

A Das Gutachten auf einen Blick – Synopse

Eine glaubwürdige und erfolgsversprechende „umfassende“ Qualitätsstrategie hat drei Aufgaben zu erfüllen: sie muss den zukünftigen Anforderungen im Krankheitsspektrum einer alternden Gesellschaft genügen (Behandlung bzw. Begleitung chronischer Mehrfacherkrankungen, Prävention), sie muss die Sektorierung überwinden und für mehr Koordination sorgen, und drittens muss sie alle Qualitätsperspektiven umfassen: sie darf nicht bei der prozedur- bzw. diagnosebezogenen, klassischen Qualitätssicherung stehen bleiben, sondern hat vor allem Nutzenaspekte und Patientenorientierung mit einzubeziehen. Eine solche Qualitätsstrategie trägt aktiv dazu bei, problemorientiert das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln. Ein Qualitätsverständnis, das auf der Neutralisierung unerwünschter Vergütungsanreize beruht, sollte der Vergangenheit angehören.

Die derzeitige Qualitätssicherung ist auf wenige stationäre Krankheitsbilder und Eingriffe begrenzt, die der operativen Behandlung von Akuterkrankungen zuzuordnen sind. Konservativ zu behandelnde, chronische Erkrankungen, Prävention und Elemente wie Koordination und Integration sind weitestgehend von der Qualitätssicherung ausgeschlossen. Die derzeitige Qualitätssicherung ist rein sektoral organisiert, selbst die wenigen „transsektoralen“ Projekte bleiben – wie der Begriff schon andeutet – der sektoralen Logik verhaftet. Es ist daher ein Richtungswechsel notwendig. Nicht zuletzt angesichts der großen Zahl bereits laufender Integrationsprojekte sollte die Entwicklung jetzt zügig und vorrangig eine regionale und Populations-Perspektive einneh-

men, die die Prävention und gesundheitliche Versorgung von Populationen (z.B. durch *area*-Indikatoren) in den Vordergrund stellt. Hierzu gehört auch eine populationsbezogene (und nicht anbieterorientierte) Bedarfsplanung. Instrumente zur Qualitätsverbesserung, die derzeit diskutiert werden (z.B. *Pay for Performance*), müssen kritisch daraufhin überprüft werden, inwieweit sie diesen Aufgaben förderlich sind.

Qualität: dreidimensionaler Orientierungsrahmen als Grundlage der Diskussion

Ein modernes Qualitätsverständnis muss sich also am Entwicklungsstand des jeweiligen Gesundheitswesens und am Bedarf der zukünftigen Versorgung orientieren. Das Gutachten formuliert in diesem Zusammenhang **fünf Ziele**, die diese Anforderungen auf den Punkt bringen (s. Kap. 1.4):

- Qualitäts- statt ausschließlicher Mengenorientierung,
- Schwerpunkt auf chronischen Mehrfacherkrankungen älterer Menschen statt (allein) auf Akuterkrankungen,
- Überwindung der Sektorierung des Gesundheitssystems zugunsten einer besseren Integration und Koordination der Behandlung,
- Förderung der Krankheitsprävention gegenüber der Behandlung aufgetretener Erkrankungen, und
- Patienten- statt Anbieterbezug.

