

Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus

Vorschläge auf Basis
internationaler Beispiele

STUDIEN
BERICHT

Konsequenzen aus der Qualitätsmessung im Krankenhaus

Vorschläge auf Basis
internationaler Beispiele

Studienbericht

für den Verband der Ersatzkassen (vdek)

Berlin, 11. November 2013

Autoren

Dr. Karsten Neumann
Patrick Gierling
Dr. Björn Peters
Jean Dietzel

Inhalt

Management Summary	8
1. Ausgangslage, Problemstellung und Zielsetzung	10
2. Stand der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen	16
3. Internationale Fallbeispiele zum Umgang mit Qualität	19
3.1 Statusreports über Gesundheitssysteme	20
3.1.1 Beispiel 1a: Der Health Care Performance Report aus den Niederlanden	20
3.1.2 Beispiel 1b: Quality Monitor Ontario	21
3.1.3 Ableitung: Die Niederlande und Kanada als Vorbilder für eine konstruktive Fehlerkultur	22
3.2 Public Reporting als Ansatz zur Qualitätssteigerung	22
3.2.1 Beispiel 2a: New York State Cardiac Reporting System	23
3.2.2 Beispiel 2b: NHS Choices	25
3.2.3 Beispiel 2c: Tilsynslisten aus Dänemark	29
3.2.4 Ableitung: Höchstmögliche Transparenz als Vorbild für Deutschland	30
3.3 Verknüpfung von gemessener Qualität und Vergütung	30
3.3.1 Beispiel 3: Hospital Quality Incentive Demonstration	30
3.3.2 Ableitung: Konsequenter Einsatz der gemessenen Qualitätsdaten	32
3.4 Eine zentrale Behörde für Messung und Verbesserung der Qualität aller Gesundheitsdienstleistungen und Produkte	33
3.4.1 Beispiel 4: Dutch Health Care Inspectorate	33
3.4.2 Ableitung: Einheitliche Vorgabe von Qualitätsstandards	34
4. Umsetzungsvorschlag für eine höhere Qualität in Deutschlands Krankenhäusern	35
4.1 Bisher verfügbare Instrumente zur Qualitätssteigerung	36
4.1.1 Der Strukturierte Dialog	36
4.1.2 Public Reporting	38
4.1.3 Mindestmengenvorgaben	39
4.1.4 Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	40
4.1.5 Leitlinien	41
4.1.6 Krankenhausplanung unter Berücksichtigung von Qualitätsdaten	41
4.1.7 Budgetverhandlungen	42
4.1.8 Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 110 SGB V	44
4.2 Entwicklung von Handlungsempfehlungen	44
4.2.1 Ausgangspunkt für unseren Vorschlag	45
4.2.2 Kollektivvertragliche Regelungsmöglichkeiten zur Sicherung der Mindestqualität	47

4.2.3	Selektivvertragliche Regelung	66
5.	Umgang mit Adversen Effekten	70
5.1	Selektionseffekte	70
5.2	Veränderungen des Dokumentationsverhaltens	71
5.3	Aufwandsverlagerung	71
5.4	Medizinische Fehlanreize der Indikatoren	72
5.5	Gewöhnungseffekte	72
5.6	Ausweichverhalten	72
5.7	Entwicklung von Gegenmaßnahmen für zu erwartende Adverse Effekte	73
6.	Der Vorschlag und die sich daraus ergebenden Empfehlungen an den Gesetzgeber	74
7.	Anhang	77
7.1	Steuerungs- und Veränderungsoptionen auf Ebene des Gesamtsystems in Deutschland	78
7.1.1	Qualitätsorientierte Vergütung mit Pay for Performance (P4P)	78
7.1.2	Sicherstellungsauftrag	80
7.1.3	Public Reporting als „an den Pranger stellen“	80
7.2	Methodik zur Auswahl der internationalen Beispiele	81
	Literaturverzeichnis	90
	Abbildungsverzeichnis	5

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Verteilung der Messergebnisse des Indikators Organerhaltung bei Ovareingriffen (in Prozent). Dargestellt werden nur Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen (N=580).	11
Abbildung 2:	Verteilung der Messergebnisse des Indikators Sterblichkeit im Krankenhaus nach erstmaliger isolierter kathetergestützter Operation an der Aortenklappe (risikoadjustiert). Dargestellt werden nur Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen (N=79).	12
Abbildung 3:	Verteilung der Messergebnisse des Indikators postoperative Wundinfektionsrate nach Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (in Prozent). Dargestellt werden nur Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen (N=972).	13
Abbildung 4:	Internationale Beispiele zum transparenten Umgang mit Qualitätsdaten	19
Abbildung 5:	Darstellung zum Vergleich der Krankenhaussterblichkeit nach akutem Herzinfarkt für die Niederlande, die USA, Schweden/ Dänemark und Westeuropa	21
Abbildung 6:	Detaillierte Betrachtung der vermeidbaren Hospitalisierungen für ausgewählte Erkrankungen.	22
Abbildung 7:	Beispiel zur Ergebnispräsentation	23
Abbildung 8:	Bildschirmfoto: Bewertung eines Krankenhauses auf der NHS Choices Webseite (Kernkriterien)	25
Abbildung 9:	Patientenbewertung einer Einrichtung	26
Abbildung 10:	Bildschirmfoto des NHS Choices Gesundheitsportals	28
Abbildung 11:	Beispiel zur Fallbeschreibung in den Tilsynslisten	29
Abbildung 12:	Vergütungsmechanismus HQID	31
Abbildung 13:	Veränderungen des Qualitätsscore zwischen 2010 und 2011	32
Abbildung 14:	Verfahren des Strukturierten Dialogs	37
Abbildung 15:	Bildschirmfoto des vdek-Kliniklotsen	38
Abbildung 16:	Prozessdarstellung der im Folgenden entwickelten Maßnahmenempfehlungen	46

Abbildung 17: Zeitlicher Ablauf des Leistungsausschlusses	52
Abbildung 18: Die drei komplementären Varianten im Kontext des Vorschlags	54
Abbildung 19: Anzahl Einwohner je Krankenhaus auf Ebene der Landkreise	64
Abbildung 20: Selektivverträge im Kontext des Vorschlags	67
Abbildung 21: Übersicht über das entwickelte Modell	75
Abbildung 22: Bewertung der Longlist-Beispiele	81

Management Summary

Die Qualität der Behandlungen in deutschen Krankenhäusern kann noch weiter verbessert werden. Dazu muss die Qualitätstransparenz gesteigert und schlechte Qualität sanktioniert werden. Das IGES Institut hat im Auftrag des Verbands der Ersatzkassen (vdek) ein Konzept erarbeitet, um diesen Ansatz praktikabel zu machen.

Trotz eines Jahrzehnts voller Bemühungen um die Qualität zeigt sich im internationalen Vergleich für das deutsche Gesundheitssystem eine Diskrepanz zwischen den Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit und der erbrachten Behandlungsqualität. Regional findet sich für viele Leistungen ein großes Qualitätsgefälle zwischen den stationären Leistungserbringern.

Dabei ist im Vergleich zu anderen Ländern auffällig, dass die Qualität zwar belastbar gemessen werden kann, aus den Messergebnissen jedoch keine Konsequenzen gezogen werden. Es gibt bis heute keine Mechanismen, um die Leistung qualitativ schlechter Krankenhäuser unter Verwendung von Sanktionsmaßnahmen zu verbessern oder gute Krankenhäuser zu belohnen.

Auch die Transparenz von Qualitätsmessung und die zielgruppengerechte Aufbereitung – insbesondere für die breite Öffentlichkeit – sind im Vergleich zu anderen Ländern verbesserungsfähig.

Im Rahmen der vorliegenden Studie werden Steuerungsansätze anderer OECD-Länder basierend auf Qualitätsinformationen untersucht, die eine ganz andere Qualitätskultur offenbaren:

- In den Niederlanden und Kanada gibt es kritische Jahresberichte zum eigenen Gesundheitswesen, bei dem die Fortschritte für Qualitätsindikatoren jährlich gemessen werden,
- in New York kann man die Mortalitätsrate von Operationen einzelner Herzchirurgen miteinander vergleichen,
- in Dänemark wird öffentlich vor schlechten Ärzten gewarnt,
- in den USA werden im Rahmen eines groß angelegten Modellprojekts P4P¹-Mechanismen im stationären Sektor erprobt
- u.v.m.

Zwar ist eine Eins-zu-Eins-Übertragung auf Deutschland häufig nicht denkbar. Die Analyse zeigte jedoch wirksame Konzepte zur Qualitätssteigerung: transparente und nachvollziehbare Qualitätsinformationen sowie eine Verknüpfung von Konsequenzen mit diesen Informationen.

¹ Pay for Performance

In Deutschland existiert für die Messung von Qualität im Krankenhaussektor bereits ein etabliertes System. Das AQUA-Institut ist derzeit im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) u. a. mit der Qualitätssicherung im stationären Sektor beauftragt. Zu seinen Aufgaben gehört die Entwicklung, Pflege und Ergebnisauswertung von Qualitätsindikatoren. Auf diesem System bauen wir auf, um Konsequenzen vorzuschlagen.

Unser Konzept sieht vor, dass für geeignete Qualitätsindikatoren verbindliche Mindeststandards gelten müssen, die für die Erlaubnis zur Leistungserbringung nicht unterschritten werden dürfen. Leistungserbringern unterhalb des Mindeststandards werden zwei Jahre Zeit gegeben, den Mindeststandard zu erreichen.

Den Krankenkassen und Leistungserbringern soll zudem gestattet werden, für elektive Leistungen, bei denen Krankenhäuser eine besonders hohe Qualität erbringen, Selektivverträge abzuschließen. Dabei wird die Krankenhauswahlfreiheit der Patienten in vollem Umfang beibehalten, den Patienten jedoch empfohlen, das Krankenhaus mit hoher Qualität aufzusuchen.

Das vorgeschlagene Konzept wurde so abgewogen, dass die Interessen der Krankenhäuser berücksichtigt werden und angemessene Bewährungszeiten sowie Begrenzungen möglicher Sanktionen vorgesehen sind. Zudem soll durch die Studie nicht die generell hohe Behandlungsqualität der Krankenhäuser in Frage gestellt werden, sondern es soll aus wenigen unzureichend arbeitenden Abteilungen in andere Häuser mit hohem Qualitätsstandard umgesteuert werden.

Mit dieser Publikation möchten wir eine konstruktive Diskussion in Gang setzen und die Debatte mit neuen Impulsen bereichern.

Die Studie beschreibt detailliert, welche Schritte für die Umsetzung dieser Maßnahmen notwendig sind und wie die dazugehörigen konkreten Veränderungen des rechtlichen Rahmens aussehen. Zusätzlich wird beschrieben, wie eventuelle Fehlanreize vermieden werden können.

Inhalt der Studie ist der Umgang mit gemessener Qualität. Andere denkbare Aspekte zur Qualitätssteigerung, etwa die Festlegung von Strukturforderungen oder Mindestmengen, sind an anderer Stelle zu erörtern. Dass sie nicht vorkommen, bedeutet keine Wertung.

1. Ausgangslage, Problemstellung und Zielsetzung

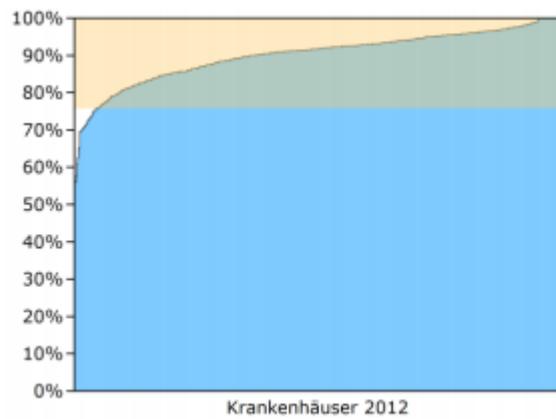
Deutschland weist im internationalen Vergleich ein hohes Ausgabenniveau für Gesundheitsleistungen auf. Dies ermöglicht eine „gut ausgebaute Versorgungsstruktur“ und „eine hohe Verfügbarkeit personeller und materieller Ressourcen“ (Laurer et al. 2013, S. 1). Allerdings muss konstatiert werden, dass die gute Strukturqualität im deutschen Gesundheitswesen nicht zwingend mit einer flächendeckend hohen Ergebnisqualität der Versorgung assoziiert ist.

So rangiert Deutschland in einem OECD-Vergleich der Gesamtmortalität trotz seiner vergleichsweise hohen Gesundheitsausgaben auf Rang 12 hinter Frankreich, Italien, Spanien und den Niederlanden. Auch für einzelne Indikationen liegt Deutschland deutlich hinter vergleichbaren Ländern in Mitteleuropa. In der Rangliste für die Mortalität nach ischämischen Herzerkrankungen belegt Deutschland den 12. Platz. Für durch Brustkrebs bedingte Todesfälle liegt Deutschland unter dem EU-Durchschnitt (OECD 2012).²

Daneben zeigen sich innerhalb Deutschlands große Qualitätsunterschiede zwischen den Leistungserbringern. Exemplarisch sei hier die Organerhaltungsrate bei Ovarieingriffen dargestellt. Während die besten Einrichtungen eine Organerhaltungsrate von nahezu 100 Prozent aufweisen, werden in den schlechtesten Einrichtungen bei 40 Prozent aller durchgeführten Eingriffe Organe verletzt (vgl. Abbildung 1).

² Der Durchschnitt ist bezogen auf die EU-27. Die Aussagekraft des Vergleichs ist eingeschränkt, da gerade bei Herzerkrankungen eine Reihe von Faktoren relevant sind, die nicht vollständig im Einflussbereich eines Gesundheitssystems liegen (z. B. Ernährung und Alkoholkonsum). Trotzdem glauben wir, dass hier ein gewisser Trend deutlich wird.

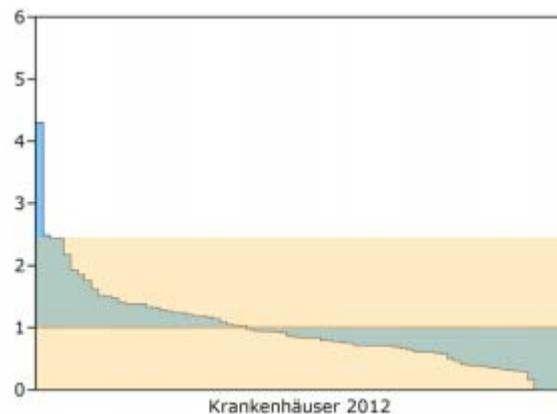
Abbildung 1: Verteilung der Messergebnisse des Indikators Organerhaltung bei Ovarieingriffen (in Prozent). Dargestellt werden nur Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen (N=580).



Quelle: AQUA-Institut (2013)

Das große Qualitätsgefälle zwischen einzelnen Krankenhäusern ist kein Problem, welches sich auf die Prozessqualität von Ovarieingriffen beschränken würde. Auch für andere Qualitätsindikatoren, wie z. B. der risikoadjustierten Krankenhaussterblichkeit nach kathetergestützter Operation an der Aortenklappe müssen große Qualitätsunterschiede festgestellt werden (vgl. Abbildung 2).

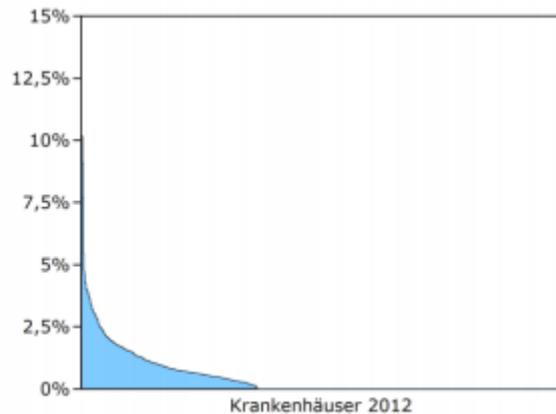
Abbildung 2: Verteilung der Messergebnisse des Indikators Sterblichkeit im Krankenhaus nach erstmaliger isolierter kathetergestützter Operation an der Aortenklappe (risikoadjustiert). Dargestellt werden nur Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen (N=79).



Quelle: AQUA-Institut (2013). Dargestellt ist das Verhältnis von beobachteter Rate zu erwarteter Rate. Die erwartete Rate wurde risikoadjustiert nach logistischem AKL-SCORE.

Die bisher beschriebenen Qualitätsdefizite beschränken sich auf komplexe Eingriffe, deren Durchführung mit einer Vielzahl potenzieller Fehlerquellen verbunden sind. Jedoch müssen auch für Eingriffe, die in sehr großen Fallzahlen durchgeführt werden und daher als Routineeingriffe bezeichnet werden können, große Qualitätsunterschiede konstatiert werden. Beispielhaft sei hier die postoperative Wundinfektionsrate nach Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation genannt. Auch für diesen Eingriff zeigen sich große Differenzen zwischen den besten und den schlechtesten Krankenhäusern (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Verteilung der Messergebnisse des Indikators postoperative Wundinfektionsrate nach Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (in Prozent). Dargestellt werden nur Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen (N=972).



Quelle: AQUA-Institut (2013)

Dieses Ergebnis legt zwei Punkte nahe. Zum einen besteht in einigen Bereichen des Gesundheitswesens noch immer akuter Handlungsbedarf, die Versorgungsqualität zu verbessern. Zum anderen ist die Datenlage im stationären Sektor gut genug, um Maßnahmen zur Qualitätssteigerung auf Basis ausreichender Evidenz durchzuführen.

Die OECD kommt in ihrer jüngsten Veröffentlichung zum deutschen Gesundheitssystem zu dem Schluss, dass „Deutschland unter den OECD-Nationen führend ist, was die Sammlung von Daten zur Versorgungsqualität betrifft“ (OECD 2013, S. 24).

Der entscheidende Unterschied zwischen Deutschland und anderen OECD-Nationen liegt im Umgang mit diesen Qualitätsdaten. Während andere Länder sie systematisch veröffentlichen, zur kritischen Reflexion einsetzen und darauf aufbauend steuern, zeigen sich in Deutschland hier Defizite. So ist es den Krankenkassen heute nicht möglich, Patienten zeitnah vor Ärzten oder Krankenhäusern unterdurchschnittlicher Qualität zu warnen.

Unbestreitbar hat die deutsche Qualitätsdiskussion bereits zu Fortschritten geführt. Trotzdem ist etwa die Bedeutung der Qualitätsmessung in der Versorgungssteuerung heute noch zu gering. Vorhandene Informationen können oder dürfen nicht publiziert werden. Die Versicherten und Ärzte werden mit den existierenden Publikationen kaum erreicht. Vor allem aber werden an bekannte Ergebnisse zu schlechter Qualität kaum spürbare Konsequenzen geknüpft.

Dabei ist durchaus ein Problembewusstsein auf vielen Ebenen des Systems festzustellen. So fordert der GKV-Spitzenverband in einem aktuellen Positionspapier die Veröffentlichung aller gemessenen Qualitätsdaten im Gesundheitswesen und deren patientengerechte Darstellung (GKV-Spitzenverband 2013).

Auch die politischen Parteien positionieren sich in ihren Wahlprogrammen zur Bundestagswahl 2013 zum Thema Transparenz und Konsequenz in der Qualitätssicherung im stationären Sektor. So strebt die CDU/CSU eher allgemein gefasst an, dass „auch weiterhin jedermann auf die hohe Qualität unserer Krankenhäuser vertrauen kann“ (CDU 2013, S. 75). Laut SPD sollen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser weiterentwickelt werden, die Krankenkassen Selektivverträge mit Krankenhäusern abschließen können und die Qualität eine stärkere Rolle in der Krankenhausplanung spielen (SPD 2013). Bündnis 90 / Die Grünen fordern, dass „die Qualität der Behandlung sowie der Patientennutzen [...] zunehmend in die Vergütung eingehen“ sollten (Die Grünen 2013, S. 125). FDP und Linke nehmen in ihren Wahlprogrammen keinen konkreten Bezug auf die Themen Qualität oder Transparenz in Krankenhäusern (FDP 2013, Die Linke 2013).

Mit der hier vorliegenden Studie möchten wir einen Vorschlag machen, mit der Steuerung nach Qualität zu beginnen. Unser Vorschlag verfolgt dabei zwei zentrale Ansätze:

1. Für alle Krankenhäuser müssen verbindliche und einheitliche Qualitätsstandards gelten, deren Nichteinhaltung mit Konsequenzen verbunden ist.
2. Um einen Anreiz für besonders hohe Qualität zu setzen, sollen selektivvertragliche Partnerschaften zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen möglich sein. Die freie Krankenhauswahl der Patienten wird dabei nicht eingeschränkt.

Um diese Ziele zu erreichen, möchten wir nicht auf die Schaffung eines vollumfänglichen Systems zur Qualitätsbewertung im stationären Sektor warten. Vielmehr sollen die heute schon vorhandenen Indikatoren transparent dargestellt und für die oben definierten Ziele verwendet werden.

Die Entwicklung unseres Vorschlags beginnt in Kapitel 2 mit einem kurzen Abriss zur Qualitätsdebatte im deutschen Gesundheitswesen.

In Kapitel 3 werfen wir einen Blick auf die Situation in anderen OECD-Ländern. Auf Basis dieser Beispiele leiten wir Schlussfolgerungen ab, die zur Entwicklung unseres Vorschlags für das deutsche Gesundheitswesen beitragen.

Darauf aufbauend wird im vierten Teil des Berichts ein Vorschlag zur konkreten Umsetzung einer Steuerung mit transparenten Qualitätsdaten im stationären Sektor unterbreitet.

In Kapitel 5 werden mit diesem Vorschlag verbundene, potenzielle adverse Effekte diskutiert und Lösungsansätze vorgestellt.

Anschließend werden konkrete Empfehlungen zur Gesetzgebung ausgesprochen, die sich aus dem entwickelten Modell ergeben.

2. Stand der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen

Die aktuelle Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen kann auf einen langen Vorlauf zurückblicken. Die wesentlichen Entwicklungsschritte fassen wir an dieser Stelle kurz zusammen.³

Bereits die Perinatalstudie aus den 1970er Jahren⁴ kann aus heutiger Sicht als ein Qualitätssicherungsprojekt interpretiert werden. Jedoch stand in Zeiten der Kostendeckung bis in die Mitte der Neunziger Jahre Qualität nicht in diesem Maße im Fokus der Öffentlichkeit. Möglicherweise glaubte man, dass Qualität sowieso erbracht würde, solange den Krankenhäusern ihre Kosten erstattet würden. Erst mit den Kostendämpfungsbemühungen, gerade in Bezug auf die Krankenhäuser und später rund um die Einführung der DRG-Fallpauschalen, wurde vermehrt die Besorgnis geäußert, dass die Qualität der Patientenversorgung unter den Einsparbemühungen leiden könnte.

In diesem Umfeld entfaltete die Qualitätsdiskussion eine hohe Dynamik, die bis heute anhält. Ab dem Jahr 2000 kam es mit der Novellierung des SGB V und der Pflicht zum Qualitätsmanagement zu einer Vielzahl von Maßnahmen, die darauf ausgerichtet waren, die Qualität zu messen, zu sichern und zu erhöhen.

Seit 2001 veröffentlichte zuerst die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) und später das AQUA-Institut Qualitätsreports. Die Institute wurden mit der Administration, Koordination, Entwicklung, Anpassung und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren beauftragt, die für die Krankenhäuser verpflichtend zu erheben waren. Heute besteht eine Dokumentationspflicht für 30 Leistungsbereiche mit 430 Indikatoren. Die Ergebnisse werden überwiegend anonymisiert aufbereitet, teilweise in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser publiziert. Die Qualität der Indikatorendokumentation einiger Leistungsbereiche durch die Krankenhäuser ist teilweise noch deutlich verbesserbar (Aqua-Institut 2012). Im Rahmen des Strukturierten Dialogs, bei dem man sich intensiv mit Auffälligkeiten bei einzelnen Indikatoren auseinandersetzt, werden heute noch zu viele statistische Auffälligkeiten bei Überprüfung als unproblematisch identifiziert („Fehlalarm“), was die Aussagekraft einiger Indikatoren in Zweifel zieht.

Weitere Eckpunkte der Entwicklung der Qualitätssicherung waren im Jahr 2004 die Gründung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

³ Für weiterführende Informationen vgl. u. a. AQUA-Institut GmbH (2012) und Krankenhaus-Report (2011).

⁴ Die Perinatalstudie hat Qualitätsunterschiede in der Geburtshilfe im Großraum München untersucht.

und des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie die Verpflichtung der Krankenhäuser zur Erstellung der Strukturierten Qualitätsberichte (SQBs).

In den zunächst alle zwei Jahre zu veröffentlichenden SQBs waren zuletzt die Ergebnisse von 182 Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen. Ab 2013 sind es 289 Indikatoren und ein jährlicher Veröffentlichungsrhythmus. Die Bekanntheit der SQBs bei Patienten und bei niedergelassenen Ärzten ist aus unserer Sicht noch immer sehr gering. Die gesteckten Transparenzziele werden nicht erreicht. Grundsätzlich werden die Informationen jedoch krankenhausspezifisch veröffentlicht. In einer eher für Experten geeigneten Aufarbeitung werden die Ergebnisse des Strukturierten Dialogs teilweise wiedergegeben und bewertet.

Bezüglich der Transparentmachung von Qualitätsinformationen gab es mit zunehmender Verbreitungsmöglichkeit durch das Internet diverse Initiativen, u. a. den vdek-Kliniklotsen⁵. Bei diesen muss insgesamt festgehalten werden, dass trotz steigender Nutzung die Bekanntheit bei der Zielgruppe noch gering und vor allem fragmentiert ist. Von einer aktiven Orientierung der Versicherten an diesen Online-Portalen kann schon gar nicht gesprochen werden.⁶

Aktuell wird insbesondere über die Verzahnung der Qualitätsmessung über Sektorengrenzen hinweg diskutiert (Stichwort „Sektorübergreifende Qualitätssicherung“). Diese Bemühungen stecken jedoch noch in den Kinderschuhen, da die Qualität der Dokumentation im ambulanten Sektor noch nicht an den Standard des stationären Sektors heranreicht. Auch die Zusammenführung verschiedener Datenquellen ist nicht trivial.

