

Deutschlands Zukunft durch Qualität der Medizin gestalten?

NORBERT SCHMACKE

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke ist Mitglied der Abteilung Versorgungsforschung des Instituts für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Er ist Stellvertretendes Unabhängiges Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

Qualitätssicherung wird im Koalitionsvertrag so hoch bewertet wie noch nie. Dabei entstehen erhebliche Anforderungen an die Entwicklung neuer Instrumente der QS in der bisherigen Logik des SGB V ebenso wie neue Erwartungen an eine unmittelbare Steuerungsfunktion ermittelter Qualität für die Krankenhausplanung. Als drittes wesentliches Element macht der Vertrag Aussicht auf die Bereitstellung erheblicher Summen für Innovationsmodelle und Versorgungsforschung. Im Lichte der bisherigen Erfahrungen der Innovationsforschung erscheint das Gesamtpaket extrem ambitioniert, teilweise illusionär, bietet gleichzeitig aber auch Chancen zur Förderung von Evidence Based Healthcare. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss kommt dabei eine führende Rolle zu. Es stellt sich insofern erneut die Frage, wie kreativ die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung die Möglichkeiten nutzen, die der Vertrag offeriert.

Wenn man den Text des Koalitionsvertrages satirisch so in eine Überschrift fasst, wird vielleicht deutlich, welcher Umfang dem Thema Qualitätssicherung in der Versorgung hier gewidmet ist. Noch nie ist das Thema Qualitätssicherung im Gesundheitswesen so intensiv in Verhandlungen der Parteien über die Zukunft des Landes textlich bedacht worden. Nun stellt sich die Frage, wie ernst es den Parteien mit den einzelnen Positionen tatsächlich ist. Da man hierbei aber auf Vermutungen angewiesen ist, muss der Hinweis reichen, dass tatsächlich „Qualität“ in der internationalen Debatte um die Systemoptimierung priorisiert wird und es insofern politisch korrekt ist, dies auch in einem solchen Koalitionsvertrag ausführlicher als früher zu bedenken. Nachfolgende Einschätzungen sind nun aber nicht po-

litik-, sondern gesundheitswissenschaftlicher Natur, der Erkenntnis folgend, dass Politik und Wissenschaft notwendigerweise unterschiedlichen Logiken folgen. Dabei ist erneut der Fairness halber zu sagen, dass nicht nur Politik häufig ungern Ideen folgt sondern dass auch die Wissenschaftler weder die Weisheit für sich gepachtet haben noch frei von Lobbyeinflüssen sind (Schmacke 2007, Schmacke 2010 a).

Wo also ist im Koalitionsvertrag von Qualität die Rede, wo werden darüber hinaus Qualitätsfragen berührt? Und welche Rolle kommt dabei dem Gemeinsamen Bundesausschuss zu? Die Darstellung folgt bewusst der Reihenfolge im Koalitionsvertrag, weil dadurch erkennbar wird, wie groß allein schon der inhaltliche Abstimmungsbedarf zwischen den Einzelregelungen ist:

1. Das Entlassungsmanagement der Krankenhäuser soll durch eine „gesetzliche Koordinationsfunktion der Krankenkassen“ ergänzt werden. Krankenhäuser dürfen die Übergangsversorgung selber veranlassen. Das Thema ist vorzüglich gewählt. Wie freilich die Krankenkassen die Sprachlosigkeit zwischen den Sektoren überwinden sollen, das bleibt erst einmal ein Rätsel. Die bisherigen Integrationsverträge jedenfalls haben es nicht gerichtet. Das Thema wird späte fortgesetzt.
2. Ambulante Versorgungslücken sollen durch Verstärkung des Instruments „Delegation ärztlicher Leistungen“ auf „qualifizierte nicht-ärztliche Gesundheitsberufe“ geschlossen werden. Ausdrücklich ist von „neuen Formen“ der Substitution die Rede, also mehr als das, was schamhaft bereits im § 63 c geregelt ist. Und die Überführung in die Regelversorgung soll von der Evaluation vorauslaufender Modellvorhaben abhängig gemacht werden. Das ist eine gute Idee: sollen gar Konsequenzen aus der Analyse der folgenlosen Evaluationsklausel zum § 63ff. gezogen werden? (Wiethege u.a. 2010).
3. Es klingt generell so, als wollten die Koalitionsparteien die „Vereinbarungen von integrierten und selektiven Versorgungsformen“ neu sortieren und dabei wiederum der Evaluation eine Schlüsselrolle einräumen. Die Rede ist davon, dass eine Überführung in die Regelversorgung (*nur dann*, Ergänzung durch den Autor) erfolgen soll, wenn „deren Qualität und Wirtschaftlichkeit erwiesen ist“. Das wäre der Beginn von Evidence Based Health Care in Deutschland, eine reine Sensation. Der Wissenschaftler ist begeistert, und gleich wieder skeptisch: wie wird das materiell unterfüttert? (Schmacke 2010 b). Und wie wird das, so der Text einleitend, „im Wettbewerb“ über „gute Verträge“ gestaltet, und dazu noch unter Berücksichtigung der „regionalen Besonderheiten“? Vielleicht ist es doch nicht so ernst gemeint, jedenfalls zeigt der Blick auf die wenigen ernsthaften Versuche der wissenschaftlichen Begleitung neuer Versorgungsformen, wie

