ein paradigmatisches Beispiel für so ein, im deutschen Recht weitestgehend als Exot zu bezeichnendes, Makro-P4P-System.

4. P4P im deutschen Gesundheitswesen

Bereits parallel zur in der Wissenschaft einsetzenden Begriffsdiskussion im ersten Jahrzehnt dieses Jahrtausends führte die Politik umfassende P4P-Modelle im deutschen Gesundheitswesen ein.[7] Gerade die neuen Makro-P4P-Systeme haben teilweise enorme Veränderungen für die betroffenen Systeme mit sich gebracht.

Dazu zählen a) die Einführung des DRG-Systems[8] für die Vergütung von Krankenhausleistungen und b) das bereits benannte AMNOG zur Ermittlung eines Erstattungsbetrages für Arzneimittelinnovationen. Häufig übersehen wird zudem, dass mit Einführung des AMNOGs die explizite Ermöglichung von P4P-Verträgen bei Arzneimittelinnovationen (§130c SGB V) auf der Organisationsebene einherging. Der kürzlich auch in der Medizinethik diskutierte Kymriah®-Vertrag stellt ein Beispiel für solche selektivvertraglichen P4P-Modelle auf der Mesoebene dar (vgl. König et al. 2020). Zudem gibt es AMNOG-unabhängig im Bereich von Disease-Management-Programmen und der Integrierten Versorgung (§140a SGB V) zahlreiche Implementationsmöglichkeiten von P4P-Anreizen (vgl. Eble 2011).

Es würde aber den Rahmen sprengen, nun alle angesprochenen Modelle darzustellen. Zur groben Erörterung soll daher folgende Tabelle dienen, die die benannten P4P-Ansätze nach den oben ermittelten Aspekten hin aufschlüsselt. Die "???" symbolisieren das dynamische Element bei Selektivverträgen, da deren Ausgestaltung in Abhängigkeit von den Interessen der Vertragsparteien stark

divergieren kann.

DRG-System

AMNOG

Kymriah®-Vertrag (§130a SGB V)

§§130a und 130c SGB V

Kriterium

Behandlungszeit

Innovativität

Überleben

??

Sockelwert

Basisfallwert

Festbetragsgruppe & Listenpreis

Erstattungspreis im Sterbefall

??

Erfolg

Behandlungszeit nicht über der durchschnittlichen Grenzverweildauer

Ermittelter Zusatznutzen im vgl. zu einer zweckmäßigen Vergleichstherapie

Überleben möglichst vieler Patient*innen

??

Tab.1: P4P im deutschen Gesundheitswesen (eigene Darstellung)

Wie zu sehen ist, stellt P4P im Jahre 2021 eine bereits weitverzweigte Realität im deutschen Gesundheitswesen dar. Es findet sowohl erstattungs-, wie auch vergütungsseitig statt und durchzieht von der Makro- bis zur Mikroebene (hier die Arzt-Patienten-Beziehung) alle gesellschaftlichen Interventionsebenen.

Fraglich ist, ob sich solche Anreizmodelle auch auf die Corona-Impfstrategie übertragen lassen und das Potential entfalten können, zu einer raschen Steigerung der Impfbereitschaft in der Bevölkerung zu führen.

5. Die Impfbereitschaft in Deutschland

Die Impfbereitschaft in Deutschland unterliegt, den verschiedenen Meinungsumfragen und Studien folgend, zum Teil starken Schwankungen. Zudem können die verschiedenen Ergebnisse nicht direkt zueinander in Bezug gesetzt werden, da sich von Studie zu Studie die Antwortmöglichkeiten für die Befragten meist unterscheiden. Zudem ist bspw. bei der Bertelsmannstudie nicht die Frage nach der Befürwortung der Impfung gestellt worden, sondern nach dem Grad der Ablehnung (vgl. BertelsmannStiftung 2021: 24). Bei der Umfrage zum 'COVID-19-Impfquoten-Monitoring' (Covimo) des Robert-Koch-Institutes wird dagegen der Grad der Unentschlossenheit weiter aufgefächert (vgl. RKI 2021: 3).

Die folgende Gegenüberstellung erhebt damit keinen Anspruch auf analytische Exaktheit - es geht vielmehr darum, für systemische Steuerungsentscheidungen wesentliche Tendenzen sichtbar zu machen.

Studie:

Bertelsmann-Studie

Forsa-Umfrage*

Covimo-Befragung

Befragungszeitraum

November 2020

07. Dez. 2020 -

14. Jan. 2021

18. Jan. ?

13. Feb. 2021

Anzahl der Befragten

Über 1000

500 (wöchentlich)

1000

Impfbefürworter

66 Prozent

66 Prozent

66,8

Impfgegner

17 Prozent

8 Prozent

3,9

Unentschlossene

17 Prozent

25 Prozent

29,3**

* Im Auftrag der Helios-Kliniken (2021)

** Die Zahl setzt sich zusammen aus den Antwortmöglichkeiten 'unentschlossen' (11,9%), 'lasse mich eher impfen' (13,2%) und lass mich 'eher nicht impfen' (4,2%).

Tab. 2: Eigene Darstellung

Trotz der methodischen Unterschiede der Studien zeigen sich einige Punkte, die für die weitere Diskussion wesentlich sind:

- Ohne Interventionsmaßnahmen reicht die Anzahl der Impfbefürworter nach aktuellem Kenntnisstand alleine nicht aus, um eine Herdenimmunität in der gesamten Bevölkerung zu erzeugen.
- Die Zahl der Impfbefürworter ist über die Zeit konstant. Die Unentschlossenen scheinen allerdings leicht ins Lager der Impfgegner zu rutschen. Diese Schwankungen sprechen dafür, dass viele Menschen ihre Entscheidung von den Rahmenbedingungen und der öffentlichen Kommunikation abhängig machen.
- Die Fokussierung auf die überzeugten Impfgegner verstellt den Blick darauf, dass eine Herdenimmunität voraussichtlich auch dann erreicht werden kann, wenn sich weitestgehend alle Impfbefürworter und alle Unentschlossenen einer Impfung unterziehen.
- Maßnahmen, die explizit die Unentschlossenen adressieren, versprechen daher die Möglichkeit einer raschen Anhebung der Impfquote/Impfbereitschaft in der Bevölkerung.