Das Patientenrechtegesetz⁷, das im Februar 2013 verabschiedet wurde, enthält ebenfalls diverse Aspekte, die sich mit Qualität befassen (u. a. Beweislastumkehr für grobe Behandlungsfehler, verpflichtende Einrichtung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements in Krankenhäusern).

In der Praxis werden Routinedaten (z. B. Revisions-OP-Rate beim Hüftgelenkersatz oder Inzidenz von Thrombosen) für die Qualitätsmessung immer wichtiger. Diese decken derzeit nur einen deutlich kleineren Teil der verfügbaren Indikatoren ab, haben jedoch insbesondere auf der Leistungserbringerseite den Vorteil des geringen Dokumentationsaufwands gegenüber sonstigen Indikatoren. Die Herausforderung liegt da-

⁵ vdek-Kliniklotse im Internet: <http://www.vdek-kliniklotse.de/>

⁶ Die Public Reporting-Ansätze werden ausführlicher in Kapitel 3.2 diskutiert.

⁷ Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 26.02.2013.

rin, diese eigentlich zu Abrechnungszwecken erhobenen Daten für die Qualitätsmessung nutzbar zu machen.

Die heutige Qualitätsarbeit im Krankenhaus ist eine Mischung aus externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement (Qualitätszirkel, Leitlinien, Zertifizierungen etc.). Darüber hinaus wirken etwa Mindestmengenrichtlinien, Fortbildungsvorschriften, Modellprojekte (z. B. integrierte Versorgung) oder verbindliche Hygienevorschriften auf die Qualität der stationären Versorgung. Wesentlich an der Entstehung dieser Maßnahmen beteiligt sind u. a. der G-BA, Bund und Länder sowie die Ärztekammern.

Im Rahmen der Qualitätssicherung ist das Verfahren des oben bereits angesprochenen Strukturierten Dialogs von Relevanz. Hier werden im Falle von Auffälligkeiten bei Qualitätsindikatoren kooperativ Verbesserungsansätze mit den Krankenhäusern gesucht. Grundsätzlich ist der kooperative, sanktionsfreie Rahmen des Dialogs vernünftig, jedoch sollte bei „Wiederholungstätern“ auch im Falle von Kooperationsbereitschaft in den Folgejahren ein größerer Raum für Konsequenzen eröffnet werden.⁸

Zusammenfassend ergibt sich heute eine Situation, in der bereits viele Indikatoren zu wichtigen medizinischen Leistungsbereichen verfügbar sind, welche die Qualität gut abbilden können. Jedoch muss festgehalten werden, dass es hierzu noch immer keine ausreichende Transparenz gibt. Verfügbare Qualitätsinformationen sollten in viel stärkerem Maße für die Öffentlichkeit erhältlich sein und für diese aufbereitet werden. Aus den Qualitätsinformationen werden zudem - gerade im Rahmen dazu möglicherweise prädestinierter Ansätze wie dem Strukturierten Dialog - keine echten Konsequenzen gezogen. Eine stärkere Verknüpfung von Qualität an wirksame Anreize für alle Leistungserbringer ist anzustreben.

Andere Länder zeigen hier, dass es zum Umgang mit Qualitätsergebnissen und der Steuerung von Qualität bereits mutigere Ansätze gibt, selbst wenn diese Methoden für Deutschland nicht alle in dieser Form umsetzbar erscheinen mögen.

⁸ Der Strukturierte Dialog wird ausführlicher in Kapitel 4.1.1 diskutiert.

3. Internationale Fallbeispiele zum Umgang mit Qualität

Ein Blick auf die Gesundheitssysteme anderer Industrienationen zeigt, dass die transparente Darstellung von gemessenen Qualitätsdaten sowie die konsequente Steuerung von Leistungserbringern anhand dieser Daten weit verbreitet ist (vgl. Abbildung 4). Besonders im angelsächsischen Raum hat sich die Aufbereitung allgemeinverständlicher Qualitätsdaten zum Standard entwickelt. Es gibt zahlreiche Fallbeispiele, die sich in vier Kategorien zusammenfassen lassen:

- Reports, die auf die Evaluierung gesamter Gesundheitssysteme abzielen,
- Maßnahmen, welche die Qualität einzelner Leistungserbinger transparent darstellen,
- Steuerungsmodelle, die auf Basis von gemessener Qualität aktiv Leistungserbringung steuern und
- Zentrale Behörden für die Messung und Verbesserung der Qualität aller Gesundheitsdienstleistungen und Produkte.

Im Folgenden werden Beispiele aus allen vier Kategorien näher vorgestellt.⁹

Abbildung 4: Internationale Beispiele zum transparenten Umgang mit Qualitätsdaten



Quelle: IGES

⁹ Für einen Überblick über alle für diese Studie betrachteten, hier aber nicht näher beschriebenen Beispiele siehe im Anhang Kap. 7.2.

3.1 Statusreports über Gesundheitssysteme

Beispielhaft für die transparente Evaluierung der Qualität ganzer regionaler bzw. nationaler Gesundheitssysteme werden im Folgenden der Dutch Healthcare Performance Report aus den Niederlanden und der Quality Monitor Ontario aus Kanada dargestellt.

3.1.1 Beispiel 1a: Der Health Care Performance Report aus den Niederlanden

Der Health Care Performance Report¹⁰ wurde zwischen 2006 und 2012 viermal durch das niederländische Gesundheitsministerium veröffentlicht. Ab 2014 wird der Bericht im Vierjahres-Rhythmus publiziert. Der Report bewertet 125 Qualitätsindikatoren, die von verschiedenen Institutionen erhoben werden, wie z. B. dem Institut für Versorgungsforschung oder der nationalen Statistikbehörde. Gemessen werden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Zusätzlich werden die Ergebnisse von Patientenumfragen berücksichtigt. In dem Report wird die der Indikatorenauswahl zugrundeliegende Methodik beschrieben.

Insgesamt wird die Qualität des Gesundheitssystems anhand von drei Dimensionen bewertet:

- Medizinische Qualität,
- Zugang zu Leistungen,
- Kostenentwicklung.

Die Ergebnisse werden mit Vorjahreswerten und mit Werten anderer Gesundheitssysteme wie z. B. Deutschland oder Frankreich verglichen. Auf Basis dieser Vergleiche werden Schwachpunkte identifiziert.

So kommt der Bericht aus dem Jahr 2010 zu dem Schluss, dass die Sterblichkeit nach akuten Herzinfarkten in den Niederlanden im internationalen Vergleich zu hoch ist (vgl. Abbildung 5).

Der Report macht keine konkreten Veränderungsvorschläge; vielmehr geht es um die transparente Darstellung von Handlungsfeldern. Die kritische Reflexion für jeden Sektor des niederländischen Gesundheitssystems ist ein herausragendes Beispiel für einen konstruktiven Umgang mit Qualität im Gesundheitssystem (National Institute for Public Health and the Environment 2010).

¹⁰ Auf Niederländisch „Definitierapport Zorgbalans“.

Abbildung 5: Darstellung zum Vergleich der Krankenhaussterblichkeit nach akutem Herzinfarkt für die Niederlande, die USA, Schweden/ Dänemark und Westeuropa

Figure 2.3.2: In-hospital case-fatality rates within 30 days for acute myocardial infarction (%), 2005 for the Netherlands and 2006-2007 for other countries; the Netherlands, United States, Western Europe, highest and lowest scoring countries



((Source: OECD Health Data)

¹ Austria, Denmark, Finland, Ireland, Italy, the Netherlands, Norway, Spain, Sweden, United Kingdom

Quelle: National Institute for Public Health and the Environment, 2010

3.1.2 Beispiel 1b: Quality Monitor Ontario

Einen ähnlichen Ansatz wie die Niederlande verfolgt die kanadische Provinz Ontario. Hier wird einmal jährlich ein Report durch die zuständige Institution veröffentlicht, der die Qualität des gesamten Gesundheitssystems der Provinz bewertet. Der Bericht ist nach zehn Qualitätsdimensionen gegliedert, unter anderem Sicherheit, Effizienz und Patientenzentriertheit.

Für jede Dimension wird eine Vielzahl von Indikatoren herangezogen. Diese werden jeweils anhand des Fortschritts im Vergleich zum vorangegangenen Jahr bewertet („latest results“ (neuestes Ergebnis) und „progress“ (Fortschritt)). Aus deutscher Sicht als besonders interessant zu bewerten ist die Rubrik „Where could we be?“ (Wo könnten wir sein?), in welcher der jeweils beste Leistungserbringer der Provinz oder ein internationales herausragendes Beispiel genannt wird. Abbildung 6 verdeutlicht das Vorgehen anhand der vermeidbaren Hospitalisierung für einzelne Erkrankungen. So wird z. B. für eine Gruppe von Erkrankungen, unter anderem Diabetes, festgestellt, dass weniger Menschen stationär behandelt werden mussten, gleichzeitig aber noch Potenzial zur Verbesserung besteht.

Für einzelne Qualitätsdimensionen werden Vorschläge gemacht, um die Qualität zu verbessern. So wird ein verstärkter Einsatz von IT-Systemen zur Reduktion der Wartezeiten diskutiert (Health Quality Ontario 2012).

Abbildung 6: Detaillierte Betrachtung der vermeidbaren Hospitalisierungen für ausgewählte Erkrankungen.

INDICATOR	LATEST RESULT	PROGRESS?	WHERE COULD WE BE?	
POTENTIALLY AVOIDABLE HOSPITALIZATIONS	Hospital admission rate per 100,000 population for: - Overall (all ambulatory care sensitive conditions) - COPD (e.g., emphysema, chronic bronchitis) - CHF - Asthma - Angina - Diabetes	275* 87* 50* 36* 34* 32*	Improved	For overall rate, 162 (Richmond, BC) or 182 (Central LHIN).
	Hospital readmission rates for a specific or related condition within 28 days for: - CHF - Gastrointestinal condition - COPD - Diabetes - Asthma - AMI (heart attack) - Stroke	11%* 7.9%* 7.7%* 6.6%* 4.4%* 3.9%* 2.8%*	No change except for AMI (improved)	For AMI, 2.8% (Champlain LHIN).
	Readmissions within 30 days for any reason: - CHF (age ≥ 45) - COPD (age ≥ 45) - Gastrointestinal conditions (all ages) - Diabetes (all ages) - Cardiac conditions (age ≥ 40) - Pneumonia (all ages) - Stroke (age ≥ 45)	23%** 19%** 16%** 14%** 12%** 13%** 8.6%**	n/a	For CHF, < 10% at leading sites in USA. ³⁰
	Hospital readmission rates for: - Depression - Mental health and addictions - Schizophrenia and bipolar disorder	6.4%*** 10.3%*** 11.7%***	No change	As low as possible.
	Hospital readmission rates within 30 days per 100 episodes of acute care by LTC residents	14%*	n/a	As low as possible.

Quelle: Health Quality Ontario, 2012

3.1.3 Ableitung: Die Niederlande und Kanada als Vorbilder für eine konstruktive Fehlerkultur

Zwar setzen weder der niederländische noch der kanadische Bericht verbindliche Qualitätsziele, deren Nichterreichen mit Sanktionen oder Incentivierung verbunden sind. Beide Berichte sind jedoch hervorragende Beispiele für einen hohen Grad an Transparenz von Qualitätsmessung und einen konstruktiven Umgang mit Qualitätsdaten. Defizite und Probleme werden offen angesprochen und in dem kanadischen Beispiel mit Verbesserungsvorschlägen verbunden. Von einer solchen Mentalität könnte das deutsche Gesundheitssystem nur profitieren.

3.2 Public Reporting als Ansatz zur Qualitätssteigerung

Public Reporting bezeichnet die Veröffentlichung von Daten zur Struktur-, Prozess- und/oder Ergebnisqualität von Leistungserbringern im Gesundheitswesen (AHRQ 2011). Public Reporting kann grundsätzlich auf zwei verschiedenen Wegen zur Verbesserung von Qualität beitragen. Einerseits versetzt Public Reporting den Patienten in die Lage, Anbieter nach ihrer Qualität auszuwählen. Auf diese Weise verschieben sich Marktanteile hin zu Anbietern mit guter Qualität. Andererseits bietet Public Reporting Leistungserbringern die Möglichkeit, sich gegenseitig zu vergleichen und daraus einen Anreiz zur Verbesserung zu ziehen (Berwick et al. 2003).

Im Folgenden werden ausgewählte Public Reporting-Beispiele aus dem internationalen Kontext dargestellt, anhand derer die Verbesserung von Qualität und Erhöhung der Transparenz sowie deren Steuerungswirkung illustriert werden können.

3.2.1 Beispiel 2a: New York State Cardiac Reporting System

Seit 1989 werden im US-Bundesstaat New York die Mortalitätsraten von aortokoronaren Bypass Operationen für stationäre Einrichtungen erhoben; darüber hinaus seit 1992 Mortalitätsdaten für die Operationen einzelner Ärzte. Die jährlich veröffentlichten Berichte beinhalten für jedes Krankenhaus im Bundestaat New York (teilweise risikoadjustiert, vgl. Abbildung 7):

- „Cases“ (Fallzahlen),
- „Deaths“ (Krankenhaussterblichkeit),
- „OMR“ (Beobachtete 30-Tage-Sterblichkeit),
- „EMR“ (Erwartete Sterblichkeit),
- „RAMR“ (Risikoadjustierte Sterblichkeit mit 95%-Konfidenzintervall).¹¹

Abbildung 7: Beispiel zur Ergebnispräsentation

	All Cases					
	Cases	Deaths	OMR	EMR	RAMR	95% CI for RAMR
Montefiore Medical Center - Weiler						
#Gotsis W	586	10	1.71	0.59	2.62 *	(1.26, 4.83)
Monrad E	567	8	1.41	0.81	1.56	(0.67, 3.08)
#Silverman G	399	5	1.25	0.63	1.79	(0.58, 4.19)
Sokol S	283	8	2.83	0.86	2.95 *	(1.27, 5.81)
#Srinivas V	430	4	0.93	0.75	1.11	(0.30, 2.84)
TOTAL	2265	35	1.55	0.72	1.94 *	(1.35, 2.70)

Quelle: New York State Department of Health, 2012

Um die statistische Robustheit zu steigern, werden die Sterblichkeitsraten auf Ebene der behandelnden Ärzte und auf Basis der Fälle der letzten drei Jahre berechnet.

¹¹ OMR (Observed Mortality Rate), EMR (Expected Mortality Rate), RAMR (Risk adjusted Mortality Rate).

Positive Effekte sind dokumentiert

Nach den ersten Datenveröffentlichungen begannen viele Krankenhäuser, das Thema Qualität aktiv anzugehen und leiteten gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ein.

Ein interessantes Fallbeispiel ist das Winthrop University Hospital: Zu Beginn des Rankings hatte das Krankenhaus eine der höchsten Sterblichkeitsraten im gesamten Bundestaat New York. Daraufhin wurde durch die Geschäftsführung ein umfassendes Paket gezielter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet. Als wichtigster Schritt wurde ein neuer leitender Kardiologe eingestellt. Dieser überprüfte jeden einzelnen Fall des letzten Jahres, führte die gesamte Abteilung auf einer Etage zusammen, initiierte Fallkonferenzen und stellte auf kardiologische Operationen spezialisierte Anästhesisten ein. 1998 war das Winthrop University Hospital eines der besten Krankenhäuser im gesamten Ranking (Chassin 2002).

Auf Ebene des Gesamtsystems zeigten sich besonders zu Beginn des Programms deutliche Qualitätsverbesserungen. Die risikoadjustierte Sterblichkeit wurde zwischen 1989 und 1992 um 41 Prozent reduziert (Hannan et al. 1994). Zudem begannen einige Häuser, sich kritisch mit

“There are numerous other off-the-record reports of hospitals who concede that they would not have looked more carefully at their processes of care without having been identified as an outlier [...]” Quelle: Hannan et al. (2012)

Übersetzung sinngemäß “Unzählige Krankenhäuser gaben in vertraulichen Gesprächen zu, dass sie nicht so sorgfältig auf ihre Pflegeprozesse geschaut hätten, wenn sie nicht als ein Ausreißer identifiziert worden wären“

der Frage auseinanderzusetzen, inwieweit es sinnvoll ist, Chirurgen mit geringen Fallzahlen zu beschäftigen. So stellten 27 Herzchirurgen mit geringen Fallzahlen zwischen 1989 und 1992 ihre ärztliche Tätigkeit ein, konzentrierten sich auf andere Krankheitsbilder oder verließen den Bundestaat New York. Zwar ist nicht klar, ob ein direkter Zusammenhang

zwischen dem Ranking und dem Ausscheiden der Ärzte vorliegt. Allerdings ist auffällig, dass die durchschnittliche Sterblichkeitsrate der operierten Patienten, die durch diese 27 Herzchirurgen behandelt wurden, deutlich über der des gesamten Bundestaates lag (Hannan et al. 2012).

Kein eindeutiger Trend lässt sich für die Entwicklung der Marktanteile einzelner Krankenhäuser ausmachen. Mukamel und Mushlin (1998) finden für den Zeitraum zwischen 1990 und 1993 nur einen geringen Effekt des Public Reporting-Programms auf die Marktanteile einzelner Häuser. Jha und Epstein (2006) dagegen stellen keine Veränderung der Marktanteile für besonders gute oder besonders schlechte Einrichtungen fest.

3.2.2 Beispiel 2b: NHS Choices

NHS Choices ist das zentrale Public Reporting Online-Portal des englischen National Health Service (NHS)¹². Das Portal bietet u. a. eine Suchfunktion zur Auswahl von nach Qualitätskriterien bewerteten Haus- und Zahnärzten, Notfallzentren und Krankenhäusern.

Die Bewertung von Krankenhäusern erfolgt dabei in fünf übergeordneten Themenfeldern:

- Kernkriterien (vgl. Abbildung 8),
- Sauberkeit,
- Sicherheit,
- Beschwerden,
- Einrichtungsqualität.

Die Bewertungen innerhalb der Kategorien bieten keine erkrankungsspezifischen Informationen, sondern beziehen sich jeweils auf die gesamte Einrichtung. Es wird lediglich darüber informiert, ob eine spezifische Behandlung in der jeweiligen Einrichtung möglich ist.

Abbildung 8: Bildschirmfoto: Bewertung eines Krankenhauses auf der NHS Choices Webseite (Kernkriterien)

Topics	NHS Choices users rating	Responding to patient safety alerts	Recommended by staff	Mortality rate	MRSA	Care Quality Commission national standards
Key Facts Sort by: Nearest Update results						
Guy's Hospital Add to shortlist						
Tel: 020 7188 7188 Great Maze Pond London Greater London SE1 9RT 0.69 miles away Get directions 	 24 ratings Rate it yourself	 Good - All alerts signed off where deadline has passed	82 % of staff who would recommend this organisation	 Better than expected in hospital and up to 30 days after discharge (0.8264)	New information coming soon	n/a Data not available

Quelle: <http://www.nhs.uk/Service-Search/Hospital/SE1-2NE/Results/3/-0.0736599266529083/51.5022048950195/7/0?distance=25> (Abgerufen am 28.06.2013).

Unter dem Punkt Kernkriterien findet der Anwender die Bewertung der Einrichtung durch andere Nutzer in Form von ausführlichen Kommentaren und einem Rating (ein bis fünf Sterne; vgl. Abbildung 9). Die Nutzerbewertung der gelisteten Einrichtungen ist sehr ausführlich. Neben einer Bewertung in Form von Freitexten können ehemalige Patienten die Einrichtung in insgesamt fünf Kategorien bewerten.

¹² Der englische National Health Service (NHS) ist das Gesundheitssystem Großbritanniens.

Diese umfassen:

- Sauberkeit,
- Kooperationsbereitschaft des Personals,
- Würde und Respekt,
- Miteinbeziehung in Entscheidungen,
- geschlechtergetrennte Unterbringung.

Abbildung 9: Patientenbewertung einer Einrichtung



Anonymous Gab Guy´s Hospital eine Bewertung von zwei Sternen

Schlechte Erfahrungen als ambulanter Patient

„Der erste Teil meiner Erfahrung war gut. Das Pflegepersonal und die Anästhesisten waren sehr kompetent. Im Aufwachbereich fühlte ich mich allerdings nicht gut aufgehoben. Ich hätte gedacht, dass auch Tagespatienten auf die Station verlagert werden, aber ich hatte ein böses Erwachen [...] Als die Schwester mich dazu aufforderte aufzustehen, ging dies nicht. Ich konnte meine Augen nicht öffnen, aber sie ließ nicht von mir ab und forderte mich erneut dazu auf aufzuwachen. Anschließend sollte ich mit einem Strohhalm aus einer Tasse trinken. Dies war schmerzhaft, da ich zuvor einen Schlauch in meinem Rachen hatte. Ich wäre in diesem Moment sehr gerne allein gewesen, um mich sammeln zu können. Stattdessen bestand die Schwester darauf, dass ich das Krankenhaus umgehend zu verlassen habe“.

Quelle: <http://www.nhs.uk/Services/hospitals/ReviewsAndRatings/DefaultView.aspx?id=2189>, (Abgerufen am 28.06.2013). Sinngemäße Übersetzung aus dem Englischen.

Außerdem werden die Ergebnisse einer Umfrage veröffentlicht, die unter Mitarbeitern der Krankenhäuser des englischen NHS durchgeführt wurde. Kernaspekt dieser Befragung ist, ob die Mitarbeiter ihre eigene Einrichtung weiterempfehlen würden. Daneben bietet das Portal Informationen zu Sportübungen, Ernährungstipps und anderen Gesundheitsthemen. Die Webseite verfügt über verschiedene Einrichtungsrankings, z. B. nach risikoadjustierter Sterblichkeitsrate. Quantitative Indikatorenwerte stellt die Website in drei Abstufungen dar: „Good“ (gut), „OK“ (in Ordnung) oder „Poor“ (Schlecht). Die Darstellungen sind verschiedenfarbig hinterlegt und mit weiteren Erläuterungen versehen, sodass interessierte Nutzer sich ein tieferes Verständnis der dem Ranking zugrundeliegende Methodik aneignen können.

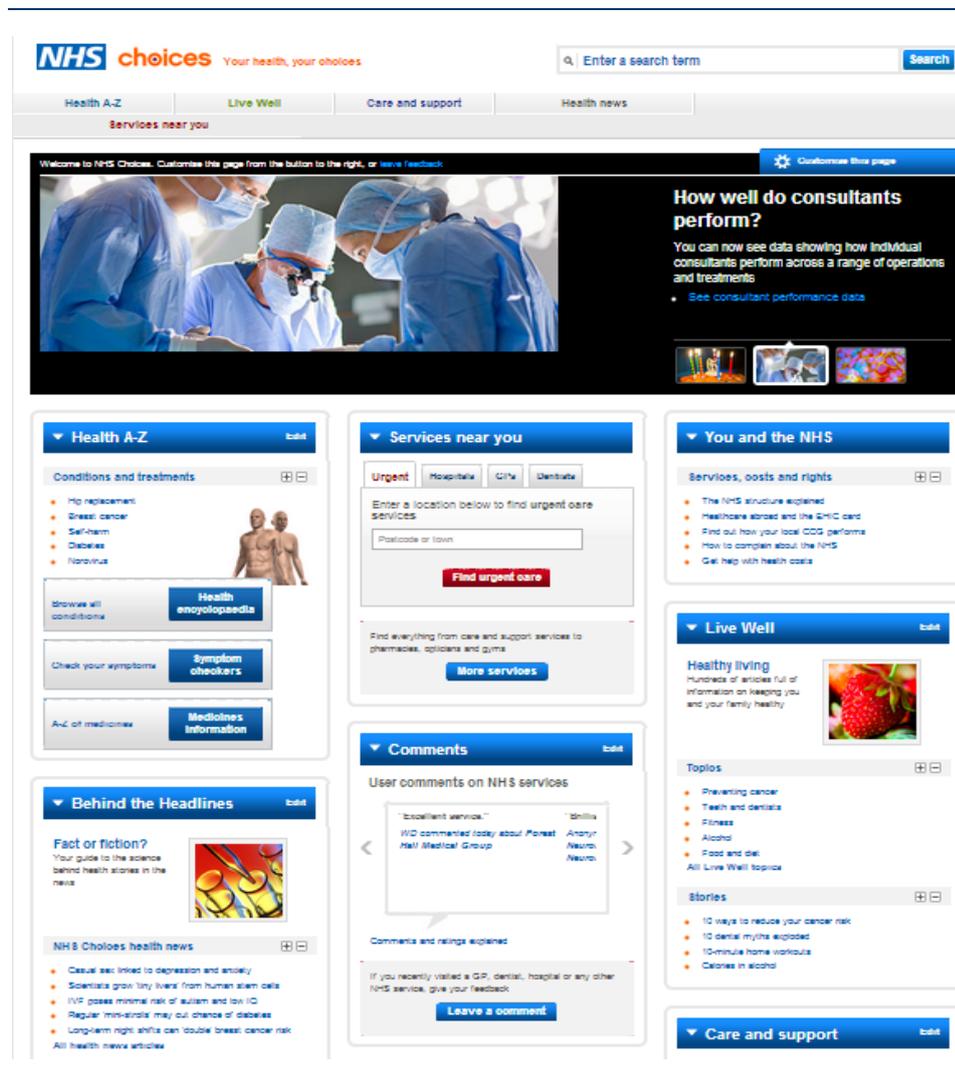
Die Website informiert Nutzer auch über ihre Rechte als Patienten.

NHS Choices als Best-Practice Beispiel

NHS Choices kann als Onlineplattform im Bereich Public Reporting durchaus als Best-Practice-Beispiel betrachtet werden. Dafür sprechen zum einen die benutzerfreundliche Aufbereitung der Informationen und die Einbettung der Krankenhausausswahl in ein umfassendes Informationsportal zu verschiedenen Gesundheitsthemen (vgl. Abbildung 10). Zum anderen zeugen die äußerst hohen Besucherzahlen davon, dass das Angebot von der Zielgruppe sehr gut angenommen wird. So besuchten beispielsweise allein in der Woche vom 6. bis zum 12. Mai 2013 5,1 Millionen Unique Visitors¹³ die zentrale Website des NHS, die auch eine Krankenhaussuchfunktion beinhaltet. Ähnliche hohe Besucherzahlen zeigen sich für alle Wochen des Monats Mai (NHS Choices Blog 2013).

