

Krankenhaus-Report 2011

„Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 19-37



2	Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland	19
	<i>Thomas Mansky</i>	
2.1	Einleitung	20
2.2	Technischer Zusammenhang von Qualitäts- und Vergütungssystemen.....	21
2.3	Inhaltliche Entwicklung von Qualitäts- und Vergütungssystemen.....	21
2.4	Verschiedene Ebenen der Qualitätsmessung	23
2.5	Anforderungen an die externe Qualitätsmessung.....	26
2.6	Qualitätsmessung und selektive Verträge	31
2.7	Weitere Intensivierung der Qualitätsorientierung	32
2.8	Zusammenfassung.....	35
2.9	Literatur.....	35

2 Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland

Thomas Mansky

Abstract

Die Entwicklung der Vergütungssysteme, die damit erweiterte Verfügbarkeit medizinischer Daten und die technische Entwicklung machen bisher kaum in der Routine darstellbare Qualitätsindikatoren mit nur geringem Zusatzaufwand messbar. Diese Erweiterung der Möglichkeiten ergänzt die bisherigen, stärker prozessorientierten und aufwändigen Verfahren in sinnvoller Weise oder kann diese zum Teil sogar in effizienterer Form, d.h. mit stark reduziertem Erfassungsaufwand ersetzen. Mit diesen neuen Methoden lassen sich auch die mittel- bzw. langfristige Entwicklungen eines Krankheitsbildes bzw. Behandlungsergebnisses nach Erstbehandlung oder Intervention verfolgen. Solche Messungen sind inhärent sektorübergreifend. Gleichzeitig kann diese Art der Messung auch auf Seiten der Krankenkassen durchgeführt werden, sodass das bisherige Monopol der Anbieter bezüglich der Qualitätsmessung entfällt.

Mit der Erweiterung der Möglichkeiten ändert sich auch der Anwendungszweck der Qualitätsindikatoren. Die vergleichende Darstellung, die Einbindung in Versorgungsverträge und künftig die eventuelle Verwendung im Vergütungssystem rücken stärker in den Vordergrund. Diese neuen Anwendungsbereiche erfordern aber auch, dass bei der Beurteilung von entsprechenden, einrichtungsextern verwendeten Qualitätsindikatoren neben der medizinischen Bedeutung und Aussagekraft weitere Kriterien, wie zum Beispiel die Manipulationsresistenz, mehr Beachtung finden. Die bisherige rein medizinische Bewertung von Qualitätsindikatoren ist daher um weitere Dimensionen zu ergänzen, die hier erörtert werden.

The evolution of reimbursement systems, the subsequently increased availability of medical data in administrative systems as well as technological progress make quality indicators easily available which have hardly been accessible for routine use before. New opportunities resulting from these changes supplement the existing process-oriented quality measurements or even replace it in a more efficient way by avoiding additional data collection. Using these new methods, the mid- and long-term development of a disease or the outcome of an initial treatment or intervention can also be followed easily. Such measurements are inherently cross-sectoral. Furthermore, this type of measurement can also be performed by the health care funds so that the existing monopoly of the providers for delivering quality information no longer applies.

The increased potential of quality indicators also changes the framework for their application. Comparative public reporting, the use for selective contracting or a possible future use within the reimbursement system become more promi-

nent. These new applications require that in addition to the medical validity and significance of quality indicators, their resistance against manipulation and other issues needs more attention. Therefore, the former purely medical assessment of quality indicators should be supplemented by additional dimensions which are discussed in this article.

2.1 Einleitung

Die Gesundheitssysteme der Industriestaaten garantieren zweifellos eine ausgezeichnete medizinische Versorgung bei hervorragender Strukturqualität und in aller Regel auch sehr guten Ergebnissen. Es sei besonders betont, dass diese guten Ergebnisse in Deutschland im Kontext einer allgemeinen Zugänglichkeit der Versorgung für alle stehen. Von einer Zwei- oder Mehrklassenmedizin kann hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungsqualität aus verschiedenen Gründen, auf die später noch eingegangen wird, trotz mancher Unkenrufe nicht die Rede sein. Ein Vergleich mit dem zwar punktuell herausragenden, in der Breite aber nicht den Anforderungen genügenden und nur sehr schwer reformierbaren System in den USA sollte alle Beteiligten zu mehr Augenmaß im auch hier unvermeidlichen Reformprozess veranlassen.

