

4 Instrumente – Allgemeines

4.1 Qualität als Spiegel der Vergütungssystematik

Qualität und Patientensicherheit sind keine isolierten Begriffe, sondern werden immer auf dem Hintergrund der spezifischen Eigenschaften des jeweiligen Gesundheitssystems diskutiert, dessen Grundstruktur und vor allem dessen zentrale Vergütungssystematik sich in den jeweiligen Qualitätsproblemen widerspiegeln. Historisch durchlaufen die Gesundheitssysteme entwickelter Länder drei Phasen, von der Kostendeckung über die (meist sektorale) Kostendämpfung zur Effizienz (*value of care*) (s. Abb. 28).

- In der Phase der **Kostendeckung** gibt es kaum eigenständige Konzepte der Qualitätsverbesserung, abgesehen von einigen professionell orientierten Projekten wie der Perinatalerhebung in Deutschland. Eine Qualitätstransparenz existiert nicht, alle Krankheitsverläufe werden ungeachtet der Komplikationen finanziert.
- Die stark steigenden Kosten führen zur Phase der **Kostendämpfung**, die meist sektoral strukturiert wird (Gesundheitsstrukturgesetz 1993) Um die sektorale Transparenz der Leistungserbringung zu verbessern und Effizienzpotenziale auf sektoraler Ebene zu identifizieren, werden erste Schritte in Richtung Fallpauschalierung gemacht (in Deutschland Einführung der Sonderentgelte und Fallpauschalen 1993 für einen kleinen Teil der operativen Krankenhausleistungen). In diesen Bereichen

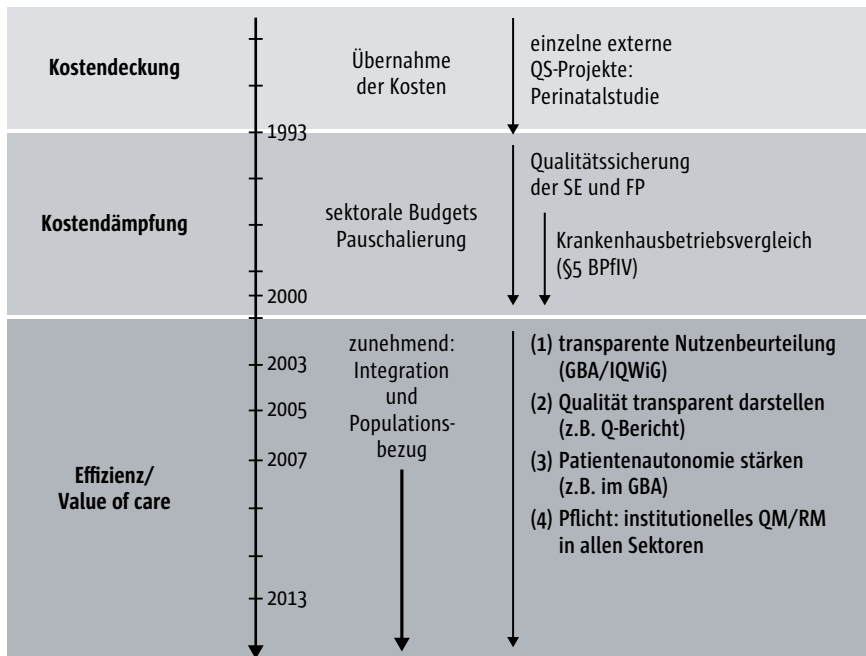


Abb. 28 Die drei Entwicklungsphasen eines Gesundheitssystems mit den entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen am Beispiel der Bundesrepublik Deutschland

wird eine Qualitätssicherung eingeführt, die in Deutschland auf Länderebene organisiert war. Diese Qualitätssicherung ist defensiver Natur und hat keine Vergütungsrelevanz.

- In der dritten Phase der **Effizienz** bzw. *value of care* wird der Versuch unternommen, neben der Leistungsmenge die Qualität der Leistungserbringung zum Gegenstand der Vergütung zu machen. Gleichzeitig stößt die sektoral organisierte Pauschalierung an ihre Grenzen, weil der Mengenanreiz nicht zu bewältigen ist; eine Integration der Leistungserbringung mit transsektoraler und später populationsbezogener Vergütung wird unumgänglich. Aufgrund der besseren Transparenz von Leistungsmengen und Verfügbarkeit von zuzuordnenden Qualitätsdaten wird der allgemeine Druck auf die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten in der Vergütung (zusätzlich zu den Leistungsmengen) immer stärker. Die Qualitätsthematik wird von einem defensiven Instrument der Vermeidung unerwünschter Wirkung einer Kostendämpfungs politik mit sektoraler Organisation zu einem aktiven Gestaltungselement der weiteren Entwicklung. Es sind vier Ansatzpunkte zu unterscheiden:
 - die Beurteilung des **Nutzens** von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden wird unter Anwendung von Instrumenten wie *Evidence-Based Medicine* und *Health Technology Assessment* transparent gestaltet (z.B. Gemeinsamer Bundesausschuss);

- Qualitätsinformationen werden **transparent** gemacht (Qualitätsbericht, Diskussion expliziter Qualitätsindikatoren wie Mindestmengen etc.);
- die (partiellen) Kundeneigenschaften (**Selbstbestimmung**) der Patienten werden gestärkt (Empfehlungen an Patienten und Bonuszahlungen werden gestattet, Patientenvertreter in den Gremien gestärkt);
- ein **institutionelles Qualitätsmanagement** wird in allen Bereichen verpflichtend.

Die sektorale Perspektive verliert nicht nur bezüglich der Mengenkomponte der Leistungen an Tragfähigkeit (die Fälle sind nicht ohne Ende steigerbar, Berichte über angebotsgetriebene Behandlungen nehmen zu), sondern auch bezüglich der Qualitätskomponente, denn kein Sektor kann die Verantwortung für die Qualität der Behandlung mehr allein übernehmen, nur noch die integrierte Perspektive ist sinnvoll.