¹³ „Unique Visitors“ bezieht sich nicht auf die Anzahl der „Klicks“ auf einer Website, sondern auf die tatsächliche Anzahl der Besucher, die unter Umständen mehrere Inhalte auf der Website abgerufen haben (Trueman et al. 2000).

Abbildung 10: Bildschirmfoto des NHS Choices Gesundheitsportals



Quelle: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>
(Abgerufen am 06.07.2013)

Konsequente Veröffentlichung der gemessenen Qualität

Ähnlich wie in Deutschland werden im englischen NHS Daten zu allen Dimensionen der Qualität erfasst (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität). Der entscheidende Unterschied ist aber der Umgang mit den Messergebnissen. Während deren Verwendung im Rahmen des Strukturier-ten Dialogs in Deutschland für die breite Öffentlichkeit intransparent ist, bietet NHS Choices eine umfassende, zentrale und allgemein verständliche Darstellung von Qualitätsdaten. Das Umsetzungsmodell des NHS bietet sehr gute Ansatzpunkte für den Umgang mit Qualität in Deutschland. Einerseits, um der interessierten Öffentlichkeit eine objektive Bewertung von stationären Einrichtungen zu ermöglichen. Andererseits, um auf die-

sem Weg einen weiteren Anreiz für die Leistungserbringer zu geben, höchstmögliche Qualität anzubieten.

3.2.3 Beispiel 2c: Tilsynslisten aus Dänemark

Tilsynslisten¹⁴ ist eine dänische Webseite, die die Namen von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe auflistet, die aufgrund von Hinweisen auf Fehlverhalten unter behördlicher Beobachtung stehen. Ziel der Webseite ist die Stärkung der Patientensicherheit durch die Warnung vor schlechtem medizinischem Personal.

Die Zielgruppe der Webseite sind dabei nicht die Patienten (diese haben jedoch vollen Zugriff auf die Seite). Vielmehr richtet sich das Portal an die Mitarbeiter von Regulierungsbehörden oder Personalverantwortliche in Einrichtungen des stationären Sektors (Cacace 2011).

Die Informationen zu Leistungserbringern werden in Form eines individuellen Profils dargestellt. Das Profil beinhaltet Informationen zu Art und Schwere des Vergehens und zeigt – sofern schon vorhanden – den Ausgang des behördlichen Verfahrens gegen den Arzt. Im Falle von temporären Maßnahmen wird angezeigt wie lange diese in Kraft sind (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: Beispiel zur Fallbeschreibung in den Tilsynslisten

»Beschreibung der Beschlusslage

»Einstweilige Verfügung

»Die Zulassung wurde am 21. Juni 2012 bis auf Weiteres entzogen.

»„Unvollständige Dokumentation ist ein Indiz dafür, dass wichtige Behandlungen nicht durchgeführt wurden oder falsch durchgeführt wurden“

Quelle: https://www.sst.dk/Tilsyn%20og%20patientsikkerhed/Tilsynslisten/tilsyn_liste.aspx (Abgerufen am 24.06. 2013)

¹⁴ Tilsynslisten bedeutet übersetzt „Überwachungsliste“.

Ausschluss von Anbietern schlechter Qualität

Das öffentliche „An den Pranger stellen“ von einzelnen Ärzten ist in Deutschland nicht denkbar, da hier kulturell wesentlich stärkere Vorbehalte gegenüber der Veröffentlichung personenbezogener Daten bestehen als in Dänemark. Allerdings ist der Ansatz durchaus auf Ebene einzelner stationärer Einrichtungen oder Fachabteilungen umsetzbar. So könnten Krankenkassen etwa durchaus ihren Versicherten empfehlen, bestimmte Krankenhäuser zu meiden.

3.2.4 Ableitung: Höchstmögliche Transparenz als Vorbild für Deutschland

Die drei hier dargestellten Beispiele New York State Cardiac Reporting System, NHS Choices und Tilsynslisten bieten höchstmögliche Transparenz auf Ebene der behandelnden Ärzte und der stationären Einrichtungen. Eine solche Transparenz wünschen wir uns auch für das deutsche Gesundheitssystem. Denn sie:

- schafft die Voraussetzungen für den Patienten als souveränen Entscheider und
- versetzt die zuständigen Institutionen in die Lage, qualitätsbasiert zu planen und zu steuern.

3.3 Verknüpfung von gemessener Qualität und Vergütung

3.3.1 Beispiel 3: Hospital Quality Incentive Demonstration

Die Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID) war ein gemeinsames Pilotprojekt des Centers for Medicare and Medicaid Services und des Krankenhausbetreibers Premier in den Vereinigten Staaten.

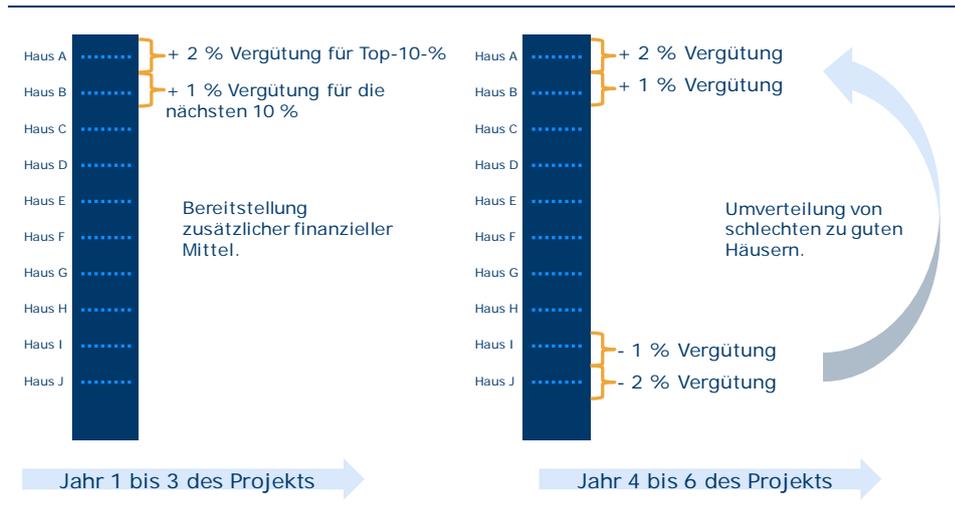
Kern des Projekts war die Erforschung einer an Qualitätsmessungen geknüpften Vergütung für die Anbieter von Krankenhausleistungen (Pay for Performance). Die Qualität der Krankenhäuser wurde auf Basis des Tracer-Konzepts¹⁵ erfasst. Als Tracer dienten die Krankheitsbilder akuter Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, ambulant erworbene Pneumonie, koronare Bypassoperation sowie der Hüft- und Kniegelenkersatz. Für jede dieser Erkrankungen wurde die Qualität mit Hilfe von Prozess- und Ergebnisindikatoren gemessen. Allerdings war die Mehrheit der verwendeten Indikatoren Prozessindikatoren. So wurde beispielsweise als einziger Ergebnisindikator für den akuten Myokardinfarkt die Krankenhaussterb-

¹⁵ Das Tracer-Konzept wurde vom Institute of Medicine entwickelt. Der Grundgedanke besteht darin, von der Behandlungsqualität gemessen anhand einiger Indikatoren für einzelne Indikationen auf die erbrachte Qualität im gesamten Gesundheitssystem zu schließen (Kessner et al. 1973). Im vorliegenden Beispiel wird dieses Konzept auf stationäre Einrichtungen übertragen.

lichkeit verwendet. Die gemessenen Qualitätsergebniswerte wurden für alle Erkrankungen aggregiert und ergaben einen das gesamte Krankenhaus repräsentierenden Qualitätsscore. An diesem Qualitätsscore orientierte sich dann die Vergütung für das jeweilige Haus.

Das Projekt war in zwei Phasen unterteilt. Vom ersten bis zum dritten Jahr wurden zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt, um die 10 Prozent der stationären Einrichtungen mit der besten Qualität höher zu vergüten. Sie erhielten zusätzlich zwei Prozent zu ihrer Vergütungssumme. Die zweitbesten 10 Prozent erhielten eine um ein Prozent erhöhte Vergütung. In der zweiten Phase wurde das Projekt weitestgehend aufwandsneutral gestaltet, indem die zusätzlichen Mittel für die besten 20 Prozent der Leistungserbringer, den schlechtesten 20 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser von der Vergütungssumme abgezogen wurden (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: Vergütungsmechanismus HQID

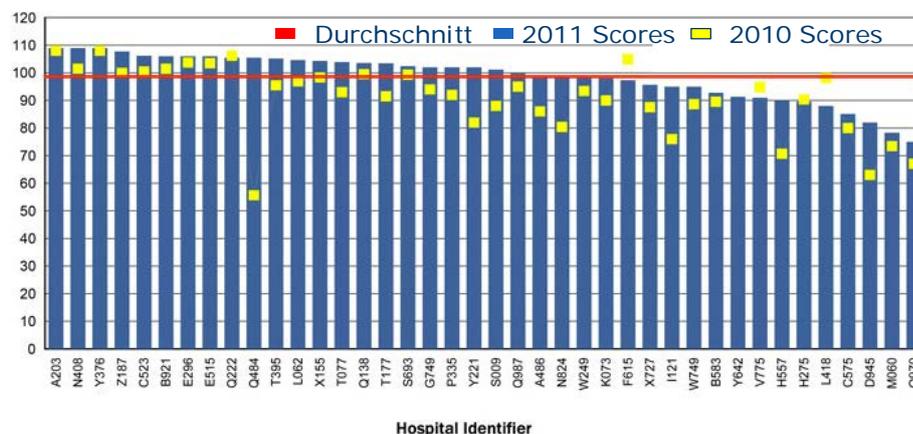


Quelle: IGES auf Basis von Lindenauer et al. (2007)

Das Projekt wurde im Rahmen einer umfangreichen Begleitforschung evaluiert. Während der gesamten Dauer des Projekts konnte eine konstante Steigerung der Prozessqualität in allen an dem Projekt beteiligten Krankenhäusern beobachtet werden. Besonders im ersten Jahr zeigten sich signifikante Verbesserungen in dem gemessenen Qualitätsscore (vgl. Abbildung 13). Kritiker merkten hier jedoch an, dass der landesweite Trend ohnehin eine entsprechende Verbesserung der Prozessqualität anzeigte. Nelson (2012) kommt jedoch auf Basis der verfügbaren Evidenz zu dem Schluss, dass zumindest ein Teil der Verbesserungen der Prozessqualität auf den neu implementierten Vergütungsmechanismus zurückzuführen ist.

Zum Einfluss des Vergütungsmechanismus auf die Ergebnisqualität liegen nur wenige Studien vor. Glickman et al. (2007) und Ryan (2009) konnten keine Verbesserung der Ergebnisqualität nach akutem Myokardinfarkt durch den veränderten Vergütungsmechanismus feststellen. Ryan untersuchte den Einfluss des Programms auf die Ergebnisqualität für Myokardinfarkte, Herzversagen, Pneumonie und Koronararterien-Bypass-Operationen. Für keine dieser Erkrankungen konnte die Studie eine Reduktion der 30-Tage-Sterblichkeit identifizieren.

Abbildung 13: Veränderungen des Qualitätsscore zwischen 2010 und 2011



Quelle: <http://www.cmh-sh.org/upload/images/QHip-12.jpg>, (Abgerufen am 20.06.2013) Ergänzt um Legende.

Allerdings sollte bei einer Bewertung des Einflusses des Programms auf die Ergebnisqualität berücksichtigt werden, dass die große Mehrheit der gemessenen Indikatoren Prozesse erfassen. Daher lag der Schwerpunkt der Bemühungen der einzelnen Einrichtungen möglicherweise auf der Verbesserung der Prozesse und nicht der Ergebnisqualität.

3.3.2 Ableitung: Konsequenter Einsatz der gemessenen Qualitätsdaten

Aus Sicht des deutschen Gesundheitssystems halten wir vor allem die mit Konsequenzen verbundene Nutzung von gemessenen Qualitätsdaten für wünschenswert. Dies muss nicht wie im Beispiel der HQID im Rahmen von P4P geschehen. Denkbar ist auch die stärkere Nutzung von Qualitätsdaten in der Krankenhausplanung oder den Budgetverhandlungen. Entscheidend ist, dass ein Krankenhaus nicht dauerhaft eine schlechte Behandlungsqualität erbringen darf.

3.4 Eine zentrale Behörde für Messung und Verbesserung der Qualität aller Gesundheitsdienstleistungen und Produkte

3.4.1 Beispiel 4: Dutch Health Care Inspectorate

Das niederländische Health Care Inspectorate (HCI)¹⁶ ist eine vom Gesundheitsministerium rechtlich unabhängige und zentrale Behörde, zu deren Aufgaben die Überwachung der Qualität und Sicherheit für alle Leistungserbringer des Gesundheitswesens gehört. Darüber hinaus zeigt sich die Behörde für die Sicherheit medizinischer Produkte und Pharmazeutika verantwortlich.

Für den stationären Sektor ist das wichtigste Instrument des HCI ein Indikatorenset. Dabei werden die Qualitätsdaten jährlich von den stationären Leistungserbringern an das HCI übermittelt. Erklärtes Ziel des HCI ist es, langfristig die Qualität von 80 Prozent aller Krankenhausbehandlungen mit dem Indikatorenset erfassen und transparent darstellen zu können.

Darüber hinaus verfügt das HCI über zwei Informationskanäle, um besonders schwere Qualitätsverstöße zu erfassen. Zum einen sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, dem HCI Unregelmäßigkeiten zu melden. Der Begriff „Unregelmäßigkeit“ ist dabei genau definiert und beschreibt „unbeabsichtigte oder unerwartete Vorkommnisse, die zum Tod oder einer schweren dauerhaften Verletzung führen“ (Schäfer et al. 2010, S.48)¹⁷.

Zum anderen können solche Unregelmäßigkeiten durch Patienten oder deren Angehörige an das HCI gemeldet werden. Die Sanktionsmöglichkeiten des HCI gegenüber den stationären Leistungserbringern und deren medizinischen Angestellten reichen von Belehrungen über Geldstrafen bis hin zum Entzug der Betriebserlaubnis bzw. einem Berufsverbot oder dem Entzug der Approbation (HCI 2013).

¹⁶ Auf niederländisch „Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)“.

¹⁷ Eigene Übersetzung aus dem Englischen (“An irregularity is defined as an unintentional or unexpected event with the consequence of death or severe permanent injury”).

3.4.2 Ableitung: Einheitliche Vorgabe von Qualitätsstandards

Die zentrale Vorgabe einheitlicher Qualitätsstandards für alle Krankenhäuser basierend auf aussagekräftigen Indikatoren ist aus unserer Sicht unabdingbar, um eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten. Für eine analoge Bündelung von Qualitätsmessung und der Verhängung von Strafmaßnahmen in einer zentral zuständigen Behörde gibt es in Deutschland jedoch keine entsprechenden Strukturen.

4. Umsetzungsvorschlag für eine höhere Qualität in Deutschlands Krankenhäusern

Im Folgenden stellen wir zunächst die bisher verfügbaren Instrumente zur Qualitätssteigerung dar (Abschnitt 4.1). Darauf folgt ein Umsetzungsvorschlag zum Umgang mit der Qualität in Krankenhäusern (Abschnitt 4.2). Die bisher gezogenen Schlussfolgerungen zur Messung, Transparenz und Steuerung von (Ergebnis)Qualität dienen dabei als Richtschnur. Es geht vor allem darum, durch gezielte Steuerung eine höhere Gesamtqualität im stationären Sektor zu erreichen – aufbauend auf bestehenden Prozessen, Instrumenten und Verfahren.

Wir haben eine Reihe von Alternativen geprüft. Aufgrund der unklaren Evidenzlage und der hohen Implementierungskosten haben wir uns bewusst gegen Instrumente wie P4P oder die Aufhebung des Kontrahierungszwangs der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern entschieden. Auf diese häufig in der Debatte um Qualitätssicherung genannten Mechanismen gehen wir unter Punkt 7.1 ein. Der im Folgenden vorgeschlagene Weg ist daher keine umwälzende Veränderung des Systems. Vielmehr setzen wir auf die schrittweise Weiterentwicklung bestehender Strukturen, Mechanismen und Abläufe.

Explizit nicht eingegangen wird auf die Eignung einzelner heute bestehender Qualitätsindikatoren, die notwendigen Messverfahren zur Erhebung der Indikatoren oder auf die Belastbarkeit von Qualitätskriterien und ihrer Dokumentation. Vielmehr ist die Arbeitshypothese, dass es belastbare Indikatoren gibt (insbesondere AQUA-Indikatoren), die im Zuge der Konkretisierung ausgewählt und mit Zielwerten versehen werden müssen. Im Laufe der Zeit sollen diese weiterentwickelt werden und neue Indikatoren hinzukommen. Klar ist jedoch, dass eine konsequente, qualitätsbasierte Steuerung von Versorgung juristisch belastbar, transparent und nachvollziehbar sein muss.

4.1 Bisher verfügbare Instrumente zur Qualitätssteigerung

Zur Steuerung im stationären Sektor anhand von Qualitätsdaten, bzw. zur Verbesserung der Qualität eignet sich eine Reihe von Mechanismen. Einige davon werden in Deutschland bereits eingesetzt, allerdings meist weniger systematisch und flächendeckend als aus unserer Sicht notwendig.

Im Folgenden werden die bestehenden Ansätze dargestellt, die entweder auf Qualitätsverbesserungen abzielen oder Qualität als Nebenziel mit beeinflussen. Vor dem bereits diskutierten Hintergrund der nicht ausreichenden Qualitätssteuerung im deutschen Gesundheitswesen wird herausgearbeitet, wo die konkreten Defizite, Versäumnisse und Verbesserungsansätze liegen.

4.1.1 Der Strukturierte Dialog

Ein zentrales Element der Qualitätssicherung im stationären Sektor ist der auf den AQUA-Qualitätsindikatoren aufbauende „Strukturierte Dialog“. Dieses Verfahren dient dazu, kooperativ mit den Leistungserbringern Verbesserungsansätze zu finden, falls negative Abweichungen für Qualitätsindikatoren vorliegen.

Der Strukturierte Dialog wird derzeit durch das AQUA-Institut und die Bundesfachgruppen (direktes Verfahren¹⁸) bzw. die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung und Arbeitsgruppen (indirektes Verfahren) durchgeführt. Das zuständige Lenkungs-gremium des Strukturierten Dialoges für die direkten Verfahren ist der Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA, im indirekten Verfahren sind es die Lenkungs-gremien der Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung.

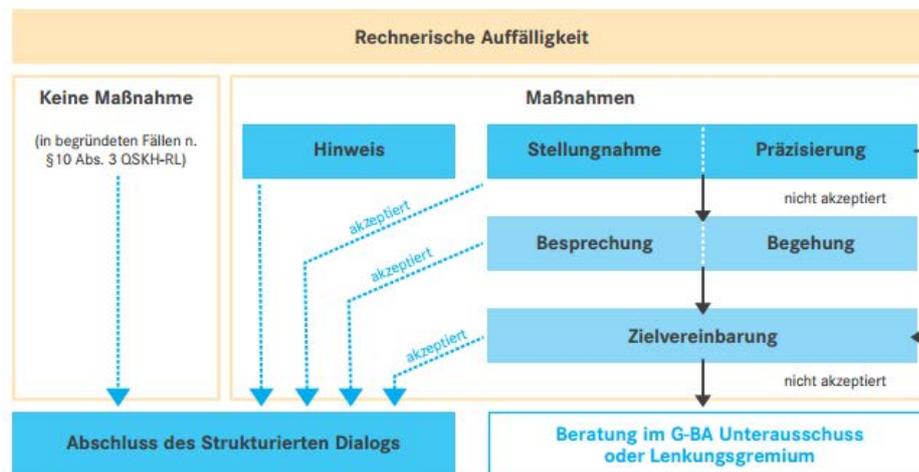
Im ersten Schritt dieses Verfahrens werden für jedes Krankenhaus rechnerische Auffälligkeiten für die dokumentierten und gemeldeten Qualitätsindikatoren identifiziert. Handelt es sich um schwere oder bereits in vergangenen Jahren aufgetretene Auffälligkeiten, so muss der Leistungserbringer eine Stellungnahme zu den Messergebnissen abgeben. Kann der Leistungserbringer die gemessenen Auffälligkeiten plausibel begründen, bzw. darlegen, dass das zugrundeliegende Qualitätsproblem erkannt und behoben wurde, so wird der Strukturierte Dialog eingestellt.

Können die Zweifel an der Qualität der Einrichtung durch die Stellungnahme nicht ausgeräumt werden, wird eine Diskussion des Problems mit dem Krankenhaus oder eine Begehung vor Ort durchgeführt. Im Anschluss werden gemeinsam Verbesserungsvorschläge erarbeitet und de-

¹⁸ In direkten Verfahren werden nur wenige Leistungsbereiche mit besonders niedrigen Fallzahlen behandelt (z. B. Organtransplantationen).

ren verbindliche Umsetzung in einer Zielvereinbarung mit Frist festgehalten (vgl. Abbildung 14) (AQUA 2012).

Abbildung 14: Verfahren des Strukturierten Dialogs



Quelle: AQUA Qualitätsreport 2011, S. 203

Das Verfahren des Strukturierten Dialogs weist einen gewissen Grad an Transparenz auf. Die Krankenkassen veröffentlichen im Rahmen der Qualitätsberichterstattung nach § 137 SGB V die strukturierten Qualitätsberichte für jedes einzelne Krankenhaus mit den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs (für momentan 182 der 430 gemessenen Indikatoren). Zudem können die Krankenhäuser selbst ihre strukturierten Qualitätsberichte mit den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs auf ihren Webseiten veröffentlichen. Außerdem werden die bundesweit aggregierten Messergebnisse und Ergebnisse des Strukturierten Dialogs einmal jährlich im Qualitätsreport des AQUA-Instituts veröffentlicht (AQUA 2012).

Dennoch muss an der ausreichenden Anreizwirkung des Verfahrens sowie der Sensitivität und Spezifität der Messung für viele Indikatoren gezweifelt werden. So schließt das dialogische Vorgehen eine verbindliche Sanktionierung bei grobem Fehlverhalten, aber kooperativer Zusammenarbeit nach heutigem Stand in der Regel aus. Die Konsequenzen für nicht kooperatives Verhalten sind nicht öffentlich bekannt. Es ist nicht möglich, den Versorgungsvertrag mit einzelnen Krankenhäusern auf Basis des Strukturierten Dialogs zu kündigen, selbst wenn diese mehrfach durch Qualitätsprobleme auffällig wurden.

Darüber hinaus ist bemerkenswert, dass im Rahmen des Strukturierten Dialogs nur wenige echte Qualitätsprobleme identifiziert werden und die meisten rechnerischen Auffälligkeiten nach Prüfung nicht weiter bearbeitet werden. Aufgrund hier nicht gegebener Transparenz für unbeteiligte Beobachter kann keine Aussage getroffen werden, ob dies jeweils

an der Eignung von Indikatoren, an Messproblemen oder an einer nicht ausreichenden Prüfung der Auffälligkeiten liegt.

Die Qualität der Datenlieferungen, die dem Verfahren zu Grunde liegen, ist ein weiteres Problem. So sind z. B. laut AQUA-Institut für die Cholezystektomie 52,5 Prozent der Datensätze der Krankenhäuser „verbesserungsbedürftig“ (AQUA 2012, S. 200).

4.1.2 Public Reporting

Public Reporting, also die systematische und allgemein verständliche Darstellung von Daten zur Qualität, wird in Deutschland seit Jahren von vielen Seiten betrieben (vgl. Kapitel 2). Beispiele umfassen etwa den TK-Klinikführer (seit 2005), Portale des vdek (Pflegelotse seit 2009, Arztlotse seit 2011, Kliniklotse seit 2005; vgl. Abbildung 15), die Weisse Liste (u. a. AOK, Barmer GEK, seit 2008), das Verbraucherportal derprivatpatient.de des PKV-Verbands (seit 2004) oder den Klinikführer Berlin-Brandenburg des Tagespiegels (seit 2006).

Abbildung 15: Bildschirmfoto des vdek-Kliniklotsen

Eduardus-Krankenhaus 50679 Köln  <small>Was ist ein Qualitätsindikator?</small>	» Details zum Krankenhaus ~2 km Entfernung zur PLZ <small>(Daten aus Qualitätsbericht 2010)</small>
St. Marien-Hospital 50668 Köln  <small>Was ist ein Qualitätsindikator?</small>	» Details zum Krankenhaus ~2 km Entfernung zur PLZ <small>(Daten aus Qualitätsbericht 2010)</small>
Evangelisches Krankenhaus Köln-Weyertal 50931 Köln  <small>Was ist ein Qualitätsindikator?</small>	» Details zum Krankenhaus ~2 km Entfernung zur PLZ <small>(Daten aus Qualitätsbericht 2010)</small>
Malteser Krankenhaus St. Hildegardis 50931 Köln  <small>Was ist ein Qualitätsindikator?</small>	» Details zum Krankenhaus ~2 km Entfernung zur PLZ <small>(Daten aus Qualitätsbericht 2010)</small>
Uniklinik Köln 50937 Köln  <small>Was ist ein Qualitätsindikator?</small>	» Details zum Krankenhaus ~3 km Entfernung zur PLZ <small>(Daten aus Qualitätsbericht 2010)</small>

Diese Portale zum Vergleich (stationärer) Leistungserbringer sind in Teilbereichen sehr transparent und befähigen den Patienten zu einer auf Informationen basierenden Krankenhauswahl.

Patientenbefragungen zeigen jedoch, dass die Ergebnisse objektiver Qualitätsmessungen bis dato kein entscheidendes Auswahlkriterium bei der Krankenhauswahl sind. Vielmehr folgen Patienten den Empfehlungen von Freunden, Verwandten oder dem behandelnden ambulanten Arzt. Des Weiteren ist für elektive Eingriffe die Entfernung zwischen Wohnort und Krankenhaus von entscheidender Bedeutung für die Patienten (Geraedts 2006).

Zum derzeitigen Zeitpunkt ist zudem die Nutzungshäufigkeit dieser Public Reporting-Ansätze durch Patienten und niedergelassene Ärzte noch niedriger, als dies wünschenswert wäre.¹⁹

Für eine bessere Steuerungswirkung wäre etwa eine Bündelung aller Online-Portale in einer Plattform denkbar, wodurch ein maximaler Bekanntheitsgrad erreicht werden könnte. Dies müsste mit einer laienverständlichen und zielorientierten Aufbereitung der Qualitätsdaten einhergehen. Eine nachhaltige Informations- und Aufklärungskampagne gerichtet an die Gesamtbevölkerung erscheint zudem sinnvoll und förderlich, wie das Beispiel NHS Choices zeigt (vgl. Beispiel NHS Choices in Abschnitt 3.2.2).