Viele Untersuchungen zeigen allerdings, dass selbst auf dem erreichten hohen Versorgungsniveau weitere Verbesserungen möglich sind. Exemplarisch sei hierzu die zusammenfassende Studie „To Err is Human“ des Institute of Medicine genannt (Kohn et al. 1999). Weitere Verbesserungen erfordern vor allem, dass Qualität im Routinebetrieb hinreichend genau und möglichst manipulationssicher messbar sein muss und dass die Verbesserung der Qualität Teil des Managementprozesses der Kliniken werden muss. Anders ausgedrückt: Erst wenn auch der Geschäftsführer bzw. Verwaltungsleiter einer Klinik wichtige Ergebnisse wie beispielsweise die Herzinfarktsterblichkeit in seinem Hause so gut kennt, messen, interpretieren und ggf. im Management zusammen mit den leitenden Ärzten verbessern kann wie sein Betriebsergebnis, ist Qualität wirklich im Alltag des Krankenhausmanagements angekommen. Die Erfahrungen beispielsweise der HELIOS Kliniken mit einem auf Ergebnismessung, Peer Review und Prozessverbesserung beruhenden System zeigen, dass sich die Ergebnisse in Kliniken, die noch nicht das optimale Niveau erreicht haben, in einem Ausmaß verbessern lassen, das der Wirksamkeit sehr guter Medikamente in nichts nachsteht (HELIOS Kliniken 2008). Der Einsatz entsprechender, anderweitig beschriebener Managementverfahren muss daher ein ethischer Imperativ sein. Trotz des erreichten hohen Niveaus der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt es demnach keinen Grund zu verharren.

2.2 Technischer Zusammenhang von Qualitäts- und Vergütungssystemen

Qualitätssicherung und Vergütungssysteme sind auf mehrfache Weise miteinander verknüpft und beeinflussen sich in ihrer Entwicklung gegenseitig. Zum einen gibt es einen engen technischen Bezug. Die EDV-technische Entwicklung und die Einführung der DRG-Systeme führen zu einer verbesserten Datenlage hinsichtlich der Verfügbarkeit von Informationen über behandelte Krankheitsbilder und durchgeführte (größere) Prozeduren. Diese Informationen aus sogenannten Routinedaten (oder auch administrativen Daten bzw. Abrechnungsdaten) sind nicht nur für den Leistungserbringer, sondern auch für die Krankenkassen und auf Bundesebene zugänglich und werden zunehmend für die Qualitätsmessung genutzt. Durch pseudonymisierte personenbezogene Zusammenführung dieser und anderer Daten lassen sich Langzeitinformationen zu Behandlungsergebnissen gewinnen, die bisher nicht zur Verfügung standen oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu erfassen waren. In Deutschland, den USA, Großbritannien, der Schweiz und Österreich wird an der Entwicklung bzw. Weiterentwicklung entsprechender Messsysteme gearbeitet (AOK Bundesverband et al. 2007; AHRQ 2007; Busse et al. 2009; Mansky et al. 2010b; Fuchs et al. 2010).

Dies wird wiederum Rückwirkungen auf die Vergütungssysteme haben. Je besser und zuverlässiger die verfügbaren Qualitätsinformationen werden, umso größer wird die Wahrscheinlichkeit, dass sie künftig im Vergütungssystem berücksichtigt werden.