Diese Ziele werden anschließend zu zwei „Dimensionen“ verdichtet, der **Integrationsdimension** (Struktur des Gesundheitswesens, z.B. Sektorierungsproblematik) und der **Morbiditätsdimension** (Chronizität der Erkrankungen, Prävention). Das Gutachten geht aber auch noch einmal zum Grundsätzlichen zurück und untersucht unser **gegenwärtiges Qualitätsverständnis**. Das Ergebnis ist relativ ernüchternd: wir verharren in einer operativ und akutmedizinisch orientierten, diagnose- und prozedurenbezogenen Qualitätssicherung, die der Logik der 90er-Jahre verhaftet ist, als man wegen der Einführung der Fallpauschalen Befürchtungen um die Qualität der entsprechenden operativen Leistungen hatte (und das DRG-System führte die Prozedurenorientierung dann weiter). Heute und in Zukunft stehen dagegen ganz andere Inhalte der Qualität einer adäquaten Gesundheitsversorgung im Vordergrund. Zum einen wird die Bedeutung konservativer, chronischer und multipler Erkrankungen deutlich zunehmen, die für älter werdende Patienten eine kontinuierliche Behandlung im Sinne einer „Begleitung durch das System“ notwendig machen. Um es nicht zu vergessen: Patientenorientierung ist in aller Munde, es gibt zunehmend wichtige Hinweise aus der Patientenperspektive (die ja vom Gesetzgeber durchaus aufgegriffen werden), aber diese Hinweise sehen nicht die Elektiveingriffe, sondern die Koordination und Zusammenarbeit der Anbieter im Mittelpunkt. Zum Anderen steht nicht nur die Frage, ob wir die Behandlung „richtig“ machen, sondern ob wir „das Richtige“ machen, also die Frage vom Nutzen der Behandlungsmethoden auf der Tagesordnung – eines der wichtigsten Qualitätsperspektiven. Allerdings hat der Gesetzgeber durch

die Tatsache, dass er dem IQWiG nun ein weiteres Qualitätsinstitut zur Seite gestellt hat (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen [IQTiG]), die Dualität Qualitätssicherung alter Art und Nutzenbewertung noch verfestigt, statt diese wichtigen Aspekte in einer Hand zu lassen.

Insgesamt unterscheidet das vorliegende Gutachten **sechs Qualitätsperspektiven** (s. Kap. 1.3), um u.a. die Darstellung der Qualitätsdefizite (s. Kap. 3) und der gesetzlichen Entwicklungen (s. Kap. 7) zu systematisieren und die Operationalisierung des Qualitätsbegriffes für die anstehenden Diskussionen zu verbessern:

- gesellschaftliche Perspektive (Versorgung auf Populationsebene),
- Ebene des Nutzens der Behandlungsmethode (Allokation und Effizienz),
- Patientenperspektive (Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination),
- professionelle Perspektive (Autonomie, Garantenstellung),
- institutionelle Perspektive (Organisatorische Umsetzung),
- wissenschaftliche Perspektive (Deskription und Hypothesenbildung).

Für die Bewertung zukünftiger Entwicklungen und Instrumente auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Patientensicherheit schlägt das Gutachten darauf aufbauend einen **dreidimensionalen Orientierungsrahmen** vor (vgl. Kap. 1.4 und Abb. 3), der

- die Qualitätsdimension (sechs Perspektiven, z.B. gesellschaftliche Perspektive, Nutzen von Behandlungsmethoden, Patientenperspektive etc.),
- die Integrationsdimension (Koordination, Überwindung der Sektorierung) und
- die Morbiditätsdimension (Chronizität/Prävention)

umfasst (s. Abb. 1).

Kontext und Komplexität im Gesundheitswesen: umfassendes Rahmenkonzept

Angesichts der fortbestehenden Qualitäts- und Sicherheitsmängel kann man jedoch nicht beim Thema Qualitätsverständnis und an Fragen der Systematisierung stehen bleiben. Allgemein hat sich die Ansicht durchgesetzt, dass Qualität nicht (allein) eine individuelle Aufgabe darstellt, sondern im organisatorischen Rahmen zu sehen ist (Managementperspektive), gerade die „Patientensicherheitsbewegung“ hat hier eine wichtige Rolle gespielt. Allerdings mehrten sich die Anzeichen dafür, dass auch die organisatorische Ebene nicht ausreicht, will man wirkungsvoll zu einer Verbesserung der Situation kommen, sondern Qualität und Sicherheit müssen als Problem des gesamten Gesundheitssystems angesehen werden – zu wichtig sind Interaktionen mit Finanzierungsfragen oder dem professionellen Selbstverständnis der beteiligten Berufsgruppen.