4.1.3 Mindestmengenvorgaben

Ein weiterer im deutschen Gesundheitssystem praktizierter Ansatz zur Steuerung auf Basis von Qualitätsdaten sind die Mindestmengenregelungen durch den G-BA. Der zugrundeliegende Gedanke ist, dass die Behandlungsqualität für einige Leistungen mit der Anzahl der behandelten Fälle steigt. Daher werden für bestimmte planbare, elektive Eingriffe, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestfallzahlen festgelegt.

Allerdings scheint das Potenzial zur flächendeckenden Qualitätssteigerung auf Basis von Mindestmengen eher gering. So kommt ein IQWiG Rapid Report zur Mindestmengenbestimmung von ambulanten Operationen im Krankenhaus aus dem Jahr 2012 zu dem Schluss, dass die ge-

¹⁹ Nach eigenen Angaben verzeichnet die Weisse Liste als vermutlich bekanntestes Format ca. 17.000 Besuche pro Tag bei der Krankenhaussuche, etwas mehr als 16.000 Besuche verzeichnet darüber hinaus die Arztsuche. Seit Portalveröffentlichung 2008 gab es bis Januar 2012 insgesamt 20 Millionen Besucher (Bertelsmann 2012). Laut Stuttgarter Zeitung (2013) lag die Besucherzahl 2013 bei ca. 40.000 pro Tag. Zum Vergleich: beim ähnlich angelegten NHS Choices lag die Besucherzahl pro Tag bei mindestens 500.000 (vgl. Kapitel 3.2.2).

genwärtige Studienlage keine eindeutige Evidenz für eine Reduktion von Mortalität, Morbidität oder Re-Interventionsraten durch Mindestmengenregelungen aufzeigt (IQWiG 2012).

In den Mindestmengenregelungen des G-BA mit Stand von Januar 2013 sind lediglich acht Leistungen bzw. Prozeduren aufgeführt (z. B. Lebertransplantation (20) oder Kniegelenk-Totalendoprothesen (50)). Diese sind jeweils hochumstritten und teilweise Gegenstand schwebender oder bereits entschiedener Verfahren (die Mindestmenge für Kniegelenk-Totalendoprothesen wurde z. B. bis auf Weiteres ausgesetzt).

4.1.4 Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält in § 137 Abs. 1 S. 1 SGB V den Auftrag, für zugelassene Krankenhäuser verpflichtende Maßnahmen zur Qualitätssicherung²⁰ und Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorzugeben. Im Gesetzestext werden (ohne es ausdrücklich einzuschränken) vor allem aufwändige medizintechnische Leistungen in Betracht gezogen.

Die vom G-BA formulierten Mindestanforderungen müssen erfüllt sein, damit ein Krankenhaus die Leistungen weiterhin anbieten kann. Hier handelt es sich nicht um eine Prüfpflicht der Landesbehörden im Rahmen der Krankenhausplanung, sondern um eine Leistungspflicht der Krankenhäuser im Anschluss an die Zulassung durch die Länder. Die Vorgaben des G-BA wären theoretisch bei Zielidentität eventuellen landesspezifischen Regelungen in den Krankenhausplänen gegenüber vorrangig (Loos et al. 2012).

Der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen ist lediglich in Form einer Konformitätserklärung oder von Checklisten gegenüber den Krankenkassen im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zu führen. Der MDK hat das Recht, bei Prüfungen relevante Unterlagen des Krankenhauses einzusehen.

Während der Rechtsrahmen sehr gut für die Umsetzung einer stärkeren Qualitätssteuerung geeignet scheint, hat der G-BA in der Praxis bisher jedoch nur zu wenigen Krankenhausleistungen derartige Richtlinien erstellt (u. a. Richtlinie zur Kinderonkologie). Ursächlich dafür ist insbesondere, dass entsprechende Anträge zur Erstellung einer solchen Richtlinie nicht eingereicht werden.

²⁰ Konkretisiert u. a. in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern oder der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Die Richtlinien enthalten bislang keinen Bezug zu den AQUA-Qualitätsindikatoren.

4.1.5 Leitlinien

„Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen ("statements"), um die Entscheidungen von Klinikern und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände ("situations") zu unterstützen“ (Lorenz 1999, S. 1). Schon aus der Definition wird klar, dass es sich bei Leitlinien mehr um ein Instrument zur Unterstützung des klinischen Alltags, als um einen Ansatz zur externen Steuerung im stationären Sektor auf Basis von Qualitätsdaten handelt. Umsetzbar wäre jedoch eine verstärkte Verbindlichkeit von Leitlinien.

Zwar werden diverse in Leitlinien festgehaltene Behandlungsschritte, z. B. die möglichst frühe Gabe von ASS nach einem Schlaganfall, in gleicher Weise von Prozessindikatoren erfasst (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2012). Eine komplette Erfassung der Leitlinien in Form von Prozessindikatoren erscheint jedoch zu aufwendig.

4.1.6 Krankenhausplanung unter Berücksichtigung von Qualitätsdaten

Die Krankenhausplanung ist in Deutschland Länderaufgabe.²¹ Ziel der Krankenhausplanung ist die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern. Kennzahlen auf der Planungsebene beziehen sich in der Regel auf Bettenzahlen. Die Krankenhausplanung legt derzeit weder Leistungsmengen noch Fallzahlkorridore fest.

Die landesbezogene Ausgestaltung der Krankenhausplanung ist vielgestaltig. Während einige Bundesländer nach wie vor fachabteilungsspezifische Bettenzahlen für jedes Krankenhaus planen, beschränken sich andere Bundesländer auf eine grobe Krankenhausplanung als Rahmenplan. Bei einem Rahmenplan wird z. B. nur ein(e) Gesamtbettenzahl (Korridor) für ein Krankenhaus (und die Art der vorzuhaltenden Fachabteilungen) vorgeschrieben.²² Der zunehmende Vorzug einer Rahmenplanung durch die Länder entspricht insgesamt der Empfehlung des Sachverständigenrats in seinem Gutachten von 2007 (SVR 2007).

²¹ Bei der Krankenhausplanung ist auch die grenzüberschreitende Versorgung von Krankenhäusern durch Abstimmung mit den betroffenen Bundesländern sicherzustellen, wenn ein Krankenhaus auch dort für die Versorgung eine wesentliche Bedeutung hat (sog. Umlandversorgung).

²² Nach § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V verhandeln in diesem Fall die Krankenhäuser die Bettenverteilung und Leistungsstruktur mit den Krankenkassen (letztere einheitlich) im Benehmen mit der Landesbehörde.

Im Rahmen von Krankenhausplänen haben einige Bundesländer davon Gebrauch gemacht, Qualitätsinformationen bei der Krankenhausplanung mit zu berücksichtigen. Dafür gibt es derzeit keine bundeseinheitliche und verbindliche Regelung. In § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V heißt es, dass ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig sind. Eine Pflicht ergibt sich hieraus nicht.²³ Bei bisher umgesetzten Krankenhausplänen mit Qualitätskriterien werden ausschließlich Strukturindikatoren genutzt. Diese werden häufig als Zulassungsbedingung ausgestaltet (für die Aufnahme in den Plan muss eine Bedingung erfüllt sein²⁴). Ergebnisindikatoren werden bislang von keinem Bundesland genutzt.

Wesentlicher Punkt bei der Krankenhausplanung ist, dass alle Krankenkassen heute verpflichtet sind, mit Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde, Pflegesatzverhandlungen zu führen. Mit Aufnahme in den Krankenhausplan²⁵ gilt der Versorgungsvertrag als geschlossen, weswegen für Krankenkassen folglich eine Kontrahierungspflicht mit Plankrankenhäusern besteht. Auch bei einer Rahmenplanung durch die Bundesländer ist diese Kontrahierungspflicht einheitlich für alle Kassen gegeben, weswegen hier kein verkapptes Selektivvertragsmodell vorliegt. Bei einer Rahmenplanung ist jedoch immerhin die Leistungsstruktur verhandelbar (s. o.).

Zudem ergibt sich für das Krankenhaus aus der Aufnahme in den Krankenhausplan ein Anspruch auf die Förderung der Investitionskosten durch die Länder.

4.1.7 Budgetverhandlungen

Im Zusammenhang mit der Abrechnung der Leistungserbringung über DRGs vereinbaren Krankenhäuser in Deutschland mit den Krankenkassen ein Erlösbudget (für DRGs und Zusatzentgelte) und eine Erlössumme (für unbewertete DRGs und Zusatzentgelte) für das Folgejahr (§ 11 KHEntgG, im Folgenden als Budget bezeichnet). Bei den Vertragsparteien handelt es sich um den Träger des jeweiligen Krankenhauses und die Sozialleis-

²³ In einigen Bundesländern wurde eine Qualitätsorientierung in den Landeskrankenhausgesetzen verankert (Loos et al 2012). Dies kann ggf. eine notwendige Voraussetzung für die Anwendung im Krankenhausplan sein.

²⁴ Zum Beispiel muss für eine Teilnahme an der Notfallversorgung eine Ambulanz, ein Schockraum oder eine Intensivstation vorhanden sein. Ein anderes Beispiel ist etwa die verpflichtende Voraussetzung einer Zertifizierung von Fachgesellschaften (z. B. bei Brustzentren, onkologischen Zentren etc.) für eine Zulassung (Loos et al 2012).

²⁵ Rechtlich gesehen ist nicht die Aufnahme in den Krankenhausplan sondern die daran gebundene Versendung eines Feststellungsbescheids entscheidend.

tungsträger oder deren Arbeitsgemeinschaften, sofern auf deren Mitglieder im Vorjahr mehr als fünf Prozent der Belegungstage des Krankenhauses entfallen waren (§ 18 Abs. 2 KHG). Die Vereinbarung umfasst insbesondere die voraussichtliche Leistungsstruktur des Krankenhauses im Folgejahr und das Budget, welches sich daraus ergibt. (Fürstenberg et al. 2013)

Bei einer Über- oder Unterschreitung des Budgets gelten besondere Regelungen zum Erlösausgleich. Bei einer Überschreitung werden den Krankenhäusern ausschließlich die Mittel für zusätzlich entstandene Kosten belassen (Mehrerlösausgleich). Das Krankenhaus erhält für diese Leistungen nur 35 Prozent der üblichen Erlöse. Darüber hinaus gilt in den Jahren 2013 und 2014 ein Vergütungsabschlag von 25 Prozent für Leistungen, die im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich im Erlösbudget berücksichtigt werden (Mehrleistungsabschlag). Sofern das vereinbarte Budget unterschritten wird, soll das Krankenhaus die weiterhin bestehenden Fixkosten gedeckt bekommen (Mindererlösausgleich). Seit 2007 werden diese Minderlöse zu 20 Prozent ausgeglichen (Fürstenberg et al. 2013).

Im Rahmen der Budgetverhandlung werden die Leistungen des Folgejahres DRG-genau vorausgeplant und im E1-Katalog vereinbart. Hier steht es den Krankenhäusern und Krankenkassen folglich in der Theorie frei, mehr oder weniger Leistungen als im Vorjahr zu fordern und zu vereinbaren. Daher könnten die Kostenträger stationären Einrichtungen, die bestimmte Leistungen wiederholt mit schlechter Qualität erbracht haben, die erneute Aufnahme dieser Leistungen in den E1-Katalog verweigern.

Der gesetzliche Rahmen für die Budgetverhandlungen zwischen Krankenkasse und Krankenhäuser sieht momentan aber keine verbindliche Verwendung von Qualitätsdaten als Verhandlungsbestandteil vor. Einzig § 4 Abs. 2a des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zeigt eine Möglichkeit auf, Qualität direkt zum Kriterium zu machen, indem Ausnahmen von Mehrleistungsabschlägen für erbrachte Leistungen oder ganze Leistungsbereiche zu vereinbaren sind, sofern diese in „besondere Qualitätsvereinbarungen“ eingebettet sind.

Zwar ist es den Krankenkassen also grundsätzlich möglich, im Rahmen von Budgetverhandlungen die Aufnahme bestimmter Leistungen in den E1-Katalog wegen nachweislich schlechter Qualität des Leistungserbringers zu verweigern. Allerdings geht die Krankenkasse damit ein Risiko ein, da das Krankenhaus mit hoher Wahrscheinlichkeit die Schiedsstelle anrufen wird. An diesem Punkt ist es nicht klar, ob die Schiedsstelle der Auffassung folgt, dass die nachweislich schlechte Qualität erbrachter Leistungen zur Nichtaufnahme einer Leistung in den E1-Katalog führen sollte.

Ein weiteres Problem ist die derzeit noch nicht gewährleistete zeitnahe Verfügbarkeit der Qualitätsinformationen für die Krankenkassen.

4.1.8 Kündigung von Versorgungsverträgen nach § 110 SGB V

§ 110 SGB V gibt den Landesverbänden der Krankenkassen die Möglichkeit, Versorgungsverträge mit stationären Leistungserbringern nach § 108 SGB V (Universitätskliniken, Plankrankenhäuser sowie Kliniken mit einem Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen) gemeinsam zu kündigen, wenn das Krankenhaus dauerhaft nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist (Kriterien nach § 109 Abs. 3 SGB V). Prinzipiell ist dies sowohl für ein gesamtes Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen möglich. Bei Plankrankenhäusern ist die Kündigung jedoch zusätzlich mit einem Antrag auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids an die zuständige Landesbehörde zu verbinden. Die Kündigungsfrist beträgt ein Jahr.

Die Kündigung wird mit der Genehmigung durch die Landesbehörde wirksam (oder falls die Landesbehörde nicht innerhalb von drei Monaten widersprochen hat). Bei Plankrankenhäusern kann die Genehmigung nur versagt werden, wenn das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist (§ 110 Abs. 2 SGB V).

Ansatzpunkt für Kündigungen wegen schlechter Qualität kann nach aktuellem Gesetzesstand unter den drei Kriterien Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit allenfalls die Leistungsfähigkeit sein. Die juristische Interpretation des Begriffes „Leistungsfähigkeit“ ist umstritten. Hier ergibt sich ein Ansatzpunkt für eine gesetzliche Klarstellung.

Der Einfluss von § 110 SGB V auf die stationäre Versorgungslandschaft ist aber sehr gering. Dies hat vor allem zwei Ursachen: erstens benötigt eine Kündigung die Genehmigung durch die zuständige Landesplanungsbehörde. Zweitens sind die Entscheidungen der Landesplanungsbehörden und der Krankenkassen rechtlich anfechtbar. Die sich daraus ergebenden Gerichtsprozesse können auf allen Seiten erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen bei unsicherem Ausgang binden.

4.2 Entwicklung von Handlungsempfehlungen

Ausgehend von unserer Beobachtung, dass die zurzeit zum Einsatz kommenden Instrumente der Qualitätssicherung nicht ausreichend sind, um eine flächendeckend hohe Qualität in der stationären Behandlung zu gewährleisten, stellen wir im Folgenden einen Vorschlag zur Weiterent-

wicklung des bestehenden Systems vor. Drei Prinzipien sind dabei von besonderer Bedeutung:

- **Transparenz:** Gemessene Qualität muss sowohl für die Akteure innerhalb des Systems als auch für den Patienten einsehbar, nachvollziehbar und bewertbar sein. In Kapitel 3 wurden Beispiele aufgezeigt, wie mit einer hohen Transparenz Qualitätssteigerungen erreicht wurden. Für nationale Qualitätsberichte (vgl. Abschnitt 3.1) und auch auf Ebene einzelner stationärer Einrichtungen (z. B. New York State Cardiac Reporting System, vgl. Abschnitt 3.2) wurde dargestellt, dass den Versicherten so eine größere Autonomie ermöglicht wird. Auch wird den Einrichtungen ein Anreiz zu qualitativ hochwertiger Leistungserbringung gegeben.
- **Konsequenz:** Die wiederholt dokumentierte Erbringung von Leistungen schlechter Qualität muss mit Konsequenzen verbunden sein. Auch für besonders hohe Qualität müssen Anreize bestehen. In Kapitel 3.3 und 3.4 wurden internationale Ansätze für Konsequenzen in den jeweiligen Rahmenbedingungen des Landes vorgestellt. Im Rahmen des HQID in den USA (Kapitel 3.3) wurde die Qualität mit Vergütungsab- und -zuschlägen für gute und schlechte Qualität zeitweilig erfolgreich erhöht. In Kapitel 3.4 wurde gezeigt, dass im niederländischen Gesundheitssystem eine zentrale Steuerung von Leistungserbringern durch Qualitätsindikatoren mit gleichzeitiger Etablierung von Strafmaßnahmen existiert.
- **Aufbau auf bestehenden Strukturen:** Das hier vorgeschlagene System soll soweit möglich auf bestehenden Strukturen aufbauen, um die Akzeptanz zu erhöhen, die Kosten zu reduzieren und die Systemkompatibilität zu gewährleisten.

4.2.1 Ausgangspunkt für unseren Vorschlag

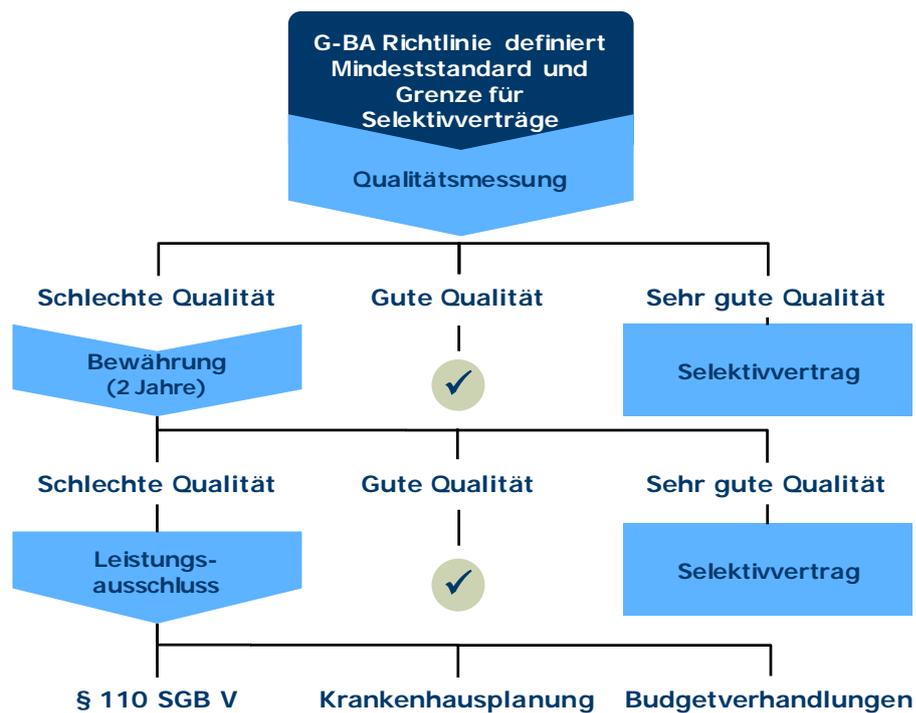
Mit den Qualitätsindikatoren des AQUA-Instituts ist ein System verfügbar, das Aussagen über die Qualität von ca. 20 Prozent der in deutschen Krankenhäusern vorkommenden Leistungen zulässt.²⁶

Aufbauend auf diesem System entwickeln wir ein Modell, das einen verbindlicheren Umgang mit der gemessenen Qualität elektiver Eingriffe

²⁶ Gemessen werden z. B. im Leistungsbereich kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie die Häufigkeit neurologischer Komplikationen oder die Sterblichkeitsrate zwischen der Operation und dem 30. Tag nach dem Eingriff (AQUA-Institut 2012).

ermöglicht.²⁷ Für alle Leistungsbereiche, für die keine geeigneten Indikatoren zur Qualitätssteuerung existieren bzw. für nicht durch AQUA-Indikatoren abgedeckte Leistungsbereiche bleibt die Situation unverändert, bis ggf. geeignete Indikatoren vorliegen. In Abbildung 16 sind die im Folgenden entwickelten Maßnahmen zusammenfassend dargestellt.

Abbildung 16: Prozessdarstellung der im Folgenden entwickelten Maßnahmenempfehlungen



Quelle: IGES

Das vorgeschlagene System beruht auf zwei zentralen Elementen²⁸:

- **Auf geeigneten Indikatoren basierende Mindestqualitätsstandards für die Leistungserbringung.** Können diese nach ausreichender Bewährungsfrist nicht erfüllt werden, so führt dies zu Konsequenzen bis hin zum Leistungsausschluss.

²⁷ Im Rahmen dieser Studie erfolgt keine Festlegung auf bestimmte elektive Eingriffe. Es wird lediglich festgelegt, dass Notfallbehandlungen nicht Teil des Vorschlags sind. Bekannte Beispiele für elektive Eingriffe, die bereits heute mit Qualitätsindikatoren erfasst werden, sind die Erstimplantation einer Hüft-Endoprothese oder die Cholezystektomie.

²⁸ Bei allen im Folgenden diskutierten Gesetzesanpassungen ist darauf zu achten, dass Hürden wie die Berufsfreiheit des Grundgesetzes oder das Kartellrecht rechtssicher genommen werden müssen.

- **Incentivierung für herausragende Qualität.** Besonders gute Leistungserbringer sollen durch den Abschluss von Selektivverträgen belohnt werden, um Anreize zur weiteren Qualitätssteigerung zu geben.

In einem solchen Verfahren ist es zwingend notwendig, die Korrektheit der erfassten Qualitätsdaten zu gewährleisten.²⁹

Um die Handlungsfähigkeit aller Akteure (v. a. Patienten, Krankenkassen und Landesbehörden) für die vorgeschlagenen Maßnahmen zu gewährleisten, bedarf es einer Gesetzesanpassung, die das Institut nach § 137a SGB V (derzeit AQUA-Institut) dazu verpflichtet, die Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser zeitnah zur Verfügung zu stellen. Derzeit stehen die Informationen nur teilweise und mit großer Verzögerung zur Verfügung. Deswegen sind z. B. die Krankenkassen heute gar nicht zur (zeitnahen) Prüfung der Einhaltung von Mindeststandards, zur Umsetzung von Konsequenzen oder zur Einschätzung, welche Krankenhäuser für Selektivverträge geeignet sind, in der Lage.

Für die gesetzliche Umsetzung wäre ein Datentransparenz-Paragraph in Anlehnung an § 21 KHEntgG notwendig. Die Meldung des Instituts nach § 137a SGB V an die Krankenkassen und Landesbehörden erfolgt idealerweise über eine gemeinsam abgestimmte Datenschnittstelle.

4.2.2 Kollektivvertragliche Regelungsmöglichkeiten zur Sicherung der Mindestqualität

4.2.2.1 Festlegung und Ausgestaltung von Mindeststandards sowie deren Rechtsgrundlage

Kern der ersten Empfehlung ist die Vorgabe von Mindestqualitätsstandards, die auf geeigneten Indikatoren basieren und für die Leistungserbringung auf Ebene der Kollektivverträge gelten. Können die Mindeststandards nach ausreichender Bewährungsfrist (zwei Jahre nach Identifikation des Qualitätsmangels) nicht erfüllt werden, so führt dies für die Leistungserbringer zu Konsequenzen bis hin zum Leistungsausschluss.

Definitionsverfahren der Mindeststandards

Die Mindeststandards werden auf bestehenden und validen Ergebnisindikatoren aufgebaut (vgl. Abschnitt 4.2.1). Sofern sinnvoll kann eine Er-

²⁹ Da das momentane Verfahren zur externen Qualitätssicherung (auch im Rahmen des Strukturierten Dialogs) hier noch Defizite aufzeigt, sind Verbesserungen notwendig. Denkbar wäre z. B. eine sehr umfassende Prüfung der Datensätze durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder eine Ausweitung der ohnehin schon stattfindenden Datenvalidierungsverfahren.

gänzung um Struktur- und Prozessindikatoren erfolgen. Zudem können die definierten Mindeststandards für Indikatorenergebnisse mit anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung wie z. B. Mindestmengen oder Zertifizierungen verbunden werden.

Der Prozess für die erstmalige Festlegung eines Mindeststandards kann sich folgendermaßen darstellen:

- Die Krankenkassen und Leistungserbringer erhalten ein Antragsrecht, vorhandene Indikatoren auf ihre Eignung für das Verfahren hin prüfen zu lassen. Zur Vermeidung von Prozessverzögerungen wäre die Erzeugung von Handlungsdruck durch Fristsetzung möglich. Wurde bis zum Fristende keine Entscheidung getroffen, gilt der Antrag als angenommen.
- Eignet sich ein Indikator nach Prüfung für die Festlegung eines Mindeststandards, so wird im nächsten Schritt dieser Mindeststandard vom G-BA bestimmt. Die Mindeststandards können auch unter beratender Begleitung durch die Medizinischen Fachgesellschaften definiert werden. Eine andere Möglichkeit ist, wo inhaltlich sinnvoll, die Verwendung der Referenzbereiche des Strukturierten Dialogs.
- Die definierten Mindeststandards wären daraufhin durch den G-BA in Richtlinien festzuhalten.

Die Mindeststandards können in regelmäßigen Abständen oder wenn durch neue Evidenz angezeigt angehoben oder angepasst werden, um eine kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Qualität zu gewährleisten. Ggf. ist es angemessen, gerade zu Beginn des Verfahrens eine längere Wartephase bei der Anpassung der Standards (insbesondere nach oben) einzurichten, um Krankenhäusern eine realistische Möglichkeit zu geben, innerhalb der gesetzten Fristen die Mindeststandards wirklich zu erreichen. Hat sich das System einmal etabliert, so ist eine Anpassung der Mindeststandards z. B. im Dreijahresrhythmus denkbar.

Wesentlich für den Wirkungsgrad der Maßnahme sind die Auswahl der Erkrankungen und die Definition des Mindeststandards. Werden Erkrankungen ausgewählt, für die ohnehin nur geringe Fallzahlen vorliegen, so ist der Wirkungsgrad der Maßnahmen auf das Versorgungsgeschehen nur gering. Ähnliches gilt für die Definition der Mindeststandards. Auch hier gilt es, eine gute Balance zwischen Wirkungsgrad und Machbarkeit zu finden.