In dieser Phase, in der das **deutsche Gesundheitssystem** sich gerade befindet, gerät die Gesundheitspolitik unter enormen Zugzwang, insbesondere bezüglich der weiteren Entwicklung von Qualität und Patientensicherheit. Einerseits sind Öffentlichkeit und Medien immer stärker daran interessiert, praktisch sichtbare Erfolge hinsichtlich der Qualitäts- und Sicherheitsmängel zu sehen, andererseits kommen Qualitätssicherung und die Entwicklung von entsprechenden Indikatoren der Tendenz zur höhergradigeren Integration des Systems kaum nach. Schon der Begriff „transsektorale Qualitätssicherung“ im deutschen Sozialgesetzbuch V zeigt die fortbestehende sektorale Perspektive deutlich auf, wo es eigentlich „integrierte“, regionale oder populationsbezogene Qualität heißen müsste. Hinzu kommt der Umstand, dass Verbünde von Leistungserbringern – sobald sie die Populationspauschalen und evtl. sogar die Versicherungsleistung übernehmen – Qualitätsdaten nur noch zur internen Steuerung verwenden werden und sehr nachhaltig zur Veröffentlichung dieser Daten nach außen veranlasst werden müssen.

Zusammenfassung:

Moderne Gesundheitssysteme weisen nach Kostendeckung und Kostendämpfung im Übergang zur Phase des *value of care* meist noch eine pauschalisierte Vergütung und starke Sektorierung auf. Die sektorale Optimierung führt zu einer nicht kontrollierbaren Mengensteigerung und Indikationsausweitung; eine Qualitätsverbesserung tritt, wenn überhaupt, nur mit sektoraler Perspektive in Erscheinung. Gleichzeitig führt die Verfügbarkeit von Qualitäts- und Abrechnungsdaten zum öffentlichen Ruf nach einer besseren Transparenz bezüglich der Qualität der Versorgung und zu nachvollziehbaren Verbesserungen, die aber unter diesen sektoralen Bedingungen nicht zu bewerkstelligen sind. Eine glaubwürdige Qualitätspolitik muss also in erster Linie eine Perspektive zu fortschreitenden Integration des Versorgungssystems aufweisen und kann nicht

darauf setzen, dass eine Qualitätsverbesserung mit sektoralem Horizont mehr als eine passagere Zwischenlösung ist. Qualitätsverbesserung auf nationaler Ebene bedarf einer Perspektive zur Aufhebung der sektoralen Gliederung, eine „Qualitätspolitik“ kann diese Perspektive nicht ersetzen.

4.2 Qualität als Planungsinstrument in der Gesundheitsversorgung

Die **Krankenhausplanung** in Deutschland befindet sich im **Umbruch**. Im Gegensatz zur Krankenhausfinanzierung befindet sich die Planung einschließlich der Investitionen in der Hand der Bundesländer, die im unterschiedlichen Maße auf die Anreize des DRG-Systems reagieren und zunehmend statt der Planung von Krankenhausbetten die Planung von Fällen in den Mittelpunkt stellen. Dieser Umbruch ist durchaus sinnvoll, gibt er doch die Möglichkeit, die Krankenhausplanung stärker an dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung bzw. Patienten auszurichten.

Vermehrt werden im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung derzeit **Qualitätsparameter** diskutiert. Im Koalitionsvertrag der Großen Koalition in Berlin vom 23.11.2013 findet sich dazu der Satz „Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHC).“ Der Krankenhausplan 2015 von Nordrhein-Westfalen formuliert neben Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Erreichbarkeit und Trägervielfalt unter „besondere Ziele“ das Kriterium „Versorgungsqualität“ und bezieht sich dabei auf die Strukturqualität (z.B. Facharztstandard) sowie Leitlinien der Fachgesellschaften (z.B. Schlaganfall-, kardiologische und Traumaversorgung).

Auf den ersten Blick ist die Absicht, Qualitätsparameter in die Krankenhausplanung einzuführen, begrüßenswert, erscheint dieser Zugang doch sehr viel sinnvoller als die statische Planung von Fachabteilungsbetten oder von Fällen ohne jedwede Differenzierung. Allerdings ist doch erhebliche Skepsis angebracht, denn zuallererst ist ja die Frage zu klären, ob die Thematik „qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ überhaupt sinnvoll gewählt ist – oder muss angesichts des Versorgungsbedarfs zwangsläufig eine „qualitätsorientierte Versorgungsplanung“ angegangen werden, die nicht mehr nur den stationären Sektor, sondern das ganze Versorgungsgeschehen einer Region in den Blick nimmt.

Die zu dem Punkt „**Krankenhaus- versus Versorgungsplanung**“ notwendigen Überlegungen sind von besonderer Wichtigkeit, steht dahinter doch die Frage, ob die sektorbezogene Betrachtungsweise überhaupt noch sinnvoll ist und mit Qualitätsparametern eine Verbesserung der Planung unter sektoraler Perspektive möglich ist. Wäre dies nicht der Fall, würde ähnlich wie bei einer mangelhaften Umsetzung von *Pay for Performance* (s. Kap. 6) das Thema Qualität „verbraucht“ und für weitere Initiativen entwertet, mit unabsehbarem Schaden.

Die wichtigsten Anreize des derzeitigen Vergütungssystems im Krankenhausbereich, dem DRG-System, gelten einer sektoralen Optimierung. Zwar ist der stationäre Bereich z.B. bei der Verkürzung der Verweildauer auf die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren (ambulante Versorgung, Pflegeeinrichtungen) angewiesen, grundsätzlich muss der stationäre Sektor jedoch durch Mengenausweitung reagieren, insbesondere auch um die hohe Zahl von Krankenhausbetten, die in Deutschland im Vergleich zum Ausland bestehen, zu erhalten (zu den Daten s. Kap. 9.2). Das **DRG-System** ist zudem auf prozedural betonte Leistungen ausgerichtet, in erster Linie also auf die operative Akutmedizin. Das Krankheitsspektrum und die Versorgungsstrukturen, die in Zukunft im Rahmen der Versorgung einer alternden Bevölkerung benötigt werden (Kooperation mit maximaler Integration der Versorgung, chronische Mehrfacherkrankungen mit konservativem Schwerpunkt, Begleitung statt eingriffsbezogene Versorgung), stehen bislang im Abseits.

In dieser Situation erscheint die Option, mit Qualitätsparametern unter sektoraler Perspektive die negativen Anreize des Vergütungssystems zu neutralisieren, kaum gangbar. Es bestände sogar die Gefahr, mit Qualitätsparametern den jetzigen Zustand zu zementieren. Würde man z.B. Vorgaben für die Strukturqualität machen, könnte es sein, dass Häuser diese erfüllen (z.B. durch Investitionen i.R. einer Privatisierung) und eine eigentlich notwendige Zentralisierung auf lange Sicht ausbleibt. Es kann also nur der Weg bleiben, Qualitätsparameter in die Planung einzuführen, die die nächsten Integrationschritte und damit die Entwicklung regionaler Versorgungskonzepte befördern. Eine solche Entwicklung ist jedoch nur durch Zusammenwirken der Bundes- und Landesebene zu verwirklichen.