2.3 Inhaltliche Entwicklung von Qualitäts- und Vergütungssystemen

International entwickeln sich die Vergütungssysteme in ähnlicher Weise. Viele beruhen in der Anfangsphase auf der Kostenerstattung (Fee for Service; am Ressourcenverbrauch, d. h. am betriebswirtschaftlichen „Input“ orientierte Vergütung). Dies ist in der Frühphase der Entwicklung von Gesundheitssystemen, solange eine Mangelsituation hinsichtlich des Leistungsangebots besteht, ein mögliches Vergütungssystem mit einem in dieser Phase sinnvollen, maximalen Anreiz zur Leistungssteigerung. Bei ausreichendem Angebot sind diese Systeme wegen der unkontrollierbaren Leistungsausweitung nicht mehr tragbar. Auch qualitativ sind sie dann bedenklich, da – je nach Gestaltung der Vergütung – medizinisch nicht mehr sinnvolle Fehl- und Überversorgungen entstehen, die hinsichtlich der Versorgungsqualität bestenfalls unschädlich, teils aber auch bedenklich sind. In der Versorgung der privat Krankenversicherten sind solche Entwicklungen erkennbar, aber auch aus den Ländern der sogenannten „emerging markets“, die sich derzeit im Übergang befinden, wird informell ähnliches berichtet. Wissenschaftlich ist dieser Bereich unzureichend untersucht, zumal viele Anbieter aus naheliegenden Gründen die Kostenerstattungssysteme für positiv und wünschenswert halten.

International folgen auf die „input-orientierten“ Kostenerstattungssysteme „output-orientierte“ Vergütungsformen, in denen nicht mehr direkt der Ressourcenaufwand, sondern mehr oder weniger pauschaliert das medizinische Produkt bezahlt

wird. Im stationären Bereich sind in der Regel DRG-Systeme die Basis solcher Output-Definitionen. Diesen Systemen wird vorgeworfen, sie würden die Qualität gefährden. Nachgewiesen werden konnte dies hingegen nicht. Umfangreiche Studien ergaben keinen Hinweis für Qualitätsminderungen durch Fallpauschalierungen im stationären Bereich. (Davis und Rhodes 1988, OECD 1994). Im Gegenteil wird aufgrund des Abbaus von Überdiagnostik und -therapie eher eine Qualitätsverbesserung vermutet.

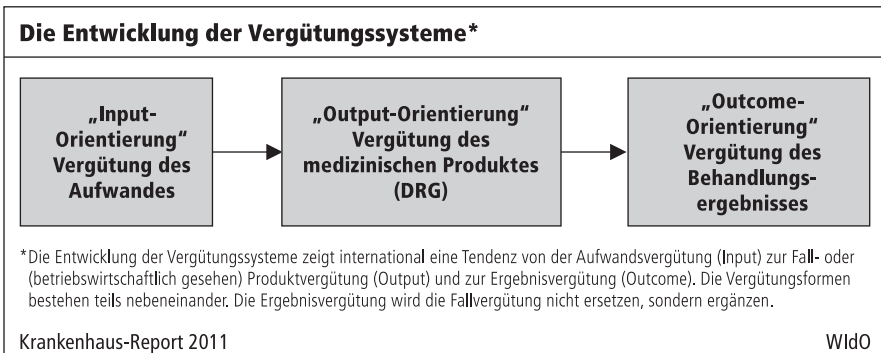
Weder die Kostenerstattung noch die Fallpauschalierung integrieren per se Qualitätsaspekte in die Vergütung. Allenfalls einige Protagonisten des Kostenerstattungssystems sind noch der Meinung, dass dieses nach dem Motto „viel hilft viel“ automatisch die beste Qualität garantiere. Die DRGs beinhalten Elemente, die in beide Richtungen wirken. Die im deutschen System vorgesehenen Fallzusammenführungen (gemäß FPV) lassen sich beispielsweise als eine begrenzte „Garantie“ für die erbrachten Leistungen verstehen, da bestimmte Wiederaufnahmen nicht bzw. nicht vollständig bezahlt werden. Allerdings beinhaltet das System auch Belohnungen für schlechte Qualität. Vermeidbare Komplikationen werden beispielsweise über das Schweregradsystem mittelbar vergütet. Außerdem gibt es über kostenorientierte Vergütungselemente beispielsweise in der Intensivmedizin Fehlzanreize zur Überversorgung auch bei potenziell risikobehafteten Leistungen.