intensiv auf dieser Baustelle noch gearbeitet werden muss (Gerlach/ Szescenyi 2013).

4. Nach längerem Schweigen taucht in der gesundheitspolitischen Diskussion jetzt wieder DMP auf: Rückenleiden und Depressionen sind die neuen Kandidaten der Politik. Hier kommt nun der G-BA erstmals ins Spiel, wenn auch im Bypass (eigentlich ist es Aufgabe des G-BA, über neue DMP zu befinden). Zur Depressionsthematik hat nun der G-BA intensive Vorarbeiten erledigt. Diese werden – in Arbeitsteilung mit dem IQWiG – noch einmal durchzuarbeiten sein. Die Kernfrage lautet: kann herausgearbeitet werden, welche gut definierbaren Versorgungsmängel mit welchen integrierenden Versorgungskonzepten mit Aussicht auf Erfolg abgemildert werden können? Das ruft nach Erprobung und nicht nach flächendeckendem Einsatz, wie es bei den bisherigen DMP der Fall war. Ob das dieses Mal gelingt oder die Verlockung zu groß ist, ein skandalisiertes Thema mit Patentrezepten erledigen zu wollen? Bei den Rückenleiden wäre es natürlich gut, die Ärzte verhielten sich leitlinienkonform (es gibt inzwischen gute Leitlinien), aber ob ein DMP hier steuernd eingreifen kann, müsste ebenfalls dringend erprobt werden, ehe dies in die Fläche geschickt wird. Mit beiden Diagnosegruppen gerät potentiell das halbe Volk unter die Fittiche strukturierter Behandlungsprogramme. Alles läuft auf wissenschaftliche Beratung und Begleitung hinaus. Wir landen – es sei zugegeben – beim Lieblingsthema des Autors.
5. Nachdem die sektorenübergreifende Qualitätssicherung schon hoch ambitioniertes Ziel der Vorgängerregierungen war, soll diese nun weiterentwickelt werden. Dazu wird ein neues Institut gegründet (oder eine neue Rechtsform im SGB V verankert), das „dauerhaft und unabhängig die Qualität der ambulanten und stationären Versorgung ermittelt und dem Gemeinsamen Bundesausschuss Entscheidungsgrundlagen liefert“. Die Krankenkassen lie-

fern „geeignete“ pseudonymisierte Routinedaten. Diese sollen zudem „mittelfristig“ durch epidemiologische Daten ergänzt werden, welche Aussagen auf die tatsächliche und nicht nur die durch Ärzte koalierte Mortalität erlauben sollen. Schließlich sollen die Möglichkeiten verbessert werden, die patientenbezogenen Ausgaben regional aufzu-

Patientenbezogene Ausgaben regional aufzuschlüsseln ist ein Programm für zahlreiche Legislaturperioden und aller Ehren wert.

schlüsseln. Das ist ein Programm für zahlreiche Legislaturperioden, aller Ehren wert. Wenn es gelingt, die rechtlichen Hürden zur Generierung und Bereitstellung relevanter Routinedaten zu beseitigen, so ist das sogar sehr zu begrüßen. Wie das neue Institut nun aber die Qualität der Versorgung daraus unmittelbar ermitteln soll, das bleibt Geheimnis der Koalitionäre. Vielleicht ist das aber auch nicht gemeint, sondern eher die Entwicklung weiterer Qualitätsindikatoren, auch jenseits von Routinedaten. Hier ist Vorsicht geboten, wenn nicht tatsächlich Datenfriedhöfe angelegt werden sollen. Die Diskussion führt in schweres Fahrwasser: auf der einen Seite finden sich immer noch die Selbstzufriedenen, die Qualitätssicherung für Unsinn halten, auf der anderen Seite die Qualitäts-Beseelten, die Datenerhebung mit Verbesserung der Qualität verwechseln. Avedis Donabedian hat darauf hingewiesen, dass Qualitätssicherung sich vor allem von zwei Fragen leiten lassen muss: Are we doing the right things? In the right way? (Donabedian 1996). Und QS beschäftigt sich, das ist nun einmal so, vorwiegend mit der zweiten Frage, und nur in einem sehr begrenzten Umfang im Falle geeigneter Proxy-Indikatoren mit der Qualität selber. Und für Donabedian war unstrittig, dass es um „allmählichen Wechsel“ geht, nicht um einmaliges Ansteuern eines Ziels. Donabedian hätte sicher auch