In der Krankenhaus- und Versorgungsplanung haben wir derzeit zwei gegenläufige Entwicklungen zu beobachten, die für eine Versorgungsplanung, die auch eine Krankenhausplanung einschließt, aktiviert werden müssen. Es handelt sich zum einen um **Zentralisierungstendenzen**, die durch Mindestmengen (soweit umgesetzt), einfache Skaleneffekte, Vorschriften zur Strukturqualität, Preiswettbewerb und ausbleibende Investitionen ausgelöst werden. Dagegen stehen – auf der anderen Seite – zunehmend Diskussionen um den **Zugang zur Versorgung** (zum Zugangsproblematik und -indikator s. Kap. 3.2.1). Beide Entwicklungen laufen gegenläufig, fast komplementär: umso mehr Nähe zur Versorgung (besserer geographischer Zugang), umso weniger Zentralisierung mit entsprechenden Qualitätsproblemen, und *vice versa* (s. Abb. 29).

Beide Tendenzen laufen für jedes Krankheitsbild differenziert ab, denn so wie die Zentralisierungsbestrebungen auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin anderen Gesetzen gehorchen als die der unfallchirurgischen Versorgung, so ist auch der Zugang zur Versorgung für die Unfallchirurgie eine andere Sache als die zur Transplantationsmedizin. Die Spannung zwischen diesen beiden Entwicklungen stellt die Grundlage für eine sinnvolle Krankenhauspla-

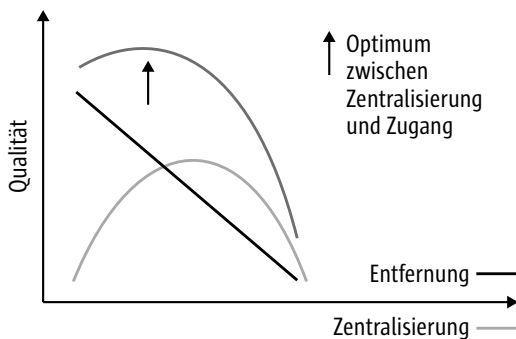


Abb. 29 Gegenläufige Bedeutung von Zugang und Zentralisierung, schematische Darstellung: Die Qualität der Versorgung nimmt mit zunehmender Entfernung ab, da der Zugang schlechter wird. Die Zentralisierung führt andererseits bis zu einem gewissen Punkt dazu, dass die Qualität besser wird (bei weiterer Zentralisierung nimmt die Qualität dann allerdings wieder ab). Es ergibt sich ein Punkt, an dem Zugangs- und Zentralisierungseffekte im Gleichgewicht stehen.

nung dar, nur leider ist die Seite der Zentralisierungstendenz durch die unvollständige Umsetzung des Mindestmengenindikators fast außer Kraft gesetzt, so dass der Strukturwandel keine Dynamik mehr zeigt (s. Kap. 3.2.3). Hinzu kommt der unglückliche Umstand, dass die beiden gegenläufigen Tendenzen sich einerseits in der Hand der Bundespolitik befinden (Mindestmengen), andererseits auf der Länderebene verortet sind (Krankenhausplan und Investitionen). Dabei brauchen beide Seiten einander dringend, denn aus Sicht der Bundespolitik ist die regionale Versorgung schon aus Gründen der Entfernung nicht umsetzbar, und aus Sicht der Länder ist es politisch sehr schwierig, Einschnitte in das „eigene“ Krankenhauswesen gegenüber der Öffentlichkeit durchzusetzen.

Der erste Schritt, um das Schiff wieder flott zu bekommen, ist also eine glaubwürdige und politisch/gesetzgeberisch gewollte Stärkung der Zentralisierungstendenzen durch **Aktivierung der Mindestmengen**. Da die Selbstverwaltung hier am Ende ihrer Handlungsmöglichkeiten angelangt ist und da bei untergesetzlicher Fortschreibung der Thematik weitere gerichtliche Blockaden wahrscheinlich sind (z.B. Problematik der Grenzwerte, s. Kap. 3.2.3), müssen gesetzliche Normierungen vorgenommen werden. Insbesondere ist dabei darauf Wert zu legen, dass die Mindestmengen ihre Steuerungswirkung auch tatsächlich entfalten können und es – anders zwei aktuelle Studien in Deutschland nahelegen (de Criuppé et al. 2014; Peschke et al. 2014) auch tatsächlich zu einer Zentralisierung kommt. Durch die damit in Gang gesetzte Dynamik ergeben sich für die Bundesländer Handlungsspielräume, ihrerseits

1. auf den Zuschnitt der Krankenhausversorgung „vor Ort“ Einfluss zu nehmen (wie weit soll oder kann die nächste unfallchirurgische Versorgung entfernt sein) und

2. die Umwandlung in integrierte Netzstrukturen zu befördern (Umwandlung von Krankenhäusern in Gesundheitszentren, kompensatorische Stärkung von Ärztehäusern bzw. *Medical Homes* (s. SVR-Gutachten 2009, Nr. 1138).

In der Folge müssen dann *area*-Indikatoren zur Verfügung stehen, die die von den in fortschreitender Integration befindlichen Partner vor Ort angebotene Versorgung beschreiben (s. Kap. 2.4.9).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Fragestellung „qualitätsorientierte Krankenhausplanung“ zumindest so lange die falsche Fährte darstellt, als dass der Spannungsbogen „Zentralisierung versus Zugang“ durch die weitgehende Blockade der Mindestmengenregelungen keine Dynamik mehr in sich trägt und die Aufgabenverteilung Mindestmengen/Bundespolitik und Zugang/Landespolitik nicht für die Fortentwicklung der Versorgungsstrukturen nutzbar gemacht werden kann. Wenn allerdings durch gesetzgeberische Initiativen die Mindestmengenthematik reaktiviert und damit die Zentralisierungstendenz gestärkt wird, ergeben sich für die regionale Planungskompetenzen der Länder wieder neue Optionen, die dann sowohl im Hinblick auf die Gestaltung der Krankenhausversorgung im engeren Sinne als auch in der Gestaltung der integrierten Versorgungssysteme (Versorgungsplanung) über den Zugangsindikator und die noch zu erarbeitenden *area*-Indikatoren zu wirklichen Fortschritten in der Versorgung vor Ort führen können.