Die verschiedenen hier genannten Gründe:

- nachweislich bestehendes weiteres Verbesserungspotenzial
- technisch neue Möglichkeiten der Ergebnismessung
- mangelnde Qualitätsanreize im bestehenden Vergütungssystem

verstärken die Suche nach Messinstrumenten, die ein besseres internes Ergebnismangement bei den Leistungserbringern ermöglichen, gleichzeitig aber auch Möglichkeiten zur qualitäts- bzw. ergebnisorientierten Vergütung schaffen. Nur wenn Ergebnisse beeinflussbar (manageable) und zuverlässig messbar sind, können sie eventuell auch in die Vergütung einbezogen werden. Etwas unscharf wird oft von „Pay for Performance (P4P)“ gesprochen (dieser Leistungsbegriff schließt nicht unbedingt Qualität ein), etwas zutreffender ist der Begriff „value based purchasing“ (Porter und Olmsted Teisberg 2006). „Ergebnisorientierte (Outcome-orientierte) Vergütung“ dürfte begrifflich eher das gemeinte Ziel beschreiben, nämlich eine Vergütung, die auch am medizinischen Behandlungsergebnis orientiert ist (Abbildung 2–1).

Abbildung 2–1



Die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in Deutschland muss unter anderem an den hier skizzierten Rahmenbedingungen gemessen werden. Es ist daher insbesondere zu fragen, welche Anforderungen Qualitätsindikatoren erfüllen müssen, damit sie diese Entwicklungen wirkungsvoll unterstützen können.

2.4 Verschiedene Ebenen der Qualitätsmessung

Qualität lässt sich auf verschiedenen Ebenen messen und beeinflussen. Diese Ebenen schließen sich nicht aus, sondern werden vielfach nebeneinander existieren. Die intraprofessionelle Qualitätssicherung wird häufig sehr kleinteilig bei den einzelnen Prozessschritten ansetzen. Diese Form der Qualitätssicherung ist einrichtungsintern unbedingt erforderlich, aber für sich allein nicht ausreichend. Natürlich ist die Umsetzung und Einhaltung beispielsweise der Hygienevorschriften im Behandlungsprozess unbedingt notwendig. Dennoch ist es erforderlich, die Ergebnisse, d.h. zunächst die Infektionsrate und im Endergebnis bei komplexeren Behandlungsprozessen beispielsweise auch die Sterblichkeit zu messen. Es versteht sich, dass diese Ergebnismessungen nur sinnvoll sind, wenn sie – bei Abweichungen – umgekehrt auch wieder auf das Management und die Prozesse zurückwirken. Die Messung der Endpunkte ist auch sinnvoll, weil sie im Ergebnis Einflüsse aus verschiedensten Bereichen integrieren. Aus Einzelbetrachtungen der Prozessschritte kann angesichts der Komplexität vieler medizinischer Prozesse nicht unbedingt auf das Endergebnis geschlossen werden (Bradley et al. 2006). Darüber hinaus ist die Messung der Qualität der Prozessschritte sehr manipulationsanfällig. Die Ergebnismessung ist wesentlich schwerer zu beeinflussen.

Das Behandlungsergebnis beim Herzinfarkt ist beispielsweise von vielerlei Faktoren abhängig. Die korrekte Medikation spielt eine Rolle, die leitliniengerechte Versorgung mit Linksherzkatheter, ggf. auch Schrittmacher, Koronaroperation usw. Im Prozess spielen die Abläufe in der Notfallaufnahme ebenso eine Rolle (z. B. door to table time, siehe Bradley et al. 2005) wie die Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Prozesse in der Intensivmedizin und viele andere Schritte. Die vielfältigen Faktoren, die alle das Ergebnis beeinflussen können, müssen natürlich optimiert werden, sind aber in der Summe nur schwer zu kontrollieren. Ein Endpunkt wie z. B. die Messung der Sterblichkeit kann hier Aufschluss über das integrale Funktionieren der Prozessschritte geben und dementsprechend bei Auffälligkeiten Anlass sein, die Prozesse zu überprüfen. Über den Krankenhausfall hinausgehende Ergebnismessungen, wie sie mit dem QSR-Verfahren der AOK möglich sind (AOK-Bundesverband 2007 et al.) (beim Herzinfarkt beispielsweise Raten und Zeitpunkte einer Re katheterisierung nach Stent), können diese Ergebnismessung weiter verbessern.