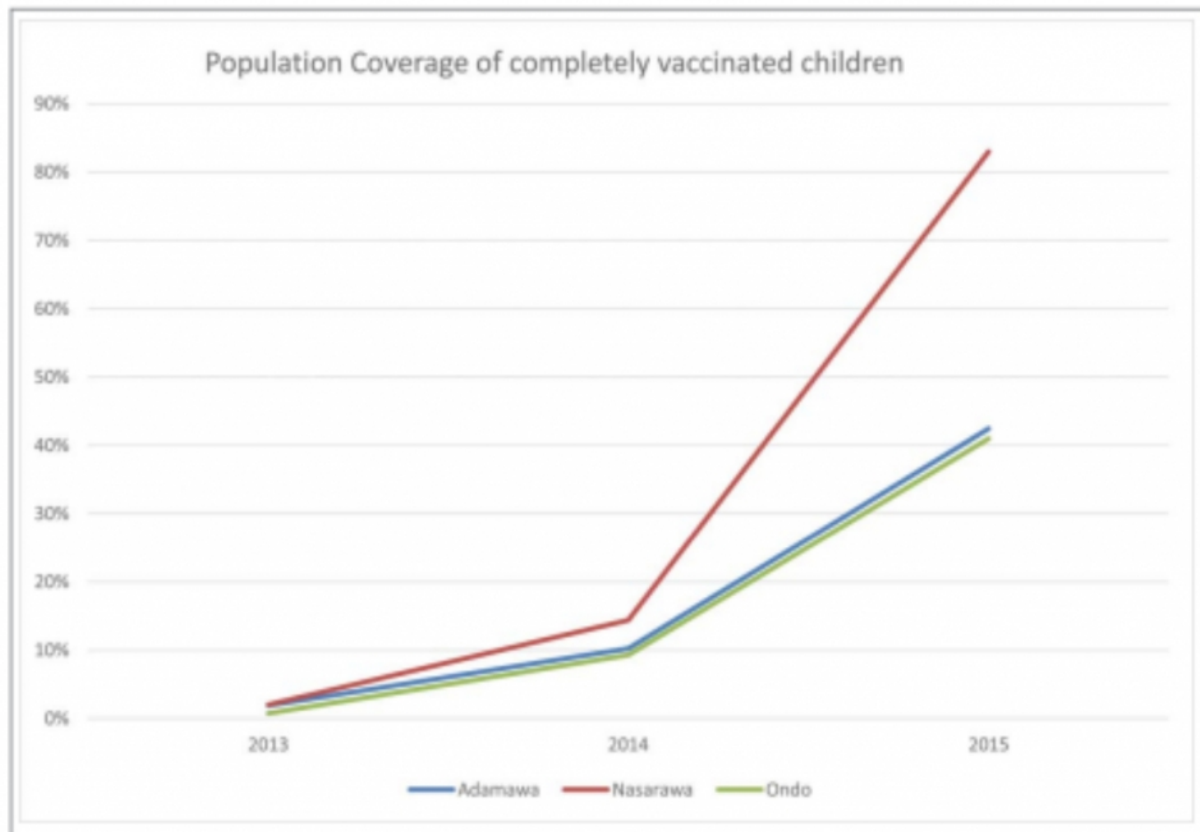
6. Exkurs: P4P zur Erhöhung der Impfbereitschaft ? internationale Studienergebnisse

Zwar sind internationale Studien, wegen der großen Unterschiede, die die einzelnen nationalen Gesundheitssysteme untereinander aufweisen, nur begrenzt auf andere Situationszusammenhänge übertragbar, sie bieten aber durchaus einen Erfahrungsschatz, der für konkrete Implementierungsfragen wichtige Impulse liefern kann. Daher soll hier eine knappe Analyse abgeschlossener und einsehbarer Studien erfolgen, die sich mit der Frage beschäftigt haben, ob durch P4P-Programme die Bereitschaft sich impfen zu lassen, angehoben werden kann.

6.1 Die untersuchten Studien]

Hier werden weiter nur Studien analysiert, bei denen P4P wenigstens als Teilelement die Erhöhung von Impfraten zum Ziel haben. Dabei haben die Suchen über Cochrane Database und google scholar vier Studien sowie eine Metastudie zu Tage gefördert, die für unsere Fragestellung relevant sind. Eine weitere Auswertung der in diesen Studien genannten Studien ist nicht erfolgt. Aus Platzgründen kann hier zudem nicht jede Studie einzeln vorgestellt werden.

Die Studien in Afghanistan (vgl. Engineer et al. 2015) und Ruanda (vgl. Basinga 2011) zeitigten in Bezug auf Impf- und Immunisierungsquoten keine signifikanten positiven und vereinzelt sogar negative Resultate. So waren in der Interventionsgruppe in Afghanistan weniger Kinder geimpft, als in der Kontrollgruppe (49.6 vs. 52.3 Prozent) (vgl. Engineer 2015: 451). Anders dagegen eine Studie aus den USA (vgl. Gleeson et al. 2016) mit mäßig-positiven und eine aus Kenia (vgl. Odutolu et al. 2016) mit sehr positiven Ergebnissen. Bei der Kenia-Studie stellte die Erhöhung der Impfquote für Kinder und Neugeborene durch P4P-Elemente einen Teilaspekt des gesamten Maßnahmenbündels dar. Hier sind die Ergebnisse durchaus als beeindruckend zu bezeichnen: "the average coverage for completely vaccinated children increased from 1.4% to 49.2%" (Odutolu 2016: 297).



Population Coverage of Completely Vaccinated Children

Grafik 4: Odutolu 2016: 299

Die etwas ältere Metastudie von Lagarde et al. (2009) identifiziert weitere Studien, die sich - wenigstens in Teilaspekten - mit der Erhöhung von Impfquoten durch P4P-Programme beschäftigen. Auch hier kommen die Autor*innen zu gemischten Ergebnissen. Bei einigen Impfungen und/oder Impfgruppen zeigen die Maßnahmen signifikante positive Effekte, bei anderen sind solche Effekte nicht auszumachen.

6.2 Diskussion]

Die Ergebnisse der Studien zum Impact von P4P-Programmen auf die Bereitschaft sich oder sein Kind impfen zu lassen fördern ein Ergebnis zu Tage, das typisch für die generelle Studienlage zu P4P ist. Es gibt Studien, die enorme Wirkungen zeigen, genauso wie solche, die keine signifikanten Wirkungen ausfindig machen können und welche, die sogar Schadenspotenziale entfalten (vgl. Eijkenaar et al. 2013: 119). Daher ist ein Blick in die Studiendesigns und die Studiendurchführungen notwendig, um zu einer umfassenderen Beurteilung über die Leistungsfähigkeit von P4P-Programmen zu gelangen.

