

Die Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) erstellt mit der Unterstützung der Steuergruppe AGQ-FMH\* Grundlagenpapiere zu verschiedenen Themen im Bereich Qualität, die in der Schweizerischen Ärztezeitung veröffentlicht werden. Die FMH nimmt auf der Basis der erarbeiteten Grundlagen Stellung zum Thema und gelangt über das Papier «Die Meinung der FMH»

mit ihrer Position an die Öffentlichkeit. Nachfolgend werden das Grundlagenpapier «Anreize für ärztliche Qualitätsarbeit» und die Meinung der FMH «Ärztliche Qualitätsarbeit muss unterstützt und gefördert werden» präsentiert. In der nächsten Ausgabe erscheint das thematisch daran anschliessende Grundlagenpapier zur Aufwand- und Nutzenbewertung von Qualitätsaktivitäten.

## Anreize für ärztliche Qualitätsarbeit

Lea Schläpfer, Daniel Herren

**Qualität sichern und ausweisen kostet Zeit und Geld. Auch wenn der Nutzen für Patienten entsprechend gross ist – wer soll für den Aufwand der Qualitätsbemühungen aufkommen? Weitgehend ungeklärt ist bisher, wie der Ärzteschaft der administrative Mehraufwand, den Qualitätsmessungen und internes Qualitätsmanagement mit sich bringen, erleichtert und entschädigt werden kann. Zudem stellt sich angesichts der stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen die politisch brisante Frage, ob Höchstleistungen nicht auch bei den Ärztinnen und Ärzten belohnt werden müssten. Im Rahmen des Projekts Q-Monitoring [1] skizziert das Ressort Daten, Demographie und Qualität (DDQ) Lösungsansätze auf diese Frage und evaluiert mögliche Anreize und Methoden zur Unterstützung medizinischer Qualitätsarbeit im ambulanten Bereich. Der vorliegende Artikel setzt sich mit national und international vorgeschlagenen, projektierten oder bereits umgesetzten Anreizsystemen für medizinische Qualitätsarbeit auseinander.**

### Ausgangslage

In der politischen Diskussion um Anreize für ärztliche Qualitätsarbeit wird oftmals die Qualität der medizinischen Behandlung als Selbstverständlichkeit im selben Atemzug mit der Forderung genannt, bessere ärztliche Arbeit auch besser zu entgelten. Einerseits wird das professionelle Ethos der Ärztinnen und Ärzte als Antriebskraft für Qualitätsarbeit gepriesen, die von finanziellen Anreizen nur vermindert würde, gleichzeitig soll jedoch hohe Qualität belohnt werden. Ist dies nur ein scheinbarer Widerspruch? Tatsächlich sind Aktivitäten zur Qualitätssicherung für die meisten Ärztinnen und Ärzte selbstverständlicher Bestandteil ihrer täglichen Arbeit. Defizite in der medizinischen Dienstleistungserbringung dürfen jedoch nicht ignoriert werden. Was aber motiviert Ärztinnen und Ärzte, ihre Leistung im Sinne der Behandlungsqualität stetig zu überprüfen und zu steigern? Eignet sich hierzu monetäre Belohnung und wenn nicht, gibt es alternative Anreize? In der «Qualitätsstrategie