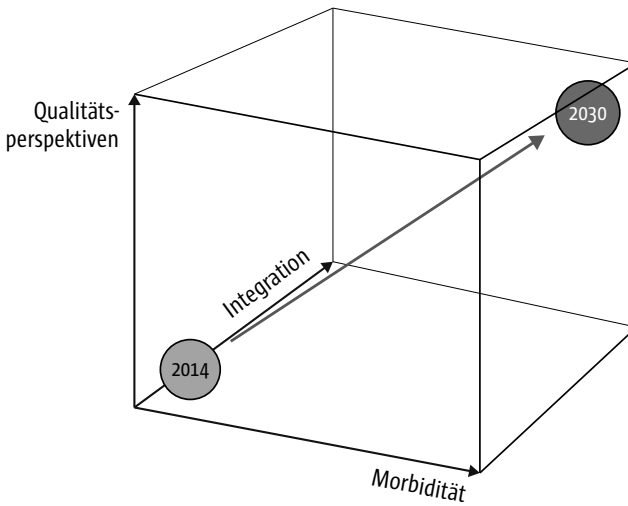


Abb. 1 Dreidimensionaler Orientierungsrahmen für die Qualitätsentwicklung des Gesundheitssystems (vgl. Kap. 1.4 und Abb. 3)

Die Erkenntnis, dass Qualität und Patientensicherheit Systemeigenschaften darstellen, hat in erster Linie die Konsequenz, dass wir nicht durch mehr Anstrengungen der Einzelnen, durch mehr Vorschriften, durch mehr Regulation zu mehr Qualität und Sicherheit kommen, sondern dadurch, dass wir das System weiterentwickeln. Ausgehend vom „To Err Is Human“ Report im Jahr 1999 wurde daraufhin in den USA (ebenso wie in Großbritannien) ein *conceptual framework* für die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems ausgearbeitet, das maßgebliche Hinweise für die Bedeutung und die Weiterentwicklung der Qualität der Versorgung beinhaltet („*Crossing the Quality Chasm*“, IOM 2001, und „*The NHS Outcome Framework 2013/2014*“, NHS 2013). Wir können in Deutschland viel aus diesen sehr elaborierten und gut evaluierten Konzepten lernen, werden es aber nicht vermeiden können, wegen unserer spezifischen Situation eigene Konzepte zu entwickeln. Die Empfehlungen in diesem Gutachten beginnen daher auch mit dem Hinweis, dass wir ohne ein fortlaufend aktualisiertes „Rahmenkonzept Qualitätsentwicklung“ für unser Gesundheitssystem keine Aussicht auf einen langfristigen Erfolg unserer Verbesserungsbemühungen haben werden (s. Empfehlung 1).

Die genannten Rahmenkonzepte aus den USA und aus Großbritannien stellen Qualität nicht nur als Eigenschaft des Gesundheitssystems dar, sondern interpretieren es aus systemtheoretischer Sicht – mit besonderer Betonung der Komplexität des Gesundheitssystems. Im vorliegenden Gutachten wird diese Komplexitätstheoretische Ausrichtung aufgenommen und um das Konzept der Expertenorganisation (*professional bureaucracy*) ergänzt, das im Jahr 1979 erstmalig von Mintzberg vorgestellt worden war. Obwohl die Konzepte im ersten Fall einen systemischen, im zweiten Fall einen organisatorischen Fokus