- darüber nachgedacht, wie zwei ähnlich klingende Institute für Qualität miteinander kooperieren sollten, um den G-BA zu unterstützen und die Öffentlichkeit zu informieren. Vorhandene und auch einzufordernde gute Primärstudien sind doch für beide Institute wichtig, soll Qualitätssicherung nicht am Ende zu sehr auf Plausibilität angewiesen sein.
6. Im Rahmen eines jährlichen Ausschreibungsverfahrens in Regie des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen kassenfinanzierte Projekte „zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen – 225 Mio- und für die Versorgungsforschung – 75 Mio“ finanziert werden. Das ist fast sensationell zu nennen. Damit weckt man natürlich sofort die müdesten Hunde, und die sind selten an Qualität interessiert. Dieser Innovationsfonds kann aber im günstigen Falle auch die oben schon genannte Kultur von Evidence Based Healthcare innerhalb der GKV einläuten. Es bleiben viele methodische und rechtliche wie ökonomische Fragen zu klären. Die Summen klingen gewaltig, wenn sie tatsächlich für methodisch hochwertige Versorgungsforschung (z.B. zu integrierten Versorgungsformen) verwendet werden soll, damit die Mittel nicht in schwarzen Löchern verschwinden. Hier ist größte Wachsamkeit gefragt, vor allem eine kluge Priorisierung von Vorhaben dieser neuen Welt von kassenfinanzierter Innovation(forschung). Im glücklichsten Fall der Fälle kann sich hier ein Innovationsprogramm entwickeln, das über den Nettonutzen der hoch gelobten und hoch dotierten US-amerikanischen Förderwelle von Comparative Effectiveness Research (CER) hinausgeht. Aber eben nur mit viel Glück.
7. Dann folgt der vielleicht kühnste Satz des Gesundheitskapitels: „Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt“. Und später wird eine angekündigte Qualitätsoffensive an das Motto gekoppelt „Gute Qualität muss sich für die Krankenhäuser auch finanziell lohnen“. Das neue Qualitätsinstitut soll offenkundig über die Auswertung sektorenübergreifender Qua-

litätsdaten ein öffentlich zugängliches Benchmarking der Kliniken auf den Weg bringen, als wüssten die Koalitionäre schon, wo man hierfür Honig saugen kann. Und als zweites Instrument zur Krankenhausplanung ist an eine neue Mindestmengenregelung durch den G-BA gedacht, auf deren Ausformulierung im Gesetz man besonders gespannt sein darf, wenn man schon liest: „Die Ausnahmebefugnisse der Länder bleiben davon unberührt“. Der MDK darf künftig zur Überprüfung der Anforderungen des G-BA unangemeldet Kontrolle im Krankenhaus durchführen. Die normierte Qualität wird, um es noch einmal anders zu formulieren, als zusätzliches Kriterium in die Krankenhausbedarfsplanung eingeführt, Public Reporting wird Pflicht und Qualität wird mit einem Bonus-Malus-System verbunden. Auf diese Umsetzung ist der Wissenschaftler dann doch gespannt, müssen die internationalen Erfahrungen zu derartigen Vorhaben doch zu großer Zurückhaltung mahnen (Fung et al 2008, Lindenauer et al 2007, Renzi et al 2012, Sutton et al 2012, Tsai et al 2013, van Lare et al 2012). Es würde sich lohnen, diese neue Phase mit einem Anhörungsverfahren einzuleiten, bei dem sortiert wird, welche Pfade heute schon beschritten werden können, wo Intensivierung von Forschung angesagt ist und wo vermutlich auch bei Vervielfachung von Forschungsanstrennungen eine rechtssichere Fundierung qualitätssteuerter Planungsvorhaben im schlechten Sinne utopisch bleibt. Die Querverbindung zur Förderung innovativer Versorgungsmodelle und zur Versorgungsforschung liegt auf der Hand. Was fällt den Akteuren in der GKV, um einmal drei relevante Beispiele zu nennen, zur Frage der korrekten Indikationsstellung operativer Verfahren ein, was zur Verringerung problematischer Hospitalinfektionen, und wie kann Krankenhausmedizin dazu beitragen, im Rahmen von Entlassungsberichten die problematische Mehrfachverschreibung