des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen» werden direkte Anreizsetzung durch qualitätsabhängige Entlohnung (Pay for Performance), mittelbare Anreize (Förderung von Qualitätszirkeln, Qualitätsprojekten, Zertifizierungen usw.) und Begünstigung qualitätseffektiver Versorgungsstrukturen (integrierte Versorgung) als Optionen zur Förderung von Qualität in der medizinischen Behandlung in Betracht gezogen [2]. Der Bericht weist ausdrücklich darauf hin, dass das Krankenversicherungsgesetz keine Möglichkeit zur direkten Anreizsetzung oder Sanktionierung durch den Bund vorsieht. Das Gesetz enthält jedoch Vorschriften bezüglich eines Minimums an Qualitätsausweisung, das erbracht werden muss. Gemäss Art. 43 Abs. 2 lit. d KVG kann beispielsweise in den Tarifen die Vergütung bestimmter Leistungen zur Sicherung der Qualität von Bedingungen bezüglich Infrastruktur und Aus-, Weiter- und Fortbildung abhängig gemacht werden. Werden somit bestimmte Qualitätskriterien nicht erfüllt, wird die entsprechende Leistung nicht vergütet. In diesem Sinne ist ein gewisser Druck zur Qualitätssicherung gesetzlich untermauert – nicht so die Anreizsetzung für Qualitätsarbeit. Ein Qualitätswettbewerb anstelle eines reinen Preiswettbewerbs ist im KVG nicht vorgesehen. Doch schliesst das Gesetz eine differenzierte Abgeltung von Leistungserbringern nach Qualitätskriterien auch nicht explizit aus. Gemäss dem Strategiepapier des Bundes müsste eine direkte Anreizsetzung von den Tarifpartnern umgesetzt werden. Bevor jedoch die Initiative hierfür ergriffen wird, ist eine vertiefte Auseinandersetzung mit praktischen Erfahrungen zu entsprechenden Anreizmodellen angezeigt.

### Pay for Performance (P4P)

Im Personalwesen steht Pay for Performance für ein Motivationskonzept, wonach Angestellte eine bessere Entlohnung für ihre Arbeit erhalten, wenn ihr Team, die Abteilung oder die Unternehmung zuvor definierte Ziele erreicht. Im Gesundheitswesen hat sich unter dieser Bezeichnung ein Modell der Leistungsvergütung entwickelt, in welchem Leistungserbringer belohnt werden, wenn sie bestimmte Qualitätsziele erfüllen. Pay for Performance (P4P) soll Anreize zur

\* Mitglieder der AGQ-FMH (alphabetische Reihenfolge):  
Hélène Beutler, Patrick Bovier,  
Karl Hampl, Daniel Herren,  
Martina Hersperger, Monika  
Loy, Francesca Mainieri,  
Varja Nikolic, Claude  
Oppikofer, Lea Schläpfer,  
Hans-Anton Vogel,  
Jürg von Below,  
Adrian Wirthner

Korrespondenz:  
Generalsekretariat FMH  
Abteilung DDQ  
Elfenstrasse 18  
CH-3000 Bern 15  
ddq@fmh.ch

Qualitätssicherung und -verbesserung schaffen. Die Kostenträger vereinbaren mit den Leistungserbringern qualitätsbezogene Anforderungen und entschädigen sie je nach Grad der Zielerreichung. Die Ziele werden anhand von Indikatoren zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt. P4P-Programmen liegt somit die Prämisse zugrunde, dass Qualität messbar, d. h. quantifizierbar, ist.

Im Grunde ist der Ansatz zur Problemlösung von P4P einleuchtend: Der Umstand, dass einzelne Ärzte, Praxen und Spitäler unabhängig von der Behandlungsqualität denselben Gewinn machen, kann eine hemmende Wirkung auf Bemühungen um Qualitätsentwicklung und -sicherung haben. Gute Leistung soll deshalb mittels finanziellen Vergütungsanreizen belohnt werden [3]. Aber auch die Skepsis gegenüber der Anreizschaffung durch P4P erscheint nicht unbegründet: So wird u. a. der Verlust von Autonomie und Privatsphäre von Ärzten und Patienten und die

flachte die tendenziell steigende Kurve in der Regel ab, sobald die Zielsetzung erreicht ist [10].

Eindeutigere Resultate weist eine Studie zur Veränderung der Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten nach der Implementierung vom englischen P4P-System in der Grundversorgung auf. Seit der Einführung des Programms im Jahr 2004 erzielen Hausärzte durchschnittlich 25 Prozent ihres Einkommens in Abhängigkeit von der Erfüllung circa 150 festgelegter Qualitätsindikatoren [11]. Gemäss dieser Evaluation hat sich einerseits das Einkommen der am Programm teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte deutlich gesteigert. Andererseits hat sich jedoch vor allem die administrative, aber auch die klinische Arbeitslast vergrössert. Zudem beklagt sich gemäss der Studie ein grosser Teil der am Programm teilnehmenden Ärzteschaft über die Abnahme der professionellen Selbstständigkeit. Eine qualitative Studie, die das P4P-Programm in England mit demjenigen Kaliforniens