aufweisen, ergänzen sie sich in weiten Bereichen hervorragend, insbesondere hinsichtlich der Tendenz zur Selbstorganisation, dem hohen Maß der Autonomie ihrer Mitglieder und der Verdecktheit der gleichwohl vorhandenen internen Regeln sowie den deutlichen Übereinstimmungen im Bereich Innovation und Umgang mit Unsicherheit. Beide Konzepte weisen einerseits eine hohe Innovationsbereitschaft auf, sind andererseits in ihrer Reaktion auf die Umwelt jedoch verhalten und meiden daraus resultierende Innovationsansätze („**Innovationsparadoxon**“). Noch entscheidender für den Bereich Qualität und Patientensicherheit ist aber die Beobachtung, dass beide Konzepte eine weitgehende Toleranz von Unsicherheit aufweisen („**intrinsische Unsicherheit**“). Die Expertenorganisation erreicht Koordination über Standardisierung in der Ausbildung und durch den Einsatz von *peers*, die Ärzte im Nachtdienst sind jedoch allein und müssen „durchkommen“. Das komplexe System weist Unsicherheit, Spannung und Paradoxie sogar als konstituierendes Element seiner Struktur aus. Die Toleranz gegenüber Unsicherheit ist einerseits gewiss ein Vorteil, denn sie schützt vor voreiliger Festlegung und irreführender Linearität, andererseits weist sie durch die Innovationsresistenz gegenüber Umweltreizen und somit auch externen Qualitätserwartungen schwerwiegende Defizite auf. Um in der vorliegenden Arbeit die Synergien beider Konzepte kenntlich zu machen, wird der Arbeitsbegriff „**komplexe professionelle Systembürokratie**“ verwendet.

Ein Rahmenkonzept muss aber auch auf die Ebene der **individuellen Verhaltensänderung** Bezug nehmen. *Feedback*-Verfahren wie P4P setzen einen externen (in diesem Fall finanziellen) Anreiz und sind den lerntheoretischen Konzepten zuzurechnen. Folgt man dem Maslow'schen Konzept, setzen diese Verfahren an sehr basalen Bedürfnissen an, eine Veränderung sozialer Rollen oder gar eine gesteigerte Wertschätzung wird nicht angesprochen. Zwar hat es in den letzten Jahrzehnten mehrere Versuche gegeben, mit Modellen der sozialen Wahrnehmung, die über den individuellen Ansatz der lerntheoretischen Konzept hinausgehen und z.B. Haltungen und Einstellungen thematisieren, die Veränderungsresistenz des Gesundheitswesens zu überwinden. In diesem Zusammenhang wurde auch auf das Konzept des **Professionalismus** gesetzt, das interne Motivation, Altruismus und Autonomie in den Mittelpunkt stellt; es existieren hier Parallelen zur Diskussion z.B. um die Einführung von Leitlinien oder der *Evidence-based Medicine*. Zusammenfassend muss man jedoch festhalten, dass aus diesen Ansätzen keine Konzeption entwickelt werden konnte, die tragfähige Lösungen für die virulenten Probleme bietet. Der Grund ist darin zu suchen, dass diese Ansätze zu kurz greifen, eine zusätzliche Einbeziehung von Konzepten des organisatorischen Wandels und des kontextbezogenen Lernens (soziales Marketing) erscheint dringend notwendig und wird in dem hier entworfenen Rahmenkonzept vorgeschlagen.

Auf der dritten Ebene muss ein tragfähiges Rahmenkonzept in der Lage sein, auch **ökonomische Anreize** mit organisationstheoretischen Konzepten und Konzepten der Verhaltensänderung zusammenzuführen. Als Beispiel sei hier

die *Principal-Agent*-Theorie genannt, die bei P4P eine große Rolle spielt, und auch aus dem Gebiet der Verhaltensökonomie (*behavioural economics*) lassen sich wertvolle Aspekte identifizieren (z.B. Risikoaversion). Zu den ökonomischen Faktoren gehören selbstverständlich auch das Zusammenspiel unterschiedlicher Vergütungssysteme; wie weiter unten noch zu diskutieren sein wird, ist z.B. P4P ja nie als komplettes Vergütungssystem aller denkbaren Leistungen zu verstehen, sondern wird immer in ein bestehendes Vergütungssystem „eingebettet“ sein, was zu erheblichen Interaktionen führt, wenn die Anreize in unterschiedliche Richtungen gehen.

Letztlich muss – auf der vierten Ebene – die politische Umsetzung und die spezifischen Aufgaben der **politischen Ebene** diskutiert und in das Konzept aufgenommen werden. Eine detaillierte Regelung „von oben“ ist heute nicht mehr denkbar; moderne Konzepte wie das der *governance* sehen explizit die Einbeziehung zivilgesellschaftlicher und institutioneller Elemente (z.B. informelle oder privat organisierte Netzwerke) vor, wenngleich die „Politik“ sich der Verantwortung nicht entziehen kann: sie muss Rahmenbedingungen setzen, die Richtung vorgeben (*direction pointing*) und frühzeitig unerwünschte Nebenerscheinungen identifizieren und diese eingrenzen.

