

8 Umfassende Qualitätsstrategie – Kontext

8.1 Vorbemerkung

Man könnte es an dieser Stelle kurz machen. Es ist in den letzten Jahren zu zahlreichen Regelungen hinsichtlich Qualität und Patientensicherheit gekommen, die ob ihrer schiereren Menge den Betrachter beeindrucken, gleichzeitig aber etwas ratlos zurücklassen (warum ist dann Qualität und Sicherheit immer noch ein Thema?). Die Regelungen können zwar ihren defensiven Charakter nicht verhehlen (wie verhindert man am besten negative Effekte der DRG-Einführung), lassen aber trotzdem einen politischen Willen nicht verkennen. Wenn man diesen zwar skeptischen, trotzdem anerkennenden Gedanken weiterspinnt, dann kommt man zwangsläufig zu der Empfehlung: als nächstes brauchen wir *Pay for Performance*. Weil andere Gesundheitssysteme es auch machen, weil es auf der Hand liegt, weil es so eingängig ist – es soll zwar kein Allerheilmittel sein, aber trotzdem ist P4P eben der nächste logische Schritt.

Allerdings birgt dieses Vorgehen **große Gefahren**. In der ersten Linie sind diese darin zu suchen, dass ein Misslingen an diesem Punkt der Entwicklung – wenn man also so weit geht, Qualitätsgesichtspunkte finanziell zu unterfüttern und sie nicht mehr alleine der professionellen Regulation zu überlassen – dem ganzen Qualitätsgedanken einen erheblichen Dämpfer versetzen dürfte, von dem er vielleicht sich nie mehr erholt. Daher lohnt es sich vielleicht, ein wenig mehr auszuholen – vor allem, weil es auch hierfür Vorbilder gibt, z. B.

die *conceptual frameworks* in den USA (*Crossing the Quality Chasm* des IOM [2001]) und in Großbritannien (*The NHS Outcome Framework 2013/2014* [NHS 2013B]).

Für die weitere Entwicklung ist folglich ein Rahmenkonzept notwendig, das zum einen die Erfolgswahrscheinlichkeit der nächsten Schritte einzuschätzen hilft, das zum anderen die Bedingungen der Umsetzung formulieren lässt, und das drittens die Größe des Effektes vorhersehen lässt, so dass man keine zu hohen Erwartungen aufbaut, die dann enttäuscht werden. Kurz: **Kontextbedingungen kennen, sachgerecht umsetzen, zielgerichtet evaluieren.**

In der Folge werden **sechs Themen** kurz dargestellt, die für ein Rahmenkonzept, das in Kapitel 9 zusammenfassend dargestellt wird und die weitere Entwicklung abschätzen und anleiten kann, von Bedeutung sind und in ihrer Gesamtheit den Kontext für eine umfassende Qualitätsstrategie bilden:

- Expertenorganisation (*professional bureaucracy*)
- System: Komplexität
- Modelle der Veränderung
- Ökonomische Grundannahmen
- Vergütungslogik
- Politikwissenschaftliche Konzepte

Zusammenfassung:

P4P *ante portas* – aber eine umfassende Qualitätsstrategie könnte vor Fehlentwicklungen und Enttäuschungen schützen. Ein Rahmenkonzept, das den Kontext beschreibt, die Auswirkungen antizipiert und den Hintergrund für Evaluationsmaßnahmen bildet, sollte organisatorische Aspekte umfassen (Expertenorganisation [*professional bureaucracy*]), die Systemkomplexität beschreiben, Modelle zur Veränderung des individuellen Verhaltens beinhalten, ökonomische Grundannahmen treffen, die Vergütungssystematik mit einbeziehen und politikwissenschaftliche Konzepte definieren, die eine Umsetzung von weiteren Qualitätsinstrumenten fördern.

8.2 Professional Bureaucracy: die Expertenorganisation

8.2.1 Vorherrschende Organisationsstruktur im Gesundheitswesen

Für die Organisationen bzw. Institutionen des Gesundheitswesens ist die zentrale Rolle der Berufsgruppen bzw. Professionen typisch. Derartige Organisationen bezeichnet man als Expertenorganisationen (Spezialistenbürokratien) oder *professional bureaucracies* (Kieser 2006; Lega u. DePietro 2005; Mintzberg 1979). Neben Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen gehören Universitäten (s. u.), Beratungsunternehmen, Schulen und soziale Dienste sowie Assoziationen wie z. B. Rechtsanwaltskanzleien zu dieser Gruppe von Organisationen.



*Eine klassische Form der Expertenorganisation ist die **Universität**: „Business of a university is not university business.“ (Chandler 1999). Das **Management einer Universität (university business) steht im Konflikt mit dem Wesen oder der Aufgabe einer Universität (business of a university), Forschung und Lehre zu betreiben, verbunden mit der sog. akademischen Freiheit. Allerdings gibt es Umstände, in denen ein aktives Management unabdingbar ist und es Konflikte zwischen diesen beiden Logiken gibt, z.B. wenn die finanzielle Basis der Universität bedroht ist, weil öffentliche Gelder ausbleiben, oder wenn sich die hochschulpolitischen Gegebenheiten ändern.***

In erster Linie zeichnen sie sich durch eine hochgradige **Autonomie** von Experten (z.B. Universitätsprofessoren, Chefärzte) aus, die den wertschaffenden „operativen Kern“ der Organisation bilden. Die Tätigkeiten der Experten sind sehr komplex, so dass sie nicht von Externen oder internen Managern analysiert und standardisiert werden können. Meist handelt es sich um den Dienstleistungsbereich, die Leistungen, die die die Experten erbringen, werden im Allgemeinen stark nachgefragt, sodass die Experten über eine große berufliche Mobilität verfügen. Sie verfügen weiterhin über die eigentlichen externen Kundenbeziehungen und gestalten die Produkt-Markt-Beziehungen in maßgeblicher Form (z.B. im Krankenhaus gehen die Patienten zum Chefarzt oder zu Ärzten, die von ihm supervidiert werden, und nicht zum Geschäftsführer, um sich behandeln zu lassen). In der Konsequenz können sie sich daher dem direkten Durchgriff der (mittleren und oberen) Managementebene entziehen. Auch das Wachstum der Organisation vollzieht sich horizontal um die Fachgebiete der Experten herum und/oder durch weitere Spezialisierung der Funktionen (z.B. Innere Medizin (ein Chefarzt) wird zu Gastroenterologie und Kardiologie mit zwei Chefärzten).

Natürlich ist in einer solchen Struktur ein hohes Maß von **Koordination** notwendig. Diese Koordination innerhalb der Expertenorganisation wird durch Standardisierung, die Internalisierung von Standards während einer langen Ausbildungs- und Trainingsphase und eine inhaltliche (Mit-)Kontrolle durch externe *Peers* bzw. Fachgesellschaften gewährleistet (McCulloch 2006). Dieser Aspekt betont die inhaltliche Nähe zum Begriff des **Professionalismus** (zur Definition s.u. sowie Freidson 2001, auch Relman 2007). Das interne Management spielt dagegen nur eine sehr geringe Rolle: „one salutes the man, not the the stripes“ (Mintzberg 1979). So stammen die relevanten Arbeitszeugnisse eines ärztlichen Mitarbeiters immer vom Chefarzt, also dem Abteilungsleiter, ein (seltenes) Zeugnis des Geschäftsführers der Klinik hat für die Karriere eines Arztes kaum Relevanz. Die professionellen Experten sehen sich in erster Linie ihren fachlichen Kollegen gegenüber verantwortlich, die Karrieren werden primär über die Professionen geplant und ermöglicht.



Definition Professionalismus (s. Freidson 2001, Relmann 2007)

- **hochgradige Spezialisierung**
- **spezifisches Wissen und Können**
- **Zertifizierung durch die Profession**
- **exklusive Eigengerichtsbarkeit**
- **geschützte Stellung auf dem Arbeitsmarkt**
- **hohe Priorität von professionellen Werten**

Eine Voraussetzung für die Wirksamkeit dieser Standardisierung ist die **funktionale „Diagnose“** im Vorfeld der Aufgabenerfüllung („*pigeonholing*“, das Einsortieren in Schubladen [Mintzberg 1979]); es muss zuerst klar sein, worum es geht, bevor dann die Organisation entsprechend eines standardisierten Vorgehens aktiv wird.

Die Experten haben eine **umfangreiche horizontale Vernetzung** auf der Arbeitsebene (Kollegialität), nehmen aber gleichzeitig auch zahlreiche „vertikale“ Leitungsaufgaben wahr (wie z.B. die eigenständige Gestaltung der Kundenbeziehungen). Leitungsgremien werden kollegial besetzt, Managementfunktionen „mit den eigenen Leuten“. Das nichtprofessionelle Management ist im Vergleich zu anderen Organisationen unbedeutend und beschränkt sich zunächst auf die Aufrechterhaltung der Supportfunktionen: die *power of expertise* (die fachliche Qualifikation der Experten) ist stärker als die *power of office* (die Managementkompetenz in einer „normalen“ bürokratischen Hierarchie) (Mintzberg 1979). Allerdings gibt es in manchen Organisationen neben dem professionellen System klassische bürokratische Linienhierarchien anderer Berufsgruppen, die stark top-down mit klaren Führungsstrukturen organisiert sind (im Krankenhaus z.B. die Pflege, an der Universität nichtwissenschaftliche Mitarbeiter usw.). Die Koexistenz der partizipativen Expertenstruktur und der klassischen Hierarchie kann zu Konflikten Anlass geben und macht unter Umständen eine Abbildung der unterschiedlichen Systeme auf der Leitungsebene notwendig (Chandler 1999).

Allerdings kann eine Expertenorganisation, entgegen dem ersten Eindruck, nicht vollständig auf Managementfunktionen verzichten. Neben den Supportfunktionen (z.B. IT-Ausstattung, Bibliotheken, Beschaffungs- und Abrechnungsfragen) müssen „**nicht-professionelle**“ **Manager** z.B. im Konfliktfall schlichtend eingreifen, wenn die intraprofessionellen Mechanismen nicht ausreichen. Außerdem werden sie für die Gestaltung der Außenbeziehungen der Organisation benötigt, soweit sie die Gesamtinstitution betreffen (z.B. gegenüber politischen Gremien oder Geldgebern). Es wird dabei allerdings unbedingt erwartet, dass sie die Autonomie der Experten schützen und in der Gesamtbilanz genügend Ressourcen zur Verfügung stellen.



Eigenschaften der Expertenorganisation (EO):

1. *Die EO gehört zu den funktionalen Organisationen mit fachlich begründeter Arbeitsteilung.*
2. *Große Autonomie der Experten*
3. *Experten verfügen über eigene Kundenbeziehungen und gestalten die Produkt-Markt-Beziehung.*
4. *Horizontales Wachstum um die Fachgebiete oder durch weitere Spezialisierung*
5. *Koordination durch Standardisierung und Training*
6. *Diagnose (pigeonholing) ist die zentrale Leistung und löst standardisierte Aufgabenbewältigung aus.*
7. *Unsicherheit wird in einem gewissen Maße toleriert.*
8. *Experten verfügen über horizontale Vernetzung und gleichzeitig vertikale Leitungsaufgaben.*
9. *Das zentrale Management ist schwach ausgeprägt.*
10. *Die Aufgaben des Managements sind Außenbezug, Konfliktlösung und Support.*
11. *Die wichtigste Schwäche der EO besteht (wie bei jeder funktionalen Organisation) in der Innovationsresistenz besonders bzgl. Prozess- und Strukturinnovation.*
12. *Weitere Schwächen sind die mangelnde Ausbildung eines Qualitäts- und Risikomanagements sowie die potenzielle Überdehnung der Angebotsmacht (Verlust der Akzeptanz).*

8.2.2 Einschränkungen und Schwächen

Bei aller Standardisierung und *pigeonholing* der Klienten/Patienten wird **Unsicherheit** akzeptiert: die Lehrer stehen allein vor der Klasse, die Ärzte machen allein Bereitschaftsdienst. Diese Unsicherheit kann ein Maß annehmen, das in normalen Bürokratien nicht akzeptiert werden würde. Der Grad der Unsicherheit kann sich auch soweit erhöhen, dass die Gesamtorganisation bedroht wird, und zwar z.B. dann, wenn einzelne oder mehrere Experten ihre kollegialen Kontrolle durch die externen Professionen vernachlässigen und durch Qualitäts- bzw. Sicherheitsmängel auffallen (*failure of professionalism*, s. Marshall et al. 2010). Eine externe Kontrolle von Qualität und Sicherheit ist sehr schwer möglich, eine dazu notwendige Ausweitung des nicht-professionellen Managements mit Ausbildung eines Qualitäts- und Risikomanagements wird von den Experten primär abgelehnt und kommt nur auf ausserordentlich großen externen Druck zustande.



Schwächen der Expertenorganisation

- 1. Failure of Professionalism: *professionelle Kontrolle funktioniert nicht***
- 2. Means-Ends-Inversion: *Missbrauch der Angebotsmacht auf Experten-ebene***
- 3. *Innovationsresistenz als Bürokratie***

Eine zweite Gefahr besteht darin, dass Experten die Organisation nur noch als Plattform für den Verkauf ihrer Leistungen ansehen und ihre Angebotsmacht in einem Maße mißbrauchen („alle Patienten brauchen diese Therapie“), dass die Akzeptanz in der Umgebung in Gefahr gerät (sog. „*means-ends-inversion*“, also die Verkehrung von Mittel und Zweck, s. Mintzberg 1979). Gerade bei Klienten, oder – um im Gesundheitsbereich zu bleiben – Patienten, die sich nicht wegen einer einzelnen Akuterkrankung, sondern einer chronischen Mehrfacherkrankung an die Organisation wenden, ist eine solche Haltung dysfunktional, wenn nämlich weniger der „Absatz“ der Einzelleistung, sondern die Kooperation mehrerer Leistungen angezeigt ist.

Eine weitere Schwäche einer Expertenorganisation resultiert daraus, dass sie eine „**Bürokratie**“ ist und bleibt, daher auch der Begriff „Spezialistenbürokratie“ (Kieser 2006). Sie hat zwar gegenüber die „Maschinenbürokratie“ den Vorteil, dass sie sehr hochspezialisierte Leistungen „auf Expertenniveau“ anbieten kann und auch sehr innovationsnahe ist, sie basiert aber wie diese auf einer funktionalen Arbeitsteilung. Diese Art der Arbeitsteilung führt „in ruhigen Zeiten“ zu großen Spezialisierungsvorteilen, ist aber immer dann überfordert, wenn sie sich in instabilen Umwelten bewähren muss, wenn also unvorgesehene Ereignisse eintreten. Innovationen auf der Fachebene können von Expertenorganisationen immer erwartet werden, Prozess- und Strukturinnovationen in Zeiten des Wandels sind jedoch nicht die Stärke dieser Organisationsform.

Der Konflikt im Gesundheitswesen zwischen den Experten, meist der Ärzteschaft, und dem Management ist ein schon fast als klassisch zu beschreibendes Beispiel für die der Expertenbürokratie innewohnenden Widersprüche (Edwards 2003; Edwards 2005) (s.u. „Vergleich“). Während Manager ihre Aufmerksamkeit eher auf Patientenpopulationen statt auf individuelle Patienten richten, gestaltete Strukturen und lineare Problemlösungen vorziehen und bei primärer Organisationsloyalität zumindest partiell den Austausch mit instabilen Umwelten als ihre Aufgabe ansehen, sind Ärzte dem individuellen Patienten verpflichtet, achten auf ihre professionelle Autonomie und sind Außenbedingungen, die über das professionelle Umfeld hinausgehen, skeptisch gegenüber eingestellt (s.u. „Vergleich“). Ärzte müssen täglich *trade offs* eingehen, sie sind verpflichtet, sich in unsicheren Umgebungen zurechtzufinden (z.B. überfüllte Notfallambulanz) (Marshall et al. 2010). Der Konflikt wird teilweise sehr scharf ausgetragen (Zitat: „In the case of bacon and eggs,



it has been said the chicken is involved but the pig is committed“ – Ärzte sind verpflichtet, Hilfe zu leisten (sind *committed*), das Management schafft die adäquate Umgebung und ist *involved* [Mintzberg 1997]). Aus Managementsicht ist die primäre Verbundenheit der Ärzte mit der Profession und erst sekundär mit der Organisation das Hauptproblem und führt zu Vorwürfen, wenn der Chefarzt am Ende der Sitzung sagt „zurück zur Arbeit“, was ja auch tatsächlich eine Herabsetzung des Managements darstellt. Der Konflikt hat sich um die Position des Ärztlichen Direktors (*medical director*) zugespitzt, der regelmäßig von den Kollegen als zu managementlastig angesehen wurde, was aber letztendlich dazu geführt hat, dass die Ärzteschaft in den meisten Einrichtungen des Gesundheitswesens keine Person mehr mit Letztverantwortung positionieren konnte und alle verantwortlichen Positionen von Managern mit anderer Provenienz besetzt wurden (Mintzberg 1997).

Vergleich

Manager

Populationen

Prozesse

gestaltete Strukturen

lineare Problemlösung als Standard

hochgradige *upwards*-Verantwortlichkeit

primäre Loyalität: Organisation

Außenreferenz als Aufgabe (Marketing)

Politik als Ansprechpartner normal

Ärzte

individuelle Patienten

Ergebnisse

Autonomie

muddling through im klinischen Alltag

lockere Kontrolle durch Profession

primäre Loyalität: Fach, Profession

Autonomie/Selbstbestimmung bedrohlich

Politik „uneinsichtig“ bzgl. Fachlichkeit

Verstärkend kommt die **Veränderungsresistenz** der Expertenorganisation hinzu. Von außen an die Organisation herangetragene Impulse wie solche durch veränderte Finanzierungsbedingungen oder politische Rahmenveränderungen werden von den Experten primär als autonomieeinschränkend erlebt und nicht als zu lösendes und evtl. lösbares Problem. Obwohl zahlreiche Untersuchungen gezeigt haben, dass gerade professionelle Faktoren wie Vorbildfunktion, Einbeziehung der Entscheider und *Feedback*-Mechanismen positive Prädiktoren für die Veränderung der Organisation und das Bewältigen von Krisen darstellen (z.B. Greco und Eisenberg 1993, Bero et al. 1998, Grimshaw et al. 2004), ist die Chance auch von den Professionen und den Expertenorganisationen nicht umfassend genutzt worden, kohärente Organisationskonzepte haben sich daraus nicht entwickelt.