---

## Im Grunde ist der Ansatz zur Problemlösung von P4P einleuchtend

---

Zunahme der administrativen Belastung befürchtet. Einige Stimmen bezweifeln zudem grundsätzlich die Validität von Qualitätsindikatoren [4]. Die Effektivität von P4P-Programmen wird in der Literatur und der politischen Realität somit kontrovers diskutiert. Pioniere in der Umsetzung von P4P-Programmen waren die USA und England. Aus diesen Ländern stammen deshalb auch erste Erfahrungsberichte und wissenschaftliche Studien, die kein einheitliches Bild eines Erfolgskonzeptes zeichnen. Vielmehr zeigen sie auf, dass sich kaum nachweisbare Aussagen hinsichtlich der Qualitätssteigerung machen lassen [5]. Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2006, die erstmals systematisch die Wirksamkeit von Programmen, welche explizit finanzielle Anreize für Qualität vorsehen, evaluierte, beurteilt im Allgemeinen die Evidenz dafür, dass P4P-Programme zu besserer Qualität führen, als eher gering [6]. Vielmehr zeigen die in die Analyse miteinbezogenen Studien auf, dass sich die Dokumentation der Behandlung verbessere, was nicht gezwungenermassen mit einer Steigerung der Behandlungsqualität einhergeht [7]. Es lässt sich zwar oftmals eine Verbesserung in der Zielerreichung beobachten, wobei jedoch unklar bleibt, auf welche Ursachen diese zurückzuführen ist. So wurden teilweise auch unerwünschte Konsequenzen der Einführung von P4P festgestellt – wie die Manipulation der Programme und die Vermeidung stark erkrankter Patienten [8], – die zwar zu einer besseren Zielerreichung, jedoch nicht zur gewünschten Qualitätssteigerung führten [9]. Gemäss neusten Beobachtungen lässt sich bei verschiedenen Programmen zudem oftmals eine kurzfristige Qualitätssteigerung feststellen, jedoch

vergleicht, zeigte auf: Weil P4P eine grössere Datenregistrierung erfordert, veränderte sich die Natur der Sprechstunde wesentlich [12]. Da mehr Zeit für die Eingabe der Daten verwendet werden muss, vermindert sich der Augenkontakt zwischen Arzt und Patient. Dies wird von beiden Seiten oftmals als sich auf das Gespräch negativ auswirkende Distanz wahrgenommen. Im kalifornischen Programm ist es im Gegensatz zum englischen den Ärztinnen und Ärzten zudem nicht erlaubt, Patienten auszuschliessen, die sich der Behandlung verweigern («exception reporting»), was zu Frustrationen bei der betroffenen Ärzteschaft führt.

Viele Fragen hinsichtlich P4P bleiben jedoch unbeantwortet und bedürfen weiterer Untersuchungen: Auf welche Indikatoren soll sich die Belohnung beziehen (Struktur-, Prozess-, oder Ergebnisqualität)? Welche Auswirkungen haben die Boni auf die Qualität von Behandlungen, die nicht gemessen werden? Wie hoch sollen bzw. müssen die finanziellen Anreize sein, damit sie zu besserer Leistung motivieren? Und schliesslich: Motivieren finanzielle Anreize überhaupt zu medizinischer Qualitätsarbeit? Anreizsysteme, die sich auf finanzielle Belohnung bzw. Bestrafung stützen, orientieren sich mitunter am etwas veralteten Bild des «Homo oeconomicus», der viel Geld verdienen will, ansonsten jedoch träge und verantwortungsscheu ist.