von Medikamenten zu verringern? An späterer Stelle heißt es, dass die bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Verminderung von Krankenhausinfektionen evaluiert und erweitert werden sollen: vielleicht ist an dieser Stelle ein Ineinandergreifen von externer Qualitätssicherung und Bonus-Malus-Regelungen noch am ehesten vorstellbar – wenn die Politik das dann durchhält und nicht entsprechende Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses einkassiert. Noch besser wäre es, man könnte durch Modellforschung zeigen, wie Qualitätsmanagement zur Minimierung multiresistenter Keime zu unstrittig besseren Resultaten führt. - Im Falle der Indikationsstellung zu Operationen will die neue Regierung ein Recht auf Einholen einer Zweitmeinung bei vom G-BA definierter mengenfälliger Operationen einführen: das ist eine Konkretisierung, die plausibel ist wie manches andere, und die damit verbundene Aufklärungspflicht der Operateure ist an sich schon ein beachtliches Novum. Hier sind freilich Vorarbeiten zu leisten, was die Patientengerechtigkeit von Aufklärung anbelangt, und zweitens müsste eine Evaluation ermöglichen, die Umsetzung dieses neuen Ansatzes in Augenschein zu nehmen. Man muss in jedem Fall an dieser Stelle daran erinnern, dass auch die neu-

Jedes Krankenhaus bestimmt weiterhin, was als Innovation bezeichnet und angeboten wird: eine Chance für echte Innovationen wurde so vertan.

en Koalitionäre wie alle Vorgänger nicht in Erwägung gezogen haben, den Erlaubnisvorbehalt der Krankenhäuser in seiner jetzigen Undifferenziertheit abzuschaffen. Jedes Krankenhaus bestimmt also auch weiterhin, was als Innovation bezeichnet und angeboten wird. Damit ist eine Chance für die Entwicklung echter Innovationen im stationären Sektor vertan worden. Und wer außer einer großen Koalition hätte das wagen können?