4.3 Institutionelles Qualitäts- und Risikomanagement

Krankenhäuser sind seit der GKV 2000-Reform verpflichtet, ein **einrichtungsinternes Qualitätsmanagement** nach § 135a SGB V vorzuhalten, eine Anforderung, die mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 auf alle zugelassenen Leistungserbringer ausgedehnt wurde (gesetzliche Regelungen, s. Kap. 7.2 und 7.6). Die Anforderungen an das interne Qualitäts- und Risikomanagement sind in der „Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser (KQM-RL)“ des GBA zuletzt vom 23.1.2014 zusammenfassend dargestellt (GBA 2014A).

Ohne den Ausführungen zum *conceptual framework* (s. Kap. 9) vorgreifen zu wollen, sollen hier ausschnittsweise einige institutionelle Ansatzpunkte diskutiert werden, die die **organisatorische „Basis“** für die Umsetzung eines auf Systemebene angestoßenen Paradigmenwechsels von der Mengenorientierung zur Qualitätsorientierung darstellen. Es ist davon auszugehen, dass die mittlerweile große Zahl von Qualitätsmanagementbeauftragten und Patientensicherheitsexperten, die in den Institutionen des deutschen Gesundheitswesens tätig sind, eine große und breite Sachkenntnis zu dieser Thematik einschließlich der innerinstitutionellen Umsetzungsoptionen erlangt haben. Es hat sich hier eine gut vernetzte Gruppe von Spezialisten gebildet und es

finden regelmäßig Kongresse und Fortbildungen durch Fachgesellschaften statt, die den Meinungsaustausch gewährleisten. Eine politische Initiative, die sich des Themas Qualität und Sicherheit annimmt, ist gut beraten, diesen Sachverstand (sowie den Sachverstand in der Krankenhaushygiene und im *Infection Control*-Bereich, in der Arzneimittelversorgung, im Medizinproduktebereich, im Medizinischen Controlling etc.) wertzuschätzen und klug einzubeziehen, will man eine institutionelle Umsetzung erleichtern.

Dieser Aspekt ist deswegen so wichtig, weil die **institutionelle Akzeptanz** und Umsetzung vor großen Schwierigkeiten steht, die sich aus der Natur der Gesundheitseinrichtungen als Expertenorganisationen bzw. komplexe Systeme ergibt (s. Kap. 8.2 und 8.3). Beigeordneten Managementstrukturen wie dem Qualitätsmanagement (sog. *techno structure* nach Mintzberg [1979]) kommt im Gesundheitswesen grundsätzlich nur eine geringe Bedeutung zu, weil das Management im Vergleich zum *operating core* der Experten nur wenig ausgeprägt ist. Der Aufgabenbereich des Managements einer Gesundheitseinrichtung bezieht sich meist nur auf die Regelung der Budgetvorbereitung und -verhandlung, der internen Leistungsverrechnung (soweit vorhanden) und der Gewährleistung diverser supportiver Funktionen (Technik etc.), die Qualitäts- und Sicherheitsaspekte werden dagegen von den Abteilungsleitern (Chefärzte) in ihrer fachgebundenen Kompetenz nach innen und außen vertreten. Extern geäußerte Erwartungen an Qualität und Sicherheit werden von den Experten als managementlastig abgetan. Außerdem haben sowohl Expertenorganisationen als auch komplexe Systeme eine große Toleranz gegenüber Unsicherheit und Paradoxien (sog. „intrinsische Unsicherheit“, s. Kap. 8.3), sodass extern motivierte Diskussionen und Verbesserungsinitiativen (zunächst) abgelehnt werden. Insofern ist eine umfassende und authentische Ausrichtung einer Einrichtung auf operative und strategische Qualitätsziele nur selten zu beobachten (wobei es natürlich Ausnahmen gibt).

Das institutionelle Qualitäts- und Risikomanagement befindet sich daher in einer **mehrfachen Schwierigkeit**. Da es sich nur selten in einem umfassenden, strategisch ausgerichteten Gesamtziel des Unternehmens wiederfindet, ist es auch in den Führungsstrukturen schlecht repräsentiert, sondern wird vornehmlich zu punktuellen Projekten und als „Feuerwehr“ für ungünstige oder gar katastrophale Entwicklungen eingesetzt. In der Präambel der QM-RL (GBA 2014A) wird zwar das „Prinzip des Umfassenden Qualitätsmanagements“ betont (und die aufgeführten Elemente dieses Ansatzes reichen dann wirklich von Patientenorientierung über Führung, Wirtschaftlichkeit, Mitarbeiterorientierung bis zur Patientensicherheit), aber im § 1 Abs. 2 Satz 3 wird dann nur noch ausgeführt: „Prioritäres Ziel des Qualitätsmanagements ist die patientenorientierte Prozessoptimierung“, was nur einen kleinen Teil des zuvor genannten Anspruchs einlöst. Einzig die Einführung eines Risikomanagements ist wirklich verbindlich (§ 5. Abs. 1). Dem Qualitätsmanagement bleibt daher ein inhomogenes, zersplittertes Arbeitsfeld, so werden Teilbereiche zertifiziert, Mißstände behoben, aber eine Integration in die Führungsgremien



und eine verantwortliche Gestaltung des Leistungsgeschehens findet nicht statt. Aus diesem Blickwinkel stellt sich auch nicht die Frage, dass Qualität und Sicherheit integriertes Ziel der Gesamtheit der Mitarbeiter wird – mit der Konsequenz, dass ein institutionelles Qualitätsmanagement dann überflüssig werden würde, so wie es in der fertigenden Industrie teilweise der Fall ist.