### Motivation für Qualitätsarbeit

Stolz auf die eigene Tätigkeit und professionelles Ethos erweisen sich als grosse Antriebskräfte für Bemühungen um Qualitätssicherung und -steigerung in der ärztlichen Tätigkeit [13, 14]. Finanzielle Anreize

eignen sich kaum dazu, diese intrinsischen Motivationsfaktoren zu fördern. Es lässt sich im Gegenteil beobachten, dass P4P als Managementmethode die intrinsische Motivation eher verdrängt [15]. Gleichzeitig zeigt sich aber auch, dass professionelle Motivation oftmals nicht genügt, um Qualität in der medizinischen Behandlung zu verbessern, wenn Ärzte dafür finanzielle Investitionen aus eigener Tasche tätigen müssen [16]. Mit einer qualitativen Evaluation der Motivationsfaktoren für die Teilnahme an einem Qualitätssicherungs- und -entwicklungsprogramm für die Behandlung von chronisch Kranken in England [17]

der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sinnvolle Kriterien für die Ausstellung bzw. Prüfung von Zertifikaten sowie Empfehlungen zur Auswahl geeigneter Anbieter.

Für die Ärzteschaft steht der Nutzen für den Patienten im Zentrum der Qualitätsbemühungen. Gleichzeitig wirkt ein grosser administrativer und finanzieller Mehraufwand hemmend auf die Motivation, Qualitätsaktivitäten durchzuführen. Ein wichtiger Anreiz für die Teilnahme an Qualitätsmassnahmen ist somit ein sinnvolles Aufwand-Nutzen-Verhältnis der einzelnen Aktivitäten [19].

## Viele Fragen hinsichtlich P4P bleiben jedoch unbeantwortet und bedürfen weiterer Untersuchungen

liess sich beobachten, dass die Kostendeckung der zusätzlichen Ausgaben durch die Bonus-Zahlungen für die Ärzte Bedingung für die Teilnahme war. Der grösste Motivationsfaktor für die Ärzte war jedoch, mit ihrer Teilnahme die Behandlungsqualität im Sinne eines Mehrnutzens für den Patienten zu verbessern. Ebenfalls wichtig für die Motivation zur Teilnahme am Programm war die Möglichkeit, innerhalb des Programms die professionelle Autonomie zu bewahren. Nicht zu unterschätzen ist gemäss der Studie zudem der Einfluss der Peer-Gruppe in zweierlei Hinsicht: Einerseits öffnen Qualitätssicherungsprogramme oder -initiativen den Zugang zu Netzwerken, andererseits kann ein bestehender Netzwerkdruck zur Teilnahme verpflichten. Wichtig scheint zudem die Lernmöglichkeit dank entsprechender Qualitätssicherungsmassnahmen. Kenntnisse über die Ergebnisse der eigenen Arbeit zu erhalten, steht dabei für die Ärzte im Vordergrund. Tatsächliche Sicherung und Entwicklung der medizinischen Behandlungsqualität ist nur möglich, wenn der einzelne Arzt Rückmeldungen zu seiner klinischen Tätigkeit erhält, und ihm Wege zur Verbesserung aufgezeigt werden. Entsprechende Initiativen zur Qualitätssicherung in der medizinischen Behandlung sind in der Schweiz zahlreich [18]. Zertifikate für die Teilnahme an solchen Qualitätsinitiativen können für die Ärzteschaft einen zusätzlichen Anreiz darstellen. So bedeuten Zertifikate einerseits eine externe Anerkennung der geleisteten Qualitätsarbeit, andererseits ermöglichen sie, diese gegenüber der Öffentlichkeit auch auszuweisen. In letzter Zeit lässt sich eine starke Zunahme von Zertifizierungen im Bereich der medizinischen Behandlung beobachten. Eine nicht mehr überschaubare Zahl von Zertifikats-Anbietern führt sowohl bei Ärzten wie auch Patienten zu Unsicherheiten. Auf diese Weise verfehlen Zertifikate ihren Zweck als Gütesiegel und Instrumente zur Qualitätssicherung. Deshalb erarbeitet zur Zeit eine Arbeitsgruppe unter der Leitung