Letztendlich ist der **Professionalismus** (s.a. oben „Definition Professionalismus“) in einer Sackgasse verfangen und taugt insofern nicht als abschließendes Konzept für ein modernes System. Gut lässt sich dies am Beispiel der

Evidence-Based Medicine zeigen (vergleiche hierzu Timmermanns und Mauck 2005), die ja sehr auf die Wissenschaftlichkeit der Entscheidungsprozesse abhebt und ein wichtiges Element einer modernen Medizin darstellt. Die Gegenposition, die auf der Erfahrungsgebundenheit des ärztlichen Berufes aufbaut (Handwerk, „Kunst“), sieht allerdings durch EBM die professionelle Autonomie bedroht, ein Konflikt, der bislang nicht gelöst wurde. Wenig wurde bislang beachtet, dass sich beide Positionen in einem Punkt einig sind, nämlich der (mono-)professionellen Sichtweise. Aus diesem Grund können sie sich einerseits nicht verständigen und verhindern damit aber auf der anderen Seite gemeinsam multiprofessionelle und multidimensionale Implementierungs- und Veränderungsstrategien (Timmermanns und Mauck 2005, s. a. Kap. 11.3).

Zusammenfassung:

Organisationen im Gesundheitswesen sind als Expertenorganisationen zu verstehen (Spezialistenbürokratien, *professional bureaucracies*). Die Experten verfügen über eine große Autonomie und eigene Kundenbeziehungen, sie gestalten die Produkt-Markt-Beziehung selbst. Sie sind vorwiegend horizontal vernetzt und übernehmen gleichzeitig vertikale Leitungsaufgaben („unser Mann im Vorstand“), das zentrale Management beschränkt sich auf Außenbezug, Konfliktlösung und Support. Die Koordination wird durch Standardisierung und Training erreicht, die Aufgaben durch Diagnose (*pigeonholing*) und anschließende standardisierte Aufgabenbewältigung gelöst. Unsicherheit wird toleriert („Sprung ins kalte Wasser“). Expertenorganisationen wachsen horizontal um die Fachgebiete oder durch weitere Spezialisierung. Ihre wichtigsten Schwächen bestehen (wie bei jeder funktionalen Organisation) in der Innovationsresistenz besonders bzgl. Prozess- und Strukturinnovation, im Versagen der professionellen Kontrolle (*failure of professionalism*), in der mangelnden Ausbildung eines Qualitäts- und Risikomanagements vor allem in Reaktion auf externe Reize sowie in der potenziellen Überdehnung der Angebotsmacht (Verlust der Akzeptanz, *means-ends-inversion*). Der resultierende Konflikt zwischen Management (lineare Problemlösungen, Organisationsloyalität, Austausch mit instabilen Umwelten) und Experten (Ärzte; dem individuellen Patienten und der Profession verpflichtet, skeptisch gegenüber Außenbedingungen, müssen sich in unsicheren Umgebungen zurechtfinden [nachts in der Notaufnahme]) lähmt ein produktives Umgehen mit externen Anforderungen, z.B. auch im Hinblick auf Qualität und Sicherheit. Professionelle Faktoren wie Vorbildfunktion, Einbeziehung der Entscheider und *Feedback*-Mechanismen sind positive Prädiktoren für die Veränderung der Organisation und das Bewältigen von Krisen.



8.3 Komplexität und System

8.3.1 Komplexität und Kompliziertheit

Auf der organisatorischen Ebene allein lässt sich folglich ein umfassendes Rahmenkonzept nicht entwickeln. Diese Situation hat dazu geführt, dass in den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts systemtheoretische Ansätze bemüht wurden, um das Verhalten von Individuen und Institutionen gerade im Hinblick auf Innovationen im Gesundheitswesen zu beschreiben. So nutzte das *Institute of Medicine* in seinen Reports „*To Err Is Human*“ (Kohn et al. 1999) und „*Crossing the Quality Chasm*“ (IOM 2001) einen explizit systemtheoretischen Ansatz und unterlegte damit das gesamte *Public Reporting-, P4P-* bzw. *Value Based Purchasing-* Programm für die Versorgung von Medicare-Patienten in den USA. Der Schwerpunkt lag dabei auf **dem Begriff der Komplexität** (Plsek 2001C). Eine parallel erscheinende, kurze Artikelserie zur Komplexitätstheorie von P. Plsek und T. Greenhalgh im *BMJ*. im Jahr 2001 spielte ebenfalls eine große Rolle (Plsek und Greenhalgh 2001, Wilson und Holt 2001, Plsek und Wilson 2001, Fraser und Greenhalgh 2001).

Quality as a system property (Institute of Medicine 2001, S. 4f.)

“The committee is confident that Americans can have a health care system of the quality they need, want, and deserve. But we are also confident that this higher level of quality cannot be achieved by further stressing current Systems of care. The current care Systems cannot do the job. Trying harder will not work. Changing Systems of care will. (...) Members of the health care workforce are already trying hard to do their jobs well. In fact, the courage, hard work, and commitment of doctors, nurses, and others in health care are today the only real means we have of stemming the flood of errors that are latent in our health care systems. Health care has safety and quality problems because it relies on outmoded systems of work. Poor designs set the workforce up to fall, regardless of how hard they try. If we want safer, higher-quality care, we will need to have redesigned systems of care, including the use of information technology to support clinical and administrative processes.”

Es soll an dieser Stelle dahingestellt bleiben, ob die Akzeptanz dieses Konzeptes der Komplexität (*complexity*) als Systemeigenschaft nicht zumindest teilweise durch seine sprachliche Nähe zum Begriff „Kompliziertheit“ (*complicacy*) zu erklären ist (s.u. „Vergleich“), verbunden mit der Entlastung der individuellen Verantwortung gegenüber einem undurchschaubaren, „komplexen“ System, das im Alltag des Gesundheitswesens als nicht zu verstehen und unbeneinflussbar erlebt wird. Denn es gibt keinen Zweifel: die Komplexitätstheorie steht in heftigem Widerspruch zu den linearen Modellen, die gerade in der Medizin und Gesundheitsversorgung vorherrschen, gerade auch in der klinischen Versorgung und im Verständnis organisatorischer Prozesse.

Vergleich

kompliziert	komplex
Ferrari	Urwald
Computer	Internet
Gallen-OP	Antibiotikaresistenz
Dienstanweisung	Einführung Leitlinie
Kondensation	Wetter
Kreuzwörterrätsel	Schach

Daher sei hier **die Definition von Komplexität** und die Abgrenzung zum Begriff der Kompliziertheit vorangestellt (s.o. „Vergleich“). Ein komplexes System besteht aus zahlreichen, in ihrer Zahl schwankenden, nicht-linear per multiplem Feedback miteinander verbundenen Teilen, die zu in Zeit und Stärke unvorhersehbare Ereignissen führen, einzelne, nicht-explizite und veränderbare interne Regeln kennen und zur Selbstorganisation, Adaptation an die Umwelt sowie zu Lernprozessen in der Lage sind (s. auch Richardson 2008). Entsprechend der systemtheoretischen Provenienz ist das System größer als die Summe der Einzelteile, wobei kleine Veränderungen sehr große Effekte aufweisen können („Sensibilität gegenüber Anfangsfehlern“, das Schlagen des berühmten Schmetterlingsflügels). Anders als einem linearem „Maschinenmodell“, das durch Eindeutigkeit, Trend zum Reduktionismus, Vorhersehbarkeit und dem Versuch der Spannungsreduktion charakterisiert ist, sind einem komplexen System gerade Spannung, Angst, Unsicherheit und Paradoxien konstitutiv zu eigen. Es sind weiterhin sog. Attraktoren, Konstruktionen von Zwischen- und Endzuständen höherer Stabilität, vorhanden, zu denen das System sich hin orientiert, die aber von außen nicht sichtbar sind.

Komplizierte Systeme (Beispiel Ferrari, s.u.) sind dagegen zwar schwer zu verstehen, man kann jedoch trotzdem die Regeln erlernen, und vor allem hat es Sinn, nach den Regeln zu suchen; bei komplexen Systemen wird man sie dagegen nicht finden. Ein Computer ist zweifelsohne eine komplizierte Struktur, aber wer hat das Internet erfunden? – das Internet kann ebenso wie das Wetter als paradigmatisches Beispiel für komplexe Systeme gelten.

Die alte **Metapher vom Ferrari und dem Urwald** ist hervorragend geeignet, den Begriff der Komplexität zu erklären. Ein Ferrari ist ein zweifelsfrei ein kompliziertes System, dessen konstituierende Regeln nicht sofort erkennbar sind. Mit entsprechendem Aufwand ist es jedoch trotzdem zu durchdringen. Anders beim Urwald: die Metapher zielt darauf ab, dass komplexe Systeme keine erlernbaren Regeln aufweisen, nach denen die Folgen (und die Wirksamkeit) bestimmter Interventionen sicher vorhersagbar sind. Man kann sie nur „auf Sicht“, zeitnah und durch indirekte Erkenntnisse über ihr Funktionieren beeinflussen. Der



größte Fehler ist es hier, mit starken, einfachen Interventionen einen durchschlagenden Effekt erreichen zu wollen. Dieser frustrane Versuch ist dennoch häufig im Gesundheitswesen zu beobachten (Snowden und Boone 2007)

Der geschilderte Ansatz hat natürlich enorme Auswirkungen auf Bereiche wie die klinische Versorgung von Patienten, Managementkonzepte und die (Klinische) Wissenschaft. Insbesondere die Behandlung chronischer Erkrankungen, z.B. die Versorgung eines Diabetespatienten, kann als komplexes System verstanden werden, bei dem derart viele Einflussfaktoren ineinandergreifen, dass lineare Modell an ihre Grenzen kommen (Wilson u. Holt 2001). Auch organisatorische Umgebungen wie z.B. ein Operationssaal sind wegen ihrer hochgradigen *Interrelatedness* (man könnte hier am ehesten von „Vernetzung“ sprechen, s. Kannampalli et al. 2011) als komplexes System aufzufassen, ebenso aber auch als ein kompliziertes System, bei dem es bestimmte Faktoren zu spezifizieren gilt, die das System sicherer machen (Matern et al. 2006). Im Management wird eine komplizierte Situation mittels Experten (sie kennen die Regeln) gelöst, in einer komplexen Situation können Experten jedoch fehl am Platz sein, wenn die ins Spiel gebrachten Regeln beim Blick auf das komplexe System nur hinderlich sind (die sog. „todsicheren“ Lösungen, s. Baker 2001).

Zusammenfassung:

Das Gesundheitssystem und Organisationen im Gesundheitswesen sind als komplexe Systeme zu verstehen. Ein komplexes System besteht aus zahlreichen, in ihrer Zahl schwankenden, nicht-linear per multiplem *Feedback* miteinander verbundenen Teilen, die zu in Zeit und Stärke unvorhersehbare Ereignissen führen, einzelne, nicht-explizite und veränderbare interne Regeln kennen und zur Selbstorganisation, Adaptation an die Umwelt sowie zu Lernprozessen in der Lage sind. Entsprechend der systemtheoretischen Provenienz ist das System größer als die Summe der Einzelteile, wobei kleine Veränderungen sehr große Effekte aufweisen können („Sensibilität gegenüber Anfangsfehlern“, das Schlagen des berühmten Schmetterlingsflügels). Anders als einem linearem „Maschinenmodell“, das durch Eindeutigkeit, Trend zum Reduktionismus, Vorhersehbarkeit und dem Versuch der Spannungsreduktion charakterisiert ist, sind einem komplexen System gerade Spannung, Angst, Unsicherheit und Paradoxien konstitutiv zu eigen. Es sind weiterhin sog. Attraktoren, Konstruktionen von Zwischen- und Endzuständen höherer Stabilität, vorhanden, zu denen das System sich hin orientiert, die von außen aber nicht sichtbar sind.

8.3.2 Doppelte Komplexität

Heute hat die Betrachtung von Qualität und Sicherheit als Systemeigenschaften weite Verbreitung gefunden. So hat z.B. Marc Chassin (2013) die wunder-

bare Metapher „*It's not a rocket science*“ geschaffen: eine Rakete ist sicherlich kompliziert, das Gesundheitswesen aber komplex. Ein Problem wie die **Händedesinfektion** sei nicht mit „einfachen Methoden“ anzugehen (s. a. Erasmus 2010), für ausbleibende Verbesserungen gäbe es

1. sehr viele ursächliche und beteiligte Faktoren,
2. jede Ursache bedürfe einer eigenen Intervention, und
3. für jedes Krankenhaus bzw. Gesundheitseinrichtung gelten andere Faktoren (Chassin 2013).

Um die Bedeutung der Komplexität zu unterlegen, zieht er den Vergleich mit der Nuklearindustrie heran:

“Imagine a protocol that is as essential to the safety of a nuclear power plant as hand hygiene is to preventing infections in hospitals – it is inconceivable that workers in the power plant would exhibit a compliance rate of only 40 percent.”

Die Komplexität im Gesundheitswesen kann also noch nicht verstanden worden sein, und der derzeitig sehr oft genutzte Rückgriff auf den Begriff der **Organisationskultur** ist – bei aller Bedeutung – wichtig, aber nicht hinreichend, denn außer der Einsicht, dass in einem Nuklearkraftwerk offensichtlich eine Organisationskultur etabliert werden konnte, die an eine Sicherheitskultur heranreicht, erklärt er nicht, warum im Gesundheitswesen bzw. Krankenhaus eine entsprechende „Kultur“ bislang nicht geschaffen wurde (Chassin 2013).

Hinzu kommt, dass **nicht nur der Kontext, sondern auch die Interventionen**, die in Ansatz gebracht werden, komplexer Natur sind. Die Situation wird also reichlich unübersichtlich: wir haben komplexe Interventionen (z.B. die Einführung von P4P, die ja nicht als Einzelintervention analog einer Medikamenteneinnahme zu betrachten ist) in einer komplexen Umgebung (z.B. einem Gesundheitssystem oder einem Krankenhaus) (Frolich et al. 2007). Diese **„doppelte Komplexität“** (zum Begriff vgl. Shojania 2013) bildet den Hintergrund für die notwendige und gewünschte wissenschaftliche Evaluation, von der „eindeutige“ Ergebnisse erwartet werden. Ohne hier in extenso auf die Aufgabenstellung und das methodische Konstrukt der Versorgungsforschung eingehen zu können (vgl. hierzu Pfaff und Schrappe 2011), soll nur festgestellt werden, dass die Auseinandersetzung um die Frage geht, inwieweit in nicht-linearen, hochgradig interdependenten Systemen Einzelfaktoren isoliert werden können, die getrennt zu beobachten und im klassischen Ansatz des randomisierten Versuchs zu untersuchen sind. Besonders gilt dies für den Fall, dass komplexe Interventionen in komplexen Umgebungen (z.B. in Populationen) untersucht werden. In jedem Fall sind Konzeptbildung, Pilotierung und spätere Implementierung der Ergebnisse immanente Bestandteile der Untersuchungen (Avorn u. Fisher 2010).

Der *Medical Research Council* in Großbritannien hat hierzu in zwei Memoranden Stellung genommen (MRC 2000, 2008), sah sich jedoch harscher Kritik durch



Vertreter der Komplexitätstheorie ausgesetzt, die auch diesen Ansätzen ein falsches (zu mechanistisches) Verständnis von Komplexität vorwarfen (z.B. Cohn et al. 2013, zusammenfassende Darstellung der Kontroverse s. Mühlhauser et al. 2011). Die Auseinandersetzung hat Parallelen zu derjenigen um die Bedeutung des randomisierten Versuchs bei Interventionen zur Patientensicherheit (Leape et al. 2002; Shojania et al. 2002). Ganz grundsätzlicher Art ist die Auseinandersetzung um das richtige Verständnis der Komplexitätstheorie, die sich um die o.g. Serie im BMJ (Plsek u. Greenhalgh 2001; Wilson u. Holt 2001; Plsek u. Wilson 2001; Fraser u. Greenhalgh 2001) ergab und in der den Autoren insbesondere eine Psychologisierung des Attraktorenkonzeptes vorgeworfen wird (Paley 2010; Greenhalgh et al. 2010; Paley 2011).

Zusammenfassung:

Einführung und Evaluation komplexer Interventionen (z.B. die Einführung von P4P) in einer komplexen Umgebung weisen im Sinne der „doppelten Komplexität“ zahlreiche Spezifika auf. Die Sicherheit, mit der Erfolge vorhergesagt werden können, ist nicht so hoch wie oft erhofft, und auch die notwendigen Rahmenbedingungen lassen sich nicht nach einfachen Regeln ableiten. Das gleiche gilt für die notwendige und gewünschte wissenschaftliche Evaluation, von der „eindeutige“ Ergebnisse erwartet werden (vgl. Aufgabengebiet und Methodik der Versorgungsforschung). Implementierung und Intervention bedürfen folglich einer sorgfältigen theoretischen Fundierung („Rahmenkonzept“), die im politischen Umfeld oft fehlt, weiterhin ausführlicher Pilotierungen und fortlaufender Anpassungen der Kontextbedingungen.