Ein derartiges Rahmenkonzept, das als Hintergrund für die Entwicklung und Evaluation einer weiterführenden Qualitätsstrategie dient, sollte also folgende sechs Elemente berücksichtigen (vgl. Kap. 8):

- Organisationstheorie: *professional bureaucracy*
- Systemtheorie: Komplexe Systeme
- Verhaltensänderung
- Ökonomische Grundannahmen: *Principal-Agent*-Theorie und Verhaltensökonomie
- Kombination mit anderen Vergütungssystemen
- Politikwissenschaftliche Annahmen

Instrumente zur Weiterentwicklung von Qualität und Patientensicherheit

Ein solches Rahmenkonzept, das auf einer problembasierten Analyse des Handlungsbedarfs (s.o.) aufsetzt, kann den Schlüssel für eine sinnvolle Diskussion der Instrumente zur Qualitätsverbesserung bilden, insbesondere kann auf dieser Basis auch eine Abschätzung der möglichen Effekte und der Rahmenbedingungen für einen sinnvollen Einsatz dieser Instrumente vorgenommen werden. Es geht hierbei nicht allein darum, etwaige positive Effekte zu antizipieren und nachzuweisen, sondern auch um die Notwendigkeit, gerade auch die politische Ebene vor übersteigerten Erwartungen zu schützen. Um ein Beispiel zu nennen: es ist nicht sinnvoll, über weitere Qualitätsanreize nachzudenken, wenn die sektorale Beschränktheit eines DRG-Systems bestehen bleibt und nicht in Richtung einer populationsorientierten Finanzierung überwunden wird, denn unsere hauptsächlichen Qualitätsprobleme be-

stehen nicht in einer weiteren sektoralen Optimierung, sondern in der mangelnden Integration und Koordination der Versorgung. Auch andere Sachfragen, die in Deutschland als vermeintliche Kernprobleme diskutiert werden, erlangen vor diesem Hintergrund einen ganz anderen Stellenwert. Die Frage Ergebnis- vs. Prozessindikatoren ist zum Beispiel relativ eindeutig zu beantworten, wenn es nicht mehr primär um operative Elektiveingriffe geht, sondern um die Problematik der Koordination. Man braucht hierfür eben vermehrt Indikatoren für die „Prozesse“ dieser Behandlungscoordination chronischer Mehrfacherkrankungen und nicht (ausschließlich) Ergebnisindikatoren, die dann auch noch einen Mengenanreiz im Bereich der Akutmedizin auslösen – ganz abgesehen von der mangelnden Präventionsperspektive und der Problematik Risikoadjustierung. Administrative Daten, die sowieso durch ihre geringe Sensitivität für eine sinnvolle Beschreibung von Qualität kompromittiert sind (sie erfassen selten mehr als 50% der Probleme), sind erstmal auf die Leistungserbringer bezogen – wenn wir die Patientenperspektive einnehmen wollen (und das sollten wir), dann sind klinische Indikatoren und solche, die die Zusammenarbeit der Leistungserbringer beschreiben (wann kommt der Arztbrief, wie gelingt die Arzneimittelversorgung am Wochenende nach der Entlassung aus dem Krankenhaus) viel wichtiger. Und es gibt sehr gute Beispiele dafür, dass man mit klinischen *Surveillance*-Instrumenten hervorragend umgehen kann, denn im Bereich der Infektionsepidemiologie wird weltweit seit über 30 Jahren mit solchen Methoden gearbeitet, international aufeinander abgestimmt, vergleichbar und stabil.