Anpassung der Rechtsgrundlage

Geeignete Rechtsgrundlage für die Definition der Mindeststandards in Richtlinien wäre, wie in Abschnitt 4.1.4 aufgezeigt, der § 137 Abs. 1 SGB V, wo in Satz 1 Nr. 2 bereits einige für das hier vorgeschlagene Konzept geeignete Ansatzpunkte vorliegen (Relevantes in Fettschrift).

Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 13 („Qualitätssicherung“) „**Kriterien** für die **indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität** der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen **Leistungen**, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch **Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** festzulegen.“

Wie beschrieben hat der G-BA die Möglichkeit, derartige Kriterien und Mindestanforderungen festzulegen, für eine Reihe von Krankenhausleistungen bereits wahrgenommen:

- Qualitätssicherung Autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk
- Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma
- Richtlinie zur Kinderonkologie
- Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Qualitätssicherungsvereinbarung Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen (G-BA 2012).

Der G-BA selbst beschreibt sein Erstellungskonzept für diese Richtlinien als „Strukturqualitätskonzept“ und deutet damit bereits an, dass Prozess- und Ergebnisqualität bei diesen Richtlinien weniger im Vordergrund stehen. Gleichzeitig schreibt er, dass die Anforderungen erfüllt sein müssen. Andernfalls könne ein Krankenhaus die Leistungen nicht mehr anbieten.³⁰

Für einige der heute in Richtlinien festgehaltenen Krankenhausleistungen hat die Erstellung der Richtlinien eine hohe Versorgungsrelevanz, weswegen das Instrument zwar als geeignet, jedoch ausbaufähig erscheint. Eine tatsächliche Erweiterung um Ergebnisindikatoren ist also sinnvoll und denkbar.

Im Sinne des hier vorgeschlagenen Konzeptes ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Gesetzgebung die Vorgabe von Ergebnisqualitätsmindestanforderungen zwar ermöglicht, dies jedoch derzeit nicht genutzt wird. Auch Strukturqualitätsvorgaben wurden seltener erlassen, als es wünschenswert wäre. Hier kann das in diesem Abschnitt vorgeschlagene neue Antragsverfahren ansetzen, das dem G-BA eine umfangreichere und schnellere Erstellung von Richtlinien ermöglicht.

³⁰ Hier wäre jedoch eine exaktere Formulierung der heute bestehenden Sanktionsmaßnahmen wünschenswert.

Diese Richtlinien des Gesetzestextes lassen bereits heute die Aufnahme von Qualitätsindikatoren als Kriterium zu, nennen sie aber nicht ausdrücklich. Dahingehend ließe sich das Gesetz im Sinne der vorliegenden Studie noch schärfen. Dazu müsste in den Gesetzestext die Formulierung aufgenommen werden, dass geeignete Ergebnisqualitätsindikatoren in den Richtlinien zu berücksichtigen sind.

Der Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen ist derzeit durch die Krankenhäuser lediglich in Form einer Konformitätserklärung oder von Checklisten gegenüber den Krankenkassen im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen zu führen. Der MDK hat darüber hinaus das Recht, bei Prüfungen die Unterlagen genauer zu sichten. Diese Festlegung geht nicht aus dem Gesetz hervor, sondern ergibt sich aus den Regelungen in den Richtlinien.

Im Rahmen des vorgeschlagenen Konzepts werden die Ergebnisindikatoren entsprechend des Vorschlages für ein Datentransparenzgesetz zukünftig auch den Kassen gemeldet. Diese in Anlehnung an § 21 KHEntgG gestaltete Regelung verpflichtet die Leistungserbringer, die Qualitätsdaten möglichst zeitnah an das nach § 137a SGB V beauftragte Institut zu übermitteln. Die Übermittlung der Qualitätsergebnisse an die Krankenkassen und Landesbehörden erfolgt dann über eine gemeinsam abgestimmte Datenschnittstelle (vgl. 4.2.1).

§ 137 Abs. 1 nennt als konkretes Anwendungsbeispiel für neue Richtlinien „aufwendige medizintechnische Leistungen“. Die Formulierung kann so gelesen werden, dass die Richtlinien nur in Ausnahmefällen erstellt werden sollten. Diesen Einschub könnte man streichen, um Missverständnisse zu vermeiden. Geboten ist dies nicht.

In § 137 Abs. 1 S. 2 SGB V finden sich heute schon Grundlagen für Sanktionen. Der Gesetzestext legt die Basis für eine Reihe von Maßnahmen, wie z. B. Vergütungsabschläge (also P4P), wenn die Krankenhäuser ihren Verpflichtungen nicht nachkommen. Dies ist in der praktischen Anwendung noch ausbaufähig. Zudem ist der Bezug auf S. 1 Nr. 2 in der heutigen Gesetzesformulierung nicht deutlich genug.

Eine Sanktionierung in Form von Vergütungsabschlägen halten wir für wenig zielführend (vgl. Abschnitt 7.1.1). Im Folgenden beschreiben wir geeignete Sanktionsmaßnahmen, die Anwendung finden müssen, wenn ein Krankenhaus über einen längeren Zeitraum nicht in der Lage ist, die Mindeststandards zu erfüllen.

Zusammenfassung der zentralen Vorschläge zur Umsetzung des Mindeststandards

- Auf bestehende juristische Grundlagen sollte aufgebaut werden, da die zur Einführung von Mindeststandards notwendigen Normen mit § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V schon heute existieren.
- Mindeststandards werden auf Antrag der Krankenkassen oder Leistungserbringer durch den G-BA definiert.
- Die Erfassung und Aufbereitung der Qualitätsdaten erfolgt durch das nach § 137a SGB V beauftragte Institut. Die Ergebnisse werden den Krankenkassen und Landesbehörden zur Verfügung gestellt.

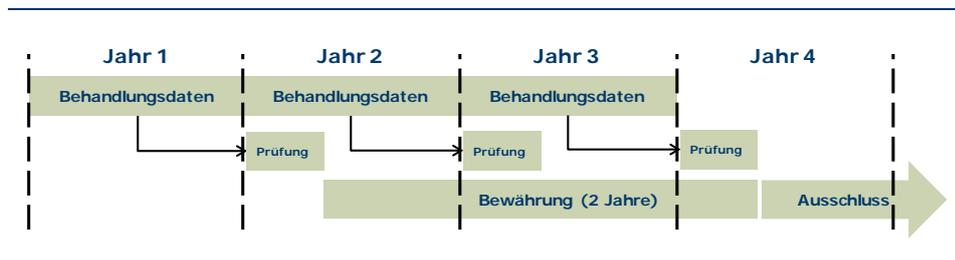
4.2.2.2 Allgemeine Grundlagen der Sanktionsgestaltung

Kernelement des hier gemachten Vorschlags sind nicht Sanktionen, sondern die Sicherstellung der Mindeststandards an Qualität. Jedem Krankenhaus soll zunächst die Möglichkeit gegeben werden, die Mindeststandards zu erfüllen. Erreicht ein Leistungserbringer zum wiederholten Male die definierten Mindeststandards nicht (in einem Zeitraum von zwei Jahren), so muss dies zu Sanktionen führen. Das Vorgehen bis hin zur Sanktionsgestaltung ist dabei wesentlicher Inhalt der neuen G-BA-Richtlinien.

Hierfür schlagen wir ein zweistufiges Verfahren vor. In der ersten Stufe wird die Dokumentation der Indikatoren (wie bisher) routinemäßig (einmal pro Jahr) überprüft. Wird in diesem Schritt festgestellt, dass ein oder mehrere Indikatoren den definierten Mindeststandard nicht erfüllen, so führt dies zu einer Qualitätsberatung in Anlehnung an den etablierten Strukturierten Dialog. Im Rahmen dieser Qualitätsberatung wird die Situation in den Häusern durch externe Sachverständige überprüft und darauf aufbauend Verbesserungsmaßnahmen in Zielvereinbarungen festgehalten. Der wesentlichste Teil der Zielvereinbarung ist die Erreichung der Mindeststandards.

Werden die Zielvereinbarungen nach Feststellung des Qualitätsmangels in den nächsten zwei Jahren ebenfalls nicht erfüllt, so führt dies zu konkreten Maßnahmen. Kann das Krankenhaus plausibel darlegen, warum die Zielvereinbarung nicht eingehalten werden konnte, kann ggf. eine neue Zielvereinbarung mit einem neuen Zeitrahmen festgelegt werden. Abbildung 17 stellt den Verlauf des Leistungsausschlusses schematisch dar.

Abbildung 17: Zeitlicher Ablauf des Leistungsausschlusses



Quelle: IGES

Eine Ausnahme zu dem oben beschriebenen System bilden „sentinel events“. Sentinel events beschreiben in diesem Kontext besonders relevante Qualitätsprobleme, die zu sofortigem Handeln zwingen, z. B. schwere Behandlungsfehler. Deren Auftreten muss zu einer direkten Konsequenz führen können, wenn ihr Auftreten daraufhin deutet, dass die Leistung durch ein Krankenhaus nicht mehr erbracht werden darf.³¹

Bezüglich der Natur der Sanktionsmaßnahmen sind drei Maßnahmen vorstellbar, wie auf einen Qualitätsindikator reagiert werden kann, der nicht dem Mindeststandard entspricht:

- Schließung der Krankenhäuser,
- Schließung der zum Indikator zugehörigen Fachabteilungen,
- Leistungsausschluss für konkrete Leistungen.

Bereits die wissenschaftliche Evidenz für die Korrelation von einzelnen Indikatoren mit anderen Indikatoren in einer gleichen Abteilung ist als unsicher zu bezeichnen. Es muss jedoch für eine Gerichtsfestigkeit der Maßnahmen belegbar sein, dass die schlechte Qualität bei einer einzelnen Leistung repräsentativ für die Qualität der Leistungsbringung in einer ganzen Fachabteilung oder dem ganzen Krankenhaus ist. Insofern und im Sinne der Verhältnismäßigkeit erscheint es den Autoren sinnvoll, Sanktionen daher vor allem an einzelnen Leistungen und Leistungsbereichen festzumachen. Nur in diesem Fall besteht nach heutigem Stand eine enge Verbindung zwischen gemessener Qualität und Handlungskonsequenz. Wir schlagen vor, in der Praxis die ggf. ausgeschlossenen Leistungen als G-DRGs zu operationalisieren.^{32,33}

³¹ Ein Beispiel aus der Praxis für einen derartigen Fall wäre etwa eine hohe Wundinfektionsrate, bei der sich die Anwendung von Zitronensaft zur Desinfektion als Ursache herausstellt, wie dies in der St. Antonius Klinik in Wegberg vorgekommen ist (vgl. Ärzte Zeitung 2012).

³² Dies führt aufgrund des Gruppierungssystems der DRGs mitunter auch dazu, dass Leistungen ausgeschlossen werden, die durch den Indikator nicht abgedeckt werden. Dies erscheint aber wesentlich praktikabler als beispielsweise eine Auflistung der wesentlich zahlreicheren OPS-Kodes.

Der Leistungsausschluss als ultima ratio kann, wie gezeigt, in den Richtlinien nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V definiert werden. Für eine größere Rechtsverbindlichkeit und genauere Steuerungswirkung empfehlen wir jedoch in den folgenden Abschnitten die Umsetzung der konkreten Sanktion auf Basis von drei möglichen Umsetzungsvarianten.³⁴ Die Unterschiede zwischen den Varianten liegen in dem Prozess der Sanktionierung, bzw. deren Umsetzung. Sie sind keineswegs als Widerspruch zu interpretieren, sondern können komplementär umgesetzt werden. Da sie jeweils auch solitär umgesetzt werden können, erfolgt die Darstellung aber getrennt.

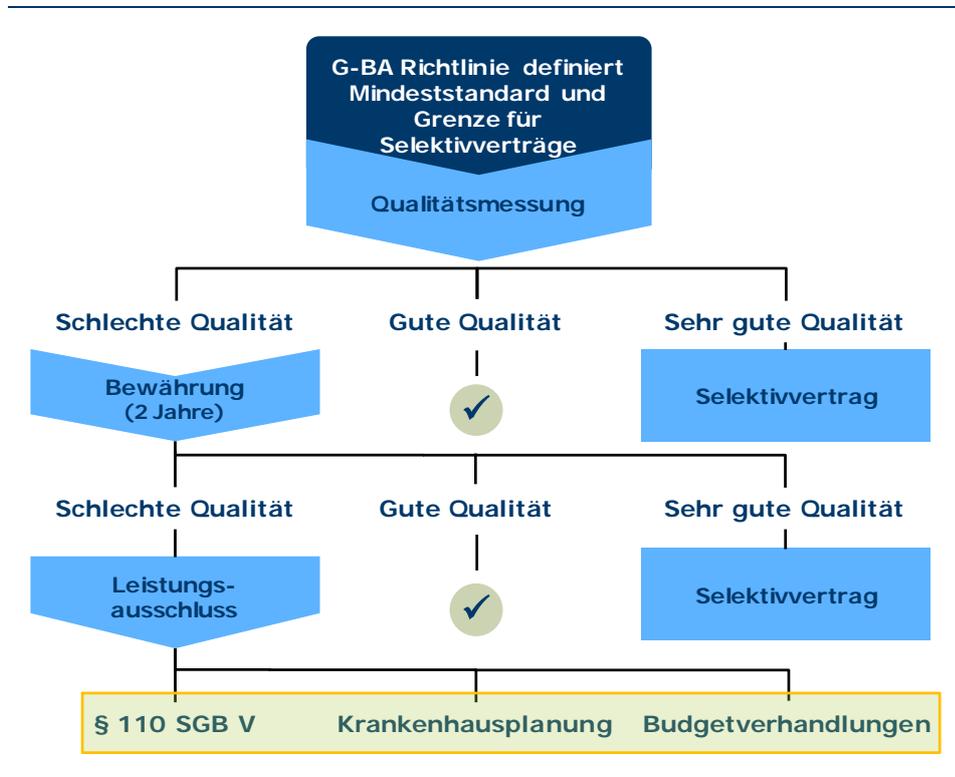
Abbildung 18 stellt die Varianten im Kontext des gesamten Vorschlags dar, im Einzelnen sind dies:

- **Variante 1:** Schärfung von § 110 SGB V
- **Variante 2:** Berücksichtigung von Mindeststandards in der Krankenhausplanung
- **Variante 3:** Leistungsausschluss im Rahmen der Budgetverhandlungen aufgrund von Qualitätsproblemen

³³ Bereits hier sei darauf hingewiesen, dass sich die Frage eröffnet, ob Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben werden soll, die Leistung zu einem späteren Zeitpunkt wieder erbringen zu dürfen und wenn ja, nach welcher Karenzzeit.

³⁴ Weitere denkbare Optionen, die hier aber nicht empfohlen werden, sind im Anhang kurz beschrieben.

Abbildung 18: Die drei komplementären Varianten im Kontext des Vorschlags



Quelle: IGES

4.2.2.3 Variante 1: Schärfung von § 110 SGB V

Im Rahmen der Krankenhausplanung können die Richtlinien des G-BA auf zwei verschiedenen Wegen für Sanktionen umgesetzt werden. In diesen beiden Varianten wird auf der Ebene der Planungshoheit der Länder angesetzt (vgl. Abschnitt 4.1.6) und es werden bundeseinheitliche Vorgaben für das Verfahren getroffen.³⁵

Der erste Ansatz setzt auf die Anpassung von § 110 SGB V (vgl. Abschnitt 4.1.8), gemäß dem heute Krankenhäusern der Versorgungsvertrag gekündigt werden kann. Im vorliegenden Kontext würde dies erweitert werden hin zu einer Kündigungsmöglichkeit für einzelne Leistungsbereiche nach der wiederholten Erbringung schlechter Qualität.

³⁵ Ohne bundeseinheitliche Vorgaben würde es durch die Zuständigkeit der Länder deutschlandweit zu unterschiedlichen Umsetzungspraktiken kommen und damit ggf. zu Unterschieden in der Versorgungsqualität zwischen einzelnen Bundesländern. Die Berücksichtigung von G-BA-Richtlinien in der Krankenhausplanung wäre für die Bundesländer insgesamt weitgehend kostenneutral, was die Zustimmung zu einer bundeseinheitlichen Vorgabe erleichtern dürfte.

Im folgenden Text aus § 110 Absatz 1 Satz 1 SGB V sind die für das vorgestellte Konzept relevanten Passagen in Fettdruck dargestellt:

„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann **von jeder Vertragspartei** mit einer Frist von einem Jahr **ganz oder teilweise gekündigt werden**, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur **gemeinsam** und **nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen**.“

Zentrales Element ist, dass den Krankenkassen gemeinsam ein Recht zur Kündigung zusteht. Sie dürfen den Versorgungsvertrag auch „teilweise“ kündigen. Wie „teilweise“ zu verstehen ist, ist umstritten, könnte sich zum Beispiel aber auf einzelne Fachabteilungen beziehen.

Es wird eine Änderung der Formulierung empfohlen, um eine Mehrdeutigkeit auszuschließen. Es soll den Krankenkassen möglich sein, einzelne Leistungen nicht mehr zu vereinbaren. Die Formulierung könnte also beispielsweise lauten:

„Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz, für einzelne Abteilungen **oder für einzelne Leistungsbereiche oder für einzelne Leistungen** gekündigt werden (...).“

Es ist zu bedenken, dass die Kündigungsfrist ein Jahr beträgt. Dies ist mit dem Vorschlag aus Abschnitt 4.2.2.2 für eine angemessenen Fristsetzung von zwei Jahren konform. Es bedeutet aber, dass zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Kündigung bereits aktuellere Qualitätsinformationen verfügbar sind, als zum Zeitpunkt der Kündigung. Dies kann problematisch sein, wenn wider Erwarten die Qualität nun die Mindeststandards erfüllen sollte.

Zulässig ist die Kündigung heute jedoch gemäß dem zweiten Teilsatz nur basierend auf den Kriterien in § 109 Abs. 3 S. 1 SGB V, also wenn das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine **leistungsfähige** und **wirtschaftliche** Krankenhausbehandlung bieten kann oder für eine **bedarfsgerechte** Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist. Im Kontext von § 110 Abs. 1 S. 1 SGB V müssen sich die Bedingungen anders als in § 109 SGB V selber nicht nur auf ein Krankenhaus als ganzes, sondern auf die teilweisen Kündigungen beziehen.

Wie diskutiert (vgl. Abschnitt 4.1.8), wird mitunter argumentiert, dass das Wort „leistungsfähig“ auch die Qualität umfasst. Im Sinne des hier diskutierten Konzeptes ist ein Krankenhaus also dann nicht leistungsfähig, wenn es die Mindeststandards der Qualität nicht erreicht. Diese Interpretation ist jedoch nicht zwangsläufig. Daher empfiehlt es sich, eine juristisch eindeutige Formulierung zu ergänzen, um die Mehrdeutigkeit von Leistungsfähigkeit zu vermeiden:

Die Formulierung „nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen“ in § 110 Abs. 1 S. 1 SGB V sollte dahingehend geändert werden, dass für die Kündigung einzelner Leistungsbereiche die Mindeststandards für Qualitätsindikatoren gemäß der GBA-Richtlinien aus § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V maßgeblich sind.

In § 110 Absatz 1 Satz 2 SGB V wird explizit darauf hingewiesen, dass die Kündigung nur zulässig ist, wenn die Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen. Dies geht mit dem Vorschlag aus Abschnitt 4.2.2.2 für eine angemessenen Fristsetzung konform. Die Kündigung erfolgt nicht unmittelbar, sondern es wird den Krankenhäusern eine Frist von zwei Jahren gesetzt, um sich zu verbessern. Wird dies innerhalb der Frist nicht geschafft, bestand der Kündigungsgrund nachweislich nicht nur vorübergehend. Für eine unmissverständliche Klarstellung des Sachverhalts sollte diese Erläuterung in die Gesetzesbegründung einfließen.

In § 110 Absatz 1 Satz 3 SGB V sind die für diese Variante relevanten Passagen in Fettdruck dargestellt:

„Bei **Plankrankenhäusern** ist die Kündigung **mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde auf Aufhebung oder Änderung des Feststellungsbescheids** nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes **zu verbinden**, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden ist.“

Diese Formulierung ist aus unserer Sicht ein wesentlicher Hinderungsgrund für die bisherige Anwendung des Paragraphens. Die Formulierung schließt mit der Höhe der Hürde das Gros der Krankenhäuser von der Anwendung aus. An das Antragsverfahren sind aus unserer Sicht zu viele Rechtsschwierigkeiten gebunden, als dass eine realistische Chance auf Verwirklichung des Antrags besteht. Zudem ergibt sich eine erhebliche Verzögerung durch Gerichtsverfahren.

Darüber hinaus ist der Satz nach Durchführung der vorgeschlagenen Änderungen nicht mit der Möglichkeit auf Kündigung von Leistungsbereichen vereinbar, da diese derzeit in den Krankenhausplänen gar nicht enthalten sind. Ein Lösungsansatz ist, den Satz in § 110 SGB V bezüglich der Kündigung von Leistungsbereichen wegen Qualitätsergebnissen einzuschränken bzw. außer Kraft zu setzen („Dies gilt nicht für die Kündigung von Leistungsbereichen.“). Den Krankenhäusern steht dabei weiterhin der Klageweg gegen die Kündigung offen.

In Absatz 2 sind in Satz 2 und 3 die folgenden Punkte von Relevanz (Fettdruck durch IGES):

Die Kündigung „[...]“ wird mit der **Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde** wirksam. Diese hat ihre **Entscheidung zu begründen**.“

Die Landesbehörde hat folglich ein Widerspruchsrecht, kann aber auch eine Genehmigung erteilen. Aus unserer Sicht hat die Genehmigungspflicht durch die Behörden bisher wesentlich dazu beigetragen, dass § 110 SGB V selten zur Anwendung kam.

Grundsätzlich sollte bei Kündigung von Einzelleistungen erwogen werden, von einer Behördenzustimmung abzusehen. Dem Krankenhaus stände weiterhin der Rechtsweg offen; bis zu einer anderslautenden Gerichtsentscheidung wäre die Kündigung jedoch rechtswirksam.³⁶ Die Ausnahme von der Genehmigungspflicht wird durch die vorgeschlagene Ergänzung nach Absatz 1 Satz 3 („Dies gilt nicht für die Kündigung von Leistungsbereichen.“) bereits erreicht, könnte hier der Vollständigkeit halber jedoch noch einmal in den Gesetzestext nach Satz 2 aufgenommen werden (z. B. „Eine Genehmigung für die Kündigung von Leistungsbereichen durch die zuständige Landesbehörde ist nicht erforderlich.“).

Zusammenfassung Variante 1

Unsere zentralen Vorschläge zur Modifizierung von § 110 SGB V sind

- Die Kündigung des Versorgungsvertrags soll auch für einzelne Leistungen möglich sein.
- Die Zustimmung der Landesbehörde zur Kündigung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche ist nicht mehr notwendig.
- Das Nichteinhalten des Mindeststandards wird zum Kündigungsgrund für einzelne Leistungsbereiche oder Leistungen.

4.2.2.4 Variante 2: Berücksichtigung von Mindeststandards in der Krankenhausplanung

In dieser Variante könnte den Bundesländern aufgetragen werden, die Mindeststandards in den Landeskrankenhausplänen zu berücksichtigen. Konkret heißt dies, dass die Bundesländer die zuvor definierten Mindeststandards in den G-BA-Richtlinien als Kriterien übernehmen („planungstaugliche Qualitätsindikatoren“). Eine geeignete Gesetzestextstelle hierfür wäre (wie bereits in Abschnitt 4.1.6 angesprochen) der § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V: **„Ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder sind zulässig.“**

³⁶ Zu bedenken ist, dass durch diese Prozessbeschleunigung zwar eine schnellere Kündigung möglich wird, die letztlich auch früher eine höhere Qualität für die Patienten sicherstellt, jedoch wird es dadurch voraussichtlich zu einer höheren Anzahl von Sozialgerichtsprozessen kommen.

Der Satz könnte in eine Pflicht, die G-BA-Richtlinien nach § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V zu berücksichtigen, umgewandelt werden bzw. um diese Pflicht ergänzt werden.

Die Funktionsweise der Krankenhausplanung ist bereits beschrieben worden (vgl. Abschnitt 4.1.6). Durch das vorgeschlagene Konzept ergibt sich im Vergleich zu der bisherigen Krankenhausplanungspraxis ein Novum. Bisher werden lediglich Bettenzahlen auf Abteilungsebene geplant. Einzelne Leistungen als Planungseinheit sind bisher nicht vorgesehen. Es existiert somit kein Umsetzungsmechanismus von Einzelleistungen oder Erkrankungen auf Bettenzahlen oder umgekehrt. Die Landeskrankenhauspläne ergänzend auf Basis aller vorkommenden Leistungen oder nur aufsetzend auf den G-DRG-Katalog zu erstellen, wäre jedoch mit sehr hohem Aufwand verbunden.

Im Vergleich deutlich leichter umsetzbar ist es hingegen, diejenigen Leistungsbereiche basierend auf den G-BA-Richtlinien explizit in den Krankenhausplan aufzunehmen, die bei schlechter Qualität nicht mehr erbracht werden dürfen.

Dies ist bei einer reinen Rahmenplanung der Bundesländer umsetzbar, wobei es zumindest ein kleiner, aber sinnvoller Schritt zurück zu einer detaillierteren Planung wäre.

Erfüllen Krankenhäuser das Mindestmaß an Qualität der im Krankenhausplan bzw. Feststellungsbescheid genannten Leistungen nicht oder nicht mehr, dürfen sie diese Leistungen nicht mehr erbringen.

Zusammenfassung Variante 2

Unsere zentralen Vorschläge zur Berücksichtigung von Mindeststandards in der Krankenhausplanung

- Die Bundesländer sollen dazu verpflichtet werden, die durch den G-BA definierten Mindeststandards in der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.
- Leistungsbereiche, die aufgrund schlechter Qualität nicht mehr erbracht werden dürfen, sind explizit im Krankenhausplan für das betroffene Krankenhaus zu benennen.

4.2.2.5 Variante 3: Leistungsausschluss im Rahmen der Budgetverhandlungen aufgrund von Qualitätsproblemen

Die dritte Umsetzungsvariante für Konsequenzen baut stärker auf den Budgetverhandlungen auf (vgl. Abschnitt 4.1.7).