Die Autor*innen der Afghanistan-Studie kommen etwa zu dem Ergebnis, dass "the more relevant question is not whether P4P programmes work, but what circumstances and design characteristics may impact on their effectiveness." (Engineer et al. 2015: 456). Sie arbeiten heraus, dass es relevante Unzulänglichkeiten in der Studiendurchführung gab, die dazu führten, dass beispielsweise die Teilnehmer*innen keinen Zusammenhang zwischen ihren Handlungen und dem am Ende des Monats überwiesenen Gehaltszahlungen sehen konnten (Engineer et al. 2015: 456). Sie verweisen dabei auf die Breite und Komplexität, die P4P-Programme annehmen können: "the entity targeted (individuals vs organizations), size of incentive payments (absolute amount and relative to existing salary), frequency of payments, the number and type of included performance measures, definition of

performance (absolute, relative, improvement), intra-facility distribution procedures, verification process and other aspects" (Engineer 2015: 456) sind ihnen zufolge Gegenstände möglicher P4P-Programme.

Diese Komplexität führt offenbar dazu, dass P4P-Programme, die nur wenige Stakeholder betreffen, nicht gut in bestehende oder aufzubauende Makrostrukturen integriert sind oder deren value-money-Konstellation nicht präzise formuliert wurde, leicht ins Leere laufen. Unterstrichen wird diese Annahme durch die bereits genannte Studie aus Kenia. Hier erfolgte die Programmentwicklung durch alle drei Interventionsebenen hindurch. Es wurden in drei Regionen des Landes im Zuge der Implementierung gänzlich neuer Strukturen im nationalen Gesundheitssystem von Anfang an P4P-Mechanismen eingerichtet. Dazu wurden die "state primary health care agencies/boards" (SPHCDBs) eingeführt, die für mehrere Stakeholder Anreize - hier als "results-based financing" bezeichnet - enthalten. Ein Teilaspekt des Programmes stellte die Erhöhung der Impfquote für Kinder und Neugeborene dar. Damit ist für alle Akteure auf allen Ebenen das Ziel der Anreize klar - wodurch ein fokussierter Kanalisierungsprozess von der Makro- über die Meso- bis zur Microebene entstehen kann. Auch eine 2013 von der WHO durchgeführte Studie zu den P4P-Mechanismen innerhalb des ruandischen Gesundheitssystems (WHO 2013) sowie eine in Nigeria durchgeführte Studie zu der Qualität von primary care facilities (Mabuchi, et al. 2017) unterstreichen die Bedeutung nicht-monetärer Faktoren und vorhandener Meso- und Makrostrukturen für den Erfolg von anreizbasierten Public-Health-Maßnahmen (ebd. 53-56).

7. P4P, Impfquote und Impfbereitschaft - Ergebnisse und Empfehlungen

P4P birgt die Chance in sich, die theoretische Impfbereitschaft sowie die tatsächliche Impfquote der Bevölkerung ohne Zwangsmaßnahmen und damit ohne Verletzung des Autonomie- und no-harm-Prinzips zu erhöhen. Dafür sprechen ausgewählte internationale Studienergebnisse sowie die Erfolge der deutschen P4P-Programme auf der Makroebene (AMNOG, DRG-System)[9].

Zur erfolgreichen Implementierung bedarf es jedoch einiger Vorarbeit. Übergeordnetes Ziel aus wirtschaftsethischer Sicht muss es dabei sein, dass die zu entwickelnde Anreizstruktur mit den normativen Erwartungen der Akteure kompatibel ist (siehe nochmals Grafik 3); es geht um die Erreichung einer möglichst umfassenden Konvergenz von "Sozialstruktur und Semantik" (vgl. Pies 2009). Dies führt in der hier traktierten Frage zu einem pragmatischen 'Sowohl-als-auch.' Grundsätzlich ist die Kraft ökonomischer Anreize für die Realisierung gesellschaftlicher Ziele anzuerkennen und damit für die rasche Erreichung der Herdenimmunität als zentrales Mittel einzusetzen. Gleichzeitig ist auf der Individualebene und im Speziellen in der Arzt-Patienten-Beziehung zu berücksichtigen, dass rein monetäre Anreize zu Demotivationseffekten führen können. Eine Stakeholderanalyse auf allen drei Interventionsebenen wird darüber hinaus zu Tage fördern, dass es neben den Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Ärzteschaft zahlreiche weitere Akteure gibt, die im Rahmen eines ganzheitlichen P4P-Ansatzes einzubinden sind.

Zunächst zeigt sich auf der Makroebene die Länder- und Bundespolitik. Hier gilt es als erstes, das normative Ziel der Erreichung der Herdenimmunität unter Wahrung des Autonomieprinzips zum Imperativ möglicher Impfgesetze und Verordnungen zu erheben und breitenwirksam zu kommunizieren. (=>Das P4P-Kriterium muss kollektiv verbindlich gemacht werden)

Zur Realisierung des Kriteriums bedarf es dann auf der Institutionenebene (Mesoebene) monetäre sowie nicht-monetäre Anreize für die Organe der gemeinsamen Selbstverwaltung, Pharmaunternehmen und Privatunternehmen, damit diese wiederum für ihre Kund*innen, Angestellten und die Ärzteschaft Anreizprogramme für rasche Impfungen auflegen. Beispielsweise sind in den USA Privatunternehmen aktiv in das Impfgeschehen mit eingebunden (vgl. Kort 2021). Auch andere Staaten, wie Israel beschreiten diesen Weg. Dort bietet IKEA Impfungen für Kund*innen an (vgl. Spiegel 2021) und in Tel-Aviv gibt es Bars, die gegen Impfungen Gratisgetränke ausschenken (vgl. Stern 2021), anderswo werden kostenlose Mahlzeiten zur Impfung angeboten (vgl. Münch 2021). Vergleichbare Beispiele sind auch in Europa zu finden - so werden ab April in der Schweiz Corona-Impfungen auch in Apotheken durchgeführt - allein diese Maßnahme soll über eine Millionen Personen erreichen (vgl. apotheke adhoc 2021). Diese Beispiele unterstreichen, dass sektoralistisches Denken in einer Pandemie mögliche Handlungsoptionen verdeckt. Eine rasche Durchimpfung der Bevölkerung kann mithilfe differenzierter, auf wirtschaftliche Effizienz und Kreativität setzende Maßnahmen schneller erreicht werden, als durch zentralisierte Programme (wie etwa die Impfzentren) der Politik. Stattdessen sollte sie Anreize für Unternehmen, die erfolgreich mithelfen die Impfquote zu erhöhen (etwa durch Mitarbeiter*innen-Impfungen) implementieren. (=>Anreizgestaltung für Institutionen)