8.3.3 Komplexe professionelle Systembürokratie

Hierbei handelt es sich um einen Arbeitsbegriff, der aus der Analyse von Expertenorganisationen und komplexen Systemen entwickelt wurde. Expertenorganisation und komplexes System, so wie dargestellt in den beiden vorangegangenen Kapiteln, reichen aus mehreren Gründen für sich allein nicht aus, um den konzeptionellen Rahmen – wie im vorliegenden Artikel angestrebt – für Einsatz und Evaluation von Instrumenten im Rahmen einer umfassenden Qualitätsstrategie (z.B. P4P) zu bilden. Das Konzept der **Expertenorganisation** beschreibt, ausgehend vom Konflikt zwischen dezentral organisierten professionellen Experten und zentralem Management, die Steuerungs- und Anpassungsproblematik von Einrichtungen im Gesundheitswesen hervorragend, ist aber auf Organisationen beschränkt und für sich genommen kaum umfassend auf das ganze Gesundheitssystem anwendbar, insbesondere nicht auf die Gestaltung der Finanzierung. Die **Komplexitätstheorie** ergibt andererseits ein gutes Modell für die Steuerungsproblematik auf Systemebene und natürlich auch in Organisationen, bleibt auf der organisatorischen Ebene aber relativ undifferenziert und könnte auch zu Entschuldigungstendenzen führen („ist ja doch nicht zu machen“). Gesundheitsversorgung und Präven-

tion werden nun tatsächlich aber lokal und durch Organisationen erbracht, daher bedarf es eines spezifischeren Konzeptrahmens, der die Gestaltung der Versorgung sowohl in der Peripherie als auch auf Systemebene beschreibt. Hier scheint die **Synthese der Konzepte Expertenorganisation und komplexes System** einen guten Ansatz zu bilden.



Gemeinsamkeiten von Expertenorganisation und komplexen Systemen

- **verdeckte interne Regeln**
- **Teile/Experten verfügen über große Autonomie**
- **Neigung zur Selbstorganisation**
- **Innovationsparadox: hochinnovativ, Innovation aber nicht vorhersehbar**
- **Unsicherheit wird akzeptiert („intrinsic Unsicherheit“)**

Analogien beider Konzepte (s. o.) sind bereits auf den ersten Blick erkennbar: die verborgenen Regeln der dezentral agierenden Experten, die geringe Steuerungsfähigkeit, die Schwierigkeit, von außen einzuwirken. Die weitergehende Analyse erbringt dann an mehreren Punkten systematische Parallelen, die die Verwendung des kombinierten Konzeptes sinnvoll erscheinen lassen:

1. Beide Konzepte betonen die **Unsichtbarkeit der (gleichwohl vorhandenen) internen Regeln**. In der Expertenorganisation sind diese in der dezentralen Vernetzung der Fachexperten verborgen, im komplexen System sind sie zwischen allen Teilen des Systems als veränderbare Strukturen vorhanden.
2. Die Teile des Systems und die Experten (im operativen Kern der Expertenorganisation) verfügen über ein **hohes Maß an Autonomie**, gleichzeitig sind sie lern- und anpassungsfähig. Trotz der Autonomie sind die autonomen Teile miteinander verbunden, sie neigen zur **Selbstorganisation** (in der Expertenorganisation auf fachlicher Ebene in Abgrenzung zur Managementebene). Da die Regeln nicht bekannt sind, sind unvorhergesehene und in ihrer Ausprägung stark differierende Reaktionen der Organisation bzw. des Systems die Regel.
3. Beide Konzepte können hochinnovativ sein, jedoch sind die Innovationen in Art, Menge und Zeitpunkt nicht vorhersehbar und können von außen nicht mit voraussagbarem Erfolg angestoßen werden. Der Grund für dieses „**Innovationsparadoxon**“ liegt darin, dass einerseits einengende und innovationsfeindliche Strukturen fehlen, andererseits die zur Innovation erforderliche Kooperation nur spontan erfolgen kann und daher nicht zu antizipieren ist. Jegliche Reduktion der Autonomie (z. B. im Versuch einer Komplexitätsreduktion mit dem Versuch der besseren Steuerbarkeit) als innovationsfeindlich interpretiert. Die Innovationsfähigkeit der Expertenorganisation bezieht sich primär auf Produktinnovationen, da Prozess- oder Strukturinnovationen ohne die nicht-professionellen Kräfte erschwert sind.



4. Beide Konzepte akzeptieren **Unsicherheit** – dieser Punkt erscheint als der Wichtigste. Die diagnose- und standardisierungsgestützte Koordination in der Expertenorganisation ist immer nur begrenzt in der Lage, den Experten in seiner Unabhängigkeit zu leiten, er wird immer improvisieren müssen (s. das Beispiel „Lehrer vor der Klasse“). Die Komplexitätstheorie sieht Unsicherheit, Spannung und Paradoxie (im Gegensatz zu linearen Modellen) sogar als konstituierendes Bestandteil von Systemen an und erklärt eine Reduktion dieser Erscheinungen als aussichtslos oder nur in Ansätzen erreichbar. Die Medaille „Unsicherheit“, so könnte man sagen, hat hier in besonderem Maße zwei Seiten: einerseits ist die Toleranz gegenüber Unsicherheit sicherlich eine adäquate Eigenschaft, denn sie schützt vor irreführenden linearen Konzepten. Andererseits sind Unsicherheiten natürlich soweit nicht erwünscht, als dass sie mit Qualitäts- und Sicherheitsmängeln vergesellschaftet sind. Unter dem Begriff der „**intrinsic**en Unsicherheit“ wird weiter in Kapitel 9.5 darauf näher eingegangen.

Natürlich haben beide Konzepte **auch maßgebliche Unterschiede**, in der ersten Linie durch ihren Horizont. Die *professional bureaucracy* ist ein Konzept für die Gestaltung einer Organisation, die Komplexitätstheorie bildet durch ihre Nähe zur Systemtheorie einen sehr viel weiteren Horizont ab. Außerdem ist die Expertenorganisation ein bürokratisches System, basiert somit auf der funktionellen (verrichtungsorientierten) Arbeitsteilung und hat mit der sog. Maschinenbürokratie deshalb ihre Inflexibilitätsproblematik und Resistenz gegenüber Prozess- und Strukturinnovationen gemeinsam. In der System-/Komplexitätstheorie ist dagegen eine verrichtungsorientierte Arbeitsteilung nur *ein* möglicher Mechanismus der Aufgabenerledigung unter vielen, und lange nicht der typische; die Flexibilität ist hoch. Komplexe Systeme haben auch eine höhere Integrationsfähigkeit als Expertenorganisationen, letztere haben (fast) ausschließlich die Fähigkeit zur Integration auf fachlicher Ebene.

Trotz dieser Unterschiede ist die Verbindung der Konzepte Expertenorganisation auf der einen Seite und Komplexitätstheorie auf der anderen Seite in der Anwendung auf das Gesundheitswesen sinnvoll. Beide Konzepte ergänzen sich in ihrem Organisations- bzw. Systemhorizont, sie haben sich überschneidende zentrale Eigenschaften (s. o.) und sie haben phänomenologische Übereinstimmungen, wenn man z.B. an die Parallelitäten zwischen den Spannungsfeldern Experte vs. Management und Standesorganisation/Selbstverwaltung vs. Politik denkt (zur Einbeziehung der politischen Ebene s. Kap. 8.7). Ohne dass der Begriff nach Ansicht des Autors bislang anderenorts kodifiziert wurde, wird hier deshalb als Arbeitsbegriff für diese Arbeit der Terminus „**komplexe professionelle Systembürokratie**“ vorgeschlagen (zur Definition s. u.). Der Begriffsbestandteil „Systembürokratie“ gibt darin wieder, dass es sich einerseits um ein (komplexes) System handelt, andererseits aber um ein verrichtungsorientiert strukturiertes System mit hochgradiger und strukturrelevanter Arbeitsteilung.



Definition „komplexe professionelle Systembürokratie“

Aus der Synthese der Konzepte Expertenorganisation (professional bureaucracy) und Komplexitätstheorie entwickelter Arbeitsbegriff, der auf gemeinsamen Eigenschaften beider Konzepte wie Autonomie, Tendenz zur Selbstorganisation, Toleranz von Unsicherheit („intrinsische Unsicherheit“) und „Innovationparadoxon“ (Innovationen nicht planbar bei großer Innovationsnähe) beruht und zur Beschreibung sowohl der organisatorischen als auch der Systemebene verwendet wird.

Zusammenfassung:

Expertenorganisation und Komplexitätstheorie betonen die Unsichtbarkeit der (gleichwohl vorhandenen) internen Regeln, das hohe Maß der Autonomie der Experten bzw. der Teile des Systems (bei erhaltener Lern- und Anpassungsfähigkeit), die Tendenz zur Selbstorganisation und die unvorhergesehenen und in ihrer Ausprägung stark differierenden Reaktionen. Beide Konzepte akzeptieren Unsicherheit und Paradoxa, außerdem können sie hochinnovativ sein, jedoch sind die Innovationen in Art, Menge und Zeitpunkt nicht vorhersehbar und können von außen nicht mit voraussagbarem Erfolg angestoßen werden („Innovationsparadoxon“). Die „intrinsische Unsicherheit“ von Expertenorganisation und komplexem System ist für Fragen der Qualitätsverbesserung und -steuerung von besonderer Relevanz, weil durch diese gemeinsame Eigenschaft (1) die Einflussmöglichkeiten im Hinblick auf Qualität und Sicherheit von außen beschränkt werden und (2) vor Augen geführt wird, dass aus Sicht der Organisationen und des Systems gar kein „Leidensdruck“ besteht, da Unsicherheit als normales Bestandteil der Organisation bzw. des Systems verstanden wird. Komplexitätsreduktion mit dem Ziel einer besseren (Qualitäts-)Steuerung wird als Einschränkung der Autonomie bzw. als grundsätzlich aussichtslos angesehen. Als Arbeitsbegriff wird auf dieser Basis das Konzept der „Komplexen Professionellen Systembürokratie“ abgeleitet, das auf den gemeinsamen Eigenschaften Autonomie, Tendenz zur Selbstorganisation, Toleranz von Unsicherheit („intrinsische Unsicherheit“) und Innovationresistenz („Innovationsparadoxon“) beruht und zur Beschreibung sowohl der organisatorischen als auch der Systemebene verwendet wird.

8.4 Verhaltensänderung

8.4.1 Einführung

Bereits in der ersten Annäherung wird klar, dass auf dem Hintergrund der hier so bezeichneten „komplexen professionellen Systembürokratie“ i.S. einer Synthese von Expertenorganisation und komplexem System externe Anforderungen an Qualität und Sicherheit nur schwer umsetzbar sind. In der Expertenorganisation werden diese als „management-behavior“ abgelehnt und an die



(schwache) Managementebene delegiert. Im komplexen System ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass solche Anforderungen „verschluckt“ werden, dass sie also nur selten zu den erwarteten Auswirkungen führen. Beide Systeme können zwar einerseits mit Spannungen, Paradoxien und Unsicherheit umgehen, lassen andererseits solche aber auch zu, sie neigen zur „intrinsic Unsicherheit“ (s.o.). In dieser Situation haben Verhalten und Verhaltensänderung von Individuen und Gruppen eine besondere Bedeutung, denn es wird offensichtlich von beiden die Übernahme erheblicher Verantwortung erwartet. Dies gilt natürlich auch im Hinblick auf die Einführung bzw. Umsetzung einer auf Qualitätsverbesserung gerichteten Intervention wie *Public Reporting* oder P4P. Daher werden im nächsten Schritt die wichtigsten Theorien zur Verhaltensänderung dargestellt und als Hintergrund eines konzeptionellen Rahmens diskutiert.

Zur Systematik werden vier Modelle der Verhaltensänderung unterschieden (s. z.B. Anonymous 1999; Grol u. Grimshaw 2003; Shojania u. Grimshaw 2005):

- lerntheoretische Modelle
- soziale Wahrnehmung
- organisatorischer Wandel
- Lernen durch Kontext.

8.4.2 Lerntheoretische Modelle

Die lerntheoretischen Modelle umfassen in der ersten Linie Motivation, Feedback und Belohnung. Motivation als Voraussetzung zielorientierten Handelns wird nach der Bedürfnistheorie von Maslow (zit. n. Staehle 1999, S. 170, 218ff.) in die sog. Defizitmotive und die Wachstumsmotive unterteilt (s.u.), weiterhin differenziert man interne Motivation (z.B. Einstellungen, s.u.) und externe Motivation (z.B. Belohnungssysteme). Voraussetzung für eine interne Motivation ist die gleiche Ausrichtung von Handlungsziel und Handeln. Externe Motivation kann die interne Motivation schwächen (sog. Untergrabungswirkung; Berenson et al. 2013), dies ist aber nicht zwangsläufig so; eine externe Motivation kann durch Übung dazu führen, dass die interne Motivation überhaupt erst aktiviert wird.



Bedürfnistheorie nach Maslow (zit. n. Staehle 1999, S. 170)

Defizitmotive

- ***physiologische Bedürfnisse (z.B. Hunger)***
- ***Sicherheitsbedürfnisse (z.B. finanzielles Auskommen)***
- ***soziale Bedürfnisse***

Wachstumsmotive

- ***Wertschätzung***
- ***Selbstverwirklichung***

Der *Feedback*-Mechanismus, und bei *Public Reporting* und P4P handelt es um einen solchen, ist ein zentraler Mechanismus des Lernens, seine Wirksamkeit ist jedoch von einer Reihe methodischer Voraussetzungen abhängig. So muss ein Feedback an den verantwortlichen Handelnden adressiert sein, es muss als solches interpretiert werden, es muss auf einem erreichbaren Auslöser beruhen, es darf nicht mit anderen Feedback-Systemen kollidieren, es muss zeitnah sein und der Aufwand zur Erlangung des Feedbacks darf nicht als zu hoch empfunden werden.

Am Beispiel der **Prävention** (und hierzu gehören ja auch Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit) lässt sich im Vergleich zu akutmedizinischen Maßnahmen (z.B. neue Operationsmethode, neues Gerät) die Bedeutung des Zeitfaktors gut verdeutlichen (Cook et al. 2004, s. Abb. 36). Der Aufwand für die Präventions- bzw. akutmedizinische Maßnahme wird bei Letzterer zeitnah gemindert durch die eintretende Wirksamkeit („Ertrag“), negative unerwünschte Folgen treten dagegen erst spät ein, können oft nicht mehr zugerechnet werden und sind u.U. sogar nur statistisch nachweisbar. Bei den präventiven Maßnahmen (z.B. perioperative Antibiotikaphylaxe) sind die evtl. auftretenden negativen Folgen (z.B. Allergie) sofort spürbar und vergrößern den Aufwand, während die Wirksamkeit (Verhinderung von postoperativen Wundinfektionen) erst bei hoher Patientenzahl und in Zukunft auftritt, oft wegen der statistischen Effekte für den Handelnden gar nicht erfahrbar. Finanzielle Anreize wie P4P können diesen strukturellen Nachteil der Präventionsmaßnahmen eventuell ausgleichen.

Belohnungssysteme verstärken den *Feedback* (so z.B. bei P4P) und können soziale (z.B. Anerkennung) sowie materielle Gratifikationen beinhalten. Die externe Belohnung muss sowohl hinsichtlich des primären Aufwandes für den Handelnden (z.B. für Verhaltensänderung, Bereitstellung der Daten) als auch gegenüber der internen Rückkopplung (z.B. Wertschätzung von Kollegen, Patienten) in einem akzeptablen Verhältnis stehen. Wenn der primäre Aufwand zu hoch ist, oder wenn durch die Verhaltensänderung zwar die externe Belohnung erlangt wird, die interne Anerkennung aber vermindert wird, ist das Belohnungssystem nicht wirksam. Veränderungen im sozialen Kontext sind notwendig (s.u.).

	Wirksamkeit	negative Folgen
akuttherapeutische Maßnahmen	SOFORT	SPÄT
präventive Maßnahmen	SPÄT	SOFORT

Abb. 36 Feedback am Beispiel der Prävention im Vergleich zu akutmedizinischen Maßnahmen. Die negativen Folgen als Teil des Aufwandes erscheinen sofort, der Erfolg wird erst in der Zukunft sichtbar (n. Cook et al. 2004)



Feedback-Systeme (mit oder ohne Belohnung) haben den Nachteil, dass sie sehr häufig auf „niedrigen“ Ebenen der Maslow'schen Bedürfnispyramide ansetzen und als externe Motivatoren mit der internen Motivation im Widerspruch stehen können (einen Freundschaftsdienst soll man nicht versuchen zu bezahlen). Sie wirken daher besser, wenn zusätzliche Interventionen auf der Ebene der Wertschätzung und zur Steigerung der Selbstverwirklichung eingesetzt werden. Im geschäftlichen Kontext gibt es mit Belohnungssystemen reichhaltige Erfahrungen durch die variable leistungsabhängige Vergütung (s. nachfolgend), die allerdings nicht direkt auf P4P übertragbar sind, weil sie sich auf den innerinstitutionellen Rahmen beziehen. Man erkennt jedoch hier bereits, dass es neben allgemeinen Faktoren (z.B. bezieht sich die individuelle Leistung auf das Ziel?) vor allem Eigenschaften des Mitarbeiters (z.B. ist er überhaupt in der Lage, das Ziel zu erreichen?) und der Organisation (z.B. Gesprächskultur) sind, die bedacht werden müssen, bevor man das Instrument der Zielvereinbarungen einsetzt (Lebrenz 2013; Prendergast 1999).