Die **zweite Beschränkung** hängt eng damit zusammen und besteht darin, dass sich eine Einrichtung im Gesundheitswesen typischerweise nur auf externen Zwang hin dazu entschließt, sich in einer expliziten, also nachvollziehbaren und datengestützten Art und Weise mit dem Thema Qualität und Sicherheit auseinanderzusetzen. Als Konsequenz wird der Qualitätsbericht nach Fertigstellung möglichst rasch „weggeschickt“ (und spät ist es ja meist), selten werden die Daten im Inneren zur Diskussion des Leistungsgeschehens, der Mitarbeiterführung, der organisatorischen Struktur und des finanziellen Ergebnisses (denn Komplikationen kosten Geld) verwendet. Eine **Qualitätskultur**, die Qualität soweit in die Ziele, Werte und Normen der Organisation aufnimmt, dass eine ständige Beschäftigung mit Qualität als explizites Merkmal zur Tagesordnung gehört, ist in den meisten Fällen nicht vorhanden (die implizite Qualitätsorientierung ist hier nicht angesprochen). Hinzu kommt, dass das schwach ausgeprägte Management sich fachlich nur wenig mit den medizinisch pflegerischen Aspekten der Qualität auskennt und darin kein gesteigertes Interesse hat, so wie die medizinisch pflegerische Seite kein Verständnis für die betriebswirtschaftlichen Aspekte aufbringt, was zur Folge hat, dass mit Mühe zwar die erlösseitigen Führungsthemen kommuniziert und zu einer Strategie entwickelt werden können, Qualität intern aber nicht als Führungsthema authentisch entwickelt und vorgelebt wird. Eine Entwicklung der Organisation, je nach Verständnis ein Lernen der Organisation durch Qualität findet nicht statt, ablesbar auch daran, dass für die unterschiedlichen Bereiche, die mit Qualitätsfragen zu tun haben (einschließlich Hygiene, *Infection Control*, Apotheke etc.), kein organisatorisches Gesamtkonzept als Stabsstellen bzw. -abteilungen existiert. In vielen Häusern ist ein *Medical Director* in ernstzunehmender Funktion (hauptamtlich) gar nicht vorhanden, der diese Funktionen nach innen und außen vertreten könnte. Natürlich gibt es Anlässe, die das Thema vorübergehend in den Vordergrund bringen, z.B. wenn eine Zertifizierung der Gesamteinrichtung oder von Teilen der Einrichtung ansteht, oder wenn Neuverhandlungen mit der Haftpflichtversicherung anstehen (vgl. derzeitige Diskussion um die Haftpflichtversicherungskrise (s. Kap. 3.3.3.3). Es gibt auch ernstzunehmende professionelle Projekte wie CIRS, Peer Review Verfahren, professionell geführte *private disclosure* Verfahren zur Qualitätssicherung etc., die mit großem Engagement betrieben werden und auch fachbezogen große Auswirkungen haben (z.B. Perinatal- und Neonatalerhebung). Diese Versuche bleiben aber vereinzelt und helfen dem Defizit, dass die typische Gesundheitseinrichtung in Deutschland sich nicht als Ganzes an Qualität orientiert, nicht ab; im Normalfall steht immer die Mengenorientierung im Vordergrund.

Letztendlich liegt eine dritte Schwierigkeit dann, und das ist auf dem Hintergrund der vorangehenden Schilderung auch nicht verwunderlich, dass sich die Sichtweise zur Qualitätsfrage sowohl innerinstitutionell als auch auf der gesundheitspolitischen Ebene einer **sehr restringierten Qualitätsverständnisses** bedient. Wie in Kapitel 1.3 und 2.1 ausgeführt, beschränkt sich der Horizont auf die gesetzlichen Anforderungen des § 137a, die Anforderungen an das Risikomanagement (KQM-RL) und einige Instrumente wie Zertifizierung und CIRS, die Qualitätsperspektive des Nutzens oder der Angemessenheit (z.B. Fragen der Kongruenz mit den Bedürfnissen der Kommune etc.) werden jedoch aus dem Blickwinkel der Qualität von den Einrichtungen des Gesundheitswesens kaum aktiv angegangen. Hier wären Fragen zu diskutieren, die z.B. die Positionierung der Institution im Umfeld, und zwar nicht nur unter dem Erlösaspekt, sondern aus der Sicht der sinnvollen Einpassung in ein kommunales oder regionales Versorgungskonzept. Hier sind Kompetenzen nicht nur in Prozessorganisation und Controlling, sondern auch EBM, Leitlinien und *Health Technology Assessment* (HTA) notwendig.

In dieser Situation stellt sich nun die Frage der **weiteren Perspektive für das institutionelle Qualitäts- und Risikomanagement**. Zum einen muss man es durchaus als ein Erfolg werten, dass in den letzten knapp 15 Jahren ein verpflichtendes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in Deutschland entwickelt wurde, vor allem im Krankenhaus. Man konnte damit eine Institutionalisierung des Qualitäts- und Sicherheitsgedankens erreichen, zwar im kleinen Maßstab, aber durchaus nicht ohne Wirkung (vgl. z.B. Grebe 2014). Diese kurze Analyse lässt sich aber auch als ein Argument für die Einführung von qualitätsbezogenen Vergütungselementen (P4P) lesen, denn wenn von Qualitätsparametern Teile der Vergütung abhängen, setzt das u.U. Diskussion im Innenraum einer Institution in Gang. Es muss dann nämlich nicht nur über das interne Erlössplitting gesprochen werden, sondern über etwas was man ein „Qualitäts-Splitting“ nennen könnte: wer hat wieviel zur Qualität der Leistung beigetragen, wo liegen die Verantwortlichkeiten, wo sind die Kooperationsprobleme etc. Das wäre ein Weg, der möglicherweise auch ein *spill over* für andere qualitätsrelevante Bereiche aufweisen könnte.

Zusammenfassung:

Das in Deutschland seit 15 Jahren etablierte institutionelle Qualitäts- und Risikomanagement hat eine beachtliche Kompetenz hervorgebracht, wird aber nur wenig auf der strategischen Ebene angesprochen, da die Strategie von Einrichtungen im Gesundheitswesen allein mengen- und erlösorientiert ist. Möglicherweise kann durch die Einführung einer Form der qualitätsbezogenen Vergütung (P4P) über die dann notwendigen strategischen Diskussionen auf innerinstitutioneller Ebene dem Qualitätsgedanken insgesamt ein wichtiger Schub verliehen werden.