Die Bedeutung dieser unterschiedlichen Sichten sei an einem Beispiel aus der Industrie erörtert. Wir erwarten, dass moderne PKWs eine hohe Sicherheit bei Unfällen bieten. Diese Sicherheit resultiert aus enorm vielen Detailmerkmalen der Konstruktion, wie z. B. vorbereitete Knautschzonen, konstruktive Stabilität der Fahrgastzelle, Einbauweise und Verschiebungsrichtung des Motors beim Crash usw. Kein Endverbraucher würde beim Kauf eines Autos auf die Idee kommen, die Konstruktionspläne zu studieren, um die Sicherheit zu beurteilen. Stattdessen wird

er sich in diesem Fall an Crashtests oder ggf. Schadensstatistiken der Versicherer orientieren. Diese Sicht des Endverbrauchers bedeutet nicht, dass die Sorgfalt bei der Konstruktion und im Produktionsprozess überflüssig wäre. Sie ist vielmehr – wie gerade in dieser Branche erst jüngst wieder deutlich wurde – Voraussetzung dafür, dass das Ergebnis stimmt.

Dieser Sichtwandel in der externen Qualitätssicherung findet in der Medizin erst in den letzten Jahren statt. Am Anfang hat die intraprofessionelle „Ingenieurssicht“ dominiert. Dementsprechend war und ist die Qualitätssicherung auf viele Prozessparameter ausgerichtet. Sofern dies eine Hilfe für die beteiligten Ärzte darstellt und der Erfassungsaufwand vertretbar bleibt, ist dies nicht zu kritisieren, aber eine Ergänzung um die Endpunktparameter ist dringend nötig. In der wissenschaftlichen Medizin ist die Einbeziehung der Endpunkte bei vielen vergleichenden Untersuchungen zu Behandlungsmethoden selbstverständlich. Umso befremdlicher mutet es an, dass die Übertragung dieser Sicht auf den Routineprozess anfangs als so problematisch gesehen wurde.

Geht man in der Messung über den Krankenhausaufenthalt hinaus, so wird – je nach Diagnose – die Qualitätsmessung zunehmend sektorübergreifend. Der Einfluss der verschiedenen Sektoren ist dabei unterschiedlich. Bei der Herzinsuffizienz wird die 30-Tage-Sterblichkeit noch stark von der Krankenhausbehandlung abhängen. Die 1-Jahres-Sterblichkeit spiegelt dagegen die Krankenhausbehandlung, ggf. Reha-Verfahren, die Betreuungsqualität im ambulanten Sektor und die (durchaus auch ärztlich beeinflussbare) Compliance der Patienten wider. Derartige integrale Sichtweisen wären von großem Wert für die Weiterentwicklung der Versorgungsqualität in Deutschland. Eine vergleichende Untersuchung der 1-Jahres-Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz könnte lokale Schwachstellen offenbaren und eine Grundlage für gezielte regionale Gesundheitsprogramme darstellen. Zwar wird dagegen eingewandt, dass die Verursacher in einer solchen Sicht nicht klar identifizierbar seien. Diese Sichtweise ist aber zu punitiv oder an kurzfristigen (selektiven) Vertragsmodellen ausgerichtet. Qualitätsorientierte Versorgungspolitik ist auch mit nichtpunitiven Verfahren denkbar und kann dann auch eine Anbietergruppe betreffen, in der der einzelne Verursacher von außen nicht unbedingt identifizierbar sein muss. In diesem Sinne wären auch regionale qualitätsbezogene Vergütungsmodifikationen (Zu-/Abschläge) denkbar, die sich im Sinne der Erreichung von regionalen Gesundheitszielen an übergreifenden Zielwerten orientieren. Betrachtet man das System nicht primär unter „Gerechtigkeitsgesichtspunkten“, sondern im Sinne adäquater Anreizwirkungen, so könnten solche Systeme wesentliche Anreizwirkungen entfalten. Regionale Versuche dazu wären schon jetzt technisch möglich.

Nicht für alle Krankheitsbilder lässt sich die Ergebnisqualität in adäquaten Zeiträumen messen. Dies gilt insbesondere für große Teile der Onkologie. Kurzfristig sind auch hier beispielsweise die Sterblichkeit oder die Komplikationsrate bei nicht rein palliativen Tumoroperationen wesentliche Kriterien. Selbst wenn das Ergebnis mittelfristig infaust sein sollte, sollte der Patient möglichst nicht an Operationen mit nicht-palliativem Ansatz versterben. Das wesentliche Kriterium der mittelfristigen Sterblichkeit (je nach Tumorart 1-, ..., 5- bis 10-Jahres-Sterblichkeit) kommt allerdings für das praktische Qualitätsmanagement oft zu spät. Dennoch ist es eine äußerst wichtige Kennzahl, die einerseits über Tumorregister, andererseits aber auch über Routinedaten gewonnen werden kann und unbedingt zur Verfügung