8. Das Berichtswesen über die erhobene Qualität soll verbessert werden. Auch dieser Abschnitt hat es in sich. Aussagekraft und Verständlichkeit der Qualitätsberichte der Krankenhäuser sollen nach Vorgabe des G-BA verbessert werden. „Aspekte der Patientensicherheit sowie Ergebnisse von Patientenbefragungen“ sollen integriert werden. Das Qualitätsinstitut soll Vergleichslisten von Kliniken erstellen und „Zertifikate bewerten und einordnen“. Dies ist, etwas respektlos formuliert, ein ausgedienter Bauchladen an Wunschvorstellungen. Warum z.B. Energie in die Bewertung von Zertifikaten stecken, deren Nutzen jenseits eines immer wieder diskutierten Anreizes zur Verbesserung des internen Qualitätsmanagements völlig unklar ist? (Mumford et al 2013). Eine Chance wäre immerhin, das Instrument von Patientenbefragungen zielgerichteter und systematischer als heute zu entwickeln und zu erproben, ehe man neue Standards definiert. Wenn nur das übrig bliebe, wäre es schon lobenswert
9. Dann ist die Rede von „Qualitätsverträgen mit Krankenhäusern“, die für ausgewählte Leistungen von 2015 bis 2018 nach einheitlichen Kriterien abgeschlossen werden können: „Danach erfolgt eine Evaluierung“. Auch hier sieht der Wissenschaftler die Querverbindung zur Modellentwicklung und Versorgungsforschung. Wie sollen die Krankenkassen die ihnen zugeschriebene Rolle in der Qualitätssteuerung der Projekte spielen? Man freue sich nicht zu früh.
10. Register dürfen nicht fehlen, lobenswert, zunächst für Transplantationen und Implantationen. Hier fehlen Hinweise, wer befugt sein soll, in einer Welt föderaler Vielfalt Register mit welchen Daten über welche Zeiträume verbindlich aufzubauen. Eine prinzipiell gute Idee also, aber angesichts der massiven Behinderung der Entwicklung Nutzen stiftender Register ist fraglich, ob dieser Passus Konsequenzen nach sich ziehen wird. Sicher ist, dass die Forderung nach der Finanzierung im Mittelpunkt stehen und im Zweifelsfalle das Bündnis mit den Datenschützern zur Abwehr gesucht werden wird.
11. Und dann fragt man sich, warum die ambulante spezialfachärztliche Versorgung im Nachgalopp auch noch erwähnt wird: „Wie die Qualitätsnachweise – zur Teilnahmeberechtigung – zu führen sind, legt der G-BA fest. Genutzt werden dazu auch die Qualitätsdaten des Qualitätsinstituts.“ Das klingt nach Beschäftigung für mehrere Legislaturperioden.
- Fazit:**
- Nun ist wie immer die Frage, welche dieser Vorhaben im SGB V am Ende auch erscheint. Auch wenn es wie Beserwisserei aussieht, und selbst wenn der Autor damit Beifall aus der Ecke der notorisch Selbstzufriedenen einstecken muss: dieser Qualitätsbaukasten ist völlig unsortiert und birgt die Gefahr der Selbstbeschäftigung des Systems. Qualitätsindikatoren sind – gut ausgewählt, immer wieder auf den Prüfstand gestellt und mit verhältnismäßigem Aufwand erzeugt – unverzichtbar. Nur werden sie nach allen internationalen Erfahrungen selten direkte Steuerungseffekte ausüben können. Man müsste das hoch umstrittene Thema Qualität anders anpacken, und zwar mit der Kinderfrage: welche Probleme sollen denn gelöst werden und welche Ansätze verdienen die Kategorie „fachlich begründet und politisch wie rechtlich aussichtsreich“? Was tun angesichts der unverändert hohen Rate an Hospitalinfektionen, die rund zu einem Drittel vermeidbar wären (Gastmeier et al 2010)? Was tun angesichts des ungebrochenen Trends zur gefährlichen Mehrfachbeschreibung von Arzneimitteln, woran Krankenhäuser als Transmissionsstelle der Industrie und Niedergelassene als Werbeaddressat der Industrie in unheilvoller Koalition beteiligt sind? Was tun angesichts der Unterschätzung der Bedeutung qualifizierter Pflege im stationären und ambulanten Bereich (Hämmel/ Schaeffer 2013, Busse et al 2009, Aiken et al 2012)? Was tun angesichts der mächtigen Vorstellung von der erwünschten Wirtschaftsförderung durch die Gesundheitsindustrie. Und niemand täusche sich: diese Idee beherrscht die Köpfe von Landes- und Bundespolitikern und leider auch vieler Verantwortlicher in der Wissenschaftsförderung in Deutschland und der EU. Vor dem Hintergrund solcher Fragen verliert das häufige Nennen von Qualität im Koalitionsvertrag an Überzeugungskraft. Man kann es natürlich auch an der Jahreswende anders sehen: die hohe Wertschätzung der Qualität in Zeiten um sich greifender Kaufladenmentalität bietet auch Chancen, das fast altmodische und doch so zentrale Versprechen des SGB V „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ neu zu beleben. Die vorgesehnen Summen zur Innovationsförderung sind beachtlich, deutlich mehr als weiße Salbe. Aber: gefragt sind intelligente Suchprozesse zur Reform der Strukturen und Prozesse, keine Schnellschüsse. Hat die Politik tatsächlich den Willen und die Geduld zur Einleitung einer solchen Wende zu „Evidence Based Health Care“? Nicht nur der Nutzen von Arzneimitteln sollte belegt werden, sondern künftig sollten auch Eingriffe in das Gesundheitssystem mit guten Daten auf den Weg gebracht und ihre Durchführung
- Dieser Qualitätsbaukasten ist völlig unsortiert und birgt die Gefahr der Selbstbeschäftigung des Systems.**
- ordentlich evaluiert werden (Grol et al 2007, Kaplan et al 2010). Wenn ein solcher Sinneswandel angestoßen wird, müsste man dem Gesundheitskapitel des Koalitionsvertrags und seinen beiden Hauptakteuren vielleicht in 10 Jahren stehende Ovationen spenden. Übersteht die Idee die Innovationsförderung den Weg zum Bundesgesetzbuch, dann ist die gemeinsame Selbstverwaltung gefragt, eine vielleicht einmalige Chance zu nutzen, egal, wie groß die erkennbaren Barrieren auf Grund der Interessenunterschiede der Akteure auch sind. Dann treffen zwei Fragen aufeinander: wie groß ist die Schnittmenge eines gemeinsamen Selbstverständnisses der Akteure in der Selbstverwaltung noch bei der Umsetzung von „Qualität und Wirtschaftlichkeit“, und wie einflussreich ist die beratende Rolle einer Wissenschaft, die nicht mit süffigen, sondern kantigen Vorschlägen zur Systeminnovation aufwartet? ■