Hinsichtlich Qualitätsdarstellung, Transparenz und Qualitätsberichterstattung (*Public Reporting*) stehen drei grundsätzliche Änderungen auf der Tagesordnung, die sich aus den „fünf Zielen“ und den drei Qualitätsdimensionen ergeben: wir müssen das Spektrum der Indikatoren erweitern und die Koordinationsperspektive in den Vordergrund stellen (und somit, wie international üblich, den Prozessindikatoren mehr Raum geben), wir müssen stabile Falldefinitionen bilden (um den Einsatz der partiell blinden Routineindikatoren zu vermeiden), und wir müssen die anbieterbezogenen Indikatoren zu versorgungsorientierten Indikatoren weiterentwickeln. In Zukunft brauchen wir Aussagen über die Qualität einer Region, nicht mehr allein eines Krankenhauses. Und diese *area*-Indikatoren können sogar einen sehr weiten Blickwinkel aufweisen, der im Falle von Antibiotikaresistenzen von der Antibiotika-Visite auf der Intensivstation über das Gesundheitszentrum und die Pflegeeinrichtung bis zur Antibiotika-Anwendung im benachbarten landwirtschaftlichen Großbetrieb reichen kann. In Abgrenzung zu *Pay for Performance* ist zu beachten, dass *Public Reporting*, das auf indirekten ökonomischen Anreizen beruht, besonders in hoch kompetitiven Regionen wirksam ist und außerdem einen aktiven, zum Dissens befähigten Patienten voraussetzt. Beide Aspekte lassen es ratsam erscheinen, in weniger dicht besiedelten Regionen und bei älteren, eventuell passiv eingestellten Patienten auf eine dadurch verursachte Verschlechterung der Versorgung zu achten.

In diesem Zusammenhang wird sich auch die bisherige **Krankenhausplanung** ändern und in eine **Versorgungsplanung** weiterentwickeln (die Entwicklung ist ja schon im Gange). Nichts liegt näher als hier Qualitätsindikatoren mit *area*-Perspektive einfließen zu lassen, nur – wir müssen diese erst einmal entwickeln. Hier ist Eile geboten (s. Empfehlung 24), denn die Integration der Versorgung in der Fläche ist ja schon im Gange, und das deutsche Gesundheitssystem sollte sich nicht unversehens in der Situation wiederfinden, dass regionale Versorgungsverbände eine Versorgung anbieten, die zu Unzufriedenheit führt und vielleicht durch mangelnde Information über die Qualität des Angebots gekennzeichnet ist. Der erste Schritt in diese Richtung ist eine offene Diskussion über den Zugang zur Versorgung: wie weit soll die nächste unfallchirurgische Versorgung entfernt sein, und wie ist sie erreichbar? Der Zugang zur Versorgung bildet einen Spannungsbogen mit der Zentralisierung der Versorgung, die die Qualitätsvorteile höherer Leistungsmengen realisiert (Mindestmengen), bislang in Deutschland beinahe sträflich vernachlässigt. Hier kann man sich immer wieder nicht des Eindrucks erwehren, dass die anbietedorientierte Diskussion noch immer die Patientenorientierung dominiert.

Schwerpunkt: Pay for Performance (P4P)

Was kommt als nächstes? Die internationale Entwicklung spricht klar für die baldige Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung (P4P). Als Vorbilder sind in erster Linie das *Value-Based Performance* Programm in den USA, das alle Krankenhäuser umfasst und ab 2015 auch den ambulanten Bereich betrifft, und das von NICE kontinuierlich weiter ausgebauten *Quality and Outcome Framework* in Großbritannien zu nennen. Auch der Koalitionsvertrag der Großen Koalition vom November 2013 äußert sich in diesem Sinne. Nur sollte man sich vor einem allzu eiligen Automatismus hüten, denn wenn dieser nächste Schritt scheitert, dürfte der Qualitätsgedanke erheblichen Schaden nehmen.