### Was kostet Qualität?

In der Diskussion um Aufwand und Nutzen von ärztlicher Qualitätsarbeit stellt sich mitunter die Frage nach den Kosten. In ihrer Analyse zum schweizerischen Gesundheitswesen «Nutzenorientierter Wettbewerb» geht Elizabeth Olmsted Teisberg vom Grundsatz aus, dass hohe medizinische Qualität zu «enormen» Effizienzsteigerungen führe. Sie spricht von «zahlreichen Möglichkeiten, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichzeitig zu verbessern» [20]. Von dieser Annahme ausgehend, stellt sich die zentrale Frage, wer den finanziellen Input trägt und wo der ebenfalls finanzielle Output stattfindet. Wenn die Leistungserbringer in Qualitätssicherungsmaßnahmen investieren, müssen sie auch vom gesteigerten finanziellen Nutzen profitieren können. Zumindest die Mehrkosten, die durch Qualitätsarbeit für die Ärzteschaft entstehen, müssen gedeckt werden. Dass nicht nur Quantität, sondern eben auch Qualität belohnt wird [21], ist Bedingung für die Ergänzung des Preiswettbewerbs im schweizerischen Gesundheitswesen um einen Qualitätswettbewerb – eine Ergänzung, welche die FMH in ihrem Positionspapier zur Qualitätstransparenz fordert [22].

Aber bedeutet aus volkswirtschaftlicher Perspektive erhöhte medizinische Behandlungsqualität tatsächlich weniger Kosten? Die Gesundheitsökonominnen sind sich diesbezüglich nicht einig [23, 24]. Einerseits liegt es auf der Hand, dass qualitativ unzureichende Behandlung, insbesondere auch Behandlungsfehler, nicht die gewünschte Verbesserung und allenfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten herbeiführen und somit zusätzliche Kosten verursachen. Andererseits – man denke z. B. an die grosse administrative und finanzielle Belastung, die Qualitätsmessungen verursachen – sind die Kosten, die Qualitätssicherungs- und -Entwicklungsmaßnahmen mit sich bringen, nicht zu unterschätzen. Effizienz bestimmt sich aus einem Kosten-Nutzen-

Verhältnis, wobei der Nutzen sich für die Ärzteschaft im Gegensatz zu den Ökonomen nicht nur in finanzieller Hinsicht definiert. Gerade in der Diskussion um Qualität in der medizinischen Behandlung sollte der gesundheitliche Nutzen für den Patienten und somit dessen Wohl im Zentrum stehen.

### Schlussfolgerungen

Welche Qualität wollen wir? Und wie viel sind wir dafür zu bezahlen bereit? Dies sind die grundsätzlichen Fragen betreffend Kosten-Nutzen-Relation von ärztlicher Qualitätsarbeit, die einer eingehenden gesellschaftlich-ethischen Auseinandersetzung bedürfen. Zur Anreizsetzung für Qualitätsarbeit in der ambulanten Medizin leitet sich aus dieser grundsätzlichen Problemstellung die Frage ab, auf welche Qualität die Anreize ausgerichtet werden müssen. Sollen schlechte Leistungen verhindert werden oder gilt es, höchste Qualität zu erzielen? Nicht, dass eine Kombination dieser beiden Ziele unmöglich wäre, doch müssen die unterschiedlichen Voraussetzungen beachtet werden: Anreize dafür, mittelmässige Behandlungsqualität zu verbessern, sind nicht zwingend gleich gestaltet wie diejenigen, die zu Höchstleistungen anspornen. So lässt sich beispielsweise bei einer monetären Anreizsetzung nur eine Verbesserung bis zur Zielerreichung feststellen. Nach der Zielerreichung ist kaum mehr Qualitätssteigerung zu beobachten. Dieser Umstand könnte u. a. darin gründen, dass die intrinsische Motivation zur Qualitätssicherung und -steigerung durch eine Fokussierung auf finanzielle Anreize verdrängt wird. Allgemein lässt sich feststellen, dass Feedback- und Lernmöglichkeit, Netzwerkintegration und die externe Anerkennung der Qualitätsarbeit starke Anreize für die Teilnahme an Qualitätssicherungs- und -entwicklungsmassnahmen sind. Hemmend auf die Motivation der Ärzteschaft für Qualitätsarbeit wirken sich zusätzlicher administrativer Aufwand, nicht gedeckte Mehrkosten und Verlust professioneller Autonomie aus. Im Zentrum der ärztlichen Tätigkeit steht das Wohl des Patienten – dies betrifft auch die Qualitätsarbeit. Der Arzt entscheidet sich für die Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -steigerung, die einen Mehrnutzen für den Patienten bewirken. Der grösste Anreiz für ärztliche Qualitätsarbeit ist somit die Effektivität einzelner Qualitätsaktivitäten.