Auf der Mikroebene ist darauf zu achten, dass monetäre Anreize nur dort zum Zuge kommen, wo, den empirischen Erkenntnissen folgend, auch positive Effekte zu erwarten sind. Gerade in der Arzt-Patienten-Beziehung ist das eher nicht der Fall - hier sollte stattdessen auf Public-Reporting oder Bürokratierleichterungen, etwa im Zuge der Wirtschaftlichkeitsprüfung, gesetzt werden. Es gibt jedoch auf der Mikroebene auch Programme, die durchaus monetären Charakter haben können - etwa Rabatt- oder Gutscheinkaktionen für Geimpfte. (=>Sicherung der Konvergenz der entwickelten Sozialstruktur mit den normativen Erwartungen der individuellen Akteure)

Wesentlich für alle Programme ist ferner der Faktor Zeit. In Israel wurde die Einbindung der privaten Akteure beschlossen, nachdem sich trotz genügend vorhandenem Impfstoff herausstellte, dass sich viele Personen nicht impfen lassen. Diese Zeitverluste sind schon jetzt auch in Deutschland sichtbar. 3.603.619 am 24. März 2021 vollständig geimpfter Personen (vgl. impfdashboard.de) stehen 3,5 Millionen unverimpfter Dosen gegenüber. Eine weitere Verschlimmerung dieser Situation kann die europäische sowie nationalstaatliche Politik heute jedoch vermeiden, indem sie sich über dezentrale Anreizprogramme Gedanken macht, bevor auch hierzulande eine breite Impfmüdigkeit eintritt. Hierzu wäre eine allgemeine Freigabe überzähligen Impfstoffes ein erster kluger Schritt, der auch einen Übergang hin zu dezentralen Anreizmechanismen begründen könnte.

Auch mit dem Faktor Zeit zu tun hat die Tatsache, dass Anreizprogramme zur Impfquotenerhöhung nur Sinn ergeben, wenn sie zeitlich limitiert sind, damit die Stakeholder angehalten sind, ihre Programme rasch zu implementieren. Deshalb ist es wichtig, dass die Höhe der monetären Anreize über die Zeit quotenbasiert ansteigt. Das kann bedeuten, dass Unternehmen I, das zum Zeitpunkt t mehr Mitarbeiter geimpft hat als Unternehmen II auch eine höhere Honorierung erhält. Ebenso wäre denkbar, dass die Ausschüttung am Jahresende gemessen an der Höhe des ermittelten Erfolges getätigt wird; je höher die Impfquote bzw. die Anzahl der durchgeführten Impfungen, desto höher die Ausschüttung.

Ein ganzheitlicher P4P-Ansatz ist damit interventionsebenen- und sektorenübergreifend und inkludiert sowohl monetäre wie auch nicht-monetäre Anreizprogramme. Abschließend liefert folgende Tabelle eine knappe und beispielhafte Darstellung der möglichen Stakeholder eines solchen Anreizprogrammes und einiger möglicher Maßnahmen.

Stakeholder

Monetäre Anreize

Nicht-monetäre Anreize

Patient*innen

Zahlung eines Geldbetrages,

Beitragssenkungen

Gesundheitsgutscheine, künftige

Zuzahlungsbefreiungen etwa beim Zahnersatz

Ärzteschaft

quotenbasierte Vergütungsschlüssel, Zahlung eines Geldbetrages

Veröffentlichung hoher Impfquoten, Public Reporting

Hersteller

Erhöhung des Erstattungsbetrages bei Erreichung gewisser Impfquoten
Regulatorische Entschlackung (Zulassungserleichterungen)

Kostenträger

Übernahme von Kosten durch den Staat bei Erreichung gewisser Impfquoten
-

Privatunternehmen

Gehaltsbonus für geimpfte Mitarbeiter,
Gutscheine für geimpfte Personen (z. B. Kino, Restaurant),
staatliche Bonuszahlungen bei der Erreichung
hoher Impfquoten in der Belegschaft
Marketing, "good Corporate Citizenship"

Tabelle 3: eigene Darstellung. **Grün** = empfohlene P4P-Programme, **rot** = nicht empfohlene P4P-Programme

Literaturverzeichnis:]

Alley, S.J. / Stanton, R. / Browne, M. / To, Q.T. / Khalesi, S. / Williams, S.L / Thwaite, T.L. / Fenning, A.S. / Vandelanotte, C. (2021): As the Pandemic Progresses, How Does Willingness to Vaccinate against COVID-19 Evolve?, in: Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 1-14.

Althammer, J. / Nass, E. (2020): Warum findet die Wirtschaftsethik in der Krise kaum Gehör? Die normativen Grenzen der ökonomischen Theorie im Pandemie-Diskurs, in: Brink, A. / Hollstein, B. / Neuhäuser, C. / Hübscher, M.C (Hrsg.): Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik (Sonderband Corona), 35-44.

Apotheke Adhoc (2021): Ab April: Corona-Impfung in Schweizer Apotheken, Link:

<https://www.apotheke-adhoc.de/nachrichten/detail/internationales/ab-april-corona-impfung-in-schweizer-apotheken/#:~:text=Derzeit%20werde%20in%20der%20Schweiz,Gallen%20und%20Z%C3%BCrich%20sein> (zuletzt abgerufen am 18. März 2021).

Aßländer, M.S. / Nutzinger, H.G. (2020): Der systematische Ort der Moral ist die Ethik! Einige kritische Anmerkungen zur ökonomischen Ethik Karl Homanns, in: Beschorner, T. / Brink, A. / Hollstein, B. / Hübscher, M.C. / Schumann, O. (Hrsg.): Wirtschafts- und Unternehmensethik, Wiesbaden: Springer Nature, 45-68.

Baars, C. (2021): Corona Impfungen: Warum dauert das so lange?, Link:

https://www.tagesschau.de/investigativ/ndr/impftempo-datenanalyse-101.html?fbclid=IwAR0-9ddiGGYJ6wprRteTGIKZISusJRr_jpT5cxdkG5-0Pdku49sSB_SGSk (zuletzt abgerufen am 24. März 2021).

Basinga, P. / Gertler, P. J. / Binagwaho, A. / Soucat, A. L. / Sturdy, J. / Vermeersch, C. M. (2011): Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: An impact evaluation, in: The Lancet, 377(9775), 1421-1428.

Beauchamp, T.L. / Childress, J.F. (2001): Principles of Biomedical Ethics, New York: Oxford University Press.

Bernhardt, W. (2009): Wirtschaftsethik auf Abwegen, in: Freiburger Diskussionspapiere zur Ordnungsökonomik 09/8, Freiburg i. Br.: Walter Eucken Institut.