Wie beschrieben, sieht der gesetzliche Rahmen für die Budgetverhandlungen momentan keine verbindliche Verwendung von Qualitätsdaten als Verhandlungsbestandteil vor. Entsprechend ist es den Krankenkassen zwar grundsätzlich möglich, im Rahmen von Budgetverhandlungen die

Aufnahme bestimmter Leistungen in den E1-Katalog wegen nachweislich schlechter Qualität des Leistungserbringers zu verweigern. Es ist jedoch nicht sicher, dass eine ggf. eingesetzte Schiedsstelle der Argumentation folgt. Verpflichtet ist sie dazu nicht. Die Schiedsstelle kann andere Gründe, zum Beispiel die Versorgungssicherstellung oder nachgewiesenen Bedarf als maßgeblicher ansehen.

Daher ist eine gesetzliche Festlegung notwendig, die es Krankenkassen ermöglicht, in den Budgetverhandlungen basierend auf den Qualitätsergebnissen Leistungen nicht mehr zu vereinbaren.³⁷ Dies würde vor der Schiedsstelle einen notwendigen Rechtsrahmen für die Entscheidung ermöglichen. Dafür eignen sich die Richtlinien des G-BA (vgl. Abschnitt 4.2.2.1). In der Richtlinie würde verbindlich festgelegt, dass nach einer Bewährungsphase Leistungen bei den Budgetverhandlungen nicht mehr vereinbart und nicht mehr abgerechnet werden dürfen, wenn der Mindeststandard nicht durch das Krankenhaus erfüllt wird.

In Bezug auf die Budgetverhandlungen ist es besonders wichtig, dass die Richtlinie explizit regelt, dass die Krankenkasse den stationären Einrichtungen keine Kompensation für den Entzug von Leistungen anbieten muss. So soll sichergestellt werden, dass Krankenhäuser, welche die Mindeststandards für bestimmte Leistungen nicht erfüllen, die daraus resultierenden Erlösminderungen nicht durch Fallzahlsteigerungen in anderen Leistungen ausgleichen. Hierauf achten dann die Krankenkassen im Rahmen der Budgetverhandlungen.

Dies spielt bei Budgetverhandlungen eine viel stärkere Rolle als in der Krankenhausplanung, da dort der Verhandlungscharakter und Kompromisse von besonderer Bedeutung sind. Grundsätzlich muss darauf geachtet werden, dass die Krankenkassen die frei werdenden Fallzahlen bei anderen Krankenhäusern berücksichtigen, sofern diese bedarfsnotwendig sind.

Die Krankenkassen haben dann die Verantwortung für die Verteilung der bedarfsnotwendigen Fälle, die Investitionsverantwortung liegt aber weiter bei den Bundesländern. Dies ist in der Krankenhausrahmenplanung bereits ähnlich. Entsprechend ist dafür in § 109 Abs. 1 S. 5 geregelt, dass die Verhandlungspartner ein Benehmen mit den Landesbehörden herzustellen haben. In diesem Kontext wäre eine vergleichbare Formulierung in den Richtlinien sinnvoll.

³⁷ Insbesondere in diesem Szenario müsste eine sehr zeitnahe Rückmeldung der Qualitätsergebnisse an die Krankenkassen durch das AQUA-Institut gewährleistet werden (vgl. Abschnitt 4.2.1).

Zusammenfassung Variante 3

Unsere zentralen Vorschläge zum Leistungsausschluss im Rahmen der Budgetverhandlungen aufgrund von Qualitätsproblemen

- Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, einzelne Leistungen aufgrund schlechter Qualität nicht mehr mit den Krankenhäusern zu vereinbaren.
- Die Schiedsstellen sind an die Vorgaben der G-BA Richtlinien nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bei ihrer Entscheidung gebunden.

4.2.2.6 Zusammenfassung und Bewertung der Maßnahmenvorschläge

Der entscheidende Unterschied zwischen den vorgeschlagenen Varianten ist der Wirkungsort und die Rechtsverbindlichkeit. Im Rahmen der Krankenhausplanung und der Anwendung von § 110 SGB V liegt eine größere Rechtsverbindlichkeit vor, in Budgetverhandlungen steht dem eine größere Flexibilität gegenüber.

Der Vorteil einer Lösung über die Budgetverhandlung (Variante 3) ist insbesondere die größere Flexibilität der Leistungsabgrenzung in Reaktion auf jährliche Anpassungen des DRG-Kataloges als in der Landeskrankenhausplanung.

Nachteilig an der Lösung der Qualitätssteuerung über die Budgetverhandlungen ist, dass die Ergebnisse der Budgetverhandlungen immer nur einen Kompromiss zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen darstellen können. Daher ist in der Praxis mit Effizienzverlusten zu rechnen, weil möglicherweise andere Faktoren als Ausgleich für schlechte Qualität bei einer Leistung ins Spiel gebracht werden könnten. Darüber hinaus können hier größere Schwierigkeiten bei der Umverteilung von Investitionsmitteln der Länder auftreten, da diese nicht direkt in Kapazitätsentscheidungen eingebunden werden. Für die Budgetverhandlungen müssten die Qualitätsinformationen immer besonders frühzeitig nutzbar vorliegen, um sinnvoll in die Verhandlung eingebracht werden zu können. Da in der Praxis die Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen oft unterjährig stattfinden, muss es Regelungen geben, die rückwirkend mit den erbrachten Leistungen umgeht.

Im Rahmen der Krankenhausplanung und bei einer Anwendung von § 110 SGB V ist die Gerichtsfestigkeit größer als bei einer Regelung über die Budgetverhandlungen. In beiden Varianten kann nach Bekanntwerden eines Qualitätsmangels prinzipiell jederzeit eine Kündigung erfolgen. Deswegen könnten hier geringere Anforderungen an die Schnelligkeit der Aufbereitung der Informationen für das Institut nach § 137a SGB V gestellt werden als bei den Budgetverhandlungen. In Variante 2 ist zu erwarten, dass die Leistungsaufstellung mit Mindeststandards nur in un-

regelmäßigen Intervallen aktualisiert wird und insofern unflexibler ist, zumal dies durch jedes Bundesland einzeln zu erfolgen hätte.

Gäbe es nur eine Variante, für die man sich entscheiden müsste, erscheint unter Berücksichtigung aller Argumente insgesamt die Umsetzung über eine Verschärfung von § 110 SGB V (Variante 1) als zielführend. Für diese müssen die Krankenhauspläne nicht auf Leistungsebene erstellt und ggf. aktualisiert werden (Variante 2), sondern es wird lediglich ein Verweis auf die Richtlinien in das Gesetz aufgenommen und den Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, daraufhin für einzelne Leistungsbereiche zu kündigen.

Wichtig ist, dass die Umsetzung einer Variante die Einführung der jeweils anderen Varianten nicht ausschließt. Die Varianten verhalten sich komplementär zu einander und sind gleichzeitig umsetzbar.

4.2.2.7 Diskussion kurz-, mittel- und langfristig zu erwartender Folgewirkungen der Maßnahme

Die hier dargestellten Szenarien haben nicht zum Ziel, die erbrachte Leistungsmenge durch Ausschluss von Leistungserbringern von der Versorgung (für bestimmte Leistungen) zu reduzieren. Vielmehr steht im Zentrum, alle Leistungserbringer auf ein qualitatives Mindestniveau zu führen. Erst als indirekte Folge dieser Maßnahme werden bedarfsnotwendige Mengen hin zu qualitativ hochwertigen Leistungserbringern umgesteuert. Aus den vorgeschlagenen Maßnahmen ergeben sich Implikationen und neben positiven potenziell negative Effekte, mit denen umzugehen sein wird. Diese wurden teilweise schon angesprochen, werden hier jedoch noch einmal fokussiert betrachtet.

Mengenausweitung zur Kompensation

Krankenhäuser, denen bestimmte Leistungen aufgrund des Nicht-Erreichens der Mindestqualität entzogen werden, könnten bestrebt sein, den sich ergebenden ökonomischen Verlust durch Mehrleistungen bei anderen Leistungen zu kompensieren. Im vorgeschlagenen Verfahren soll sich jedoch aus dem Entzug einer Leistung kein Anspruch auf Ersatzleistungsmengen ergeben (z. B. in Budgetverhandlungen). Gleichen Krankenhäuser trotzdem derart weggefallene Leistungen abseits der Budgetverhandlung aus, resultiert ein Mehrerlösausgleich. Jedoch könnte das Krankenhaus versuchen, diese Leistungen als „erwiesenen“ Bedarf im darauf folgenden Jahr im Rahmen der Budgetverhandlungen einzufordern, bzw. in einem Schiedsverfahren dann höhere Fallzahlen einzuklagen.

Gerade für die Schiedsstellen sollte daher gesetzlich eindeutig festgelegt werden, dass ein Leistungsausschluss nicht zu einem Mengenausgleich mit anderen Leistungen berechtigt.

Aufbau von Kapazitäten

Übernehmen gute Leistungserbringer die bedarfsnotwendigen Leistungen anstelle der Krankenhäuser, die diese nicht mehr erbringen dürfen, entsteht bei diesen eine Fallzahlsteigerung. Diese Mehrbelastungen bedeuten unter Umständen einen Investitionsbedarf für das Krankenhaus oder für das Bundesland (z. B. könnte die Notwendigkeit bestehen, neues Pflegepersonal oder Ärzte einstellen zu müssen oder bauliche Maßnahmen vorzunehmen).

Dies ist jeweils bei der Krankenhausplanung mit zu bedenken und sollte im Falle einer rechtlichen Lösung über die Budgetverhandlungen durch eine Absprache zwischen den Kostenträgern und den Landesbehörden ähnlich der rechtlichen Lösung in § 109 Abs. 1 S. 5 SGB V gelöst werden (s. o.).

Vermeidung des Mehrerlösausgleiches

Bei einer geplanten Verlagerung von bedarfsnotwendigen Fällen von schlechten hin zu guten Krankenhäusern muss in den Budgetverhandlungen die Fallzahlsteigerung sensibel vorhergesehen werden, um sachlich ungerechtfertigte Mehrleistungsabschläge oder Mehrerlösausgleiche zu verhindern. Bedarfsnotwendige Fälle, die in anderen Krankenhäusern nicht mehr erbracht werden dürfen, sollten von den Mehrleistungsabschlägen ausgenommen werden. Konkret kann dies durch einen Fallzahlenvergleich passieren. Im Rahmen dessen kann ein Delta für die abgebenden Häuser ermittelt werden. Dieses Delta wird dann den aufnehmenden Häusern gutgeschrieben und vom Mehrleistungsabschlag ausgenommen.

Sicherstellung der Versorgung

Die Verlagerung von Behandlungen setzt voraus, dass dadurch die Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung nicht gefährdet wird. Dies ist besonders in ländlichen Regionen relevant, wo es oft keine Alternative zu den örtlichen Leistungserbringern gibt.

Zwar sollen im Rahmen des Konzeptes nur elektive Leistungen nicht mehr erbracht werden, der Entzug von Leistungen kann jedoch besonders für kleinere Krankenhäuser potenziell eine existenzbedrohende Wirkung entfalten. Möglicherweise müssten in diesem Fall die Länder

oder die Krankenkassen Unterstützung in Form von Sicherstellungszuschlägen gewähren.³⁸

Für die elektiven Leistungen entsteht zwangsläufig die Frage, wie Qualität und Wohnortnähe miteinander zu vereinbaren sind: Welche Entfernungen sind für elektive Leistungen zumutbar und kann man Patienten zumuten, schlecht behandelt zu werden, nur weil kein besseres Krankenhaus in der Nähe ist?

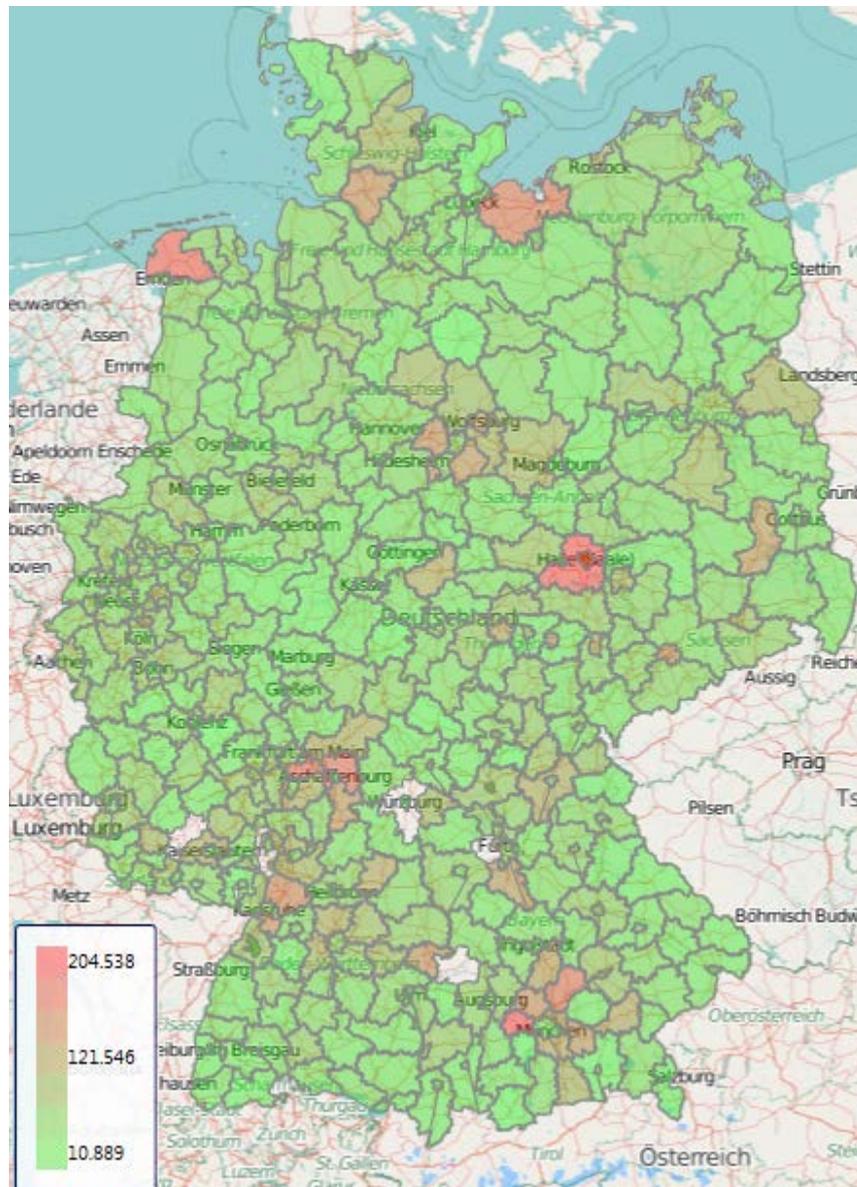
Es zeigt sich bei näherer Betrachtung, dass die Relevanz des Problems eher gering ist. Verwendet man das Verhältnis von Einwohnern zu Krankenhäusern pro Landkreis als Näherungswert für die Wohnortnähe,³⁹ so zeigen nur sehr wenige Regionen eine potenziell problematische Versorgungssituation für den Fall eines Leistungsausschlusses.

In Abbildung 19 sind die deutschen Landkreise bzw. kreisfreien Städte abgebildet. Die Farbgebung zeigt die Einwohnerzahl je Krankenhaus an, wobei grüne Felder eine hohe Anzahl von Krankenhäusern in der Region gemessen an der Einwohnerzahl zeigen und rote Felder eher wenige Krankenhäuser. Dunkelrote Felder sind nur in wenigen Regionen vorzufinden. Zudem ist dies oft in kleineren Kreisen mit zumutbarer Fahrdistanz zu anderen Kreisen der Fall. Problematisch sind auf den ersten Blick möglicherweise die Landkreise Aurich im Nordwesten oder Nordwest-Mecklenburg im Norden. In weiß gefärbten Landkreisen gibt es bereits heute keine Krankenhäuser.

³⁸ Das Krankenhausfinanzierungsgesetz sieht vor, dass die Selbstverwaltungspartner bundeseinheitliche Regelungen für Sicherstellungszuschläge im stationären Sektor entwickeln. Nach Kenntnis der Autoren ist dies bis dato nicht geschehen. Daher besteht grundsätzlich die Möglichkeit, dass sowohl Bundesländer als auch Krankenkassen an der Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen im stationären Sektor beteiligt werden.

³⁹ Für Ballungsgebiete ist eine solche Betrachtung nicht zielführend, da hier wenige große Einrichtungen mit mehreren Standorten (z. B. Universitätsklinken) nur als jeweils ein Krankenhaus gezählt werden können. Ballungsgebiete stehen jedoch in der Regel ohnehin nicht im Verdacht, unterversorgt zu sein. Weitere Verzerrungen liegen u. a. in Kurgebieten vor, bei denen nicht die Behandlung der örtlichen Bevölkerung im Fokus liegt.

Abbildung 19: Anzahl Einwohner je Krankenhaus auf Ebene der Landkreise



Quelle: IMC clinicon

Daneben haben wir eine weitere Prüfung durchgeführt: Anhand eines konkreten Indikators haben wir basierend auf vorliegenden Qualitätsergebnissen der Krankenhäuser aus dem Jahr 2010 die Auswirkungen eines Leistungsausschlusses auf die zusätzliche Entfernung zu einem Krankenhaus berechnet.

Die auf Grund der guten Datenlage gewählte Leistung ist die isolierte kathetergestützte Aortenklappenchirurgie, der Indikator die risikoadjustierte Krankenhaussterblichkeit („Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität

nach log. AKL-SCORE (O / E * Gesamt)“). Dafür lagen dem IGES Institut die Ergebnisse von 80 Krankenhäusern aus dem Jahr 2010 vor. Wir haben ausschließlich Krankenhäuser betrachtet, die eine Fachabteilung für Herzchirurgie haben (n=67).

Für diesen Indikator lag der Referenzbereich (95. Perzentil) bei einer risikoadjustierten Krankenhaussterblichkeit von höchstens 19,52 Prozent. Vier Krankenhäuser mit Fachabteilung für Herzchirurgie lagen über diesem Wert. Bei einem Leistungsausschluss für diese vier Krankenhäuser läge die zusätzliche Fahrtzeit für Patienten maximal bei 85 Kilometern bis zum nächst näheren Krankenhaus mit Fachabteilung für Herzchirurgie. Dies betrifft nur die Patienten von einem der vier Häuser, die dann teilweise Entfernungen von etwas über 100 km zu bewältigen hätten. Solche Entfernungen werden allerdings für diese Indikation heute schon in manchen Gegenden Deutschlands erreicht (z. B. Sassnitz, Garmisch-Partenkirchen). Die durchschnittliche Entfernung lag 2010 für die DRG „Endovaskuläre Implantation eines Herzklappenersatzes oder transapikaler Aortenklappenersatz“ bei 49 Kilometern (Fürstenberg et al. 2013).

Bei einem strengeren Mindestqualitätsstandard in Höhe des 90. Perzentils (Letalität von maximal 17,35 Prozent) lagen 2010 sieben Krankenhäuser mit Fachabteilung für Herzchirurgie über diesem Wert. Die längste zusätzliche Entfernung für Patienten, wenn das nächste Krankenhaus diese Leistung nicht mehr erbringen dürfte, wäre in einem Fall ca. 100 Kilometer, die Gesamtentfernung dann leicht über 100 Kilometer. Dies ist u. E. für eine um mehrere Prozentpunkte gesteigerte Überlebenschance vertretbar.

Sollte sich (in Einzelfällen) herausstellen, dass die Leistungen zur Versorgungssicherstellung trotz schlechter Qualität in einem Krankenhaus weiter erbracht werden müssen, sind andere Maßnahmen zu erwägen, die eine kontinuierliche Verbesserung der medizinischen Qualität zum Ziel haben (z. B. ist es denkbar, dass in einem solchen Fall in öffentlichen Krankenhäusern das Management ausgetauscht werden muss o. ä.).

Monopolbildung und Markteintritte

Die Verlagerung der Behandlung einzelner Erkrankungen könnte zu einer (lokalen) Oligopol- oder Monopolbildung (zumindest für einzelne Leistungen) führen. In einem solchen Fall ist langfristig eine Verschlechterung der medizinischen Qualität denkbar, da der Anreiz zur Qualitätsverbesserung durch eine Konkurrenzsituation nicht mehr gegeben ist. Hier ist dann besonders auf begleitende Qualitätssicherungsmaßnahmen zu achten. Die Einführung eines Mindeststandards sollte diesem Effekt entgegenwirken.

Ein Markt(wieder)eintritt wird nicht nur im Falle eines Oligopols möglicherweise durch hohe Qualitätsanforderungen zusätzlich erschwert. In

diesem Fall ergibt sich die schwierige ethische Frage, ob für die Einarbeitungszeit eines neuen Leistungserbringers eine schlechtere Qualität als der Mindeststandard akzeptiert werden könnte. Ein denkbarer Ansatz ist, dass Krankenhäuser, die neu in den Krankenhausplan wollen, bzw. Krankenhäuser, die eine Leistung wieder erbringen wollen, nur befristet in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Nach Ablauf einer Frist von zwei Jahren ist nachzuweisen, dass die Mindeststandards erfüllt werden.

4.2.3 Selektivvertragliche Regelung

Qualität kann nicht nur bei der Krankenhausplanung eine Rolle spielen, sondern ist auch ein geeignetes Wettbewerbsinstrument. Insgesamt ist für Selektivverträge basierend auf Qualitätsergebnissen eine deutlich höhere politische und gesellschaftliche Akzeptanz zu erwarten als für Selektivverträge, deren Gegenstand Preise sind.

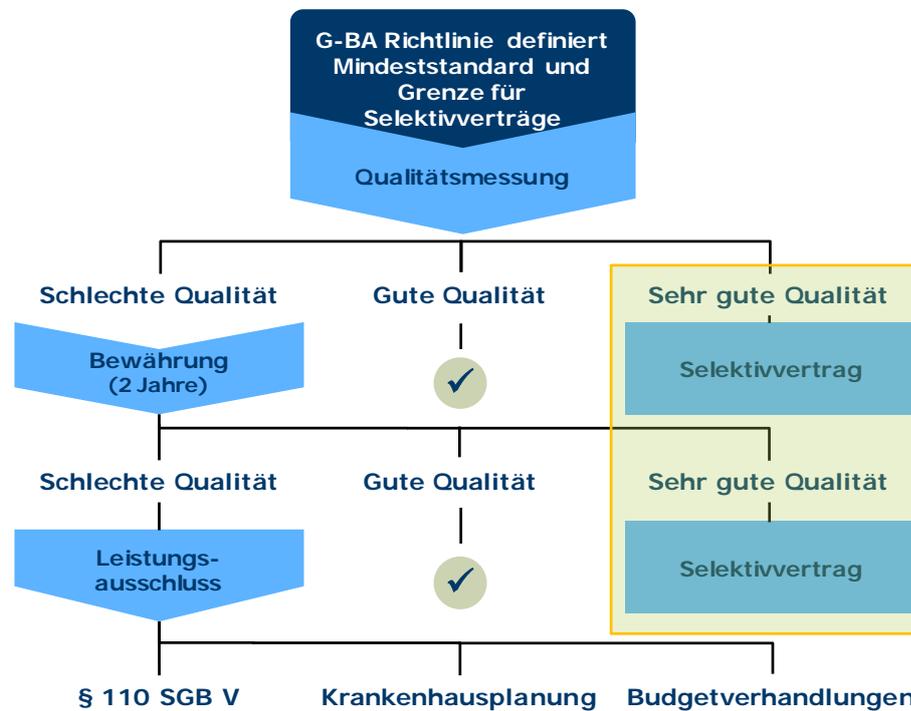
Basis der hier vorgeschlagenen Implementierung von Selektivverträgen ist der Erhalt des derzeitigen Kollektivvertragssystems mit leistungsfähigen Krankenhäusern, die ihre Leistungen gemäß den Mindeststandards für Qualität erbringen. Ergänzend wird vorgeschlagen, rechtliche Rahmenbedingungen für Selektivverträge für Krankenhäuser mit besonders hoher Qualität bei elektiven Leistungen zu schaffen. Das System baut auf den gleichen Indikatoren auf wie das Mindeststandardkonzept und ergänzt dieses. Die Qualitätsschwelle, ab welcher der Abschluss von Selektivverträgen möglich ist, wird dabei, analog zum Verfahren zur Bestimmung von Mindeststandards, durch den G-BA bestimmt (vgl. Abschnitt 4.2.2.1).

4.2.3.1 Vertragspartnerauswahl und Vertragsgestaltung

Abbildung 20 stellt die Rolle von Selektivverträgen im Kontext des Vorschlags dar. Das vorgeschlagene Selektivvertragsmodell findet nur für Leistungsanbieter Anwendung, die eine überdurchschnittlich hohe Qualität bei den hier betrachteten Qualitätsindikatoren erbringen.⁴⁰ Darüber hinaus können im Rahmen des Selektivvertrags weitere Qualitätsvereinbarungen (Leitlinien etc.) getroffen werden.

⁴⁰ Die Schließung von Selektivverträgen nur mit den besten Krankenhäusern erleichtert die Messung und den Vergleich von weiteren Qualitätsverbesserungen unter den Krankenhäusern. Krankenhäusern mit durchschnittlicher Qualität sind in der Regel deutlich größere Qualitätsverbesserungen möglich als bereits exzellenten Krankenhäusern. Qualitätsverbesserungen für alle gleich zu belohnen, würde so zu Fehlallokationen führen.

Abbildung 20: Selektivverträge im Kontext des Vorschlags



Quelle: IGES

Grundsätzlich kann der Selektivvertrag für die Leistungen weiterhin auf dem bestehenden G-DRG-System aufbauen, die genaue Ausgestaltung (Zuschläge, Anpassungen des Basisfallwerts, Ausnahme von Mehrleistungsabschlag etc.) sollte durch die Vertragspartner individuell festgelegt werden. Je nach Vertragsgestaltung kann es jedoch notwendig sein, dass aufgrund systematisch abweichender Rahmenbedingungen teilnehmende Krankenhäuser vom DRG-Kalkulationsverfahren ausgenommen werden müssen, um Verzerrungen zu vermeiden.