Umsetzung der variablen, leistungsbezogenen Vergütung bei Führungskräften (vgl. Lebrenz 2013)

Übergeordnete, allgemeine Faktoren

- *Sind die Ziele planbar und für den Mitarbeiter/die Gruppe umsetzbar?*
- *Besteht ein Zusammenhang zwischen Leistung und Zielerreichung?*
- *Sind die Ziele zuverlässig quantifizierbar, kein gaming?*
- *Ist die Motivation und das Ziel adäquat?*
- *Werden andere Motivatoren negativ beeinflusst?*

Mitarbeiter

- *Hat der Mitarbeiter genügend Erfahrung und Freiräume, um ein Ziel durch eigene Leistung erreichen zu können?*
- *Ist eine Mehr an Selbstbestimmung vom Mitarbeiter gewollt?*
- *Hat der Mitarbeiter ausreichend Kompetenzen und Ressourcen, um die Ziele zu erreichen?*
- *Ist der finanzielle Anreiz für Motivationsänderung hoch genug?*

Organisation

- *Existiert eine offene Gesprächskultur, die Zielvereinbarung zulässt?*
- *Ist der Mitarbeiter fähig zu einem Zielvereinbarungsgespräch?*
- *Steht die Leistungssteigerung in einem vernünftigen Verhältnis zum Aufwand der Vergütung (Verhandlungen, finanzielle Mittel)?*

8.4.3 Soziale Wahrnehmung

Die Theorien der Sozialen Wahrnehmung stellen **Einstellungen** (*beliefs*), **Hal-tungen** (*attitudes*) und **Absichten** (*intentions*) in den Vordergrund: nicht das bewusste System, sondern das autonome System („Bauchgefühl“) steuern das Verhalten (King et al. 2013). Es gibt enge Bezüge zu den *behavioural economics* und der Kritik der bewussten, auf der Basis optimaler Information vorgenommenen Nutzenmaximierung. Wissen (*knowledge*) und Können (*skills*) sind von notwendiger Bedeutung, werden aber durch die Einstellungsebene dominiert, die ihrerseits kein individuelles, sondern ein soziales Konstrukt darstellt:

“If hand hygiene were a new drug it would be used by all” (Stone 2001)

Knapper kann man das Dilemma nicht fassen. In Deutschland könnten durch adäquate Händedesinfektion mehrere 1.000 Todesfälle jährlich verhindert werden. Würden diese 1000 Todesfälle auf eine behandelbare Krankheit zurückgehen, die mit einer (nebenwirkungsarmen) Medikation zu behandeln wäre, wäre es kaum denkbar, dass Ärzte und Pflegepersonal angeben, sie hätten keine Zeit, dieses Medikament zu verabreichen (zu den Gründen der Non-Compliance s. z.B. Grol und Grimshaw 2003).

Im Ergebnis definiert sich das Individuum in seiner sozialen Rolle und entwickelt auch seine Veränderungsbereitschaft im Rahmen dieser Rolle. Rollen existieren auch im Innovationsprozess, man kann auf diese Weise Innovatoren (Erfinder), *early adopters* (frühe Anwendung), *early majority* (beginnende Umsetzung in der Breite), *late majority* (Umsetzung in der Breite) und *laggards* (Nachzügler) unterscheiden.

Um Verhaltensänderung zu erreichen, beschränkt man sich nicht mehr auf die Vermittlung von Wissen und auf Feedback-Mechanismen, sondern man versucht, gezielt **über Veränderungen der sozialen Rollen die Einstellungsebene zu beeinflussen**. So wird aus *education*, der Wissensvermittlung, die Identifikation von Meinungsführern (*opinion leader*), die dann gezielt beeinflusst werden, so dass sie aufgrund ihrer Vorbildfunktion (Pittet et al. 2004) das Verhalten der breiten Masse im gewünschten Sinne beeinflussen (sog. *targeted education*). Ähnlich geht das *academic detailing* vor, bei dem Ärzten bestimmte Verhaltensweisen direkt „auseinandergesetzt“ werden, wobei der wissenschaftlichen Ebene große Bedeutung zukommt, oder auch der *local consensus process*, bei denen die lokalen Akteure als Gruppe hinsichtlich der Veränderung miteinander in Bezug gesetzt werden (Bero et al. 1998).

Dem Konzept und den Methoden dieser Richtung wurde bereits früh große Bedeutung und auch eine gewisse Akzeptanz zuteil, so z.B. in der Diskussion um die Implementierung von **Leitlinien** (Cabana et al. 1999) und der **Umsetzung EBM-basierter Behandlungsmethoden** (Greco u. Eisenberg 1993; Bero et al. 1998; Grol u. Grimshaw 2003; Bloom 2005). Neben den Methoden zur



Förderung der Veränderung wurden auch die entgegenstehenden Barrieren genauer spezifiziert, die die Umsetzung in das entsprechende Verhalten behindern können, insbesondere wenn Wissen/Können und die Einstellungsebene nicht kongruent sind (Cabana et al. 1999, s. Abb. 37).

Inhaltlich orientieren sich die traditionellen Rollenvorstellungen stark an den drei Begriffen **interne Motivation** (Cassel u. Jain 2012), **Professionalismus** (mit dem Kernbereich Autonomie) und **Altruismus** (Patientenorientierung, Gesundheitsversorgung darf nicht „ökonomisiert“ werden) (Frolich et al. 2007). Die Rollenzuschreibung des Teamplayers und der aktiven Organisationsveränderung (sowie des politischen Umfeldes) stehen nicht im Vordergrund, allerdings zeigen sich zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen deutliche Unterschiede. Man muss nun in dieser Situation fast zwingend davon ausgehen, dass dieses Rollenverständnis in Zukunft unter einen erheblichen Veränderungsdruck gerät, der von einer mehr auf Koordination, Teamarbeit und Interprofessionalität ausgerichteten Gesundheitsversorgung ausgehen, weil die Anforderungen aus der Alterung der Gesellschaft und der Zunahme multipler, chronischer Erkrankungen anders nicht zu bewältigen sind (Ricketts u. Fraher 2013). Unweigerlich wird sich daraus auch eine verstärkte Diskussion von „Managementthemen“ wie Führung („*medical leadership*“) und Vorbildfunktion ergeben (Schrappe 2009), denn beide sind unabhängige Prädiktoren wichtiger Maßnahmen in der Gesundheitsversorgung (z.B. Händedesinfektion [Pittet et al. 2004]). Wenn es gut läuft, könnte man sagen, wird zu den Rollenkompetenzen, die in diesem Zusammenhang vermittelt werden, auch das Umgehen mit komplexen Situationen gehören, die ja einerseits den Alltag bestimmen, dem sich die Gesundheitsberufe schon immer gegenübersehen, die andererseits ein Thema darstellen, das durchaus auch zum Motor für die Entwicklung neuer Rollenbildern taugen kann (Fraser u. Greenhalgh 2001).

Barriers to Physician Adherence

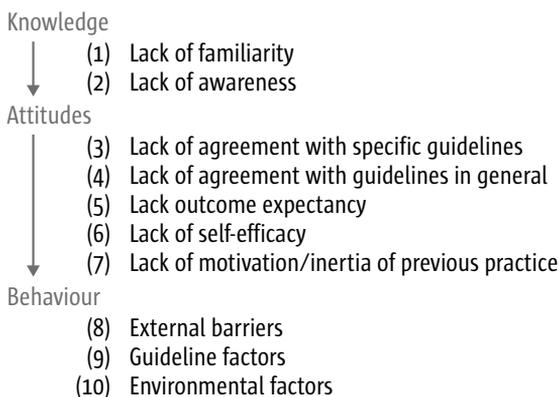


Abb. 37 Bedeutung der Einstellungsebene (attitudes) bei der Umsetzung von Leitlinien (Cabana et al. 1999)

8.4.4 Organisatorischer Wandel

Theorien, die auf dem Organisatorischen Wandel als entscheidendem Merkmal von Veränderung aufbauen, sind in der auf das Gesundheitswesen Bezug nehmenden Literatur weitaus weniger häufig anzutreffen als die lerntheoretischen oder rollenbezogenen Zugänge. Möglicherweise steht dies mit dem (mono-)professionellen Zugang in Zusammenhang, der den meisten Betrachtungen zugrundeliegt, und der geringen Bedeutung, der in Expertenorganisationen organisatorischen Zugängen eingeräumt wird. Häufig werden nur einzelne Merkmale (z.B. Zeitmangel, juristische Risiken, finanzielle Zwänge, s. z.B. Grol und Grimshaw 2003) oder einzelne Mechanismen genannt (z.B. computergestützte *reminder* [Shojania et al. 2010]), um organisatorische Bezüge bei der Verhaltensänderung herzustellen. Nur selten nähert man sich grundlegend den **Konzepten organisatorischen Wandels** an und diskutiert dessen Bedeutung im Hinblick auf die Außenwelt (z.B. Kommunikation und Anpassungsprozesse) bzw. bzgl. der internen Strukturen (z.B. die Regeln der Ressourcenverteilung, Organisationskultur etc.) (Frolich et al. 2007). Dieser Mangel steht in krasssem Widerspruch zur betriebswirtschaftlichen oder organisationspsychologischen Literatur.

Veränderungen der IT-Ausstattung und die daraus resultierenden Instrumente wie die bereits genannten *reminder* oder *computer-assisted physician order entry*-Systeme (CPOE's) (Metzger et al. 2010) bilden vielleicht die einzige Ausnahme, denn wie jedem bewusst ist, der in der Organisation von Gesundheitseinrichtungen Erfahrungen sammeln konnte, stellt die IT einen der massivsten Eingriffe in das organisatorische Geschehen dar. Trotzdem zeigt gerade dieses Beispiel, dass ein einfaches „*If you completely rebuild it, they will come*“ als Metapher für ein *systems reengineering* kaum ausreicht, wenn nicht grundsätzliche Fragen des organisatorischen Wandels mitgedacht werden (Shojania und Grimshaw 2005).

Wie wichtig allerdings eine rege **Diskussion der Veränderung der Organisationen** wäre, kann man an den nur verhalten geführten Diskussionen zu den folgenden Themen erkennen (die oben angeschnittenen Themenbereiche bzgl. Expertenorganisation und Komplexität werden hier ausgespart):

- Zentralität vs. Dezentralität: welche Aufgaben müssen zentral, welche können dezentral am besten erledigt werden (vgl. Schrappe 2007),
- wie weit sind die Organisationen des Gesundheitswesens von der richtungsorientierten Arbeitsteilung (Bürokratie) über die divisionale Organisation (Spartensystem) zur Matrixorganisation vorangeschritten bzw. welche Formen der Aufbauorganisation und Aufgabenbewältigung erscheinen sinnvoll und angebracht,
- welcher besonderen Gestaltung bedarf das Verhältnis von erster (Geschäftsführung) und zweiter (Abteilungsleitungen) Ebene im Gesundheitswesen (s. Expertenorganisation), einschließlich der Frage nach an-



- gemessenen Forderungen an Führung im Gesundheitswesen (Schrappe 2009), und schließlich der
- Frage, welches Grundverständnis von Veränderung im Gesundheitswesen zugrundegelegt werden sollte: Kontingenz (kontinuierliche Veränderung als Reaktion auf veränderte Umweltbedingungen) oder Konsistenz (diskontinuierlicher Übergang zwischen definierten organisatorischen Grundzuständen). Gerade dieser Punkt ist implizit in der zunehmenden Bedeutung von sog. *multifaceted* oder *bundle-interventions* enthalten (Bero et al. 1998; Robb et al. 2010), die ja gerade auch im Zusammenhang mit der Patientensicherheit eine große Rolle spielen (z. B. Jain et al. 2006).

Über diese Fragen der organisatorischen Strukturgestaltung geht jedoch das Problem hinaus, inwiefern eine Verhaltensänderung durch ein „**Lernen der Organisation**“ unterstützt oder bewirkt werden kann. Im Rahmen der *Human Resources*-Theorien gibt es dazu Vorstellungen, dass durch ein sog. organisatorisches Lernen nicht nur das Individuum verändert wird, sondern auch der Vorrat an Werten, Normen und Wissen, den die Organisation als solche vorhält (s. Staehle 1999, S. 914ff). Die Mitglieder der Organisation werden in ihrem Veränderungsprozess gefördert (oder gehemmt), wenn durch organisatorisches Lernen der Bedeutungszusammenhang verändert wird, in dem der individuelle Lernschritt (z. B. die Akzeptanz einer patientensicherheitsrelevanten Maßnahme) steht. Man spricht auch von „Deutero-Lernen“, bei dem ein Rückkopplungs-*loop* auf das Individuum und der andere *loop* auf die Organisation zurückwirkt.

Allerdings ist dies nicht als linearer Prozess zu verstehen, sondern man muss davon ausgehen, dass eine unbegrenzte Rationalität bzw. vollständige Information in Organisationen bzw. Unternehmen eher nicht darstellbar ist und daher Lernprozesse unterbrochen werden, Gegenstand von Machtinteressen sind und durch die jeweiligen Charakteristika der Entscheidungsprozesse gestaltet werden (**Konzept der begrenzten Rationalität**, s. Berger u. Mernhard-Mehlich 2006).

8.4.5 Lernen im Kontext

Verhaltensänderung durch Lernen im Kontext bezieht alle drei vorgenannten Vorgehensweisen mit ein und basiert mehr noch als diese auf einer vorweg ausgearbeiteten, tragfähigen Umsetzungsstrategie (Anonymous 1999). Rollenveränderungen der Berufsgruppen (Grol und Grimshaw 2003, Timmermanns und Mauck 2005), **Einbeziehung der Patienten** (Bero et al. 1998; Hibbard et al. 2012) und **Kampagnen der Massenmedien** (Grol und Grimshaw 2003) gehören ebenso dazu wie die Evaluation der erreichten Wirksamkeit und deren öffentlichen Kommunikation. Als Beispiel können in Deutschland die Kampagnen „Gib AIDS keine Chance“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Abb. 38 Die Aktion Saubere Hände ist nach den Grundsätzen des „Lernens im Kontext“ entwickelt und durchgeführt worden (www.aktion-sauberehaende.de).

und die Aktion Saubere Hände (s. Abb. 38) des Robert Koch-Institutes, der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) und des Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) dienen. Diese Kampagnen weisen eine Nähe zum *social marketing* auf und müssen in mehreren Phasen geplant werden (z.B. Konzeption und Planung, Identifikation von Kommunikationskanälen, Entwicklung der Informationskanäle, Implementierung der Intervention, Evaluation, Feedback, vgl. Cook et al. 2004). Bezüglich Strategien zur Qualitätsverbesserung, *Public Reporting* und P4P können sicherlich das VBP-Programm des CMS und das QOL-Programm des NHS als solche umfassenden Konzepte angesprochen werden.

Diese Konzepte sind selbstredend am mächtigsten von allen Strategien zur Verhaltensänderung, wären aber bei institutionellen Veränderungen natürlich überdimensioniert. Für Instrumente wie P4P, die auf Systemebene eingesetzt werden, sind sie aber von großer Bedeutung. Wie im Kapitel über die Verantwortung der Politik (s. Kap. 8.7) weiter auszuführen sein wird, sind diese Konzepte nur dann erfolgreich, wenn alle Player hinsichtlich der entscheidenden Merkmale einer solchen Intervention kongruente Meinungen vertreten, ein nur selten zu erreichender Zustand.

8.4.6 Zusammenfassung: Verhaltensänderung

Zusammenfassend kann hinsichtlich der Frage, welche Rolle den unterschiedlichen Konzepten der Verhaltensänderung in einer komplexen professionellen Systembürokratie zukommt, folgendes festgehalten werden:



- **lerntheoretische Ansätze**, insbesondere Feedback-Verfahren, sind wichtig, greifen aber zu kurz, wenn sie allein angewandt werden. Der Grund liegt in der großen Bedeutung von Einstellungen, professionellen Loyalitäten und sozialen Rollen, ganz abgesehen von ökonomischen und politischen Faktoren (s.u.). Es hat also keinen Zweck, Feedback- und Belohnungsverfahren wie *Public Reporting* oder P4P als „Insellösung“ einzusetzen, ohne dass die Einstellungs- und Rollenebene mit verändert wird.
- **Konzepte der sozialen Wahrnehmung** reichen insofern näher an den Kern des Problems heran, weil sie zusätzlich zu Feedbackverfahren auch die Einstellungsebene und das Rollenverständnis thematisieren. Insbesondere erscheint dies bezüglich des Themas Professionalismus wichtig zu sein, denn die traditionellen Rollenbilder geraten zunehmend unter Druck und müssen sich an veränderte Bedingungen und veränderte Aufgaben innerhalb des Gesundheitssystems anpassen.
- **Verhaltensänderung durch organisatorischen Wandel** setzt auf einen unabhängigen Wissens- und „Werteveorrat“ der Organisation, der einer Veränderung durch Lernprozesse zugänglich ist. Auf den ersten Blick scheinen diese Ansätze den Anforderungen zu genügen, denn die Organisation mit ihren Normen bilden ein Gegengewicht gegen die professionelle Gebundenheit der Experten in der professionellen Systembürokratie. Allerdings kann der organisatorische Wandel bzw. das Organisationslernen nur gelingen, wenn der beidseitige Austausch zwischen Organisation bzw. System und den Experten möglich ist, wenn also die „Kanäle offen sind“. Hier sind genauso Zweifel angebracht wie in der Frage, ob das Organisationslernen es mit der hochgradigen Komplexität auf Organisations- und Systemebene aufnehmen kann, ungeachtet der offenen Problematik, ob organisationelle Konzepte auf das Gesamtsystem des Gesundheitswesens anwendbar sind.
- Die **kontextbezogenen Theorien** sind am weitesten gespannt und stellen daher die Favoriten dar, insbesondere da es mit dem VBP-Programm in den USA und dem QOL-Programm in Großbritannien potente Beispiele gibt, in denen man bei der Implementierung von P4P auf diese Konzepte setzt. Zunächst darf nicht vergessen werden, dass diese Methoden des sozialen Marketings einer langfristigen, strategisch aufgebauten Planung bedürfen, die von der politischen Seite aus gesteuert werden muss und in ihrer Dauer weit über eine Legislaturperiode hinausreichen. Jenseits der Kontinuität ist eine Übereinstimmung der Akteure in den wichtigsten inhaltlichen Fragen notwendig; es sei daran erinnert – nur als Beispiel –, dass in Deutschland noch nicht einmal der differenzierte Stellenwert von Ergebnis- vs. Prozessindikatoren geklärt ist. Wie später noch auszuführen sein wird, muss das Thema Qualität und Sicherheit im Gesundheitswesen über den i.e.S. politischen Raum hinaus in den zivilgesellschaftlichen Bereich hineinwachsen, ähnlich wie es die *Leapfrog*-Initiative (www.leapfrog.org) in den USA getan hat.