Abbildung 2–2

Mögliche Qualitätsindikatoren auf verschiedenen Betrachtungsebenen*					
Beispiel	Ebene 0: Strukturqualität	Ebene 1: Prozessqualität	Ebene 2: Ergebnis Krankenhaus	Ebene 3: kurzfristiges Ergebnis extern (QSR)	Ebene 4: mittel- bis langfristiges Ergebnis (QSR)
Herzinfarkt	Sicherstellung der Geräte- und Ausstattungsqualität (z. B. Mindestanforderungen Linksherzkatheter, Intensivmedizin)	Beispiele: door to table/balloon time, Gabe von ASS usw.	Krankenhaussterblichkeit	30-Tage-Sterblichkeit (z. B. QSR)	Reinfarktraten, Reinterventionsraten und -zeitpunkte (möglich mit QSR)
(elektive) Hüftgelenk- endoprothese	Allgemeine Vorschriften Krankenhaushygiene, OP-Ausstattung, Medizinproduktegesetz, usw.	Indikation, OP-Technik, perioperative Antibiotikaprophylaxe usw.	Frühkomplikationen (z. B. Luxation, Revisionen), Wundinfektion, Beweglichkeit, Gehfähigkeit, Todesfälle (z. B. BQS)	90-Tage-Komplikationsraten (Revision, Luxation, thrombembolische Ereignisse, andere Wiederaufnahmen wg. Komplikationen usw.), z. B. QSR	Revisionsraten nach 1, 2, 3, 5, 10... Jahren, Kaplan-Meier-Kurven zur Haltbarkeit des Implantates (möglich mit QSR)
kolorektale Operationen bei Darmkrebs	Allgemeine Vorschriften zur Krankenhaushygiene, OP-Ausstattung, Weiterbildung usw.	Wahl des OP-Verfahrens, adjuvante Chemotherapie usw. gemäß aktueller Leitlinie (S3)	Krankenhaussterblichkeit	90-Tage-Komplikationsraten (Reoperationen, Nahtinsuffizienz, andere Wiederaufnahmen wg. Komplikationen usw.), z. B. QSR	5-Jahres-Überlebensrate, Kaplan-Meier-Kurven usw. (möglich mit QSR)

*Die auf Ebene 3 und 4 über den Krankenhausfall hinausreichende externe Messung nach dem QSR-Verfahren kann derzeit nur von den Krankenkassen durchgeführt werden.

Krankenhaus-Report 2011 WIdO

stehen sollte. Für das Qualitätsmanagement dürften aber in diesem Bereich prozessorientierte Vorgaben unverzichtbar sein, die sicherstellen, dass die Behandlungsschritte, die Einfluss auf das Überleben haben, auch tatsächlich eingehalten werden (Wöckel et al. 2010). Dies setzt zunächst qualitativ hochwertige Leitlinien voraus, aus denen sich gesicherte (!) Zertifizierungsschritte ableiten lassen. Die Bildung der Mammazentren dürfte die Versorgungsqualität verbessert haben, da insbesondere auch der Zwang zur interdisziplinären Abstimmung die Einhaltung der in diesem Fall ergebniswirksamen Leitlinien verbessert haben sollte. Ergebnisse sollten sich in diesem Fall in den Tumorregisterauswertungen zeigen. Sie wären aber auch über Routedaten messbar (QSR).

Es sei an dieser Stelle allerdings kritisch angemerkt, dass derzeit sicher nicht alle der die verschiedensten Krankheitsbilder betreffenden, weit ausufernden Zertifizierungsprogramme zur Qualitätsverbesserung beitragen. Deren Erörterung ist aber nicht Gegenstand dieses Artikels.