Die relevanteste rechtliche Hürde stellt bisher die mangelnde Möglichkeit zum Abschluss von Selektivverträgen für die Regelversorgung im Rahmen des G-DRG-Systems dar. Hier wäre eine entsprechende Ergänzung des § 109 Abs. 1 SGB V denkbar, bei dem bisher der Abschluss der Versorgungsverträge mit den Krankenhäusern geregelt wird. Die Ergänzung würde sinngemäß lauten, dass für Leistungen mit geeigneten Qualitätsindikatoren der Abschluss eines Selektivvertrages mit besonders guten Krankenhäusern möglich ist.

4.2.3.2 Anreizgestaltung für Versicherte

Es erfolgt keine Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten, die bei Krankenkassen versichert sind, die einen Selektivvertrag abgeschlossen haben. Diese können sich weiterhin in nicht per Selektivvertrag kontra-

hierten Krankenhäusern der Regelversorgung behandeln lassen. Dies wird erreicht durch ein paralleles Bestehen von Kollektivvertrag einerseits und Selektivvertrag für besonders gute Leistungserbringer andererseits. Gleichzeitig ist es im Rahmen der Umsetzung anzustreben, dass die Krankenkassen die Patienten über die besonders hohe Qualität bei entsprechenden Leistungen informieren und eine unverbindliche Krankenhausempfehlung aussprechen. Dies kann ggf. mit einem finanziellen Anreiz für Versicherte verbunden sein, das Krankenhaus mit dem Selektivvertrag aufzusuchen (z. B. durch Verzicht auf Erhebung der Krankenhauszahlung von 10 Euro je Tag).

Auch steht den Krankenkassen der Weg frei, Ärzte über die besondere Qualität der Leistungserbringung in einzelnen Krankenhäusern zu informieren. Da Ärzte einen hohen Einfluss auf die Krankenhauswahl der Patienten haben, kann so möglicherweise ein größerer Patientenfluss hin zu besseren Krankenhäusern gesteuert werden.

4.2.3.3 Anreizgestaltung für Krankenhäuser und Krankenkassen

Kritisch für den Erfolg der Implementierung einer derart gelagerten Maßnahme ist in jedem Fall die Anreizgestaltung des Selektivvertrags. Immerhin entstehen für beide Seiten zunächst höhere Transaktionskosten.

Wir plädieren dafür, die konkrete Ausgestaltung der Vertragsinhalte den Vertragspartnern, bzw. dem Vertragswettbewerb zu überlassen. Es gibt sowohl für Krankenkassen als auch für Krankenhäuser genug Anreize, Selektivverträge abzuschließen. Krankenkassen können sich als Lotsen im System profilieren und sich damit einen Vorteil im Kassenwettbewerb verschaffen. Krankenhäuser können ihre Auslastung steigern bzw. Planungssicherheit schaffen.

Der Abschluss von Selektivverträgen sollte jedoch insofern gesteuert werden, als dass Krankenkassen keine Verträge mit Krankenhäusern eingehen können, die nur eine durchschnittliche Qualität erbringen, den Krankenkassen jedoch ökonomisch attraktive Verträge bieten.

Trotz des Abschlusses von Selektivverträgen sollen Versicherte weiterhin frei zwischen allen Leistungserbringern am Markt wählen können. Die Patientensouveränität ist in dieser Frage ein hohes Gut, das nicht angefasst werden sollte.

Zusammenfassung

Die zentralen Elemente der selektivvertraglichen Regelungen

- Krankenkassen und Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, Selektivverträge abzuschließen, sofern die Krankenhäuser überdurchschnittliche Versorgungsqualität aufweisen.
- Die genaue Definition überdurchschnittlicher Qualität erfolgt durch den G-BA analog zum Verfahren zur Bestimmung von Mindeststandards.

5. Umgang mit Adversen Effekten

Jede Vergütungsform hat spezifische Anreize, die entweder erwünscht sind oder in einigen Fällen zu sogenannten Adversen Effekten führen können, d. h. zu unerwünschten Folgen. Das strategische Verhalten der Versorger, die versuchen, Schwächen des Vergütungssystems optimal zu nutzen, wird als "Gaming" bezeichnet. Die überwiegende Anzahl der Anpassungsvorgänge an Vergütungssysteme sind sowohl erwünscht als auch angemessen.

Sofern Adverse Effekte antizipiert werden, lassen sich ihre Wirkungen in der Regel verringern oder ausschließen. Bekannte Beispiele für Gegenmaßnahmen von Adversen Effekten sind etwa die Vorschrift zur Fallzusammenlegung im DRG-System, um Anreize für vorzeitige Entlassungen zu vermeiden oder seinerzeit die (letztlich nicht erfolgreiche) Einführung der Praxisgebühr, die u. a. das Ziel verfolgte, Bagatellfälle mit unnötigen (für Versicherte aber kostenlosen) Praxisbesuchen zu vermeiden.

Die in Abschnitt 4.2 skizzierten Maßnahmen setzen, wie an einigen Stellen bereits beschrieben, Anreize für Adverse Effekte. Die zu erwartenden unerwünschten Wirkungen und andere typische Adverse Effekte werden im Folgenden kurz diskutiert und Gegenmaßnahmen beschrieben.

5.1 Selektionseffekte

Zu den Nebenwirkungen vieler Maßnahmen, die Qualitätskriterien enthalten, zählen Selektionseffekte.

Zunächst ist denkbar, dass im Rahmen einer eventuellen Erprobung der hier beschriebenen Maßnahme eine Vorselektion der Projektteilnehmer stattfindet. In einigen Konstellationen könnte es etwa dazu kommen, dass insbesondere Krankenhäuser, die ohnehin überdurchschnittlich motiviert sind, ihre Qualität zu steigern, am Projekt teilnehmen. So wäre bei der Evaluation von (fast) allen Teilnehmern eine erhebliche Qualitätssteigerung zu erwarten. Bei Einführung des beschriebenen Konzeptes ist dies nicht von Relevanz, da alle Krankenhäuser automatisch den Mindeststandards unterliegen würden.

Eine Selektion von Patienten ist im Rahmen des Programms denkbar, da Schwerranke eine Gefahr für die Ergebnisqualität der Abteilung darstellen können.⁴¹ Diesem Adversen Effekt muss durch eine geeignete Risiko-

⁴¹ Eine Umfrage unter Ärzten in Amerika im Rahmen des New York State Cardiac Reporting Systems (vgl. Abschnitt 3.2.1) unterstreicht die Bedeutung des Problems. So gaben 67 Prozent der befragten Ärzte an, mindestens einen Patienten auf Grund der Komplexität des Falls abgelehnt zu haben. 18 Prozent gaben an sogar mehr als mindestens fünf Fälle nicht behandelt zu haben (Burack et al. 1999).

adjustierung begegnet werden. Vereinfacht ausgedrückt darf etwa die Infektionsrate bei einer Abteilung mit vielen multimorbiden Fällen und entsprechend höherem Infektionsrisiko nicht ohne weiteres mit einer Abteilung verglichen werden, die vor allem junge und gesunde Patienten behandelt. Dies kann zu Fehlbeurteilungen der Qualität führen, da die Behandlungsqualität selbst bei höherer Infektionsrate in der Abteilung mit schwereren Fällen besser sein könnte.

Ein schwieriger zu lösendes Problem ist, dass nur ein kleiner Teil des gesamten Leistungsspektrums gemessen und ggf. sogar mit Sanktionen bewertet wird. Hier liegt die Annahme nahe, dass diesen Leistungsbereichen eine überproportionale Aufmerksamkeit zuteil wird. Dadurch besteht die Gefahr, dass nicht gemessene Leistungsbereiche bewusst oder unbewusst vernachlässigt werden und dort Qualitätsprobleme entstehen oder nicht auffallen. Die Maßnahmen sollten daher unverändert flankiert werden von weiteren QS- und QM-Maßnahmen sowie regelmäßiger Ergänzung neuer Indikatoren, die bisher noch nicht abgedeckte Leistungsbereiche fokussieren.

5.2 Veränderungen des Dokumentationsverhaltens

Werden Rahmenbedingungen im Krankenhaussektor verändert, verändert sich unter Umständen das Dokumentationsverhalten. Im Kontext der in dieser Studie besprochenen Vorschläge wirken (wie wir es bei den Kodieranreizen des DRG-Systems erlebt haben) neue Anreize: das Erreichen und Dokumentieren einer Mindestqualität oder das Vorhandensein und entsprechende Belegen einer überdurchschnittlich hohen Qualität.

Gegen eine denkbare Fehldokumentation mit der Absicht, die Mindeststandards auf dem Papier zu erfüllen, wirkt vor allem der Einsatz etablierter Indikatoren, für die bereits bisher ein (Vergütungs-)Anreiz bestanden hat, sie korrekt zu dokumentieren. Dies ist bei den AQUA-Indikatoren grundsätzlich der Fall, da diese mit dem Strukturierten Dialog verknüpft sind und teilweise veröffentlicht werden. Nun würden die Konsequenzen noch einmal deutlich verschärft, weswegen es trotzdem zu einem veränderten Dokumentationsverhalten kommen kann. Da auf etablierten Indikatoren aufgesetzt wird, sind auffällige Dokumentationsveränderungen (und somit wohl überdurchschnittliche Qualitätsverbesserungen in kurzer Zeit) leicht identifizierbar und ggf. prüfbar. Denkbar wäre die Aufstellung einer Regelung, nach der nachweisliche manipulierte Datensätze als Nichterreichen der Mindeststandards durch das jeweilige Krankenhaus gewertet werden.

5.3 Aufwandsverlagerung

Verwandt mit der Patientenselektion ist die Problematik des „intersektoralen Verschiebens“. Patienten, für die ein negativer Einfluss auf die

Qualitätsbewertung des jeweiligen Krankenhauses zu erwarten ist, könnten in andere Sektoren (Reha, ambulant, Pflegeheime) verschoben werden, sofern die Ergebnisindikatoren hierfür nicht sensitiv genug sind. Beispielsweise lässt sich durch eine Verlegung unabhängig von jeder Risikoselektion die Krankenhaussterblichkeit in jedem Fall senken. Je nach Indikator entstehen für Krankenhäuser nahezu immer unterschiedliche strategische Optionen.

Dem ist insbesondere durch eine sensible Indikatorauswahl und eine funktionierende Risikoadjustierung zu begegnen.

5.4 Medizinische Fehlanreize der Indikatoren

Dies kann sich etwa dadurch ausdrücken, dass ein Indikator, der die Infektionsrate misst, von den Leistungserbringern durch übermäßige Verschreibung von Antibiotika bei gering gefährdeten Patienten konterkariert wird. Alle Indikatoren müssen so aufeinander abgestimmt und ausgesucht werden, dass derartige Fehlanreize vermieden werden.

Eine andere denkbare Konstellation ist das Unterlassen riskanter, aber medizinisch indizierter Leistungen, um potenzielle Komplikationen zu vermeiden („defensive medicine“). Hier gelten wiederum eine sensible Indikatorauswahl und insbesondere eine funktionierende Risikoadjustierung als geeignetste Gegenmaßnahmen.

5.5 Gewöhnungseffekte

Bei vielen gesetzlichen Maßnahmen ist zu beobachten, dass nach einer Phase der Wirkung ein Gewöhnungseffekt einsetzt und die Verbesserungsgeschwindigkeit merklich zurückgeht. Die Akteure haben sich in einem bestehenden System eingerichtet. Die vorgeschlagenen Konzepte versuchen, diesen Gewöhnungseffekt unter anderem durch Ergänzung neuer geeigneter Indikatoren oder durch die Anhebung von Mindeststandards zu vermeiden. Es ist möglicherweise notwendig, in bestimmten Abständen (z. B. fünfjährlich) neue Anreize durch neue Maßnahmen zu setzen.

5.6 Ausweichverhalten

Ein denkbarer Effekt ist, dass Krankenhäuser durch die neuen Vorgaben dazu angeregt werden könnten, Leistungen mit Qualitätsindikatoren nicht mehr zu erbringen und sich auf unbeobachtete Bereiche zu konzentrieren. Sind dies genau die Krankenhäuser, welche ohnehin Qualitätsprobleme haben, ist das ein nicht unerwünschter Effekt.

Würde dies aber deutlich überproportional passieren, zum Beispiel weil ein Mindeststandard unangemessen hoch gewählt ist, könnte das zu ei-

nem Adversen Effekt werden. Hier empfiehlt sich gegebenenfalls eine Überprüfung der Mindeststandards und falls die Höhe korrekt gesetzt wurde ein höherer ökonomischer Anreiz zur Leistungserbringung für gute Leistungserbringer.

5.7 Entwicklung von Gegenmaßnahmen für zu erwartende Adverse Effekte

Um die erwähnten und andere Adverse Effekte vermeiden zu können oder mit ihrem Eintreten umgehen zu können, wurden in diesem Kapitel bereits diverse Ansatzpunkte diskutiert. Die Ausführungen in Kapitel 4.2 haben, wo relevant, bereits Gegenmaßnahmen aufgeführt. Im Folgenden werden die zentralen Punkte zum Umgang mit Adversen Effekten noch einmal zusammengefasst.

Eine wichtige Grundlage für die in dieser Studie beschriebenen Konzepte ist der Aufbau auf bereits etablierten Verfahren und Gesetzesgrundlagen, die im Wesentlichen nur neu zugeschnitten werden: der Rückgriff auf die etablierten und validesten Qualitätsindikatoren ist unserer Ansicht nach geeignet, diverse Adverse Effekte bereits im Ansatz zu vermeiden.

Weitere wichtige Mittel gegen Adverse Effekte sind (vgl. Veit et al. 2012):

- Risikoadjustierung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren sowohl zur Herstellung von Vergleichbarkeit als auch zur Vermeidung von Patienten- und Maßnahmensелеktion
- Angemessene Höhe der Mindeststandards, angemessene Anpassung im Zeitverlauf
- Verhältnismäßigkeit zwischen Verfehlung und Sanktion wahren
- Umfassende und verbindliche externe Dokumentationskontrollen
- Prüfung flankierender Indikatoren (z. B. Strukturindikatoren), Leitlinienimplementationen etc. zum Ausschluss der zu starken Konzentration auf beobachtete Bereiche
- Verfahrenstransparenz: Transparenz insbesondere gegenüber der Öffentlichkeit führt dazu, dass Leistungserbringer für als illegitim zu bezeichnende Verhaltensweisen von der Öffentlichkeit sanktioniert werden könnten

6. Der Vorschlag und die sich daraus ergebenden Empfehlungen an den Gesetzgeber

Bei einer Betrachtung des deutschen Gesundheitssystems zeigt sich eine Diskrepanz zwischen den Ausgaben und der erbrachten Qualität. Zwar bieten einzelne Krankenhäuser herausragende Qualität, doch gleichzeitig ist ein großes Qualitätsgefälle zwischen den Häusern festzustellen. Diesen Missstand gilt es zu beheben, um eine flächendeckend gute Qualität in der Versorgung zu gewährleisten. In dieser Studie wurden zunächst internationale Beispiele für den Umgang mit Qualität untersucht und daraufhin Maßnahmen entwickelt, mit denen in Deutschland nach Qualität gesteuert werden kann.

Der Blick auf andere OECD-Länder zeigt neben einer anderen Qualitätskultur praktische Ansätze zur Steuerung auf Basis von Qualitätsdaten. Es ist klar, dass eine unreflektierte Übernahme von Modellen aus dem Ausland auf Grund der nationalen Eigenheiten und der Komplexität von Gesundheitssystemen nicht möglich ist. Jedoch konnten die hier dargestellten Beispiele wertvolle Anregungen liefern. Nationale Qualitätsberichte, Patientenportale im Internet oder qualitätsbasierte Vergütungsmechanismen zeugen von einer **transparenten** Qualitätskultur, von der Deutschland nur profitieren kann. Qualitätsmessung und Bewertung wird im Ausland nicht als Schikane oder Eingriff in die Berufsausübung verstanden, sondern als positiver Beitrag zur Patientensicherheit. Darüber hinaus gibt es international diverse Ansätze, an Informationen über Qualitätsunterschiede **Konsequenzen** zu knüpfen.

Den in diesem Bericht entwickelten Maßnahmen lagen darauf aufbauend drei Prinzipien zugrunde:

- **Transparenz:** Die gemessene Qualität soll allen Akteuren transparent gemacht werden. Dies ist eine Voraussetzung für die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen. Die Ergebnisse müssen für die Patienten einsehbar, nachvollziehbar und bewertbar sein.
- **Konsequenz:** Die wiederholt dokumentierte Erbringung von Leistungen schlechter Qualität wird mit Konsequenzen verbunden sein. Für besonders hohe Qualität werden Anreize gesetzt.
- **Aufbau auf bestehenden Strukturen:** Das hier vorgeschlagene System baut sowohl auf bestehenden Gesetzen als auch auf den bestehenden Qualitätsindikatoren auf. So werden die Kosten reduziert und die Systemkompatibilität gewährleistet.

In Abbildung 21 ist das Modell noch einmal zusammengefasst.

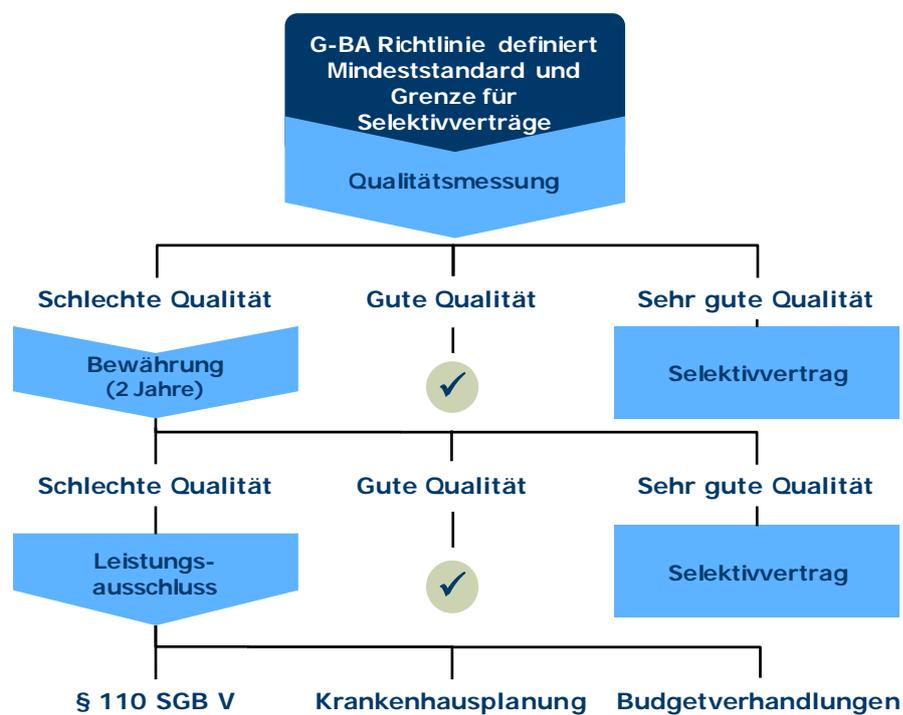
Aufbauend auf den bestehenden Qualitätsindikatoren des AQUA-Instituts soll es den Krankenkassen und Leistungserbringern gestattet werden, für elektive Leistungen, bei denen Krankenhäuser eine beson-

ders hohe Qualität erbringen, Selektivverträge einzugehen. Dazu definiert der G-BA eine Qualitätsschwelle, die Krankenhäuser erreichen müssen, um Selektivverträge mit den Krankenkassen abschließen zu dürfen. Die Krankenhauswahlfreiheit der Patienten wird in vollem Umfang beibehalten, den Patienten jedoch die Empfehlung ausgesprochen, in ein Krankenhaus mit hoher Qualität zu gehen.

Basierend auf den gleichen Indikatoren soll es einen Mindeststandard für Qualität geben, den Krankenhäuser nicht unterschreiten dürfen. Diese Mindeststandards sollen durch den G-BA in Richtlinien festgelegt werden. Schafft es ein Krankenhaus innerhalb einer Bewährungszeit von zwei Jahren nicht, die Qualität auf dieses Mindestniveau zu bringen, erfolgt als Konsequenz der Leistungsausschluss.

Hier eignet sich nach unserer Analyse am ehesten eine Ergänzung der Vorschriften in § 110 SGB V. Krankenkassen sollen einem Krankenhaus den Versorgungsvertrag für Leistungsbereiche oder einzelne Leistungen mit entsprechender G-BA-Richtlinie gemeinsam kündigen können, wenn diese dem Mindeststandard nicht entsprechen.

Abbildung 21: Übersicht über das entwickelte Modell



Quelle: IGES

Es ist anzunehmen, dass es aufgrund der vorgesehenen Etablierung einer Bewährungsfrist frühestens drei Jahre nach der Gesetzesänderung zu den ersten Maßnahmen kommen kann. Dies gibt ausreichend Zeit,

um die Qualitätsindikatoren auf ihre Anwendbarkeit hin in Feldstudien zu untersuchen.

Zur Überprüfung der Auswirkungen der vorgeschlagenen Maßnahmen wird die Durchführung einer Begleitforschung vorgeschlagen, die schon vor Beginn der Maßnahmen ansetzt.

Um Adverse Effekte, also unerwünschte Nebenwirkungen der neu vorgeschlagenen Maßnahmen zu vermeiden, wurden als wesentlichste Ansatzpunkte eine Risikoadjustierung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren, eine angemessene Höhe der Mindeststandards und regelmäßige Anpassungen im Zeitverlauf erarbeitet. Zudem muss die Verhältnismäßigkeit von Verfehlung und Sanktion gewahrt werden.

Die hier vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen begrenzen sich für das Fünfte Sozialgesetzbuch auf die beschriebenen Anpassungen in den Paragraphen 109, 110 und 137. Aufgrund der Systematik der Sozialgesetzgebung werden darüber hinaus Veränderungen in anderen Gesetzen (Krankenhausentgeltgesetz, Bundespflegesatzverordnung etc.) erforderlich.

7. Anhang

7.1 Steuerungs- und Veränderungsoptionen auf Ebene des Gesamtsystems in Deutschland

Im vorliegenden Abschnitt werden denkbare Optionen für eine Steuerung nach Qualitätskriterien diskutiert, die derzeit in Deutschland nicht umgesetzt sind und sich nach der im Folgenden vorgenommenen Argumentation dieses Abschnitts nicht für eine Umsetzung eignen. Teilweise beziehen sich diese Veränderungsoptionen auf die in Kapitel 3 vorgestellten internationalen Beispiele.

7.1.1 Qualitätsorientierte Vergütung mit Pay for Performance (P4P)

Als weiterer Ansatz zur Steuerung mit Qualitätsdaten kommt Pay-for-Performance (P4P) in Betracht.

Pay for Performance (P4P) ist ein weitgefasster Begriff, der alle Konzepte einschließt, die eine Kopplung der Vergütung von Leistungserbringern an das Leistungsergebnis beinhalten. Derartige Konzepte sind seit ca. 20 Jahren, vor allem im englischsprachigen Raum verbreitet - und hier insbesondere im hausärztlichen Bereich. Auch in Deutschland sind diverse P4P-Konzepte getestet worden.⁴² Nahezu ausschließlich handelt es sich um Programme mit mehr oder weniger umfänglichen P4P-Elementen, nicht jedoch um Programme, bei denen P4P das zentrale Gestaltungselement ist.

Wie erwähnt sind die Ausgestaltungsmöglichkeiten für P4P breit gefächert. Klassische P4P-Projekte verknüpfen, basierend auf bestehenden Indikatoren, einen Teil der Vergütung an die Erreichung von Qualitätszielen.

Sogenannte Target Payments sind hingegen Einzelleistungsvergütungen für bestimmte, mit Qualität assoziierte Leistungen, insbesondere Bereiche mit Unterversorgung (z. B. die Durchführung von Impfungen). Die Zahlung erfolgt abhängig von einer Mindestanzahl für diese Leistung. Pay-for-Competence-Ansätze zielen insbesondere auf die Belohnung der Erfüllung von Voraussetzungen (z. B. Fortbildungen, Erwerb von Qualifikationen). Speziell im EBM-Katalog sind viele Ziffern nur abrechenbar, wenn der Arzt entsprechende Zulassungsvoraussetzungen erfüllt. Non-Pay-for-Non-Performance-Ansätze setzen hingegen auf einen Malus beim Eintreten unerwünschter Ereignisse. Implizit enthält das G-DRG-System mehrere dieser Elemente (z. B. Fallzusammenlegungen bei Wiederaufnahme oder Höhervergütung für DRGs erst ab Erreichen der oberen Grenzverweildauer) (Veit et al. 2012).

⁴² P4Ps können in Deutschland unter anderem als Modellvorhaben gem. §§ 63 ff SGB V, über Strukturverträge, über die Hausarztzentrierte Versorgung, Selektivverträge oder die Integrierte Versorgung gem. §§ 140 ff SGB V vertraglich gestaltet werden.

Erste Projekte für die Implementierung klassischer P4P-Ansätze finden in Deutschland außerhalb der vollstationären Regelversorgung bereits statt. So hat die AOK Hessen im Rahmen eines IV-Vertrages zur Versorgung von Schlaganfallpatienten die Vergütung der Leistungserbringer an die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren gekoppelt. Bei über dem Bundesdurchschnitt liegender Qualität⁴³ ist der einer Krankenkasse zu gewährende Rabatt relativ gering und steigt, falls die Qualität unter den Bundesdurchschnitt sinkt. Ein weiteres Beispiel für ein in Deutschland implementiertes P4P-Modellprojekt ist der IV-Vertrag „Kopfschmerz“ der TK, bei dem Komplexpauschalen mit Bonus-Malus-Regelung gekoppelt an die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit vorgesehen sind (Veit et al. 2012).

Für eine Etablierung von P4P im vollstationären Sektor ist z. B. ein System von zusätzlicher Vergütung für überdurchschnittliche Qualität und/oder Abzügen für unterdurchschnittliche Qualität denkbar. Ein solches Vergütungssystem könnte auf das bestehende DRG-System aufbauen (z. B. durch Anpassung des Basisfallwerts), müsste also nicht komplett neu entwickelt werden.