BertelsmannStiftung (2021): Zwischen individueller Freiheit und Gemeinwohl Sieben Wertemilieus und ihre Sicht auf Corona, Link: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Wertemilieus_2021_final.pdf (zuletzt abgerufen am 18. März 2021).

Biller-Andorna, N. / Wild, V. (2008): Ethische Fragen zur Leistungsentlohnung im Gesundheitswesen, in: Care Management: Zeitschrift für Managed Care, Qualität und E-Health 2008, 17-19.

Braun, T. / Rau, F. / Tuschen, T.H. (2008): Die DRG-Einführung aus gesundheitspolitischer Sicht. Eine Zwischenbilanz, in: Klauber J. / Robra, B.P. / Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2007. "Krankenhausvergütung - Ende der Konvergenzphase", Stuttgart: Schattauer, 3-22.

Brook, M. / Suchanek, A. (2021): Perfektion in der Krise? Mehr Pragmatismus wagen!, in: Forum Wirtschaftsethik, Link: <https://www.forum-wirtschaftsethik.de/perfektion-in-der-krise-mehr-pragmatismus-wagen/> (zuletzt abgerufen am 19. März 2021).

Bundesministerium für Gesundheit (2020): Nationale Impfstrategie COVID-19. Überblick Stand 06. November 2020, Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Impfstoff/Nationale_Impfstrategie_COVID-19_Ueberblick_061120.pdf (zuletzt abgerufen am 15. März 2021).

Burki, T. (2019): Vaccine misinformation and social media, Lancet Digit. Health 2019: e258?e259. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(19\)30136-0](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(19)30136-0)

Dorn, F. / Khailaie, S. / Stöckli, M. / Binder, S. / Lange, B. / Peichl, A. / Vanella, P. / Wollmershäuser, T. / Fuest, C. / Meyer-Hermann, M. (2020): Das gemeinsame Interesse von Gesundheit und Wirtschaft: Eine Szenarienrechnung zur Eindämmung der Corona-Pandemie, in: Ifo-Institut (Hrsg.): ifo Schnelldienst digital 6/2020. Link: https://www.ifo.de/DocDL/sd-2020-digital-06-ifo-helmholtz-wirtschaft-gesundheit-corona_1.pdf (zuletzt abgerufen am 10. September 2020).

Dullien, S. / Watt, A. (2021): "Yes, we can! Covid19-Durchimpfung der Bevölkerung in Deutschland bis Juli 2021 ist möglich." IMK Policy Brief Nr. 102. Düsseldorf: Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung, März 2021. Link: https://www.imk-boeckler.de/de/faust-detail.htm?sync_id=9207 (zuletzt abgerufen am: 16. März 2021).

Dragosits, A. (2016): Pay for Performance im Gesundheitswesen Wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit, in: Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.), Dossier des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger 2016. Link: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.715003&version=1479885394> (zuletzt abgerufen am 10. Februar 2020).

Eble, S. (2011): Möglichkeiten der Industrie bei Verträgen zur Integrierten Versorgung, in: Amelung, V.E. / Eble, S. / Hildebrandt, H. (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 63-70.

Eijkenaar, F. / Emmert, M. / Scheppach, M. / Schöffski, O. (2013): Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews, in: Health Policy 110 (2013), 115-130.

Emmerich, J. / Gaugele, J. / Hollstein, M. (2021): Corona: Das passiert mit dem übrig gebliebenen Impfstoff, in: Berliner Morgenpost vom 24.02.2021, Link:

<https://www.morgenpost.de/article231641487/Corona-Impfstoff-Astrazeneca-uebrig-Impfereihenfolge-Lehrer.html> (zuletzt abgerufen am 19. März 2020).

Engineer, C.Y. / Dale, E. / Agarwal, A. / Agarwal, A / Alonge, O. / Edward, A. / Gupta, S. / Schuh, H.B. / Burnham, G. / Peters, D.H. (2015): Effectiveness of a pay-for-performance intervention to improve maternal and child health services in Afghanistan: a cluster-randomized trial, in: International Journal of Epidemiology 45;2, 451-459.

Ethikrat (2021): Besondere Regeln für Geimpfte?, in: Ad-hoc-Empfehlung vom 4 Februar 2021, Link: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-besondere-regeln-fuer-geimpfte.pdf> (zuletzt abgerufen am 13. Februar 2020).

Fischer, E.S. (2006): Paying for Performance - Risks and Recommendations, in: The New England Journal of Medicine 355;18, 1845-1847.

Frehse, H. (2017): Die Ökonomisierung der Medizin: Was darf ein Menschenleben kosten?, in: Katzenmaier, C. / Ratzel, R (Hrsg.): Festschrift für Franz-Josef Dahm. Glück auf! Medizinrecht gestalten, Berlin: Springer-Verlag, 155-185

Fydrich, T. (2002): Soziale Kompetenz und Soziale Performanz bei Sozialer Phobie, in: Fydrich, U. / Stangier, T. (Hrsg.): Soziale Phobie und Soziale Angststörung: Psychologische Grundlagen, Diagnostik und Therapie, Göttingen: Hogrefe-Verlag, 181-203.

Geissler, A. / Scheller-Kreinsen, D. / Quentin, W. / Busse, R. (2012): DRG-Systeme in Europa. Anreize, Ziele und Unterschiede in zwölf Ländern, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 55, 633-642.

Gleeson, S. / Kelleher, K. / Gardner, W. (2016): Evaluating a Pay-for-Performance Program for Medicaid Children in an Accountable Care Organization, in: JAMA Pediatr 170;3, 259-266.

Greiner, W. / Witte, J. / Gensorowsky, D. (2019): AMNOG-Report (2019): Nutzenbewertung von Arzneimitteln in Deutschland Schwerpunkt: Höchstpreise für ein Mehr an Lebensqualität?, Bielefeld & Hamburg.

GWQ-Service Plus (2019): Innovative Krebstherapie wird durch Pay-for-Performance-Vertrag früher verfügbar. Link: https://www.gwq-serviceplus.de/aktuelles/news/pay-for-performance-vertrag-kasseninfo-02-19_5229 (zuletzt abgerufen am 29. November 2020).

Helios-Kliniken (2021): Forsa-Studie: Covid-19-Impfbereitschaft in Deutschland nimmt zu, in: Pressemitteilung. Berlin, 19.01.2021.

Homann, K. (1993): Wirtschaftsethik. Die Funktion der Moral in der modernen Wirtschaft, in: Wieland, J. (Hrsg.): Wirtschaftsethik und Theorie der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: suhrkamp, 32-53.