Am Anfang stehen also, wie vorstehend geschildert, eine gründliche Bedarfs- bzw. Problemanalyse und die Entwicklung eines adäquaten Rahmenkonzeptes. Beide bilden den Hintergrund, vor dem die Diskussion um *Pay for Performance* nun auch in Deutschland geführt werden kann, nicht als Selbstzweck, sondern zur Lösung der zukünftigen, im vorliegenden Gutachten als „fünf Ziele“ bezeichneten Versorgungsprobleme. P4P ist ein komplexes Feedback-Verfahren, das Wettbewerbs Elemente einsetzt, um Qualitätsdefizite in Gesundheitsversorgung und Prävention günstig zu beeinflussen. Es ist aus zwei Systematiken zusammengesetzt und basiert auf (1) einer Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und (2) einer nachvollziehbaren Kopplung der Qualität oder Effizienz (*value*) der Versorgung an Vergütungsbestandteile. P4P wird in der Regel nicht als einziges, alleinstehendes Vergütungssystem verwendet, sondern in andere Vergütungssysteme (z.B. DRG-System) integriert. Es gehört zu den Instrumenten des sog. Qualitätswettbewerbes und setzt direkte finanzielle Anreize ein, während *public reporting* (Qualitätssicherung

nach § 137 SGB V) seine Wirkung über indirekte finanzielle Anreize (Marktvorteil wegen besserer Qualität) erzielt.

Die frühen Erfahrungen mit P4P waren sehr ermutigend, die ersten Studien und Reviews kamen zu besseren Ergebnissen als die späteren **Evaluationen**. Der Sachverständigenrat sprach sich daher auf der Basis seines frühen Systematischen Reviews (Studien bis 2006) zur kurzfristigen Wirksamkeit von P4P auf definierte Versorgungsziele vorsichtig für einen Einsatz von P4P aus. Die langfristigen Ergebnisse ergaben jedoch sowohl für den stationären (z.B. *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project* [HQIP] in den USA) als auch für den ambulanten Bereich (*Quality and Outcome Framework* [QOF] in Großbritannien) nur einen mäßigen Erfolg. Zwar konnten die Verbesserungen durch P4P zeitlich vorgezogen werden, die Varianz der Indikatoren wurde reduziert und die Teamarbeit oder eine Veränderung der beruflichen Rollen gefördert, aber die Verbesserungen waren zeitlich begrenzt, es zeigten sich keine Verbesserungen in nicht angereizten Leistungsbereichen (kein *spill over*), und die erhoffte Förderung gerade der *poor performers* blieb aus.

So mutet es auf den ersten Blick paradox an, dass trotz der relativ enttäuschenden **langfristigen Ergebnisse** sowohl in den USA als auch in Großbritannien am Gedanken einer qualitätsorientierten Vergütung nicht nur festgehalten wurde, sondern dass man diese sogar deutlich ausgebaut und erweitert. Hier kommt das *conceptual framework* zum tragen, so wie es in den USA (*Crossing the Quality Chasm* des IOM [2001]) und in Großbritannien (*The NHS Outcome Framework 2013/2014* des NHS) vorlag bzw. vorliegt: die Indikatoren waren bereits langfristig bekannt, es kam zu einem *ceiling*-Effekt, die *poor performer* wurden wegen einer mangelhaften Kopplung der finanziellen Anreize an die Qualität nicht motiviert, durch den gleichzeitigen Einsatz von *Public Reporting* und P4P neutralisierten sich diese Instrumente (*dual use*), die Vergütung war zu niedrig (vor allem unter Berücksichtigung der Opportunitäts- und Grenzkosten) und man hatte die Risikoaversion der Entscheidungsträger sowie die Dominanz des grundlegenden Vergütungssystems (DRG) unterschätzt.

So ist auch in Deutschland davon auszugehen, dass P4P ohne ein **Rahmenkonzept**, so wie es oben in Ansätzen ausgeführt wurde, weder sinnvoll einzuführen noch zu evaluieren ist, weil keine realistischen Grundannahmen, Rahmenbedingungen und Erwartungen formuliert werden können. Das vorliegende Gutachten hat ein solches Konzept entwickelt – zunächst auf den ersten Blick resultieren daraus die Notwendigkeit der vorgeschalteten Problemanalyse (wo geht das Gesundheitswesen hin, wo ist es überhaupt angebracht, Qualität zu messen und anzureizen?), die Entwicklung problembezogener Indikatoren (statt eines datengetriebenen Zählens von Parametern), das Bekenntnis zu Prozessindikatoren bezüglich der Koordinationsproblematik in unserem Gesundheitssystem und die Relativierung der (übersteigerten) Erwartungen an die Routinedaten – zugunsten klinischer Falldefinitionen z.B. analog der Infektionsepidemiologie.