Ohne den letztendlich in den Kapiteln 10–12 zusammenfassend dargestellten Empfehlungen vorgreifen zu wollen, kann man jedoch jetzt schon festhalten, dass *Feedback*-Verfahren wie *Public Reporting* oder P4P nur im Rahmen von begleitenden Maßnahmen sinnvoll einsetzbar sind, die weitergehende Veränderungspotenziale eröffnen (Einstellungs- und Rollenveränderungen, Organisationslernen, soziales Marketing). Nur unter diesen Bedingungen können die verschiedenen Kontextdomänen in einer Art beeinflusst werden, dass eine Realisierung des durch P4P oder andere Instrumente bewirkten Effektes möglich erscheint. Bevor die Empfehlungen auf diesem Hintergrund konkreter ausformuliert werden können, müssen noch die ökonomischen Anreize einschließlich ihrer Grundannahmen, die „konkurrierend“ wirksamen Vergütungssysteme und die Rolle der politischen Gestaltung diskutiert werden.

8.5 Ökonomie (Schwerpunkt P4P)

8.5.1 Einführung

Obwohl es sich bei P4P im Gegensatz zu *Public Reporting* um ein Instrument handelt, das mit monetären Anreizen arbeitet, wird ökonomischen Betrachtungen in der Diskussion erstaunlich wenig Raum gegeben. Die Aufmerksamkeit ist meist auf die Messung der Qualität gerichtet, wenig werden die Fragen thematisiert, wie die gemessene Qualität ökonomisch zu bewerten sei, welche Höhe die finanziellen Anreize haben müssen, um optimal wirksam zu sein, und welche **Grundannahmen** eigentlich zu treffen sind, wenn man finanzielle Anreize in einem Zusammenhang einsetzen möchte, der alles andere als übersichtlich ist. In diesem Kapitel wurde daher, anschließend an die Darstellung der langfristigen Evaluationsergebnisse der großen P4P-Projekte in Kapitel 6, ausführlich auf die organisatorischen (Expertenorganisation) und Systemeigenschaften (Komplexität) sowie die zur Verfügung stehenden Konzepte der Verhaltensänderung eingegangen, wobei der Arbeitsbegriff der „komplexen professionellen Systembürokratie“ zugrunde gelegt wurde. Zur Verhaltensänderung scheinen in der Konsequenz nur Ansätze sinnvoll zu sein, die den isolierten Einsatz von P4P als *Feedback*-Verfahren für Verhaltensveränderungen im Gesundheitswesen nicht als hinreichend ansehen, sondern eine Wirksamkeit nur in Zusammenhang mit Veränderungen der sozialen Rollen, mit organisatorischem Lernen und mit veränderten Kontextbedingungen erkennen können. Ökonomische Fragen, so wie eingangs erwähnt, bedürfen jedoch einer gesonderten Bewertung.

Diese Überlegungen gehen von der **Definition von P4P** aus (s.u. sowie Kap. 6.2), die beinhaltet, dass P4P analog zum DRG-System, das ein epidemiologisches Instrument der Krankheitssystematik mit einem Vergütungssystem koppelt, ebenfalls aus zwei Systemen zusammengesetzt ist, nämlich einerseits einem System der Qualitätsmessung (Indikatoren einschließlich Skalierung, Grenzwerten etc.) und andererseits einem System der monetären Bewertung.



Die Situation gerät noch komplizierter, wenn man die Effizienz der Behandlung zugrunde legt, also das Verhältnis von Qualität und Kosten, so wie es im *Value-Based Purchasing*-System des CMS der Fall ist (Damberg et al. 2009). Hier muss ein System der Effizienzmessung (Qualität plus Kosten) mit einem System der finanziellen Bewertung von Effizienz in Bezug gesetzt werden.



Definition P4P (aus Kap. 6.2):

Pay for Performance (P4P) im Gesundheitswesen basiert auf einer Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und koppelt die Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile mit dem Ziel, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. P4P kann sich auch auf Qualität im Verhältnis zu den Kosten (Effizienz, value) beziehen.

Auf vier Punkte soll hier eingegangen werden, die von der Frage der monetären Bewertung (Kopplung) bis zu grundlegenden ökonomischen Annahmen des Verhaltens der Akteure unter finanziellen Anreizbedingungen reichen:

- Kopplung der monetären Bewertung an die Qualitätssystematik
- Höhe der monetären Bewertung
- Informationsasymmetrie
- Ökonomische Grundannahmen.

8.5.2 Monetäre Bewertung

Die Kopplung der Vergütungsbestandteile an die Qualitätsindikatoren muss praktikabel (administrabel), nachvollziehbar (verständlich), justizierbar und von seinen Anreizwirkungen sinnvoll gestaltet werden. Unter Praktikabilität ist hier nicht der Umgang mit den Qualitätsindikatoren (Messaufwand etc.) gemeint, sondern allein die finanzielle Bewertung. Eine Vermischung mit einer Einzelleistungsvergütung sollte vermieden werden (s.u.), daher empfiehlt es sich, kumulative Bewertungen über einen bestimmten Zeitraum vorzunehmen. Um seine Anreizwirkung auf der Ebene der Leistungserbringer erzielen zu können, muss die Kopplung an die Vergütung in einem kurzen zeitlichen Zeitraum stattfinden, weil ein **zeitnaher Feedback** generell wirksamer ist und die Diskontierung der zusätzlichen Vergütung nicht so attraktiv erscheint (Damberg et al. 2007; Torchiana et al. 2013). Die Kopplung muss weiterhin **nachvollziehbar** sein, weil sie sonst keine Anreizwirkung erzielen kann, die handlungsleitend wäre (Ryan et al. 2011). Natürlich wird es auch zu juristischen Auseinandersetzungen kommen, wie es in Deutschland schon bei der Mindestmengenproblematik geschehen ist, wo die Validität (also die Aussagekraft dieses Indikators hinsichtlich der Qualität der Versorgung) angegriffen wurde (s. Bundessozialgerichtsurteil vom 18.12.2012 zur Frühgeborenenversorgung, vgl. Trefz 2013). Eine besondere Rolle spielen dabei, vor allem soweit Ergebnisindikatoren verwendet werden, Mängel in der **Risiko-**

adjustierung und eine mangelnde Aussagekraft der Indikatoren bei kleinen Einrichtungen, insbesondere bei Erkrankungen mit niedriger Inzidenz.

Am wichtigsten ist jedoch die Frage, wie Indikator und finanzielle Bewertung in Bezug gesetzt werden (monetäre Kopplung). Grundsätzlich sind drei verschiedene Verfahren möglich und in den bisherigen Studien angewendet worden (s. Abb. 39): Relative Position in einer Rankingtabelle (A in Abb. 39), relative Veränderung im Vergleich zur letzten Messung (B) und absoluter Grenzwert (C) sowie Kombinationen dieser Verfahren (Cannon 2006). Inhaltlich geht es darum zu vermeiden, dass sich die Verbesserung nur bei den Einrichtungen manifestiert, die schon vorher zu den Besten gehörten, während die *poor performers* nicht profitieren (Lindenauer et al. 2007). Diese Gefahr besteht vor allem bei der Verwendung von relativen Positionen („die besten 5“, verschärft durch Abschläge für die „schlechtesten 5“). Diese Gefahr wird auch nicht durch absolute Grenzwerte ausgeglichen (C), denn falls diese so hoch liegen, dass sie von den schlechteren Einrichtungen nicht erreicht werden können, unternehmen diese keine (frustranen) Anstrengungen. Es sind daher mehrere, gestaffelte Grenzwerte sinnvoll, die „weit nach unten reichen“, sodass sie auch von den *poor performers* erreicht werden können. Für die Förderung der *poor performers* kann man aber insbesondere nicht auf relative Verbesserungen

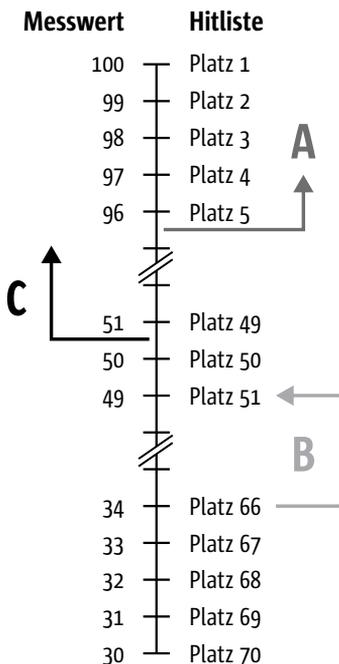


Abb. 39 Formen der monetären Kopplung bei P4P: Links absolute Position (Indikator 30 bis 100%), rechts Position in Rankingliste. A) relative Position (ab Top 5); B) relative Verbesserung (66 → 51); C) absoluter Grenzwert (z.B. > 50)



(B) verzichten. Darüber hinaus spielt auch die Sicherheit, mit der ein „Erfolg“ vorherzusehen ist, eine Rolle: bei relativen Positionen mit Rankingtabelle ist die Situation für den Leistungserbringer zunächst unklar, denn seine Position hängt von der Leistung der Wettbewerber ab, erst am Schluss ergibt sich die eigene Position. Falls diese „Chance“ als zu gering angesehen wird, wird – insbesondere bei starker Risikoaversion – der Nutzen stark diskontiert (s.u.; Zusammenstellung s. Cannon 2006, zu den entsprechenden Befunden im HQIP-Projekt s. Jha et al. 2012; Ryan et al. 2012B).

Zusammenfassend kann festgehalten werden →, dass relative Anreize nach Position, alleine eingesetzt, schlecht geeignet sind. Sie sollten mit der Belohnung relativer Positionsverbesserungen „auf den unteren Rängen“ (B) und mit absoluten Anreizen in Form gestaffelter Grenzwerte, die auch für die „Schlechteren“ erreichbar sind, kombiniert werden (Werner 2011).

8.5.3 Höhe der monetären Kopplung

Implizit wird in den meisten Überlegungen davon ausgegangen, dass die Anreizwirkung von P4P unabhängig von der Höhe der qualitätsbezogenen Vergütung ist. In einem Review mit 8 randomisierten Studien war die Höhe des Anreizes nur in 4 Studien überhaupt genannt (Frolich et al. 2007). Über die Kosten, die den beteiligten Einrichtungen für die Erhebung der Qualitätsdaten (einschließlich Personalkosten) entstehen, hat keine Studie in diesem Review Angaben gemacht (Frolich et al. 2007). Im HQIP-Program in den USA wurden im ersten Jahr 850 Mill \$. bei mehr als 3.000 teilnehmenden Krankenhäusern bewegt, danach durchschnittlich 35.000 \$ pro Jahr pro Haus (Werner et al. 2011). Nimmt man für ein Krankenhaus einen zusätzlichen Vergütungsbestandteil in dieser Größenordnung an, dann ist es durchaus denkbar, dass der Messaufwand (Erhebung der Daten, Durchführung von zusätzlichen Untersuchungen, Bereitstellung entsprechender Strukturen und von Personal etc.) weitaus höhere Kosten verursacht als später als *incentive* gezahlt werden – wohl gemerkt, die Kosten fallen sofort an, die Zahlungen (eventuell) in der Zukunft.

Für eine Beurteilung der notwendigen Höhe der Anreizzahlungen müssen außerdem die **Opportunitäts- und Grenzkosten** mit einbezogen werden, also die Kosten, die dadurch entstehen, dass eine andere Option des Einsatzes dieser finanziellen Aufwendung nicht realisiert wird (entgangener Erlös) (Frolich et al. 2007). Die Opportunitätskosten sind im Gesundheitswesen sehr für das zugrundeliegende Vergütungssystem, in das P4P „eingebettet“ ist, empfindlich. besonders dann, wenn von ihm ein starker Mengenanreiz ausgeht (z.B. Einzelleistungsvergütung, DRG). Es ist in diesem Fall äußerst fraglich, ob eine P4P-Vergütung auf institutioneller Ebene eher realisiert wird als eine zusätzliche Erlöseinheit (zusätzlicher Fall), die evtl. nur mit variablen und evtl. ohne zusätzliche sprungfixe Kosten zu realisieren ist:

“Chase the utilization dollars rather than the quality dollars.” (s. Damberg et al. 2009)

Erschwerend kommt hinzu, dass die in Frage stehenden Erlöse (qualitäts- bzw. leistungsbezogen) unterschiedlich diskontiert werden können (Diskontierung betrifft die Abwertung von Erlösen, die erst in Zukunft anfallen, „lieber 10 € heute als 20 € in einem Jahr“ [Damberg et al. 2007]). Wird der qualitätsbezogene Erlösbestandteil z.B. erst im nächsten oder übernächsten Jahr gezahlt (auf der Basis der im laufenden Jahr durchgeführten Erhebung – ein sehr realistisches Szenario), der durch eine zusätzliche Leistung ausgelöste Erlös dagegen aber sofort, dann wird man sich selbst dann für die zeitnah zu realisierende Option der Fallsteigerung entscheiden, wenn der qualitätsbezogene Erlösbestandteil etwas höher liegt (Frolich et al. 2007). Die Gesamtsicht der Überlegungen macht es verständlich, dass einige mehr analytisch unterfütterte Untersuchungen für höhere P4P-Vergütungen plädieren (Chung et al. 2010; Ryan u. Blustein 2011; Werner et al. 2011, Werner u. Dudley 2012).

Zwischenfazit: Um die Höhe und damit potenzielle Anreizwirkung des qualitätsbezogenen Erlösanteiles beurteilen zu können, muss man den Messaufwand berücksichtigen, die Opportunitäts- und Grenzkosten einbeziehen und einer eventuellen Diskontierung Rechnung tragen.

An dieser Stelle sei noch angefügt, dass auch die Finanzierungsseite *Trade-offs* zwischen Risiko und *incentives* zu beachten hat, denn die Leistungsanbieter werden ihrerseits höhere Preise verlangen, um das Risiko durch einen schwer einzuschätzenden Vergütungsbestandteil auszugleichen. So ist auch für die Finanzierungsseite die Betrachtung der Frage alternativer Verwendungszwecke der P4P-Mittel durchaus von Bedeutung (Prendergast 1999).

8.5.4 Informationsasymmetrie und Einzelleistungsvergütung

Ohne den Überlegungen zur Integration von P4P in übergeordnete Vergütungssysteme vorzugreifen (s. unten), soll hier kurz auf Aspekte der *Principal-Agent*-Theorie eingegangen werden, die auf der Informationsasymmetrie zwischen Finanzierer (z.B. Versicherung) und Leistungserbringer beruht (der Einfachheit halber wird es bei einem bipolaren System belassen, andere Akteure wie Staat, ständische Organisationen etc. werden hier nicht berücksichtigt) (Nicholson et al. 2008; Frolich et al. 2007). Hätten beide Seiten den gleichen Informationsstand über die Realisierung einer qualitativ hochstehenden Behandlung, wäre es für den Finanzierer die beste Option, jeden der Bestandteile dieser Behandlung per Einzelleistungsvergütung „zu kaufen“. Dieses Informationsgleichgewicht liegt jedoch nicht vor, denn die Angehörigen der Gesundheitsberufe und die Organisationen des Gesundheitswesens verfügen über einen erheblichen Informationsvorsprung vor der Finanzierungsseite, wenngleich etwa durch *Evidence-Based Medicine* und durch daraus abgeleitete Leitlinien ein erheblicher Teil des Wissens „säkularisiert“ worden ist, also der Allgemeinheit und somit auch den Finanzierungsseite zur Verfügung steht. In diesem Fall der Informationsasymmetrie muss sich die Versicherung



(*principal*) darauf verlassen, dass sich der *agent*, also die Leistungserbringer, in ihrem Sinne verhält. Erschwerend kommt hinzu, dass der *principal* dies nicht oder nur sehr schwierig kontrollieren kann.

Anreize wie P4P sind in dieser Situation grundsätzlich durchaus geeignet, den **Informationsnachteil** *ex post* auszugleichen, den die Finanzierungsseite *ex ante* gegenüber dem Leistungserbringer hat. Wenn sich jedoch die Informationsasymmetrie abschwächt, verliert P4P den Charakter eines Anreizes und wird zu einer (evtl. zusätzlichen) Zahlung im Sinne einer leistungsbezogenen (Einzelleistungs-)Vergütung (Werner u. Dudley 2012, Wodchis et al. 2007). In diesem Fall wäre zu erwarten, dass die angereizte Leistung nach Beendigung des P4P-Programmes wieder zurückgeht; genau dies ist in dem mit viel Geld ausgestattetem, auf distinkte Leistungen zugeschnittenen QOL-Programm in Großbritannien zu beobachten gewesen (Lester et al. 2010).