Homann, K. (2001): Ökonomik: Fortsetzung der Ethik mit anderen Mitteln, in: Siebeck, G. (Hrsg.): Artibus ingenius - Beiträge zu Theologie, Philosophie, Rechtswissenschaft und Wirtschaftswissenschaft. Tübingen: Mohr Siebeck, 85-110.

Homann, K. (2002): Die Bedeutung von Anreizen in der Ethik, in: Lütge, C. (Hrsg.): Vorteile und Anreize. Zur Grundlegung einer Ethik der Zukunft. Tübingen: Mohr Siebeck, 187-210.

Impfdashboard.de (2021): Aktueller Impfstatus (Informationsseite des BMG und RKI), Link: <https://impfdashboard.de/> (zuletzt abgerufen am 25. März 2021).

Kannerkat, J.T. / Good, C.B. / Parekh, N. (2020): Value-Based Pharmaceuticals Contracts: Value for Whom?, in: Value in Health 23;2: 154-156.

Kerber, W. (1990): Ordnungspolitik, Gemeinwohl und katholische Gesellschaftslehre. Der Sozialen Marktwirtschaft zum Gedächtnis, in: JCSW Bd. 31: 11-33.

Kerber, W. (1998): Sozialethik, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kersting, W. (2008): Wirtschaftsethik? - Wirtschaftsethik!, in: Kersting, W. (Hrsg.): Moral und Kapital. Grundfragen der Wirtschafts- und Unternehmensethik. Paderborn: mentis-Verlag, 10-24.

Knoblauch, H. (2010): Von der Kompetenz zur Performanz. Wissenssoziologische Aspekte der Kompetenz, in: Pfadenhauer, Th. / Kurtz, M. (Hrsg.) Soziologie der Kompetenz. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 237-255.

König J. / Gerst, C. / Trümper, L. / Wulf, G.G. / Wiesemann C. (2020): Am individuellen Therapieergebnis orientierte Erstattungsverfahren in der Onkologie: ethische Implikationen am Beispiel der CAR-T-Zelltherapie, in: Ethik in der Medizin 32, 85?92.

Kort, K. (2021): Aldi und Lidl zahlen ihren US-Mitarbeitern eine Impfprämie, in: Handelsblatt, Link: <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-konsumgueter/covid-impfstrategie-aldi-und-lidl-zahlen-ihren-us-mitarbeitern-eine-impfpraemie/26839656.html?ticket=ST-9313525-26sIC4eIdGLW3Mn5yBMD-ap5> (zuletzt abgerufen am 14 Februar 2021).

Lagarde M. / Haines A. / Palmer N. (2009): The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries, in: Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD008137.

Luhmann, N. (1993): Wirtschaftsethik - als Ethik?, in: Wieland, J. (Hrsg.): Wirtschaftsethik und Theorie der Gesellschaft, Frankfurt a.M.: suhrkamp, 134-147.

Mabuchi, S. / Sesan, T. / Bennett, S.C. (2018): Pathways to high and low performance: factors differentiating primary care facilities under performance-based financing in Nigeria, in: Health Policy and Planning, 33: 41-58.

Macaulay, R. / Wang, G.D. / Majeed, B. (2018): Time-Limited G-BA resolutions ? a tool to appropriately manage Reimbursement of innovative Therapies Receiving expedited regulatory Approval, in: Value in Health 21;3, 211.

Meyer, H. (2007): Leitfaden zur Unterrichtsvorbereitung, Berlin: Cornelsen Verlag.

Münch, P. (2021): Die Spritze zum Nachtisch, in: Süddeutsche Zeitung vom 15. Februar 2021, Link: <https://www.sueddeutsche.de/politik/coronavirus-israel-impfen-1.5206928> (zuletzt abgerufen am 20. Februar 2021).

Neuhäuser, C. (2016): Das Anreizargument in Wirtschaftsethik und Gerechtigkeitstheorie, in: Zeitschrift für Praktische Philosophie Band 3, Heft 2, 9-48.

Oduncu, F.S. (2012): Verteilungsgerechtigkeit, Rationierung und Priorisierung ? das Gesundheitswesen im Spannungsfeld zwischen Medizin, Ökonomie, Ethik und Recht, in: MedR 30: 359-367.

Odutolu, O. / Ihebuzor, N. / Tilley-Gyado, R. / Martuf, V. / Ajuluchukwu, M. / Olubajo, O. / Banigbe, B. / Fadeyibi, O. / Abdullhai, R. / Muhammad, A.J.G. (2016): Putting Institutions at the Center of Primary Health Care Reforms: Experience from Implementation in Three States in Nigeria, in: Health Systems & Reform 2;4, 290-301.

Palamenghi, L. / Barello, S. / Boccia, S. / Graffigna, G. (2020): Mistrust in biomedical research and vaccine hesitancy: the forefront challenge in the battle against COVID?19 in Italy, in: European Journal of Epidemiology 35;8, 785?788.

Parow, D. / Czerner T. / Erbe, C. (2011): AMNOG - Neue Vertragsmöglichkeiten mit pharmazeutischen Unternehmen aus Sicht der DAK, in: Amelung, V.E. / Eble, S. / Hildebrandt, H. (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 71-80.

Pies, I. / Beckmann, M. / Hielscher, S. (2009): Sozialstruktur und Semantik - Ordonomik als Forschungsprogramm in der modernen (Welt-)Gesellschaft, in: Diskussionspapier, No. 2009-6 2009. Link:

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/170316/1/dp2009-06.pdf> (zuletzt abgerufen am 14 Februar 2021).

Pies, I. / Hielscher, S. / Beckmann, M. (2009): Moral Commitments and the Societal Role of Business: An Ordonomic Approach to Corporate Citizenship, in: Business Ethics Quarterly 2009: 375?401.

Pies, I. (2008): Markt und Organisation. Programmatische Überlegungen zur Wirtschafts- und Unternehmensethik, in: Kersting, W. (Hrsg.): Moral und Kapital. Grundfragen der Wirtschafts- und Unternehmensethik. Paderborn: mentis-Verlag, 27-59.

Pies, I. (2009): Gier und Größenwahn? - Zur Wirtschaftsethik der Wirtschaftskrise, in: Diskussionspapier, No. 2009-18 2009. Link:

<https://www.econstor.eu/bitstream/10419/170328/1/dp2009-18.pdf> (zuletzt abgerufen am 14 Februar 2021).

Pies, I. (2012): Gründe versus Anreize? Ein ordonomischer Werkstattbericht in sechs Thesen, in: Diskussionspapier, No. 2012-8

2012. Link: <http://digital.bibliothek.uni-halle.de/pe/urn/urn:nbn:de:gbv:3:2-17581> (zuletzt abgerufen am 14 Februar 2021).