4.4 Qualitätswettbewerb

Für die zunehmende Bedeutung der Qualitätsaspekte in der Phase des *value of care* wird in Deutschland gelegentlich der Begriff „Qualitätswettbewerb“ verwendet (zusammenfassende Darstellung s. Schrappe 2011A). Die Qualität der Leistung steht zusammen mit der Leistungsmenge dem finanziellen Input gegenüber. Qualitätswettbewerb ist als Konzept zur Steigerung des Wertes (*value*) der Versorgung anzusehen (Kizer 2001) und postuliert eine Verbesserung der Versorgung auf Systemebene, wenn die Leistungsanbieter verstärkt über die Qualität ihrer Leistung konkurrieren (Wasem und Geraedts 2011). Patienten und Zuweiser informieren sich über Qualität und wählen den Leistungsanbieter nach diesen Kriterien aus (*selection pathway*), die ihrerseits Reputationsverlust bzw. eine niedrigere Vergütung befürchten und mit Qualitätsverbesserung reagieren (*performance* oder *change pathway*, s. Varagunam et al. 2014). Beide Ansätze beruhen auf der *rational choice-Theorie* und gehen davon aus, dass Patienten auf der Basis der Qualitäts- und Kosteninformationen (Kosten u. a. in den USA) eine bewusste Wahl treffen können, mit der Folge dass sich die Leistungsanbieter aus diesen Gründen zu mehr Investitionen in Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit entscheiden. Man unterscheidet in erster Linie

- *Public Reporting*: nicht-anonyme Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren (s. Kap. 6) und
- *Pay for Performance* (P4P): qualitätsbezogene Vergütung (s. Kap. 7),

weiterhin umfasst das Konzept des Qualitätswettbewerbes

- *Pay for Reporting*: gesonderte Vergütung der Dokumentation der Daten für das *Public Reporting* (ohne Beachtung der Ergebnisse),
- *Non-Payment for Non-Performance*: Sonderfall von P4P, bei dem insbesondere auf die sog. „Never Events“ Bezug genommen wird, und
- *Value-Based Purchasing* (VBP): Weiterentwicklung von P4P, die neben der Qualität auch die Behandlungskosten umfasst.

In den genannten Kapiteln wird weitergehend auf diese beiden wichtigen Instrumente eingegangen. An dieser Stelle soll nur auf einige Punkte eingegangen werden, die auch für den Aufbau des Gutachtens ausschlaggebend sind:

- Das **Konzept des Qualitätswettbewerbes** basiert auf weitgehenden, impliziten Voraussetzungen, insbesondere bezüglich des rationalen Verhaltens von Patienten und anderen Nutzern des Gesundheitswesens, der Wirksamkeit der externen Motivation in Kongruenz zur internen, professionellen Motivation und hinsichtlich der Auswahl der verwendeten Qualitätsindikatoren.
- Die Etablierung eines Qualitätswettbewerbes setzt **zwingend eine Problemanalyse** und die Identifikation relevanter Ansatzpunkte für den

externen Anreiz voraus. In aller Deutlichkeit zu warnen ist vor einem „weiter so“ mit den schon bislang verwendeten Indikatoren, vor allem weil diese ihre Wirkung meist schon aufgebraucht haben. Dieser sog. *ceiling*-Effekt ist in der Literatur gut beschrieben (Campbell et al. 2009, Doran und Roland 2010, Ryan und Blustein 2011).

- Grundsätzlich kann bei dieser Analyse nicht davon ausgegangen werden, dass diese Anreizsysteme in der Lage sind, mit den **finanziellen Anreizen der dominierenden Vergütungssysteme** (z.B. DRG-System), in die sie eingebettet sind, zu konkurrieren bzw. deren Anreizwirkung aufzuheben.
- Die Identifikation der Ansätze für einen Qualitätswettbewerb setzt die Kenntnis der bisherigen Erfahrungen im internationalen Kontext sowie deren Interpretation auf der Basis eines **adäquaten Rahmenkonzeptes** für die Funktionsweise und Reaktion des Gesundheitswesens auf diese Anreize voraus, wie sie auch in den USA und in Großbritannien bei der Etablierung der dortigen umfassenden Qualitätssysteme entwickelt wurde (*Crossing the Quality Chasm* des IOM (2001) bzw. *The NHS Outcome Framework* 2013/2014 [NHS 2013B]).
- Dieses Rahmenkonzept muss **Annahmen** umfassen über
 - Modelle zur Verhaltensänderung auf individueller Ebene,
 - die Struktur der organisatorischen Ebene und deren Reaktionsweise,
 - die Struktur der Mesoebene (Selbstverwaltung) und der Systemebene sowie deren Reaktionsweise,
 - die Wechselwirkung zwischen grundlegendem Vergütungssystem und Qualitätsanreiz,
 - die grundlegenden ökonomischen Grundlagen (Agenturtheorie, ökonomische Anreizwirkung) und
 - die Funktion sowie Verantwortung der gesundheitspolitischen Ebene.

Zusammenfassung:

Qualitätswettbewerb beruht auf der *rational choice* Theorie und postuliert eine Verbesserung der Versorgung auf Systemebene, wenn die Leistungsanbieter verstärkt über die Qualität ihrer Leistung konkurrieren. Patienten wählen den Leistungsanbietern nach diesen Qualitätskriterien aus (*selection pathway*), die ihrerseits mit Qualitätsverbesserung reagieren (*performance* oder *change pathway*). Man unterscheidet in erster Linie *Public Reporting* (nicht-anonyme Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren) und *Pay for Performance* (P4P, qualitätsbezogene Vergütung), weiterhin *Pay for Reporting* (gesonderte Vergütung der Datendokumentation für das *Public Reporting* ohne Beachtung der Ergebnisse), *Non-Payment for Non-Performance* (Sonderfall von P4P, bei dem die zusätzlichen Kosten von sog. „*Never Events*“ nicht bezahlt werden), und *Value-Based Purchasing* (VBP, Weiterentwicklung von P4P, die neben der Qualität auch die Behandlungskosten umfasst). Ein Qualitätswettbewerb setzt eine Problemanalyse und die Identifikation relevanter Ansatzpunkte für den

externen Anreiz voraus. Die bisherigen Erfahrungen im internationalen Kontext weisen darauf hin, dass schon vorher verwendete Indikatoren kaum noch Wirkung zeigen, weil diese ihre Wirkung meist schon aufgebraucht haben (*ceiling*). Vorsicht ist geboten mit der Annahme, dass diese Anreizsysteme in der Lage sind, mit den finanziellen Anreizen der dominierenden Vergütungssysteme (z.B. DRG-System), in die sie eingebettet sind, zu konkurrieren. Zur Interpretation der Ergebnisse und zur Antizipation der Entwicklung ist ein adäquates Rahmenkonzeptes für die Funktionsweise und Reaktion des Gesundheitswesens sinnvoll (vgl. *Crossing the Quality Chasm* des IOM (2001) bzw. *The NHS Outcome Framework 2013/2014* des NHS). Ein solches Rahmenkonzept muss Annahmen umfassen über Modelle zur Verhaltensänderung auf individueller Ebene, die Struktur der organisatorischen Ebene und deren Reaktionsweise, die Struktur der Mesoebene (Selbstverwaltung) und der Systemebene sowie deren Reaktionsweise, die Wechselwirkung zwischen grundlegendem Vergütungssystem und Qualitätsanreiz, die grundlegenden ökonomischen Grundlagen (Agenturtheorie, ökonomische Anreizwirkung) und die Funktion sowie Verfasstheit der gesundheitspolitischen Ebene.