Folgende Fälle sind hier zu unterscheiden, die in der gegenwärtigen Diskussion wenig Beachtung finden, obwohl sie als relativ wirkmächtig angesehen werden müssen:

- die Qualitätsindikatoren, die Gegenstand der P4P sind, wurden **bereits vorher durch andere Anreizsysteme** (z.B. *Public Reporting*) **adressiert**. In diesem Fall ist es den Partnern auf beiden Seiten bereits bekannt, „wo der Hund begraben liegt“, und eine eigentliche (zusätzliche) Anreizwirkung kann nicht mehr erzeugt werden, ganz abgesehen davon, dass durch den *ceiling*-Effekt das mögliche Verbesserungspotenzial schon ausgeschöpft ist (Damberg et al. 2009). Gleiches gilt für den Fall, dass Indikatoren sehr lange in Gebrauch sind, man muss sich daher an die alte Forderung halten, dass Indikatoren regelmäßig zu wechseln sind.
- bei den Qualitätsindikatoren handelt es sich um Indikatoren der **Strukturqualität**, die weitgehend bekannt sind – hier wird aus P4P ein reiner Investitionszuschuss.
- bei den **Qualitätsindikatoren handelt es sich um Prozessindikatoren** (s. Kap. 2.4.5 und Abb. 40). Ganz gegen den üblichen Trend ist festzuhalten: um so mehr EBM, um so weniger sinnvoll ist P4P (Nicholson et al. 2008), denn wenn Prozessindikatoren durch EBM-gestützte Leitlinien derart vorgegeben sind, dass sie die Qualität der Leistung weitge-

Indikatoren:	Informationsasymmetrie	Risikoselektion	Wertung
■ Ergebnis	+	+ ⚡	Risikoselektion ist Problem
■ Prozess (a)	-	+	Einzelleistung
■ Prozess (b)	+	-	optimal
■ Struktur	-	-	Investitionsbeihilfe

Abb. 40 Differenzierter Gebrauch von Prozessindikatoren, in Abgrenzung auch von Struktur- und Ergebnisindikatoren (s. Kap. 2.4.5)

hend abbilden (aufgehobene Informationsasymmetrie), ist eine Einzelleistungsvergütung sinnvoller und von der Anreizwirkung her auch effektiver (Damberg et al. 2007). Um ein Beispiel zu nennen: die Blutkultur vor erster Antibiotikagabe bei der ambulant erworbenen Pneumonie kann man auch direkt vergüten. Solche Indikatoren mit Nähe zur Einzelleistungsvergütung zeigen eine starke Tendenz zur Vernachlässigung anderer, nicht angereizter Leistungen (*teaching to the test*) und dazu, nach Beendigung des P4P- Programms auf das Ursprungsniveau zurückzufallen (Lester 2010). Anders ist es in Situationen, in denen die Informationsasymmetrie nicht aufgehoben ist, z.B. bei der Behandlung chronischer Erkrankungen. Prozessindikatoren z.B. zur Koordination wie Vollständigkeit der Informationsweitergabe sind sinnvoll, denn das Geschehen „dahinter“ ist für die Finanzierungsseite nicht zu durchblicken, und sie dienen im Übrigen strategischen Zielen (s.u.). Ähnlich verhält es sich mit einem Indikator wie der Zahl der bearbeiteten Meldungen eines CIRS (*Critical Incident Reporting System*), der Benefit ist (wenn man den Indikator stichprobenartig kontrolliert) gegeben, die Informationsasymmetrie ist gewahrt.

- bei den **Qualitätsindikatoren handelt es sich um Ergebnisindikatoren** (s. auch hier Kap. 2.4.5 und Abb. 40). Hier ist es kaum möglich, die Informationsasymmetrie aufzuheben, selbst bei einfachen Elektivleistungen ist es der Finanzierungsseite nicht bekannt, wie das optimale Ergebnis zustande kommt. Das Problem liegt hier jedoch beim starken Anreiz zu einer Risikoselektion, die einerseits schwer durch Risikoadjustierung zu neutralisieren ist, und andererseits kleine Einrichtungen systematisch benachteiligt (Nicholson et al. 2008).

In der Konsequenz: P4P nur mit „frischen“ Prozessindikatoren in komplexen Situationen mit aufrechterhaltener Informationsasymmetrie sinnvoll, die regelmäßig geändert werden.

8.5.5 Ökonomische Grundannahmen

Spätestens seit der Finanzkrise 2007 werden in der ökonomischen Diskussion und in der Öffentlichkeit die Grundannahmen des *rational choice* als Basis für ökonomische Entscheidungen zunehmend in Frage gestellt. Es gibt eine große Zahl empirischer Untersuchungen z.B. aus dem Bereich der Verhaltensökonomie (*behavioural economics*, sog. *Prospect Theory*), die nachweisen, dass ökonomische Entscheidungen nicht zuverlässig und ausschließlich unter dem Aspekt der individuellen Nutzenoptimierung zu beschreiben sind (Kahnemann u. Tversky 1979). Auch Im Gesundheitswesen existieren entsprechende Hinweise, dass Patienten und Ärzte nicht als „*perfectly rational decision makers*“ (Loewenstein et al. 2013) anzusehen sind (s. Abb. 41), auch wenn eine Zeitlang die Theorie des *health care consumerism* hoch im Kurs stand (Angell u. Kassirer

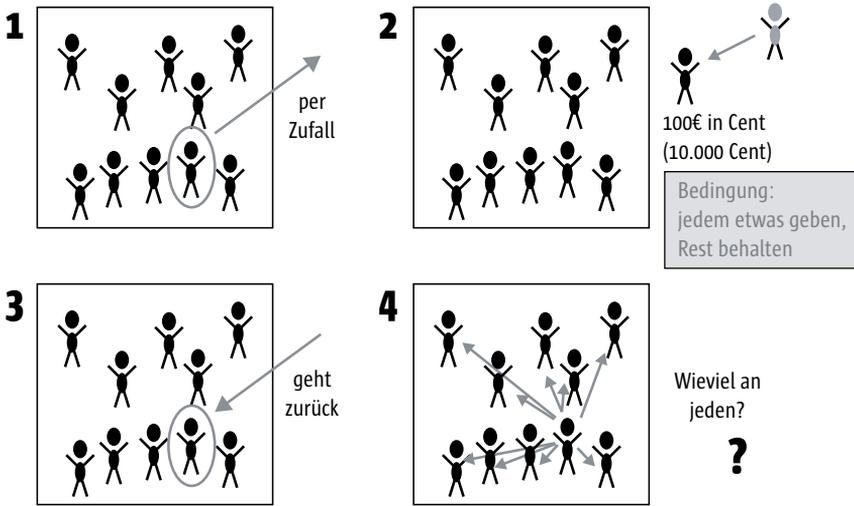


Abb. 41 Die Behavioural Economics berücksichtigen auch Faktoren wie Altruismus: eine zufällig ausgewählte Person (1) erhält 100 € in Cent-Stücken (2). Sie kann alles behalten unter der Bedingung, nach Rückkehr in den Raum (3) den anderen 9 Personen etwas abzugeben, egal wie viel (4). Nutzenmaximierung würde bedeuten: jeder erhält 1 Cent, Rest: 99,91 €. Empirisch (im Versuch) erhält jedoch jede Person ca. 2,50 €, Rest nur 77,50 €.

1996). Eine große Rolle spielt diese Thematik besonders beim sog. Qualitätswettbewerb (s.o.), einem Konstrukt, das Qualitätsinformationen neben Menge und Preis als wettbewerbswirksam ansieht, und dem P4P und *Public Reporting* zugerechnet werden.

Bei *Public reporting*, der Veröffentlichung von leistungserbringerbezogenen Qualitätsindikatoren ohne finanzielle Anreize (s. Kap. 5), ist man lange davon ausgegangen, dass diese Informationen Patienten und Zuweiser dazu veranlassen würden, die Anbieter mit besserer Qualität zu bevorzugen und diesen dadurch eine bessere Marktchance zu verschaffen. Solche Daten werden in größerem Umfang in Deutschland im Rahmen der Qualitätssicherung im Krankenhausbereich nach § 137 SGB V (AQUA 2013) veröffentlicht. Die verfügbaren empirischen Studien konnten den **Effekt einer „informierten Wahl“ des Patienten** jedoch nie belegen (Werner und Ash 2005; weitere Angaben s. Kap. 5.2). Die Patienten fallen als „Nutzenmaximierer“ sozusagen aus. Hinzukommt, dass die Rolle der anderen „Player“, also z.B. der Zuweiser, der Versicherer, der öffentlichen Meinung, die Haltung der Patienten hinsichtlich Zugehörigkeit zum Stadtviertel, zurückzulegende Entfernungen, die Bedeutung anderer Eigenschaften der betreffenden Anbieter, die von den veröffentlichten Qualitätsindikatoren nicht beschrieben werden, bis hin zur Frage, ob die für die Patienten relevanten Informationen überhaupt und wenn dann verständlich dargestellt wurden, dass alle diese Fragen letztendlich unklar

bleiben. Bei P4P und *Value-Based Purchasing* wird die Situation noch unübersichtlicher.

Auch Ärzte sind nicht als reine Nutzenmaximierer anzusehen. Zwar gibt es Studien, die zeigen, dass Ärzte auf finanzielle Anreize reagieren (Hickson et al. 1987), aber es geschieht nicht regelmäßig (Rosenthal u. Frank 2006) und der Effekt ist insbesondere bei bestimmten Themen wie Prävention nur gering (Hillman et al. 1998; Hillman 1999; Cook et al. 2004). Die Verhaltensökonomie hat hier aber entscheidende neue Impulse gegeben, die letztendlich auf eine Integration von psychologischen, soziologischen sowie später auch neurobiologischen Erkenntnissen in das Modell des Verhaltens unter ökonomischen Anreizen hinausläuft (Kahnemann u. Tversky 1979; aktuell Verma et al. 2014). Diesen Ansätzen ist gemeinsam, dass Entscheidungen nicht allein auf der Basis einer monetären oder sekundär in monetären Einheiten zu beschreibenden Abwägung erfolgen, sondern maßgeblich unter dem Einfluss des autonomen Systems („Bauchgefühl“) (s. Kap. 3.5.2) und sozialer Faktoren. Dabei treten einige mittlerweile gut beschriebene Effekte auf (Damberg et al. 2007; Verma et al. 2014, zu den entsprechenden Befunden im HQIP-Projekt s. Jha et al. 2012; Ryan et al. 2012B):

- **Framing:** Entscheidungen werden in einem referentiellen Zusammenhang getroffen, der die Interpretation erleichtert oder sogar erst ermöglicht. Dies betrifft z.B. die sog. Risikoaversion („der Spatz in der Hand ist besser als die Taube auf dem Dach“); befragte Personen akzeptieren lieber eine Woche sicher garantierten Urlaub als die 50%ige Chance auf einen dreiwöchigen Urlaub (Damberg et al. 2007). Hiermit hängt die Diskontierung zusammen: weil die Gefahr gesehen wird, dass ein Ereignis in der Zukunft nicht eintritt, obwohl es mehr Nutzen erbringen könnte, wenn es tatsächlich eintritt, wird lieber ein geringerer Nutzen in der Gegenwart realisiert (lieber 10 € heute als 20 € in einem Jahr). Genauso sind Unterschiede zu beobachten, je nachdem ob eine Entscheidung als möglicher Verlust (*loss-frame*) oder als möglicher Gewinn (*gain-frame*) interpretiert wird. So wird ein leistungsabhängiger Gehaltsanteil gleicher Größe höher eingeschätzt, wenn das Gesamtgehalt am Jahresende ausgezahlt und der variable Anteil bei Nicht-Erreichen der Ziele am Jahresende abgezogen wird, als wenn er am Jahresende erst gewährt wird. Personen sind meist Verlust- bzw. Risikoaversion, d.h. ein entgangener Gewinn wird weniger hoch bewertet als ein gleich großer Verlust (Werner u. Dudley 2012).
- Es wird versucht, die Entscheidung mit einer überschlägigen **globalen Situationseinschätzung** zu bewältigen, die sich meist auf einen gewählten Fixpunkt bezieht. Wenn z.B. ein Ziel zu weit weg ist, als dass es erreicht werden kann, wird auch keine Anstrengung mehr unternommen (*goal gradient*), insbesondere wenn das Ziel auch nicht im Bereich der Handlungsoptionen liegt (z.B. Ergebnisindikatoren bei niedriger Inzidenz, oder zu hoch liegender absoluter Grenzwert (s. Abb. 39, Fall C). Es



können auf diese Weise Fehleinschätzungen groben Ausmaßes vorkommen, Personen fahren z.B. durch die ganze Stadt, um 10 € beim Kauf eines Radioweckers zu sparen, würden aber nie ähnliche Anstrengungen unternehmen, um 10 € bei einem LED-Fernseher zu sparen (Damberg et al. 2007). Vor die Wahl gestellt, ob ein Todesfall schlimmer wäre als kein Todesfall (Reduktion um 100%), oder 1000 Todesfälle schlimmer als 999 (Reduktion um 0,1%), entscheiden sich die meisten Personen für den ersten Fall, obwohl absolut die Differenz jedes Mal ein Todesfall beträgt (Überschätzung relativer Risiken [Verma et al. 2014]).

- *Isolation effect*: zur Beurteilung einer Entscheidungssituation wird eine der möglichen Dimensionen selektiert und die anderen werden unterdrückt. Werden z.B. mehrere Interventionen gleichzeitig implementiert, kann die Vielzahl nicht erfasst werden, nur einzelne werden herausgegriffen, es kann aber nicht vorhergesagt werden welche dieser Interventionen. Eine gut handhabbare und etwas stärker praxisorientierte Zusammenfassung haben diese entscheidungsrelevanten Elemente im sog. *Mindscape*-Konzept gefunden (King et al. 2013). Wenn z.B. Patienten dazu veranlasst (*to nudge them* – „schupsen“) werden sollen, an Präventionsmaßnahmen teilzunehmen, ist es oft weniger wichtig, dieses mit Überlegungen zum absoluten Nutzen z.B. in Form von gewonnenen Lebensjahren zu tun (Rauchen aufhören!), sondern sich zu überlegen, wer die Botschaft überbringt (*messenger*), wie die Umwelt sich verhält (*norms, priming*) und was die *default*-Einstellung ist, also was als Normalfall angesehen wird – die Abweichung muss vom Individuum aktiv betrieben und begründet werden. Das *Mindscape*-Konzept ist sehr auf das *framing* fokussiert (s. Abb. 42).

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| ■ M essenger | Who communicates |
| ■ I ncentives | What kind of bonus/malus |
| ■ N orms | What others are doing |
| ■ D efaults | Things remain the same |
| ■ S alience | What is novel and relevant |
| ■ P riming | Contextual influences |
| ■ A ffekt | Emotion |
| ■ C ommitments | Promises |
| ■ E go | Feeling about ourselves |

Abb. 42 *Mindscape*-Framework: ein Akronym von 9 Elementen, die Verhalten beeinflussen

8.5.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend können aus den vorangegangenen Kapiteln unter besonderer Berücksichtigung der *Principal-Agent*- und der *Prospect Theory* (Verhaltensökonomie) folgende Grundsätze abgeleitet werden:

- Der alleinige Einsatz relativer Anreize über Rankinglisten („die besten 5“) ist kritisch zu sehen, da die *poor performers*, evtl. sogar die Mehrheit der teilnehmenden Institutionen verloren gehen, weil sie kaum Chancen sehen (*goal gradient*). Zu empfehlen ist eine Kombination mit relativer Verbesserung und gestaffelten absoluten Grenzwerten.
- Um die Höhe und damit potenzielle Anreizwirkung des qualitätsbezogenen Erlösanteiles beurteilen zu können, muss man den Messaufwand berücksichtigen, die Opportunitäts- und Grenzkosten einbeziehen und einer eventuellen Diskontierung Rechnung tragen.
- Die Zahlung der Anreize muss zeitnah, verlässlich und nachvollziehbar erfolgen, weil sonst Diskontierung und Risikoaversion ein zu großes Gewicht erhalten.
- 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 (bei erhaltener Informationsasymmetrie, s.u.), die keiner Risikoadjustierung bedürfen, zu präferieren, evtl. ergänzt durch einige Ergebnis- (z.B. adjustierte Mortalität) und Strukturindikatoren.
- Kleinere, häufigere Zahlungen, die aber relativ hoch erscheinen, sind wirkungsvoller als größere aber nur selten gezahlte Summen, die z.B. im Rahmen des Gesamterlöses eines Krankenhauses kaum auffallen (Überschätzung relativer Gewinne).
- Grundsätzlich ist die Einbehaltung von Vergütungsbestandteilen der stärkere Anreiz als die zusätzliche Vergütung (Verlustaversion), ein solches Vorgehen wird jedoch evtl. als unfair und motivationsmindernd erlebt.
- 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*).
- Ein P4P-Programm sollte nicht gleichzeitig mit mehreren anderen Regelungen eingesetzt werden (*isolation effect*).
- Umso mehr ein Behandlungsablauf durch Leitlinien beschrieben und durch EBM „durchgedrungen“ ist, um so mehr gewinnt eine Einzelfallvergütung gegenüber P4P an Vorteil, deren Anreizwirkung in jedem Fall überlegen ist. Ist die Informationsasymmetrie aber erhalten, ist P4P sinnvoll einzusetzen.
- Außerordentlich wichtig ist ein adäquates *framing* (*Messenger*, Normen, *Default*-Einstellungen, Kontextbedingungen).



8.6 Integration in bestehende Vergütungssysteme (Schwerpunkt P4P)

8.6.1 Dominierende Vergütungsanreize im deutschen Gesundheitswesen

Das Rahmenkonzept, das für die vorliegende Analyse unter dem Arbeitsbegriff „komplexe professionelle Systembürokratie“ Verwendung findet, versucht möglichst umfassend, die Kontextbedingungen zu identifizieren und einzu- beziehen, die den Einsatz von Instrumenten wie *Public Reporting* und P4P beeinflussen, sowohl hinsichtlich der Modelle zur Verhaltensänderung als auch bezüglich der ökonomischen Entscheidungsmodelle. Auf keinen Fall darf dabei natürlich das Gesamtvergütungssystem fehlen, in das *Public Reporting* und (als Vergütungsbestandteil) besonders P4P eingebettet sind (Mayes 2011). So ist z.B. die Frage zu stellen, ob z.B. in einem DRG-System oder in einem Vergütungssystem, das auf Einzelleistungen beruht, der immanente Mengenanreiz durch diese Qualitätsverbesserungsinstrumente aufgehoben werden kann, denn „(...) the toxicity of the existing payment system may prevent weakly powered incentives from overcoming the Sisyphean task of QI“ (Damberger et al. 2009). Ob es nun notwendig ist, das System ganz zu wechseln, wie es gelegentlich in den USA formuliert wird (Corrigan und McNeill 2009), oder ob es möglich ist, mittels qualitätsverbessernder Instrumente wie *Public Reporting* oder P4P Schwächen des Systems an einzelnen Stellen zu heilen, soll anhand einer groben Charakterisierung der Verfassung von Gesundheitssystemen im folgenden Absatz kurz diskutiert werden. Dabei wird davon ausgegangen, dass das **deutsche Gesundheitssystem wie die meisten anderen westlichen Gesundheitssysteme dadurch charakterisiert ist, dass**

- eher die **Leistungsmenge** vergütet wird als die Qualität der Leistung, dass
- es auf **Akuterkrankungen** und nicht auf die kontinuierliche Betreuung chronisch und mehrfach Erkrankter ausgerichtet ist, dass
- es sehr stark **sektoral** gegliedert ist, dass
- **Erkrankungen** und damit verbundene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und nicht die Krankheitsvermeidung (Prävention) vergütet werden, und dass es
- auf eher auf die **Anbieter-** als auf die Patientenperspektive ausgerichtet ist (s. Kap. 1.4, „fünf Ziele“).