Pies, I. (2015): Individualethik versus Institutionenethik? - Zur Moral (in) der Marktwirtschaft, in: Diskussionspapier, No. 2015-7

2015. Link: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/170440/1/dp2015-07.pdf> (zuletzt abgerufen am 14 Februar 2021).

Pies, I. (2020): Das Moralparadoxon der Moderne: Ordonomische Überlegungen zur modernen Ethik als Ethik der Moderne, in:

Diskussionspapier No. 2020-01. 2020. Link: <http://digital.bibliothek.uni-halle.de/pe/urn/urn:nbn:de:gbv:3:2-119633> (zuletzt abgerufen am 14 Februar 2021).

Porter, M. (2010): What is Value in Health Care?, in: The New England Journal of Medicine 363;12: 2477-2481.

Robert-Koch-Institut (2021): COVID-19 Impfquoten-Monitoring in Deutschland (COVIMO) ? 1. Report, Link:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/covimo_studie_bericht_1.pdf?_blob=publicationFile (zuletzt abgerufen am 20. März 2021).

Ropohl, G. (1996): Ethik und Technikbewertung. Frankfurt a.M.: suhrkamp.

Scheppach, M. / Emmert, M. / Schöffski, O. (2011): Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen. Leitfaden für eine erfolgreiche Einführung, Norderstedt: Books on Demand.

Schremser, K. / Butzke, B. / Wilman, N. / Brandes, A. / Rogowski, W.H. (2012): Managed Entry Agreements in Deutschland.

Konzepte, rechtliche Grundlagen und systematischer Review, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 22;1, 20-34.

Snyder, L. / Neubauer, R.L. (2007): Pay-for-Performance Principles That Promote Patient-Centered Care: An Ethics Manifesto, in:

Annals of Internal Medicine 147: 792-794.

Spiegel (2021): Ikea bietet Kunden in Israel Corona-Impfungen an, Link:

<https://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/ikea-bietet-kunden-in-israel-corona-impfungen-an-a-c4fbe350-23d1-4944-a028-57adb9af66e8> (zuletzt abgerufen am 20. März 2021).

Stern (2021): Sonderangebot in Tel Aviv: Wer sich impfen lässt, bekommt einen Gratis-Drink dazu, Link:

<https://www.stern.de/gesundheit/tel-aviv--wer-sich-gegen-corona-impfen-laesst--bekommt-einen-gratis-drink-dazu-30387644.html>

(zuletzt abgerufen am 20. März 2021).

Suchanek, A. (2020): Wirtschaft, Gesundheit und der ethische Kompass. Eine ethische Reflexion in Zeiten von Corona, in: Brink, A. / Hollstein, B. / Neuhäuser, C. / Hübscher, M.C (Hrsg.): Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik (Sonderband Corona), 181-194.

Suchanek, A. (2018): Ein ethischer Kompass für gute Führung, in: Forum Wirtschaftsethik, Link: <https://www.forum-wirtschaftsethik.de/ein-ethischer-kompass-fuer-gute-fuehrung/>. (zuletzt abgerufen am 13 Februar 2021).

Suchanek, A. (2007): Ökonomische Ethik, Tübingen: Mohr Siebeck.

Thielemann, U. (2000a): Angewandte, funktionale oder integrative Wirtschaftsethik? Die Befolgung ethischer Normen in und angesichts der Wirtschaft zwischen "Unmöglichkeit", "Notwendigkeit" und (Un-) Zumutbarkeit, in: Kettner, M. (Hrsg.): Angewandte Ethik als Politikum. Frankfurt a.M.: suhrkamp, 342-364.

Thielemann, U. (2000b): Was spricht gegen angewandte Ethik? Erläutert am Beispiel der Wirtschaftsethik, in: ETHICA, Nr. 1, 37-68.

Tonti, L. (2020): COVID-19: Walking the Tightrope of Vaccination Obligations. State compelled vaccinations in the U.S. and Germany, in: Verfassungsblock.org Link: <https://verfassungsblock.de/covid-19-walking-the-tightrope-of-vaccination-obligations> (zuletzt abgerufen am 13. Februar 2021).

Toumi, M. / Jaros?awski, S. / Sawada, T. / Kornfeld, A. (2017): The Use of Surrogate and Patient-Relevant Endpoints in Outcomes-Based Market Access Agreements, in: Appl Health Econ Health Policy 15: 5?11.

Ulrich, P. (2008): Auf der Suche nach der ganzen ökonomischen Vernunft: Der St. Galler Ansatz der integrativen Wirtschaftsethik, in: Kersting, W. (Hrsg.): Moral und Kapital: Grundfragen der Wirtschafts- und Unternehmensethik, Paderborn: Mentis-Verlag, 61?75.

Ulrich, P. (2010): Zivilisierte Marktwirtschaft: Eine wirtschaftsethische Orientierung, Bern: Haupt Verlag, 2010.

Ulrich, P. (2016): Integrative Wirtschaftsethik: Grundlagen einer lebensdienlichen Ökonomie, Bern: Haupt Verlag; 5. Edition.

Veit, Ch. / Hertle, D. / Bungard, S. / Trümner, A. / Ganske, V. / Meyer-Hofmann,B. (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Link: <https://www.bqs.de/default-wAssets/docs/P4P-Gutachten-BQS.compressed.pdf> (zuletzt abgerufen am 10. März 2021).

Walendzik, A. / Wasem, J. (2019): Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen. Gesundheitspolitisch zielgerechte Integrationsmodelle über sektorale Leistungsträger und Finanzierungssysteme, Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung. Link: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BS/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVergu_tung_13lay.pdf (zuletzt abgerufen am 20. Februar 2021).

Welti, F. (2010): Allokation, Rationierung, Priorisierung: Rechtliche Grundlagen, in: MedR 28, 379-287.

WHO Regional Office for Africa (2013): Community performance-based financing to improve maternal health outcomes: Experience from Uganda, Link: <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-02/Rwanda%20case%20study.pdf> (zuletzt abgerufen am 20. März 2021).

Wieland, J. (1999): Die Ethik der Governance. Marburg: Metropolis.

Wieland, J. (2000): Globale Wirtschaftsethik. Steuerung und Legitimation von Kooperation in der Weltökonomie, in: Kettner, M. (Hrsg.): Angewandte Ethik als Politikum, Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 365-387.

Wolff, J. (2020): Demokratie im Ausnahmezustand. Darf es eine Impfpflicht geben?, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), Link: <http://library.fes.de/pdf-files/dialog/16339.pdf> (zuletzt abgerufen am 13. Februar 2021).