### Literatur

- 1 Schläpfer L, Herren D, Hersperger M. Q-Monitoring – Die Ärzteschaft sichert Qualität. Schweiz Ärztezeitung 2009;90(42):1607–09. Informationen zum Q-Monitoring sind auch online zu finden unter: [www.fmh.ch/themen/qualitaet/q\\_monitoring.html](http://www.fmh.ch/themen/qualitaet/q_monitoring.html)
- 2 Qualitätsstrategie des Bundes im Schweizerischen Gesundheitswesen. 9. Oktober 2009. S. 58. [www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00300/00304/index.html?lang=de) (Stand: 6. November 2009).

- 3 Biller-Andorno N, Wild V. Ethische Fragen zur Leistungsentlohnung im Gesundheitswesen. Care Management. 2008;1(6):17–19.
- 4 Bailly A, Bernhardt M, Gabella M (Hrsg.). Für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in der Schweiz, 2. Aufl. Bern: 2008. S. 83.
- 5 Vgl. Amelung V, Zahn T. Pay-for-Performance (P4P): Der Business Case für Qualität? Eine Studie im Auftrag der DxCG Gesundheitsanalytik GmbH. 2009. [www.fmc.ch/uploads/tx\\_templavoila/P4P-Studie\\_Amelung\\_DxCG\\_v0.5.pdf](http://www.fmc.ch/uploads/tx_templavoila/P4P-Studie_Amelung_DxCG_v0.5.pdf) (Stand: 10.11.09).
- 6 Petersen L et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145:265–72.
- 7 Ebd. S. 268 und Campbell SM et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England, NEJM. 2009;361(4):368–78.
- 8 Fisher ES. Paying for Performance – Risks and Recommendations. 2006; NEJM. 355(18):1845–1847.
- 9 Petersen L et al. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med. 2006;145:268.
- 10 Campbell SM et al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England. NEJM. 2009;361(4):368–78.
- 11 Doran T et al. Pay for Performance Programs in Family Practices in the United Kingdom, NEJM. 2006;355(4).
- 12 McDonald R, Roland M. Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. Annals of Family Medicine. 2009;(7):121–27.
- 13 Rosenthal MB et al. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. JAMA. 2005;294:1788–93.
- 14 Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. NEJM. 2007;356:515–7.
- 15 Osterloh, M Rost K. Management fashion pay-for-performance for CEOs. In: Vartiainen M, Antoni CH; Baeten, X, Hakonen N, Lukas R, Thierry H. Reward management – facts and trends in Europe. 2008; Lengerich. S. 139–163.
- 16 Campbell SM et al. Quality of Primary Care in England with the Introduction of Pay for Performance. NEJM. 2007;357(2):181–90.
- 17 Spooner A et al. What makes British general practitioners take part in a quality improvement scheme? J Health Serv Res Policy. 2001. Vol 6 No 3:147.
- 18 Informationen zu Qualitätsinitiativen: [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Qualität → Qualitätsinitiativen
- 19 Vgl. Grundlagenpapier zu Aufwand und Nutzen in der nächsten SÄZ-Ausgabe, Heft 43/2010.
- 20 Olmsted Teisberg E. Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. Zürich; 2008. S. 48 f.
- 21 Vgl. Simonetta Sommaruga in infosantésuisse, 4/09. S. 10.
- 22 Arbeitsgruppe Qualität. Qualitätstransparenz. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(26/27):1037–40.
- 23 Appleby J. Does improving quality of care save money? BMJ. 2009;339:644–5.
- 24 Ovreteit J. Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers. The Health Foundation. 2009; [www.health.org.uk/publications/research\\_reports/does\\_quality-save.html](http://www.health.org.uk/publications/research_reports/does_quality-save.html) (Stand: 4. November 2009).