In mehreren Übersichtsarbeiten sind die die Zusammenhänge zwischen speziell P4P und anderen Vergütungsinstrumenten ausführlich dargestellt worden (Miller 2009, Rosenthal 2008). Die **Mengenorientierung** ist dabei in zweifacher Weise von Bedeutung, zum einen stellt sie traditionell das Hauptargument für die Einführung von P4P dar („wir vergüten Menge statt Qualität, daher muss P4P kommen“), ist aber gleichzeitig eines der Haupthindernisse für dessen Wirksamkeit, weil in einem mengenorientierten System die Opportunitätskosten besonders hoch sind – als Alternative zur Investition in Qua-

litätsverbesserung und Dokumentation gilt immer: „ein Fall geht noch“ (ausführliche Darstellung einschl. Risikoaversion und Diskontierung s.o.). Aber auch die **sektorale Gliederung** schränkt den Horizont und damit den Effekt einer P4P-Vergütung stark ein, denn Anbieter werden entsprechende Maßnahmen in erster Linie dann in Betracht ziehen, wenn der daraus resultierende Nutzen in ihrem Sektor und nicht im Nachbarsektor anfällt. Generell kann man nur betonen, dass eine ausgeprägte Sektorisierung für alle Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ein großes Hemmnis ist, weil immer auch Nachbarsektoren profitieren, die sich selbst nicht engagiert haben. Der **Erkrankungsbezug** der Finanzierung verweist auf eine weitere grundsätzliche Weichenstellung in unseren Gesundheitssystemen, denn trotz aller Sonntagsreden finanzieren wir Akuterkrankungen als „**misslungene Prävention**“.

Wenn hier also kein Paradigmenwechsel stattfindet, werden *Public Reporting* und – eventuell in Zukunft – P4P dort eingesetzt, wo das Gesundheitssystem seinen Schwerpunkt hat und wo Daten verfügbar sind: in der (prozedural orientierten, operativ dominierten) Akutmedizin und nicht in der präventiv ausgerichteten Gesundheitsversorgung. Für die **Orientierung an Akuterkrankungen** gilt Ähnliches, *Public Reporting* und P4P verstärken sogar die Bindung an Akuterkrankungen (z.B. Myokardinfarkt, ambulant erworbene Pneumonie), sowohl gegenüber Prävention als auch gegenüber den chronischen Erkrankungen, indem sie diese Erkrankungen attraktiver machen oder die Vergütung sogar erhöhen – es sei denn, man steuert aktiv um und nimmt mittels dieser beiden Instrumente gezielt und strategisch überdacht die chronischen und Mehrfacherkrankungen in den Blick. Das QOF des NHS, das sich primär an chronische Erkrankungen richtet, hat hier eine wichtige Vorreiterfunktion.

8.6.2 P4P und die einzelnen Vergütungssysteme

Geht man von den vier vorgenannten Systemeigenschaften aus (s.o.), kann man Vergütungssysteme daraufhin untersuchen, ob sie sich hinsichtlich Mengenanreiz, Prävention und Behandlung chronischer Erkrankungen günstig mit P4P-Vergütungselementen kombinieren lassen (die Sektorbezogenheit ist selbst Strukturmerkmal der Vergütungssysteme). Als weiterer Parameter für diese Überlegungen strategischer Natur ist die Tendenz zur Risikoselektion durch *Public Reporting* und P4P hinzuzuziehen. Zur Systematik der unterschiedlichen Vergütungssysteme kann man nach Gegenstand folgende Einteilung vornehmen (s. Abb. 43):

- Einzelleistungsvergütung
- Vergütung nach Zeiteinheit
- sektorale Pauschalen
- transsektorale Pauschalen für (Akut-)Erkrankungen und Erkrankungs-episoden
- Erkrankungspauschalen



Vergütungssysteme und Kosten

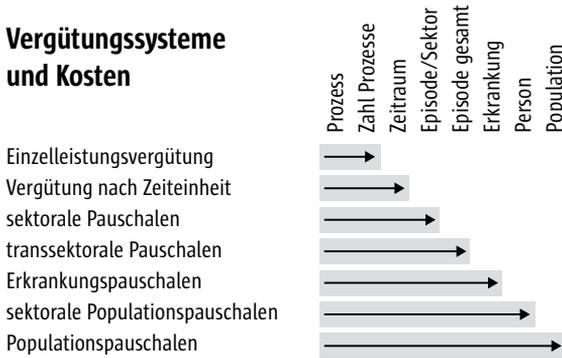


Abb. 43 Die Vergütungssysteme erfassen je nach Sektorzugehörigkeit Kosten, die sich aus Prozessen (Leistungen), Krankheitsepisoden (oder Akuterkrankungen), Erkrankungen in ihrer Gesamtheit und den Kosten, die für die Behandlung einer Person bzw. einer Population entstehen, zusammensetzen (modifiziert nach Miller 2009)

- sektorale Populationspauschalen
- Populationspauschalen

Die resultierenden Kosten entstehen nach Zahl der Erkrankungen, den Behandlungsepisoden pro Erkrankung, der Zahl und dem Typ der Leistungen in jeder Episode, der Zahl und der Art der individuellen Prozesse, Medizinprodukte und Medikamente in jeder Behandlung und letztendlich der Preise jedes Prozesses, Produktes bzw. Medikamentes (Miller 2009).

- Bei **Einzelleistungsvergütung** besteht ähnlich wie bei sektoralen Pauschalen ein starker Mengenanreiz, der Eingriffe und andere abrechenbare Leistungen fördert und Krankheitsvermeidung sowie die „begleitende Behandlung“ chronischer Erkrankungen unattraktiv macht. Obwohl Einzelleistungsvergütung immer noch eine große Rolle spielt (z.B. Privatversicherte in Deutschland, *fee for service* bei Medicare in den USA, vgl. hier Chen und Ackerly 2014), wird deren Einsatz in einem Gesundheitssystem der Zukunft (Alterung, Chronizität, Multimorbidität) auf Bereiche mit vermuteter Unterversorgung beschränkt werden. Im breiten Einsatz von P4P ist wenigstens nicht zu erwarten, dass P4P den Mengenanreiz austarieren kann. Soweit sich P4P auf distinkte Prozessindikatoren bezieht, besteht sogar die Gefahr, dass der Mengenanreiz zunimmt (z.B. durch zusätzliche diagnostischen Maßnahmen, die P4P-angereizt sind; s. hierzu auch Kap. 8.5.4). Man kann zwar, wie es in vielen Projekten der Fall ist, einfache Präventionsmaßnahmen mit P4P belohnen (z.B. Impfprogramme), aber schon bei den chronischen Erkrankungen wird das schwieriger, ganz abgesehen davon, dass bei Aufhebung der Informationsasymmetrie die direkte Kontrahierung der betreffenden Leistungen sinnvoller ist. Die Einzelleistungsvergütung ist eine der Situationen, wo Ergebnisindikatoren größere Bedeutung zu-

kommen kann. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass es in diesem Fall die Gefahr einer Risikoselektion besteht, obwohl eine Einzelleistungsvergütung eigentlich keinen großen Anreiz hierzu bietet – man würde also einen unerwünschten Effekt durch P4P (soweit Ergebnisindikatoren genutzt werden) „importieren“. Ein schlagendes Argument ist aber, dass die Opportunitätskosten so hoch sind, da die alternative Erlössteigerung durch die Erbringung einer zusätzlichen Leistung leichter möglich ist als komplexe Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bzw. -dokumentation. Vordergründig erscheint also P4P durch Ergebnisindikatoren unter Einzelleistungsbedingungen plausibel, in Gesamtsicht der Argumente hat P4P bei diesem Vergütungssystem aber keine Zukunft.

- **Vergütung über Zeiteinheit:** Ob man es nun bedauert oder nicht, dieses Vergütungssystem (z.B. tagesgleiche Pflegesätze) ist ein Auslaufmodell. Der Mengenanreiz ist auf die Zahl der abgerechneten Pflgetage beschränkt. Prävention und Behandlung von Chronizität wird nicht angereizt, ist aber nicht ausgeschlossen – hier wäre durchaus ein Einsatzgebiet von P4P zu sehen. Auch könnte man einzelne qualitätsrelevante Indikatoren sinnvoll einsetzen, u.U. kombiniert mit Kostenaspekten, um der Verlängerung der Verweildauern etwas entgegenzusetzen. Eine Gefahr der Risikoselektion besteht kaum.
- **Vergütung durch sektorale Pauschalen:** Die wichtigsten sektoralen Pauschalen sind die DRGs in der stationären Versorgung. Ihre Funktion besteht in der Transparenzsteigerung in der Krankenhausversorgung, die wichtigste Voraussetzung für eine stärkere Integration des ambulanten und stationären Sektors. Solange die sektorale Abgrenzung jedoch aufrechterhalten wird, geht von den DRGs ein starker Mengenanreiz aus, zusammen mit einer deutlichen Akzentuierung operativer, prozedurengebundener, operativer Akutleistungen zulasten der Versorgung chronisch mehrfach Erkrankter und zulasten der Prävention. Wenn gleich es sich nur um eine sektorale Pauschale handelt, besteht in diesem Bereich ein Anreiz zur Risikoselektion, dem man durch fortlaufende Anpassung des DRG-Systems zuvorzukommen versucht, die letztendlich nichts anderes ist als die laufende Integration von Einzelleistungskomponenten. Auf den ersten Blick erscheint eine Kombination von DRG-Vergütung und P4P sinnvoll, wobei in erster Linie auf die Nutzung der im DRG-System vermehrt vorliegenden administrativen Abrechnungsdaten Bezug genommen wird. Dieses kann allerdings nur dann gelten, wenn es sich um ein qualitätsadjustiertes DRG-System handelt, was – das muss immer wieder betont werden – beim deutschen DRG-System nicht der Fall ist. Die Abrechnungsdaten weisen insbesondere ein Defizit in ihrer zentralen Eigenschaft auf, nämlich der Sensitivität (s. oben), mit anderen Worten, man übersieht die Qualitätsprobleme, um die es geht (s. z.B. Azaouagh u. Stausberg 2008; Calderwood et al. 2014; Miller et al. 2001; Pawlson et al. 2007; Powell et al. 2001; s. auch SVR 2008 Nr. 654ff.). Ganz abgesehen von dieser Problematik ist es vor



allem aber fraglich, ob P4P mit dem immanenten Mengenanreiz des DRG-Systems kompatibel ist. Im besten Falle würde P4P diesen Anreiz dämpfen können, aber dies ist nicht anzunehmen. Wie in Kapitel 8.5.4 ausgeführt (*Principal-Agent-Problematik*), sprechen sowohl

- die hohen Opportunitätskosten: eine zusätzlich erbrachte DRG-Leistung wird immer einer eventuellen qualitätsbezogenen Vergütung vorgezogen, als auch
- die Diskontierung: die qualitätsbezogene Vergütung wird im Allgemeinen später als die Leistungsvergütung realisiert, und
- die Risikoaversion: die zusätzliche DRG-Leistung ist „sicher“, die zusätzliche Vergütung durch Qualität hängt z.B. vom Ranking ab, eindeutig dagegen (Frolich et al. 2007). Dies gilt mindestens so lange, bis der Mengenanreiz durch Veränderungen im Mehrleistungsausgleich abgemildert wird (s. Koalitionsvertrag 27.11.2013). Dabei ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund der vorgenannten Ausführungen der Mehrleistungsausgleich die Vergütung der zusätzlichen Leistung unter die variablen Kosten drücken müsste, um wirksam zu werden. Die Problematik besteht vor allem bei Verwendung administrativ erhobener Ergebnisindikatoren, denn bei einem immanenten *underreporting* dieser Indikatoren (mangelnde Sensitivität administrativer Daten) bei gleichzeitiger Fähigkeit zur Risikoselektion in großen Verbänden lässt sich eine Mengensteigerung mit dem Argument der „guten Qualität“ hervorragend durchsetzen. Die einzige Möglichkeit besteht in der Verwendung von Prozessindikatoren ohne Mengenanreiz, idealerweise solcher Indikatoren, die die transsektorale Integration widerspiegeln (z.B. Vereinbarung mit dem ambulanten oder Reha-Bereich zum MRSA-Screening).
- **Transsektorale Pauschalen für (Akut-)Erkrankungen und Erkrankungsepisoden:** Diese Vergütungsform wird in Deutschland in erster Linie durch die Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V repräsentiert, in den USA entspricht das sog. *bundled payment* dieser Vergütungsform (Belmont et al. 2011). Es werden alle Leistungen, die mit einer Erkrankung zusammenhängen, unabhängig von ihrer sektoralen Erbringung erfasst. Der Mengenanreiz ist daher geringer, die Krankheitshäufigkeit lässt sich nicht ohne Ende steigern. Allerdings ist die Zentrierung auf Akuterkrankungen unter gleichzeitiger Vernachlässigung chronischer Erkrankungen schon allein wegen der besseren Abgrenzbarkeit ungebrochen, auch gibt es keinen Anreiz zur Prävention, denn man generiert Erlöse für den behandelten Krankheitsfall und nicht für die verhinderte Erkrankung bzw. Krankheitsepisode. Wie bei allen (höherrangigen) Pauschalen besteht ein Anreiz zur Risikoselektion, denn der Deckungsbeitrag der Pauschale steigt mit sinkender Komorbidität bzw. Komplikationshäufigkeit. P4P hat in diesem Zusammenhang trotzdem bessere Einsatzmöglichkeiten als in den vorgenannten Vergütungssystemen. Zum Beispiel können sehr gut Prozessindikatoren wie die Zeit bis zur stationären Aufnahme oder betreffend die Behandlung am Wo-

chenende eingesetzt werden, selbst die stationäre Verweildauer kann hier diskutiert werden. Auch Ergebnisindikatoren können ihren Einsatz finden, soweit die Fallzahl nicht zu gering ist. Zusätzlich zu den besseren Umsetzungsbedingungen von P4P kann dieses Instrument hier auch strategischer eingesetzt werden, denn die Integrationsfähigkeit des Systems kann bei gezieltem Einsatz gestärkt werden.

- **Erkrankungspauschale:** Bei der pauschalierten Vergütung von Patienten mit einer chronischen bzw. komplexen Erkrankung, wie sie z.B. in den deutschen strukturierten Behandlungsverfahren (DMP) nach § 137f, g angedacht (aber noch nicht umgesetzt) ist, kann der gesamte Krankheitsverlauf einschließlich aller anfallenden Behandlungen für einen gewissen Zeitraum (z.B. 1 Jahr) erfasst werden (s. *Comprehensive Care Payment* in den USA [Miller 2009]). Der Unterschied zur Populationsbezogenen Pauschalierung (*Managed Care*) besteht darin, dass das Morbiditätsrisiko auf Populationsniveau beim Versicherer verbleibt. Trotzdem brauchen P4P-Programme es nicht mehr mit einem starken Mengenanreiz „aufzunehmen“, stattdessen können hier Prozess- und Ergebnisindikatoren Anwendung finden, eine Risikoselektion ist allerdings möglich. Typischerweise sind chronische Erkrankungen Gegenstand von *Disease Management* oder *Comprehensive Care* Programmen, auch zumindest sekundärpräventive Maßnahmen finden ihren Sinn. Eine Primärprävention wird jedoch nicht gefördert.
- **Sektorale Populationspauschalen:** Sektorale Populationspauschalen sind eine Besonderheit in Deutschland und wurden als hausarztzentrierte Verträge nach § 73b SGB V eingeführt. Zunächst hat die Sektorierung des deutschen Gesundheitssystems dadurch zugenommen, weil der ambulante Bereich jetzt aus einem primär- und einem sekundärfachärztlichen Bereich besteht, die mit gesonderten Budgets und nach dem Willen der jetzigen Regierung (s. Koalitionsvertrag) auch mit getrennten körperschaftsrechtlichen Strukturen ausgestattet werden sollen. Es wird sich zeigen, ob sich durch diese Entwicklung der Druck auf den ambulanten und den stationären sekundärfachärztlichen Bereich in Richtung auf eine bessere und engere Kooperation erhöht und dies zu einer nachweisbar besseren Integration führt (s. *Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung* nach § 116b SGB V). In der HZV besteht kaum ein sinnvoller Anreiz zur Mengenausweitung, allerdings ein Anreiz zur Risikoselektion gegenüber den Nachbarsektoren. Chronische Erkrankungen sind Gegenstand der HZV, Prävention kann durch P4P angereizt werden, wenn das Instrument entsprechend eingesetzt wird.
- **Populationspauschalen** werden in *Managed Care*-Systemen verwendet. „Als *Managed Care* wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst. Dabei sieht es ein prospektiv pauschaliertes Finanzierungssystem vor. *Managed Care* verfolgt die Ziele, Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, *Outcome*-orientierten Gesund-



heitsversorgung zu integrieren, sowie deren Effizienz u.a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern. In der Umsetzung werden selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt. Die Arztwahl kann in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein, Instrumente wie Gatekeeping, Disease Management, Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien und *utilization review* kommen in verschiedenen Kombinationen und wechselndem Umfang zur Anwendung.“ (SVR 2009, Nr. 988). Die Leistungsanbieter, das ist das entscheidende Charakteristikum, übernehmen das Morbiditätsrisiko auf Populationsebene, die sog. *provider-payer-split* ist aufgehoben. Allerdings besteht kein Mengenanreiz mehr, dagegen jedoch durchaus ein großer Anreiz zur Risikoselektion und in gewisser Weise auch zur Vorenthaltung von Leistungen. Der Anreiz für Prävention ist gegeben, er hängt stark von der Bindungszeit der eingeschriebenen Patienten ab. So werden Maßnahmen mit kurzem Zeithorizont wie die Grippeimpfung gefördert, langfristig wirksame Leistungen wie die Zervix Karzinomprophylaxe weniger, weil das Ereignis evtl. bereits in die nächste Versicherungsperiode fällt (Frolich et al. 2007). P4P wird innerhalb der *Managed Care Organisation* zur internen Steuerung eingesetzt, kann aber auch für die gesamte MCO zur Qualitätsverbesserung eingesetzt werden. Zu berücksichtigen ist, dass MCOs primär keinen großen Anreiz zur Offenlegung ihrer Qualitätsdaten haben. Nicht zuletzt deswegen ist es fraglich, ob P4P in der externen Steuerung von *Managed Care Organisations* eine wichtige Rolle spielen kann.