Ein gewichtiges medizinethisches Argument gegen Qualitätsabschläge (Malus) für schlechte Qualität ist jedoch, dass ein Qualitätsmindeststandard im Sinne der Versicherten nicht unterschritten werden sollte. Für schlechte Qualität sollte nicht weniger gezahlt werden, sondern keine Leistung erbracht werden dürfen. Über diesem Mindestniveau dürfte es methodisch-statistisch und juristisch schwierig werden, solide Begründungen für finanzielle Abschläge zu finden.

Trotz vieler unterschiedlicher Ansätze muss außerdem festgehalten werden, dass bisher keine nennenswerten Erfolge von P4P beobachtet werden konnten; auch nicht bei Programmen mit zentralerem Charakter des P4P-Anreizes im Programm (vgl. Veit et al. 2012 und Ausführungen zur Hospital Quality Incentive Demonstration in Abschnitt 3.3.1).⁴⁴ Veit et al. (2012) kommen hier zu dem Fazit „Der Mangel an Evidenz überrascht umso mehr, als die alltägliche Erfahrung dafür spricht, dass finanzielle Anreize sehr mächtige Steuerungswirkungen entfalten können (...)“ (vgl. Veit et al. 2012, S. B 43).

⁴³ Gemessen wird die Qualität u. a. mit folgenden Indikatoren: 30-Tage-Sterblichkeit, stationäre Wiederaufnahmen innerhalb des ersten Jahres (Veit et al. 2012).

⁴⁴ Hierbei ist jedoch anzumerken, dass international viele Gesundheitsprogramme nur unzureichend evaluiert werden und daher eventuelle Erfolge auch nicht belegbar sind.

7.1.2 Sicherstellungsauftrag

Eine mögliche Option ist die teilweise Aufhebung der Kontrahierungspflicht der Krankenkassen gegenüber den Krankenhäusern mit dem Ziel, dadurch ein Mindestlevel von Qualität gewährleisten zu können.⁴⁵ In einem solchen Ansatz kann der Sicherstellungsauftrag weiter bei den Ländern verbleiben, die Krankenkassen wären jedoch nicht mehr dazu verpflichtet, Versorgungsverträge mit allen stationären Leistungserbringern des Krankenhausplans abzuschließen. Vielmehr könnten die gesetzlichen Krankenkassen einheitlich ausgewählte Leistungserbringer kontrahieren, wobei Versorgungsverträge nur mit qualitativ ausreichend hochwertigen Anbietern geschlossen würden. In diesem Szenario ist bei Beibehaltung einer dualen Finanzierung davon auszugehen, dass die Länder ihre Investitionen in relevantem Umfang umschichten müssten.

Im Umkehrschluss wäre es daher denkbar, den Sicherstellungsauftrag vollständig den Krankenkassen zu übertragen. In diesem Szenario wären die Krankenkassen dazu gezwungen, alle Einrichtungen zu finanzieren, die für eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung notwendig sind. Ein mit einer solchen Lösung verbundener Nachteil wären allerdings hohe zu erwartende Systemumstellungs- und Transaktionskosten, da die Krankenkassen die notwendigen Strukturen, Ressourcen und Fähigkeiten erst aufbauen müssten.

7.1.3 Public Reporting als „an den Pranger stellen“

Eine weitere denkbare Intervention zur Steuerung auf Basis von Qualitätsdaten stellt Public Reporting in Form eines „an den Pranger stellen“ dar (vgl. z. B. den Ansatz von Tilsynslisten in Dänemark in Kapitel 3.2.3). Im Rahmen einer solchen Maßnahme würden die Namen von Einrichtungen, die nachweislich schlechte Qualität erbringen, veröffentlicht und es würde eine Warnung ausgesprochen. Diese plakative Veröffentlichung könnte z. B. in Form einer Webseite erfolgen. Auf diese Weise würden Patienten dazu angehalten, die entsprechenden Einrichtungen zu meiden.

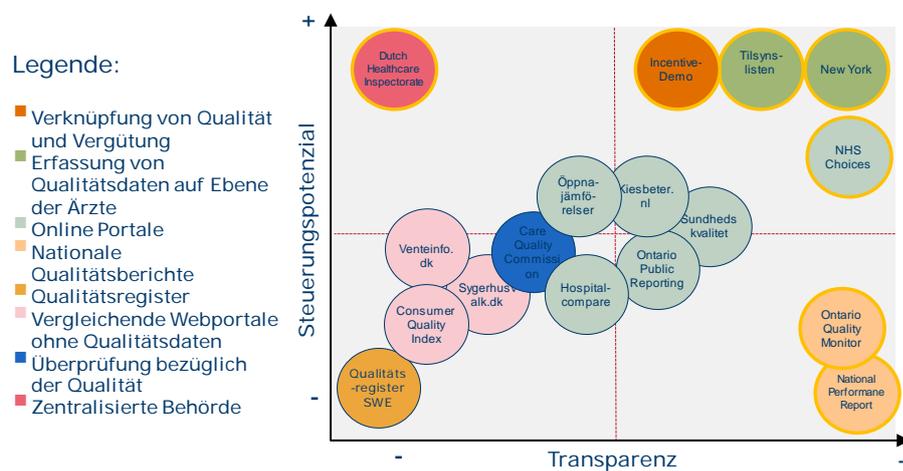
Es stellt sich aber die Frage nach der Zielgerichtetheit einer solchen Maßnahme. So könnte eine leistungsspezifische Warnung vor einzelnen Leistungserbringern unreflektiert durch die Bevölkerung aufgenommen werden und zu einer pauschalen Bewertung des gesamten Krankenhauses führen. Darüber hinaus ist eine Warnung vor Leistungserbringern gegenüber einem Leistungsausschluss offensichtlich nur die zweitbeste Möglichkeit.

⁴⁵ Zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Regionen wird eine Kontrahierungspflicht für diese Versorgungssichersteller weiter gegeben sein müssen.

7.2 Methodik zur Auswahl der internationalen Beispiele

Die Bestimmung der internationalen Beispiele, die in diesem Bericht eingehend behandelt werden, erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. Im ersten Schritt wurde eine Longlist von Beispielen erstellt, die eine kurze Beschreibung jedes Beispiels beinhaltet (vgl. Abschnitt 3). Diese Beispiele wurden dann bezüglich der Kriterien **Transparenz** und **Steuerungspotenzial** bewertet und in eine Matrix eingetragen (vgl. Abbildung 22). Die sieben bestmöglichen Kombinationen aus Transparenz und Steuerungspotenzial (gelbe Umrandungen) wurden für eine ausführliche Beschreibung im Bericht ausgewählt.

Abbildung 22: Bewertung der Longlist-Beispiele



Quelle: IGES

Longlist der internationalen Beispiele

Online Portale (1/2):

Projekt	NHS Choices	Kiesbeter.nl	Hospital Compare	Öppna jämförelser
Beschreibung	Präsentation der Messergebnisse von Indikatorensets aller Krankenhäuser im NHS	Präsentation der Messergebnisse von Indikatoren aller Krankenhäuser in NL	Messergebnisse von Indikatorensets für Krankenhäuser in den USA	Qualitätsbericht der öffentlichen Daseinsvorsorge
Zielgruppe	Patienten	Patienten	Patienten	Bürger
Transparenz	++	++	++	++
Steuerungsansatz	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung
Besonderheiten	Mitarbeiter können eigene Einrichtung bewerten	Das Angebot wird durch eine Telefonhotline ergänzt	Die Website beinhaltet einen eigenen Bereich für bildgebende Verfahren	Vergleich unterschiedlicher Bereiche (z. B. Feuerwehr, Notfallrettung)
Bewertung	Sehr hohe Besuchszahlen, benutzerfreundlich	Sehr benutzerfreundlich	Sehr spezifisch auf die USA zugeschnitten	Innovativ, Betrachtung des gesamten öffentlichen Dienstes
Übertragbarkeit	Ohne Weiteres möglich	Ohne Weiteres möglich	Ohne Weiteres möglich	So nicht möglich
Webseite	www.nhs.uk	www.kiesbeter.nl	http://www.medicare.gov/hospitalcompare	http://www.skl.se/vi_arbetar_med/oppnajokfor_elsler

Online Portale (2/2):

Projekt	Sundhedskvalitet.dk	Public Reporting Ontario	Whynotthebest.org
Beschreibung	Präsentation von Messergebnissen von Indikatorensets aller Krankenhäuser in Dänemark	Präsentation von Patientensicherheitsindikatoren für alle Krankenhäuser in Ontario	Messung von Patientenzufriedenheit, keine objektiven Kriterien
Zielgruppe	Patienten	Patienten	Einrichtungen selbst, Experten
Transparenz	++	++	++
Steuerungsansatz	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung	Verbesserung durch Feedback
Besonderheiten	Videoclips erläutern die genaue Funktionsweise der Webseite	Keine	Laufend neue Updates
Bewertung	Umfassend und benutzerfreundlich	Umfassend und benutzerfreundlich	Ähneln methodisch dem Strukturierten Dialog
Übertragbarkeit	Ohne Weiteres möglich	Ohne Weiteres möglich	Ohne Weiteres möglich
Webseite	www.Sundhedskvalitet.dk	http://www.hqontario.ca/public-reporting	www.whynotthebest.org

Online Portale ohne Qualitätsdaten:

Projekt	Sygehusvalg.dk	Venteinfo.dk	Consumer Quality Index
Beschreibung	Liste aller Krankenhäuser Dänemarks und ihrer Behandlungsangebote	Webseite, die Informationen zu Wartezeiten auf elektive Eingriffe für einzelne Krankenhäuser veröffentlicht	Messung von Patientenzufriedenheit, keine objektiven Kriterien
Zielgruppe	Patienten	Patienten	Patienten
Transparenz	--	0	0
Steuerungsansatz	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung
Besonderheiten	Die Webseite klärt Patienten über ihre Rechte im Rahmen der Krankenhauswahl auf	Es werden nur Richtwerte publiziert. Die genaue Wartezeit ist bei den einweisenden Ärzten zu erfragen	Das System wird auch verwendet, um die Patientenzufriedenheit mit Krankenversicherern zu messen
Bewertung	Keine Qualitätstransparenz, Projekt spezifisch auf Dänemark zugeschnitten	Wenig relevantes Problem in Deutschland	System, das die Patientenerfahrung in den Mittelpunkt stellt, ohne objektive Kriterien zu erfassen
Übertragbarkeit	Ohne Weiteres möglich	Ja, nach Schaffung der entsprechenden Strukturen	Theoretisch übertragbar

Nationale Qualitätsberichte:

Projekt	Dutch Healthcare Performance Report	Qualitätsbericht Ontario
Beschreibung	Bewertung des niederländischen Gesundheitssystems anhand der Kriterien: Kosten, Zugang, Qualität	Staatlicher Qualitätsbericht der eine kritische Reflexion zum eigenen Gesundheitssystem bietet
Zielgruppe	gesamte Bevölkerung	gesamte Bevölkerung
Transparenz	++	++
Steuerungsansatz	Kein Instrument zur Steuerung	Kein Instrument zur Steuerung
Besonderheiten	Offener und kritischer Umgang mit dem eigenen Gesundheitssystem	Offener und kritischer Umgang mit dem eigenen Gesundheitssystem
Bewertung	Sehr interessanter Ansatz, der für einen anderen Umgang mit Qualität im Gesundheitswesen steht	Sehr gutes Beispiel für einen kritischen, aber sachlichen Umgang mit der Qualität eines Gesundheitssystems
Übertragbarkeit	Ohne Weiteres möglich	Ohne Weiteres möglich

Nationale Qualitätsregister

Projekt	Nationale Qualitätsregister in Schweden
Beschreibung	Nationales Qualitätsverfahren analog zu Deutschland, zurzeit für 70 Indikationen. Die Daten sind auf Ebene der Einrichtung, bzw. auf Stationsebene aufbereitet.
Zielgruppe	Versorgungsforscher, Kliniker, Regulierer
Transparenz	-
Steuerungsansatz	Qualitätsverbesserung durch Feedback
Besonderheiten	Die ersten Qualitätsregister wurden Anfang der 1990er eingerichtet und bietet daher eine sehr umfangreiche Datenlage
Bewertung	Das System setzt auf intrinsische Motivation der Leistungserbringer. Daher ähnelt das Konzept dem Strukturierten Dialog.
Übertragbarkeit	In ähnlicher Form bereits vorhanden

Verknüpfung von Qualität und Vergütung

Projekt	Hospital Quality Incentive Demonstration
Beschreibung	Zuweisung von Zuschlägen oder Abschlägen zur Vergütungssumme eines Krankenhauses anhand gemessener Qualität
Zielgruppe	Stationäre Einrichtungen mit Medicare-Patienten
Transparenz	+
Steuerungsansatz	Verbindung von Qualität und Vergütung
Besonderheiten	Aufwandsneutral, daher Umverteilung finanzieller Mittel von schlechten zu guten Leistungserbringern
Bewertung	Best-Practice Beispiel zur Verknüpfung von Qualität und Vergütung
Übertragbarkeit	Regulative Neuordnung notwendig

Veröffentlichung von Qualitätsdaten auf Ebene einzelner Ärzte

Projekt	New York State Cardiac Reporting System	Tilsynslisten
Beschreibung	Veröffentlichung der gemessenen Ergebnisqualität auf Ebene von Ärzten und Krankenhäusern	Dänische Webseite, die Ärzte auflistet, gegen die ein schwerer Verdacht des Fehlverhaltens vorliegt oder denen bereits Fehlverhalten nachgewiesen wurde
Zielgruppe	Patienten	Patienten
Transparenz	++	++
Steuerungsansatz	Informationsbereitstellung	Informationsbereitstellung
Besonderheiten	Identifikation guter und schlechter Ärzte möglich	Identifikation schlechter Ärzte möglich
Bewertung	Sehr innovativ und transparent	Sehr innovativ und transparent
Übertragbarkeit	Aus rechtlichen Gründen nach Deutschland so nicht übertragbar	Aus rechtlichen Gründen nach Deutschland so nicht übertragbar

Überprüfungen bezüglich der Qualität

Projekt	Jährliche Bewertung durch die Care Quality Commission (CQC)
Beschreibung	Umfassendes Audit (deutlich über § 137 SGB V hinausgehend). Alle NHS-Trusts müssen sich einmal pro Jahr einer Bewertung durch die Care Quality Commission (CQC) stellen. Dabei wird überprüft, ob die Trusts Mindeststandards erfüllen, einen Beitrag zur Erfüllung der nationalen Gesundheitsziele leisten und selbst definierte Zielvorgaben erreichen.
Zielgruppe	Regulierer
Transparenz	+
Steuerungsansatz	Überprüfung
Besonderheiten	Die der Prüfung zugrunde liegenden Datensätze werden von den Trusts selbst aufbereitet
Bewertung	Die Überprüfung selbstgesteckter Ziele stellt einen interessanten Ansatz dar und bietet den Trusts die Möglichkeit der intrinsisch motivierten Qualitätsverbesserung
Übertragbarkeit	Ohne Weiteres möglich

Literaturverzeichnis

Agency for Healthcare Research and Quality (2011) Public Reporting as a Quality Improvement Strategy: A Systematic Review of the Multiple Pathways Public Reporting May Influence Quality of Health Care. <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/index.cfm/search-for-guides-reviews-and-reports/?productid=763&pageaction=displayproduct#3438>. Abgerufen am 11.06.2013.

AOK Bundesverband, FEISA, Helios Kliniken und Wido (2007) Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht. Bonn: Wido.

Ärzte Zeitung (2012) Zitronensaftskandal: Ex-Chefarzt bleibt in Haft. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/articled/809661/zitronensaft-skandal-ex-chefarzt-bleibt-haft.html. Abgerufen am 03.07.2013.

AQUA-Institut (2012) Qualitätsreport 2011. Göttingen: Aqua-Institut.

AQUA-Institut (2013) Bundesauswertung 2012. <https://www.sqg.de/ergebnisse/leistungsbereiche/index.html>. Abgerufen am 01.11.2013.

Berwick DM., Brent J., Joel JM. (2003) Connections between Quality Measurement and Improvement. *Medical Care* 41(1): 30-38.

Burack JH., Impellizzeri P., Homel P. und Cunningham JN. (1999) Public Reporting of Surgical Mortality: A survey of New York State cardiothoracic surgeons. *The Annals of Thoracic Surgery* 68(4): 1195-2000.

Cacace M., Ettelt S., Brereton L., Pedersen J. und Nolte E. (2011) How health systems make available information of service providers. Cambridge: Rand Europe.

CDU (2013) Regierungsprogramm 2013-2017. http://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/cdu_regierungsprogramm_2013-2017.pdf. Abgerufen am 28.06.2013.

Chassin MR. (2002) Achieving And Sustaining Improved Quality: Lessons From New York State And Cardiac Surgery. *Health Affairs* 21(4): 40-51.

Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2012) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie - Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. http://www.dsginfo.de/images/stories/DSG/PDF/Leitlinien/LL_22_2012_akuttherapie_des_ischaemischen_schlaganfalls.pdf. Abgerufen am 03.07.2012.

Die Grünen (2013) Bundestagswahlprogramm 2013. http://www.gruene.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Gruenes-Bundestagswahlprogramm-2013.pdf. Abgerufen am 27.06.01.

Die Linke (2013) Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2013. <http://www.dielinke.de/fileadmin/download/wahlen2013/bundestagswahlprogramm/bundestagswahlprogramm2013.pdf>. Abgerufen am 03.07.2013.

FDP (2013) Bürgerprogramm zur Bundestagswahl 2013. http://www.fdp.de/files/565/BuVo_130318_Entwurf_B_rgerprogramm_2013.pdf. Abgerufen am 28.06.2013.

Fürstenberg T., Laschat M., Zich K., Klein S., Gierling P., Nolting HD. und Schmidt T. (2013) G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft.

G-BA (2012) Struktur- Prozess und Ergebnisqualität. <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/ergebnisqualitaet/>. Abgerufen am 01.08.2013.

Geraedts M. (2006) Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versicherungssicht. In: Böcken J., Braun B., Amhof R. und Schnee M. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S. 154-170.

GKV-Spitzenverband (2013) Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung - Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode. http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraech/2013_1/20130701_pk_zukunftmodell_gkv/pressemappe_130701/07_13-06-27_Positionspapier_GKV-Spitzenverband.pdf. Abgerufen am 02.07.2013.

Glickman SW., Ou FS., DeLong ER., Roe MT., Lytle BL., Mulgund J., Rumsfeld JS., Gibler WB., Ohman EM., Schulman KA. und Peterson ED. (2007) Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA* 297 (21): 2373-2380.

Hannan El., Kilburn H., Racz M., Shields E. und Chassin MR. (1994) Improving the outcomes of coronary artery bypass surgery in New York State. *JAMA* 271(10): 761-766.

Hannan El., Cozzens K., King SB., Walford G. und Shah NR. (2012) The New York State Cardiac Registries. *Journal of the American College of Cardiology* 59(25): 2309-2316.

Health Care Inspectorate (HCI) (2014) Phased Supervision. http://www.igz.nl/english/_phased_supervision. Abgerufen am 28.06.2013.

Health Quality (2012) Ontario Quality Monitor 2012. <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2012-en.pdf>. Abgerufen am 10.06.2013.

Heller G. (2011) Ermittlung der klinikspezifischen Ergebnisqualität der Behandlung von Früh- und Neugeborenen mit sehr niedrigem Geburtsgewicht (VLBW) auf der Basis von Routinedaten. In: Klauber J., Geraedts M., Friedrich J. und Wasem J. (Hrsg.). Krankenhausreport 2011. Schwerpunkt: Qualität und Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer GmbH.

IQWiG (2012) Literaturrecherche und Evidenzprüfung zur Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus. IQWiG-Berichte – Nr. 132.

Jha A. und Epstein AM. (2006) The predictive accuracy of the New York State coronary artery bypass surgery report-card system. *Health Affairs* 25(39): 844–855.

Klauber J., Geraedts M., Friedrich J., Wasem J. (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer GmbH; 2012.

Kessner D., Kalk C. und Singer J. (1973) Assessing health quality – the case for racers. *New England Journal of Medicine* 288(4): 189–194.

Lauerer M., Emmert M. und Schöffski O. (2013) Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich - Ein systematischer Review. *Das Gesundheitswesen*.

Lindenauer PK., Remus D., Roman S., Rothberg MD., Benjamin EM., Ma A. und Bratzler DW., (2007) Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement. *New England Journal of Medicine* 356(5): 486-496.

Loos S., Deckenbach B., Albrecht M., Sander M., Plate A., Stöppler C., Schliwen A. und Schwalbe B. (2012) Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung – Gutachten im Auftrag des Strategiezentriums Gesundheit Nordrhein-Westfalen. Berlin: IGES.

Lorenz W. (1999) Leitlinien für Diagnostik und Therapie. AWMF online. http://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/Publikationen/rb1.pdf. Abgerufen am 28.06.2013.

Mukamel DB. und Mushlin AL. (1998) Quality of care information makes a difference: an analysis of market share and price changes after publica-

tion of the New York Cardiac Surgery Mortality Reports. *Medical Care* 36: 945-954.

National Institute for Public Health and the Environment (2010) Dutch Health Care Performance Report. Unter: http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf. Abgerufen am 28.06.2013.

Nelson L. (2012) Lessons from Medicare's Demonstration Projects on Value-Based Payment. Working Paper Series Congressional Budget Office Washington, D.C Nr. 2012-02.

New York State Department of Health (2012) Percutaneous Coronary Interventions (PCI) in New York State 2008-2010. http://www.health.ny.gov/statistics/diseases/cardiovascular/docs/pci_2008-2010.pdf. Abgerufen am 13.06.2013.

NHS Choice Blog (2013) <https://blogs.nhs.uk/choices-blog/2013/05/14/weekly-website-report-week-18>. Abgerufen am 13.06.2013. Abgerufen am 13.06.2013.

OECD (2012) Health at a Glance 2012: Europe. Paris: OECD Publishing.

OECD (2013) Managing Hospital Volumes – Germany and Experiences from OECD Countries. Paris: OECD Publishing.

Ryan AM.(2009) Effects of the Premier Hospital Quality Incentive Demonstration on Medicare patient mortality and cost. *Health Service Research* 44 (3): 821-842.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007) Kooperation und Verantwortung. Bonn: SVR. http://www.svrgesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf. Abgerufen am 28.06.2013.

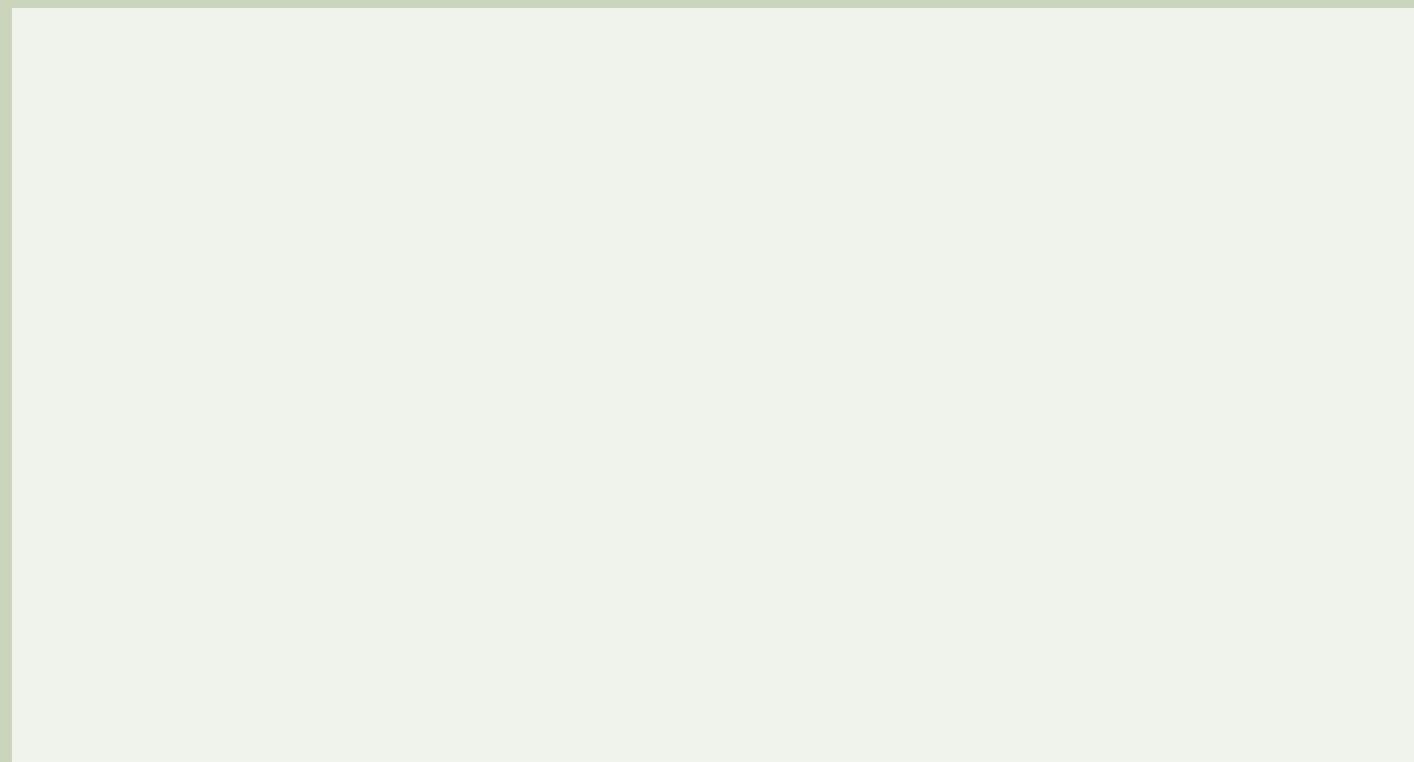
Schäfer W., Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Westert G. Devillé W. und van Ginneken E. (2010) The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(1):1–229.

SPD (2013) Regierungsprogramm 2013-2017. http://www.spd.de/linkableblob/96686/data/20130415_regierungsprogramm_2013_2017.pdf. Abgerufen 27.06.01.

Trueman B., Wong MHF., Zhang XJ. (2000) The Eyeballs have it: Searching for the Value in Internet Stocks. Berkely: University of California.

Veit CH., Hertle D., Bungard S., Trümner A., Ganske V., Meyer-Hofmann B. (2013) Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Düsseldorf: BQS Institut.

Wille E. (2013) Krankenhausplanung im Saarland – Kurzgutachten im Auftrag des Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien des Saarlandes.



IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.com