4.5 Entwicklung in den USA: Qualität als Systemeigenschaft

In den USA hat man seit Anfang der 90er-Jahre mit *Public Reporting* (z.B. *Cardiac Surgery Reporting System* (CSRS) in New York; Jha und Epstein 2006). seit mehr als 10 Jahren mit *Pay for Performance* (*Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project* [HQIP]; Lindenauer et al. 2007) so umfangreiche Erfahrungen gemacht wie in keinem anderen Land. Diese Erfahrungen mündeten in den letzten Jahren in das umfassende *Value-Based Purchasing* (VBP) Programm, zunächst im stationären Bereich (CMS 2013), demnächst auch im ambulanten Bereich (*Physician Value-Based Payment Modifier* [PVBPM], Ryan et al. 2014A). Die Bedeutung dieser Entwicklung lässt sich jedoch erst in ihrem langfristigen gesundheitspolitischen Zusammenhang abschätzen (zur Gesetzgebung s.u.). HQIP war letztlich das Pilotprojekt und die Vorbereitung für das *Value-Based Purchasing* (VBP)-Programm, eine der zentralen Säulen der umfassenden Neuorientierung, in dem sich das Gesundheitswesen der USA derzeit befindet, und wozu folgende Elemente gehören (abgesehen von der Ausweitung der Versicherungspflicht, die hier nicht aufgeführt ist) (Belmont et al. 2011):

- „Never Events“: Fortsetzung der *Non-Payment for Non-Performance* Politik,
- *Value-Based Purchasing* (VBP)-Programm für sämtliche Bereiche des US-Gesundheitswesens,
- *Bundled Payment*: Form der „integrierten Versorgung“ für 10 Erkrankungen bzw. Krankheitsgruppen,
- *Accountable Care Organizations*: Zusammenschlüsse („Netze“) von Anbietern, die mindestens 5.000 Medicare-Versicherte versorgen,
- *Health Homes* für Medicaid-Versicherte,
- Verstärkung der *Public Reporting* Programme.



Wichtigste Gesetzgebung mit gesundheitspolitischem Schwerpunkt in den USA aus den letzten Jahren:

- *Balanced Budget Act (1997)*
- *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act (MMA) (2003)*
- *Deficit Reduction Act (2005)*
- *Tax Relief and Health Care Act (2006)*
- *Patient Protection and Affordable Care Act (2010)*

Bemerkenswert ist dabei aber nicht allein die umfassende Breite des Ansatzes, sondern die Deutlichkeit, mit der hier ein eindeutiges Bekenntnis zu Qualität und Sicherheit als Merkmale der Gesundheitsversorgung, verbunden mit einem sehr **ausdifferenzierten Grundverständnis des Gesundheitssystems** der USA abgegeben wird. Von diesem Grundverständnis, das im IOM-Report „*Crossing the Quality Chasm – A New Health System for the 21st Century*“ ausführlich dargelegt ist (IOM 2001), werden einerseits die notwendigen Veränderungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung abgeleitet, andererseits aber auch ein Weg zur Implementierung dieser Veränderungen einschließlich einer Abschätzung der Größe der zu erwartenden Effekte entwickelt. Man bezieht sich dabei explizit auf die Erkenntnisse der **Systemtheorie** und beschreibt das Gesundheitssystem als sog. **komplexes System**. Komplexe Systeme weisen, anders als komplizierte Systeme, keine erkennbaren Regeln auf und sind aus unabhängigen Akteuren, Institutionen und Systemfaktoren zusammengesetzt, die gleichzeitig derartig in Wechselwirkung stehen, dass nicht vorhersehbare Entwicklungen an der Tagesordnung sind und das System äußerst anpassungsfähig, innovativ und kreativ agiert (Plsek 2003). Zusammengehalten wird dieses System von verborgenen Regeln und „Schattensystemen“ sowie Zuständen mit bedingter Stabilität, die Orientierung geben (sog. Attraktoren).

In Kapitel 8 wird genauer auf die Frage eingegangen, ob diese Sichtweise für die Interpretation unserer Kenntnisse über die Weiterentwicklung der Qualitätsthematik, den Einsatz eines Instrumentes wie P4P sowie für dessen Weiterentwicklung und letztlich eine **umfassende Qualitätsstrategie** nützlich ist. An dieser Stelle sei zunächst nur hervorgehoben, dass

1. hier der seltene Fall vorzuliegen scheint, dass Gesundheitspolitik auf der Basis einer dezidiert dargelegten Grundkonzeption betrieben wird, und dass
2. es sich bei dem genannten Grundverständnis um eine Konzeption handelt, die äußerst langfristig und in sehr stabiler Form entwickelt wurde (IOM 2001, IOM 2007, CMS 2011B, CMS 2012, Chien und Rosenthal 2013).

Für die **inhaltliche Federführung** sind hier insbesondere das *National Quality Forum* (NQF), die *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*



(JCAHO) und die *Centers of Medicare and Medicaid Services* (CMS), die Nachfolgeorganisation der HCFA, und die *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) zu nennen:

- Ausgangspunkt war die Schaffung des sog. **HEDIS-Datensatzes** (*Health Effectiveness Data and Information Set*) anlässlich der Öffnung der HMOs (*Managed Care, Health Maintenance Organizations*) für Medicare-Versicherte durch das *Balanced Budget Act* 1997, der Informationen über die Qualität der *Managed Care* Organisationen zur Verfügung stellte.
- In der Folge wurde vom *Institute of Medicine* im Jahr 1999 der bekannte **Report „To Err Is Human“** zur Patientensicherheit veröffentlicht, der diese spezielle und grundlegende Thematik bereits sehr intensiv und sachgerecht im Licht organisatorischer und systemischer Zusammenhänge diskutierte (Kohn et al. 1999). Zwei Jahre später folgte der o.g. IOM-Report „*Crossing the Quality Chasm*“ (IOM 2001), der auf der Basis der System- und Komplexitätstheorie eine umfassende Analyse der Situation in den USA sowie ein umfassendes Zukunftskonzept vorstellte, das neben Führungsverantwortung, neuen Managementstrategien, gezieltem Einsatz von Informationstechnologie und *Evidence-Based Medicine* vor allem eine Reform der Vergütungssysteme ganz im Vordergrund stellte. Dies geschah in der Erkenntnis, dass manche Vergütungsansätze einer Qualitätsverbesserung geradezu entgegenstehen, wenn sie z.B. nur das Leistungsvolumen, nicht aber Qualität oder Effizienz vergüten (z.B. Einzel Leistungsvergütung) (IOM 2001, S. 181ff).
- Als Konsequenz der angestoßenen Diskussionen wurde 2003 im *Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act* (MMA) und 2005 im *Deficit Reduction Act* ein *Public Reporting*-Programm unter der Bezeichnung *Hospital Inpatient Quality Reporting Program* (Hospital-IQR) eingeführt (IOM 2007, CMS 2012, s. unten), alsbald im Jahr 2006 im *Tax Relief and Health Care Act* ergänzt durch *Pay for Reporting*-Elemente.
- Bereits im *Deficit Reduction Act* (in Kraft seit dem 8.2.2006) wurden Einschränkungen in der DRG-Vergütung bei Auftreten von Komplikationen beschlossen, sozusagen ein *Non-Payment for Non-Performance*-Programm (Graves und McGowan 2008, Pronovost et al. 2008). Ab 2015 ist zusätzlich ein 1%-Abzug für die Krankenhäuser im Quartil mit den meisten dieser „*Never Events*“ geplant (Belmont et al. 2011).
- Auf den Erfahrungen des *Hospital-IQR* und der *No-Payment Policy* baute dann wiederum das **HQIP** auf, seinerseits Pilotprojekt für das VBP-Programm, das im Krankenhausbereich bereits im Jahr 2012 gestartet ist und in der Perspektive auf alle Bereiche des Gesundheitswesens ausgedehnt wird (CMS 2012, s. unten).
- Weiterhin zeigte sich das gesteigerte öffentliche Interesse an der Qualitäts- und Sicherheitsfrage daran, dass der Kongress die CMS damit beauftragte, die Grundlagen für ein „*Value-Based Purchasing*“-Programm (VBP) (s.u.) als umfassenderes Vergütungssystem zu entwickeln, das der

Qualität der Versorgung Rechnung trägt und nicht mehr allein die Leistungsmenge (Rosenthal 2008). Das VBP-Programm wurde im Jahr 2010 im Rahmen des *Patient Protection and Affordable Care Act* beschlossen und ist seit Ende 2012 implementiert, seit 1.10.2013 sind die finanziellen Regelungen im Krankenhausbereich aktiv (Brown et al. 2014, Chien und Rosenthal 2013). Im Jahr 2015 wird das Programm auf den ambulanten Bereich ausgeweitet (*Physician Value-Based Payment Modifier*, PVBPM), das ähnlich Zu- und Abschläge wie für den stationären Bereich vorsieht und für den seit 2013 bereits die Ausgangsdaten dokumentiert werden (Ryan et al. 2014A).

Das VBP-Programm entspricht insofern einer konzeptionellen Weiterentwicklung des P4P-Konzeptes, als dass nicht mehr allein die Qualität einer erbrachten Leistung („*quality-based purchasing*“, Cannon 2006), sondern primär das **Verhältnis von Qualität und finanziellem Aufwand**, also die Effizienz der Versorgung, Gegenstand des finanziellen Anreizes ist (CMS 2011A, CMS 2011B, Ryan et al. 2012). Dieser Effizienzgedanke wird als *Value* („*quality in relation to the cost of care*“, Tompkins et al. 2009) bezeichnet und wird bereits seit Anfang der 90er-Jahre in den USA intensiv diskutiert (Wenzel 1992), gegenwärtig ist *Value* auch der Kernbegriff der gegen die Überversorgung mit nutzlosen bzw. schädlichen Verfahren gerichteten *Choosing Wisely*-Initiative der *National Physicians Alliance* in den USA (Morden et al. 2014). Zudem geht es nicht mehr primär um *Performance*, sondern um *Purchasing*, im deutschen Sprachgebrauch am ehesten mit „Kontrahieren“ zu übersetzen.



Value-Based Purchasing (VBP) gehört zu den Konzepten des Qualitätswettbewerbes:

- *Public Reporting*
- *Pay for Reporting*
- *Pay for Performance (P4P)*
- *Non-Payment for Non-Performance*
- *Value-Based Purchasing (VBP)*

VBP geht insofern über P4P hinaus, als dass primär die Effizienz der Versorgung, also die erreichte Qualität in Relation zu den aufgebrauchten Mitteln, Vergütungsgegenstand ist.

Zusammenfassung:

Die Entwicklung in den USA in den letzten 20 Jahren führte zum derzeitigen *Value-Based Purchasing* (VBP) Programm, das den gesamten stationären und ab 2015 auch den ambulanten Sektor der *Medicare*-Versorgung umfasst. Bemerkenswert ist die umfassende Breite des Ansatzes ebenso wie das eindeutige Bekenntnis zu Qualität und Sicherheit als Merkmale der Gesundheitsversorgung, verbunden mit einem sehr ausdifferenzierten Grundverständnis des

Gesundheitssystems der USA und einer Abschätzung der Größe der zu erwartenden Effekte. Unter Bezug auf die Systemtheorie wird das Gesundheitssystem als sog. komplexes System beschrieben. Die Entwicklung begann Anfang der 90er-Jahre mit *Public Reporting (Cardiac Surgery Reporting System* in New York) und entwickelte sich über das *Premier Hospital Quality Incentive Demonstration Project* (HQIP) bis zum umfassenden VBP Programm fort. Dieses entspricht einer konzeptionellen Weiterentwicklung, indem nicht allein die Qualität einer Leistung, sondern das Verhältnis von Qualität und finanziellem Aufwand (Effizienz, *value*) Gegenstand des finanziellen Anreizes ist. *Value* ist auch der Kernbegriff der gegen die Überversorgung gerichteten *Choosing Wisely*-Initiative der *National Physicians Alliance* in den USA.