8.6.3 Zusammenfassung: Vergütungssysteme und P4P

Zusammenfassend können folgende Konsequenzen abgeleitet werden (zur stark schematisierenden Illustration s. Abb. 44):

- Auf den ersten Blick und getreu der Losung „**Qualität statt Menge!**“ drängt sich P4P in der Kombination mit Einzelleistungsvergütung, der Vergütung von Zeiteinheiten und den sektoralen Pauschalen (z.B. DRG) gewissermaßen auf. Wie allerdings oben bereits ausgeführt, kann P4P v.a. wegen der hohen Opportunitäts- und niedrigen Grenzkosten, der Diskontierung der qualitätsbezogenen Zahlungen und der Risikoaversion der Anbieter (s. Kap. 8.5) den Mengenanreiz bes. bei prozedural betonten Akut- und Elektivleistungen nicht ausgleichen. Davon auszunehmen sind lediglich Erkrankungen, für die eine Mengenausweitung nicht möglich ist (z.B. Geburten, Polytraumata); hier besteht für P4P ein sinnvolles Einsatzgebiet, wenngleich auch bei diesen Erkrankungen die Opportunitätskosten (s.o.) ein Ausweichen auf andere Erkrankungen bewirken können.
- Es besteht sogar die Gefahr, dass **bei Einzelleistungsvergütung und sektoralen Pauschalen der Mengenanreiz durch P4P verstärkt** wird, und

	Menge	Prävention	chronische Erkrankung	Risiko-selektion
▪ Einzelleistungsvergütung	+			
▪ Zeiteinheit	+			
▪ Pauschale/ sektoral	+			+
▪ Pauschale/ transsektoral				+
▪ Pauschale, Erkrankung			+	+
▪ Population/ sektoral			+	+
▪ Pauschale, Population		+	+	+

Abb. 44 Vergütungssysteme und P4P: Schematische und stark vereinfachende Darstellung der Vergütungssysteme, für die hier eine Kombination mit P4P diskutiert wird. Als Kriterien werden der Mengenanreiz, die Förderung der Prävention sowie der Behandlung chronischer Mehrfacherkrankungen und die Risikoselektion in Betracht gezogen.

zwar wenn folgende Bedingungen zusammentreffen: (1) es handelt sich um Leistungen, bei denen die Möglichkeit zur Mengenausweitung besteht (z.B. Endoprothetik), (2) es werden Indikatoren mit geringer Sensitivität verwendet, wie es bei Indikatoren auf der Basis administrativer Daten der Fall ist, (3) mit den resultierenden Qualitätsdaten wird eine Mengenausweitung begründet und in den Verhandlungen mit den Kostenträgern durchgesetzt, und eventuell wird zusätzlich (4) eine aktive Risikoselektion betrieben, weil die Einrichtung aufgrund ihrer Größe mit eigenen Daten eine Risikobewertung ihrer Patienten betreiben kann.

- Bei Einzelleistungsvergütung und sektoraler Pauschalierung sollte P4P folglich nicht in Bereichen eingesetzt werden, in denen ein Mengenanreiz wirksam werden kann (bes. operative Akutmedizin), sondern in der **Koordination der Behandlung und in der Behandlung von chronischen Erkrankungen**. Man schlägt hierdurch zwei Fliegen mit einer Klappe: einerseits kann man auf diesem Weg den DRG-bedingten Nachteil chronischer, nicht-operativer Erkrankungen gegenüber den operativ zu behandelnden Akuterkrankungen ausgleichen und hätte damit eines der dringendsten Qualitätsprobleme in Deutschland aufgegriffen. Andererseits hat man das Instrument P4P vor einem nicht erfolgsversprechenden Einsatz in der Akutmedizin bewahrt und damit auch den Qualitätsgedanken vor einer Entwertung geschützt. Gleiches gilt für auch für andere Themen wie Patientensicherheit (z.B. Indikatoren zur Einführung und sinnvollen Handhabung von Instrumenten wie CIRS). In den genannten Fällen sind Prozessindikatoren sinnvoll einzusetzen, die keiner Risikoselektion bedürfen.
- Bei höhergradigen Pauschalen (integrierte transssektorale Versorgung, Erkrankungspauschalen, *Managed Care*) tritt die Koordination der Behandlung und die Versorgung von Patienten mit **chronischen, multip-**



len Erkrankungen mehr in den Vordergrund. Da hier der konkurrierende Mengenanreiz weniger stark ausgeprägt ist, kann man mit einem gezielten Einsatz von P4P sinnvoll eingreifen und Schwerpunkte in der Qualitätsentwicklung setzen (s. QOF-Projekt in Großbritannien). Auf eine Risikoselektion ist Rücksicht zu nehmen (s.u.).

- Der **Anreiz zur Risikoselektion** verhält sich (*cum grano salis*) spiegelbildlich zum Mengenanreiz. Um so höhergradig die Pauschalierung ist (bis hin zum Übergang der Versicherungsfunktion auf die Leistungserbringer bei *Managed Care*), umso mehr profitieren die Anbieter von der Vermeidung von Patienten mit teuren Erkrankungen bzw. hoher Komorbidität. Man kann durch die Wahl von Prozessindikatoren und/oder eine adäquate Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren gegensteuern. Die Risikoadjustierung findet jedoch ihre Grenzen bei Erkrankungen mit geringerer Fallzahl, bei denen es zu einer Benachteiligung von kleineren Einrichtungen kommt (s. Kap. 2.4.5). Es ist auch darauf hinzuweisen, dass nicht alle Prozessindikatoren von der Risikoselektion ausgenommen sind (vgl. Mehta et al. 2008). Allerdings sind Erkrankungen und Behandlungen ohne die Möglichkeit zur Risikoselektion (Unfälle oder Geburten bei Aufnahmepflicht, Impfungen) nicht davon betroffen.
- Analog kann man zum Thema **Prävention** vorgehen. Einen direkten Anreiz für Prävention bietet, abgesehen von *Managed Care*, keines der hier diskutierten Vergütungssysteme. Durch einen adäquaten Einsatz von P4P ist es aber grundsätzlich möglich, den vor allem durch Diskontierungsaspekte gehemmten Einsatz der Prävention (s. Abb. 36 in Kap. 8.4.2) zu fördern, ohne dabei den Grundanreiz der Vergütung zu verändern.

8.7 Politische Verantwortung: *Governance* im Gesundheitswesen

Wie in den vorangegangenen Kapiteln bei der Skizzierung eines Rahmenkonzeptes für die Einführung, Funktion und Evaluation von qualitätsverbessernden Instrumenten wie *Public Reporting* und P4P dargelegt, werden die Konzepte von Expertenorganisation und Systemkomplexität (zusammengefasst als komplexe professionelle Systembürokratie) stark durch die Annahmen, die man zu grundsätzlichen ökonomischen Fragen trifft (z.B. *Principa-Agent*-Konzept und Risikoaversion), und durch die Auswirkungen der Vergütungssysteme geprägt, in diese Instrumente im Einzelfall „eingebettet“ sind. Zur Komplettierung eines Rahmenkonzeptes verbleibt nun noch ein weiteres und letztes Element, nämlich die **politische Ebene**. Auch hier spielt es eine große Rolle, von welchen Grundannahmen zur Funktion „der Politik“ man dabei ausgeht.

Sehr häufig legt man bei der Betrachtung der politischen Ebene ein unhinterfragtes, hierarchisches Verständnis zugrunde: die Politik strukturiert, verordnet, beschließt, und die Peripherie folgt. Je nach Standpunkt wird die Professionalisierung der Politik akzeptiert, die Intransparenz beklagt und das

„Versagen der Politik“ irritiert zur Kenntnis genommen, wenn sich Einzelinteressen (wieder einmal) durchgesetzt haben. Dass es so einfach nicht ist, dass das hierarchische Modell zumindest überdacht werden muss, liegt andererseits fast auf der Hand und ist dem Betrachter direkt zugänglich, denn ganz offensichtlich ist die politische Funktion, besonders im Gesundheitswesen, selbst Bestandteil der ausgeprägten Komplexität, die einen solchen gesellschaftlichen Bereich kennzeichnet. Aber ebensowenig, wie Expertenautonomie und Komplexität die Existenz von Regeln und eine externe Einflussnahme kategorisch ausschließen (sondern sie lediglich als verdeckt und wenig vorhersehbar beschreiben), so wenig kann sich die Politik untätig hinter der Komplexität des Systems verstecken, die Verantwortung ablehnen und das Gesundheitswesen als Regelwerk zur Verausgabung von jährlich 200 Mrd. € ohne aktiven Gestaltungsauftrag abtun.

Es stellt sich natürlich die Frage, ob es ein eigenständiges Politikfeld „**Gesundheitspolitik**“ überhaupt gibt, neben den klassischen Politikfeldern wie Außen-, Innen- und Finanz- bzw. Wirtschaftspolitik. Wenn man Gesundheitspolitik nicht einfach über den Gegenstand „Gesundheitsversorgung und Prävention“ definieren will, fällt zunächst die staatliche Gewährleistung für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ins Auge, die zumindest im Bereich der Krankenhausversorgung (Art. 74 GG) und für eine Mindestversorgung besteht (zur Diskussion s. Landau 2009). Die weitgehend staatlich organisierte gesetzliche Krankenversicherung für den größten Teil der Bevölkerung über steueranaloge Beiträge auf die Arbeitseinkommen und die konkurrierende Zuständigkeit von Bund und Ländern z.B. für die Finanzierung oder die Investitionen im Krankenhausbereich stellen ein weiteres Kennzeichen dar, ganz abgesehen von den Zuschüssen an die gesetzlichen Krankenversicherungen aus dem Bundeshaushalt. Auch erscheint die dichte Verknüpfung von wirtschaftlichen und sozialen Interessen und die umfangreiche korporatistische Verfasstheit der Akteure von Bedeutung, die an der Steuerung und Umsetzung beteiligt sind – wie im Begriff der „komplexen professionellen Systembürokratie“ bereits antizipiert (zu diesem Arbeitsbegriff s. Kap. 8.3.3).

Falls man also aufgrund dieser Merkmale von der Existenz einer eigenständigen Gesundheitspolitik ausgehen möchte, stellt sich in zweiter Linie die Frage, ob sich das Politikmanagement im Gesundheitswesen (*politics*), also die Prozesse und Inhalte, von anderen Politikfeldern abgrenzen lassen. In der Darstellung der drei „**Arenen**“ nach Korte (Korte 2012) umfassend

- Parteiendemokratie: öffentliche Verhandlungsprozesse, Mehrheitsentscheidungen, Repräsentation der Parteien und Regierungsvertreter
- Verhandlungsdemokratie: Netzwerke, nicht-öffentliche Abstimmungen, Konsensbildung, Paketlösungen
- Mediendemokratie: Entscheidungen werden durch Stimmungen vorbereitet, Bürger treten in Kommunikation, Aufmerksamkeit als Machtprämie



ist augenfällig, dass im Gesundheitswesen die mittlere **Arena der Verhandlungsdemokratie** mit ihren korporatistischen Strukturen und nichtöffentlichen Konsensprozessen gegenüber der öffentlichen Parteidemokratie enorm an Bedeutung gewonnen hat. In erster Linie sind hier die Verbände zu nennen, teilweise mit staatlichen Aufgaben betraut (z.B. Sicherstellung der ambulanten Versorgung) und in korporatistisch zusammengesetzten Institutionen eingebunden, die zentrale Steuerungsfunktionen direkt unter und in Überlappung mit der gesetzgeberischen Ebene wahrnehmen (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss), gemeinhin zusammenfassend als Selbstverwaltung bezeichnet. Die Aushandlungsprozesse, die hier ablaufen, haben teilweise direkte Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und die Finanzierung im Gesundheitswesen (z.B. Nutzenbewertung und Finanzierungsentscheidungen zu Medikamenten). Diese enge Verknüpfung von Politik und Wirtschafts- bzw. zivilgesellschaftlicher Ebene prägt heute die Gesundheitspolitik ganz erheblich – ganz abgesehen von der rasanten Bedeutungszunahme der Mediendemokratie im Zeitalter von *Facebook* und *Shitstorm*. Ausgedrückt in der klassischen politikwissenschaftlichen Terminologie *polity – politics – policy* (s. Tab. 7) werden Themenstellung und Ergebnisse (*policy*) nicht nur durch die normative Ebene (*polity*) beeinflusst, sondern in starkem Maße auch durch Interessen, Konflikte und informelle Konsensprozesse (*politics*) (Schubert und Bandelow 2008).

Folgt man diesem Verständnis einer Gesundheitspolitik, steht deren Existenz natürlich sogleich wieder in Frage, um so mehr als nach dem in diesem Artikel verwendeten **system- bzw. komplexitätstheoretischen Ansatz** weder Regeln erkennbar noch Interventionen mit vorhersehbarer Wirkung möglich wären. Hier ist die Diskussion jedoch nicht stehengeblieben, so hat die Neokorporatismusdebatte mit ihrer Betonung institutioneller Elemente, die zwischen politischer Entscheidungsebene und Wirtschaft existieren oder aufge-

Tab. 7 Trilogie Polity/Politics/Policy in der Darstellung von Schubert und Bandelow 2008

Bezeichnung	Dimension	Formen	Merkmale
Polity	Struktur (Form)	Verfassung	Organisation
		Normen	Verfahrensregeln
		Institutionen	Ordnung; Normen
Politics	Prozess	Interessen	Macht
		Konflikt	Konsens
		Kampf	Durchsetzung
Policy	Ergebnis	Aufgaben	Problemlösung
		Ziele	Aufgabenerfüllung
		Programme	Wert- und Zielorientierung

baut werden, klargestellt, dass ein erweitertes Verständnis von „Politik“, das sich nicht nur auf das hierarchische *Top-Down*-Verständnis beruft und die letztlich dann auch mit Umsetzungsfragen betrauten Institutionen einbezieht, für die Steuerung eines solchen hochkomplexen Systems wie der Gesundheitsversorgung durchaus funktional ist. Gemeinsam als wichtig erkannte Probleme können unter Nutzung der jeweiligen Kernkompetenzen sinnvoll angegangen werden, auch wenn teilweise informelle Kommunikationskanäle genutzt werden müssen (Lauth u. Thiery 2012). Der aktuelle Begriff, unter dem diese Diskussion derzeit geführt wird, die sog. *Governance* (Benz u. Dose 2010; Mayntz 2010; s.u.), stellt ein Politikverständnis dar, das davon Abstand nimmt, dass allein die politische Hierarchie oder der Markt die Koordination übernimmt, sondern dass das Zusammenwirken staatlicher, privater und zivilgesellschaftlicher Strukturen für diese Koordination notwendig ist (Lauth und Thiery 2012). Es ist durchaus bemerkenswert, wie offen und explizit die „politische Ebene“ dieses Konzept für das Gesundheitswesen in den Vordergrund stellt (Bundeszentrale für politische Bildung 2014).



Begriff Governance (in der Darstellung nach Mayntz [2010])

„Heute wird der Begriff Governance im Kontext nationaler ebenso wie internationaler Politik benutzt, um die Gesamtheit der in einer politischen Ordnung mit- und nebeneinander bestehenden Formen der kollektiven Regelung gesellschaftlicher Sachverhalte zu bezeichnen. Dabei liegt der Akzent auf den verschiedenen Formen zivilgesellschaftlicher Beteiligung an Prozessen politischer Regelung und Problemlösung auf allen Ebenen des politischen Systems, von der lokalen bis zur nationalen.“

Natürlich verbergen sich hinter diesen Konzepten erhebliche Gefahren, insbesondere bezüglich **Intransparenz und politischer Einflussnahme**. Einerseits kann, wie bereits in Kapitel 8.3.3 angedeutet, das Konzept der *Governance* sehr gut in das Rahmenkonzept der komplexen professionellen Systembürokratie integriert werden, es repräsentiert sozusagen Komplexität und Einbeziehung der „Experten“ auf der Makroebene und betont die Kompetenz zur spontanen Selbstorganisation, die ja nicht zu übersehen ist. Andererseits darf durch diese Konzepte die Funktion und Verantwortung der drei Gewalten, vor allem der Legislative, nicht eingeschränkt werden, Interessenlagen müssen erkennbar bleiben, Konsensergebnisse transparent (Mayntz 2010). Am wichtigsten erscheint jedoch, dass sie für die politische Ebene nicht als Entschuldigung für Tatenlosigkeit, Konzeptarmut und Verantwortungslosigkeit dienen darf.

Zusammenfassung:

Im Gesundheitswesen hat die „Arena“ der Verhandlungsdemokratie mit ihren korporatistischen Strukturen und nichtöffentlichen Konsensprozessen gegen-



über der öffentlichen Parteiendemokratie enorm an Bedeutung gewonnen. Die teilweise mit staatlichen Aufgaben betrauten Verbände sind in korporatistisch zusammengesetzten Institutionen eingebunden, die zentrale Steuerungsfunktionen direkt unter und in Überlappung mit der gesetzgeberischen Ebene wahrnehmen (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss). Die Aushandlungsprozesse, die hier ablaufen, haben teilweise direkte Auswirkungen auf die Versorgung der Patienten und die Finanzierung im Gesundheitswesen. Der aktuelle Begriff, unter dem diese Entwicklung abläuft, die sog. *Governance*, stellt ein Politikverständnis dar, das davon Abstand nimmt, dass allein die politische Hierarchie oder der Markt die Koordination übernimmt, sondern dass das Zusammenwirken staatlicher, privater und zivilgesellschaftlicher Strukturen für diese Koordination notwendig ist.