In zweiter Linie sind **organisationstheoretische Annahmen** zu formulieren. Die monoprofessionelle Beschränkung des Professionalismus-Konzeptes auf interne Motivation, Altruismus und Autonomie hat zu keiner tragfähigen Strategie geführt, die Implementierung von P4P sollte daher einem multiprofessionellen Ansatz folgen, die Rollenverständnisse der beteiligten Berufsgruppen weiterentwickeln und Konzepte des organisatorischen Wandels sowie des Kontextlernens mit einbeziehen. Ganz entscheidend sind aber vor allem **ökonomischen Festlegungen**, ohne die P4P nicht erfolgsversprechend einzuführen ist. Bei den Überlegungen zur Höhe der P4P-Vergütung müssen Opportunitäts- und Grenzkosten sowie Diskontierung mit einbezogen werden, insbesondere wenn man eine Risikoaversion der Leistungserbringer und gegebenenfalls die Unsicherheit einer Zahlung mit berücksichtigt. Letztere ist vor allem relevant, wenn man die Zahlung an eine relative Position in einer Rankingliste („die besten fünf“) koppelt, weil die einzelnen Einrichtungen erst spät einschätzen können, ob sich ihre Investition in Qualität über die P4P-Vergütung „auszahlt“. Gestaffelte absolute Grenzwerte und die Vergütung relativer Positionsverbesserungen sind daher vorzuziehen. Die *Principal-Agent*-Theorie verweist auf die notwendige Abgrenzung von P4P und der Einzelleistungsvergütung, letztere ist vorzuziehen, wenn die Informationsasymmetrie qualitätsrelevanter Leistungen z.B. durch EBM aufgehoben ist (z.B. Blutkultur vor Antibiotika-Gabe bei der Pneumonie).

P4P sollte also auf Bereiche beschränkt werden, bei denen die Leistungserbringer einen deutlichen Wissensvorsprung bzgl. des Zustandekommens der Versorgung aufweisen können, z.B. in der Behandlung von chronischen Erkrankungen. Die Einbeziehung der Erkenntnisse der *behavioural economics* (**Verhaltensökonomie**) mit ihren Elementen *framing*, *isolation effect* und Überschätzung relativer Risiken erbringt schon erste Empfehlungen für das weitere Vorgehen. Neben der oben bereits genannten Risikoaversion (Zeitnähe, Verlässlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Zahlungen) sind kleinere, häufigere Zahlungen mit on/off-Charakteristik wirkungsvoller als größere aber nur selten gezahlte Summen (z.B. im Rahmen des Gesamterlöses eines Krankenhauses), die Einbehaltung von Vergütungsbestandteilen der stärkere Anreiz als die zusätzliche Vergütung (Verlustaversion), die Indikatoren sollten „unverbraucht“ sein und nicht schon vorher Gegenstand anderer Systeme (z.B. *Public Reporting*) gewesen sein, weil dann kein weiterer Effekt mehr auftritt (*ceiling*), und ein P4P-Programm sollte nicht gleichzeitig mit mehreren anderen Regelungen eingesetzt werden (*isolation effect*). Insbesondere bei Ergebnisindikatoren muss die Risikoadjustierung optimal gestaltet werden, weil sich ansonsten bei Erkrankungen mit niedriger Inzidenz vor allem kleinere Einrichtungen wegen des Morbiditäts- und Komorbiditätsrisikos nicht an dem P4P-Programm beteiligen bzw. alternativ Risikoselektion betreiben. Daher sind Prozessindikatoren, die keiner Risikoadjustierung bedürfen, zu präferieren, evtl. ergänzt durch einige Ergebnis- (z.B. adjustierte Mortalität) und Strukturindikatoren.