Yu, J.S. / Chin, L. / Oh, J. / Farias, J. (2017): Performance-Based Risk-Sharing Arrangements for Pharmaceutical Products in the United States: A Systematic Review, in: Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy 23;10: 1028-1040.

Fußnoten

[1] Der Text legt auf die Verwendung geschlechtergerechter Sprache durch Zuhilfenahme des gender-stars ?*? wert. Einzig Institutionsbegriffe (z. B. Kostenträger) und feststehende Ausdrücke (z. B. Arzt-Patienten-Beziehung, Patientenbehandlung) verbleiben im generischen Maskulinum. Ferner werden, wie im hiesigen Falle, generische Begriffe verwendet, wenn die damit bezeichneten Personen identifizierbar sind (bei Dullien und Watt handelt es sich um zwei Autoren).

[2] Bei Schremser et al. (2017) findet sich im Anhang eine Auflistung der outcome-Parameter einiger P4P-Verträge bis 2017. Dort ist zu sehen, dass es auf individueller Ebene Verträge gibt, die bei Therapieabbruch die Gesamtkosten für die medikamentöse Behandlung von den Unternehmen zurückverlangen. Auf kollektiv-sozialrechtlicher Ebene ist dies jedoch kein einziges Mal der Fall und zudem zeichnet es Selektivverträge gerade aus, dass sie zwischen einem Pharmaunternehmen und einer oder mehreren Kassen geschlossen werden, aber nicht mit allen Kassen. Schon deshalb betreffen diese Verträge aus Sicht der Hersteller wie der Kostenträger immer nur einen Teil des gesamten Kostenvolumens.

[3] Der dritte Punkt wird häufig nicht näher beleuchtet. In der Regel geht in es der Wirtschaftsethik primär um die Verhinderung negativer externer Effekte. Da es jedoch keine Wirkung ohne Nebenwirkung gibt, ist nicht die Existenz von negativen Externalitäten per se ein Problem, sondern deren Schweregrad im Verhältnis zu den Externalitäten alternativer, zielgleicher Handlungen. Was nicht bedeutet, dass es nicht in seltenen Fällen Handlungsoptionen geben kann, deren negative externe Effekte so gravierend sind, dass ein Verbot bzw. individuelle Handlungsverweigerung der einzige gangbare Weg sein kann.

[4] Die Kritik der ökonomischen Anreizethik wird unter anderem von Seiten der Schule der 'integrativen Wirtschaftsethik' formuliert. Zum Überblick dieser Schule siehe: Ulrich 2016, 2010, 2008. Pointierte Kritik zu finden ist auch bei Abländer/Nutzinger 2010 [2020] und Bernhardt 2009 sowie bei Thielemann, 2000a, 2000b (die Aufzählung ist bei weitem nicht abschließend).

[5] Auch in der Medizin- und Bioethik stellt das Nichtschadensprinzip, hier in Anlehnung an Beauchamp und Childress häufig 'nonmaleficence' genannt einen, der wesentlichen Grundsätze für ethische Angemessenheit dar (vgl. Beauchamp/Childress. 2001: 113f). Auch Ropohl erklärt das No-harm-Prinzip zur minimalmoralischen Grundlage seiner Technikethik, nach ihm handelt es sich dabei um ein negativ-utilitaristisches Modell, das den "kleinsten Schaden der kleinsten Zahl" (Ropohl, 1996: 315) anstrebt.

[6] Dieses Problem hat bereits Luhmann mit dem Wort der "Appellitis" (Luhmann 1993: 134) beschrieben. Der Grundgedanke ist, dass "Moralität [?] ein fragiles Gut" ist, das "keine Dauerüberforderung, keine Dauerbeschallung mit unrealistischen Forderungen und nutzlosen Appellen" (Kersting 2008: 12) verträgt. Die ungewollten Folgen wären dann die "Erosion der Moral" (Pies 2008: 30).

[7] Sie werden allerdings wegen der bis heute uneinheitlichen Begriffsdefinition (siehe oben) nicht immer unter dem Begriff des P4P verhandelt.

[8] Geissler, et al. (2012: 641) sehen die DRG-Ansätze in Europa "noch weit von einem umfassenden Pay-for-Performance-Ansatz entfernt." Grundsätzlich ist aber unstrittig, dass "a substantial goal of the DRG introduction in Germany is the establishment of a performance-oriented payment system which promotes efficiency, transparency and quality in the hospital sector" (Braun et al. 2008: 3).

[9] Erfolg bezieht sich hier wohlgerne nicht auf die normative Ebene, sondern auf die Effizienz des Instruments. Das DRG-System etwa leidet darunter, dass die oben thematisierte "Sozialstruktur und Semantik" hier zu Ungunsten der Semantik auseinanderfallen. Weshalb in einer medizinischen Einrichtung, wie dem Krankenhaus, als Bemessungsgrundlage für die Vergütungshöhe nicht die Behandlungsqualität, sondern die Behandlungszeit gewählt worden ist, muss wenigstens ethische Nachfragen erzeugen. Auf der funktionalen Ebene kann jedoch konstatiert werden, dass das DRG-System die Behandlungszeit schnell reduzierte und damit die politisch gewünschten Ziele erreichte. Damit unterstreicht auch das DRG-System die Leistungskraft ökonomischer Anreizmodelle, auch wenn das angereizte Ziel selbst ethisch zweifelhaft erscheint.

Der Autor



Benjamin Roth

Benjamin Roth studierte katholische Theologie, Germanistik und Gesundheitsökonomie in Köln und Augsburg. Nach seiner Bachelorarbeit zu den "Möglichkeiten und Grenzen ethischen Managements im Krankenhaus unter DRG-Bedingungen", absolvierte er den interdisziplinären Master "Medizin-Ethik-Recht" an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, den er mit einer Arbeit über die "Mischpreisdiskussion im Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz" am Lehrstuhl für Mikroökonomie abschloss.

Seither ist er Promotionsstudent und arbeitete als Dozent sowie als wissenschaftlicher Fraktionsreferent. Aktuell ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Gesundheitsethik (ZFG) der Ev. Akademie Loccum. Neben seiner DNWE-Mitgliedschaft engagiert er sich in der International Working Group "Public Health-Ethics/Covid-19" der Akademie der Ethik in der Medizin. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt liegt im Grenzbereich zwischen Wirtschafts-, Medizin- und Public-Health-Ethik, wobei er sich im Besonderen mit ethischen Fragen, die im Kontext der pharmazeutischen Industrie liegen, beschäftigt.