Literatur

1. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Sjetne IS, Smith HL, Kutney-Lee A. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012 Mar 20;344:e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717.
2. Busse R, Nimptsch U, Mansky T. **Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals.** *Health Affairs* 2009; 28: w294-w304
3. Cascorbi I. Arzneimittelinteraktionen: Prinzipien, Beispiele und klinische Folgen. *Deutsches Ärzteblatt* 2012; 109: 546-56
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Quarterly* 2005; 83: 691-729
5. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*. 2008; 148: 111-23
6. Gastmeier P, Brunkhorst F, Schrappe M, Kern W, Geffers C. Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? *Deutsche medizinische Wochenschrift* 2010; 135: 91-93
7. Geissler A, Quentin W, Busse R (2013): Können deutsche DRGs den Ressourcenverbrauch eines Krankenhauses sachgerecht abbilden? Eine empirische Analyse auf Grundlage von patientenbezogenen Kosten- und Leistungsdaten für 10 Krankheitsbilder. *Das Gesundheitswesen*, DOI: 10.1055/s-0033-1351237.
8. Gemeinsamer Bundesausschuss. Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. http://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf
9. Gerlach F, Szeseenyi J. Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 2013; 107: 365-37
10. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Quarterly* 2007;85: 93-138.
11. Hämel K, Schaeffer D. Fachkräftemangel in der Pflege – viel diskutiert, politisch ignoriert? *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2012; 66: 41-49
12. Kaplan HC, Brady PW, Dritz MC, Hooper DK, Linam WM, Froehle CM, Margolis P. The influence of context on quality improvement success in health care: a systematic review of the literature. *Milbank Quarterly*. 2010; 88: 500-59
13. Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, Bratzler DW. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New England Journal of Medicine* 2007; 355:486-96.
14. Lombarts MJ, Rupp I, Vallejo P, Suñol R, Klazinga NS. Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project. *Qual Saf Health Care*. 2009 Feb;18 Suppl 1:i28-37
15. Mumford V, Forde K, Greenfield D, Hinchcliff R, Braithwaite J. Health services accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs? *International Journal of Quality in Health Care*. 2013, 25: 606-20.
16. Renzi C, Sorge C, Fusco D, Agabiti N, Davoli M, Perucca CA. Reporting of Quality Indicators and Improvement in Hospital Performance: The P.Re.Val.E. Regional Outcome Evaluation Program. *Health Services Research* 2012; 47: 1880-901
17. Schmacke N. Kann man Gesundheitspolitik verstehen? In: Helmert U, Braun B, Miles D, Rothgang H (Hg.). *Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin*. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, 2007: 341-349
18. Schmacke N. Gesundheitsreform: welche Logik zählt? In: Gerlinger T, Kümpers S, Lenhardt U, Wright M. *Politik für Gesundheit. Fest- und Streitschriften zum 65. Geburtstag von Rolf Rosenbrock*. Huber-Verlag, 2010 a: 112-121
19. Schmacke N. Überführung von evidenzbasierten Informationen in reale Entscheidungen: Theorien, Verfahren und Beispiele. In: Gerhardus A, Breckenkamp J, Razum O, Schmacke N, Wenzel H (Hrsg.): *Evidence-based Public Health*. Verlag Hans Huber 2010 b, 157-167
20. Sutton M, Nikolova S, Badden R, Lester H, McDonald R, Roland M. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *New England Journal of Medicine* 2012; 367:1821-8
21. Tsai TC, Joynt KE, Orav EJ, Gawande AA, Jha AK. Variation in surgical-readmission rates and quality of hospital care. *N Engl J Med*. 2013 Sep 19; 369(12):1134-42
22. VanLare JM, Conway PH. Value-based purchasing--national programs to move from volume to value. *N Engl J Med*. 2012 Jul 26;367:292-5
23. Wiethege J, Ommen O, Ernstmann N, Pfaff H. Transparenz als Voraussetzung für Innovation in der Versorgungsforschung: Defizite am Beispiel der Evaluation von Managed-Care-Modellvorhaben. *Gesundheitswesen* 2010; 72: 722-728