Abbildung 2–2 zeigt an drei Beispielen Indikatoren der verschiedenen Betrachtungsebenen. Wichtig beim Aufbau eines umfassenden Indikatorensatzes ist es, dass die Indikatoren der verschiedenen Ebenen dort, wo es möglich ist, aufeinander abgestimmt sind. So sollte beispielsweise die grundsätzliche Definition des Herzinfarktes auf allen Betrachtungsebenen gleich sein, auch wenn jeweils verschiedene Indikatoren für dieses Krankheitsbild gemessen werden. Dennoch werden die Kennzahlen im Detail auf den verschiedenen Ebenen abweichen, da es unterschiedliche technische Möglichkeiten gibt. Misst man beispielsweise den Anteil der mit Linksherzkatheter versorgten Infarktpatienten, so ergibt sich anhand der reinen Krankenhausfalldaten ein unzutreffendes Bild, da Infarktpatienten, die von

kleineren Kliniken ohne Katheterplatz zur Katheterintervention aufwärts verlegt werden, doppelt gezählt werden (zwei Krankenhausfälle). Auf Kassenebene, also beispielsweise mit dem fallübergreifenden QSR-Verfahren, lassen sich (bei nach ICD-Klassifikation sonst gleicher Herzinfarktdefinition) beide Fälle verbinden und Mehrfachzählungen vermeiden, sodass ein zutreffenderes Bild entsteht.

Prinzipiell sind die Krankenhausdaten der Ebene 2 angreifbar, da der Beobachtungszeitraum mit Entlassung quasi „willkürlich“ und nicht standardisiert endet. Das QSR-Verfahren kann auf Ebene 3 und 4 genauere und vor allem standardisierte Ergebnisse (30-Tage-Sterblichkeit) liefern, die aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht wesentlich aussagekräftiger sind. Dennoch sind Auswertungen der Ebene 2 für das Klinikmanagement unverzichtbar, da sie im Gegensatz zu Ebene 3 und 4 sofort zur Verfügung stehen. Ferner sollten erkennbare Probleme auf dieser Ebene Anlass zum Handeln sein (besser wird die Sterblichkeit nach Entlassung nicht).

Betrachtet man den ambulanten Sektor, so muss davon ausgegangen werden, dass die Fallzahlen in einzelnen Praxen häufig nicht ausreichen werden, um krankheitsgruppenbezogene Qualitätsindikatoren sinnvoll zu messen. Auch hinsichtlich der Präzision der Kodierung sind Zweifel angebracht. Dennoch zeigen die genannten Beispiele, dass und wie sektorübergreifende qualitätsverbessernde Verfahren möglich wären. Die 1- oder 2-Jahres-Überlebensrate nach klinischer Erstbehandlung einer Herzinsuffizienz lässt sich beispielsweise am effizientesten im Zusammenwirken aller Beteiligten verbessern. Derzeit gibt es dazu zwar Konzepte (Störk und Angermann 2007), die vereinzelt umgesetzt werden, es fehlen aber wirksame Anreize zur flächendeckenden Umsetzung. Nicht zuletzt sind im Moment auch keine wirksamen Controllinginstrumente implementiert. Mit dem QSR-Verfahren lassen sich aber die Zielgrößen (z. B. Sterblichkeit, Hospitalisationsraten) kontinuierlich messen, sodass das Verfahren „manageable“ wird. Auf dieser Basis ließen sich regionalisierte Gesundheitsziele definieren, die mit Bonus-/Maluszahlungen kombiniert werden könnten (ob dann das zuvor genannte oder andere Verfahren zur Verbesserung der Ergebnisse eingesetzt wird, sollte – solange die Ziele erreicht werden – den Anbietern überlassen bleiben). Dabei sollte im Sinne des Versorgungszieles auch über regionale, gruppenbezogene Lösungen nachgedacht werden. Es kommt hier nicht auf ultimative Gerechtigkeit (Verursacher) an, sondern auf wirksame Anreize zur Implementierung einrichtungübergreifender Verbesserungen. Da eine Verbesserung einerseits das Zusammenwirken voraussetzt, andererseits aber auch davon auszugehen ist, dass gruppenintern Ursachen der Versorgungsprobleme oft bekannt sind, wäre bei entsprechenden Anreizen durchaus mit Verbesserungen zu rechnen.

2.5 Anforderungen an die externe Qualitätsmessung

Nicht jeder Indikator, der etwas über die Qualität der medizinischen Behandlung aussagen kann, ist tatsächlich gleichermaßen für eine externe Darstellung von Qualität geeignet. Gemeint ist hier nicht die Verständlichkeit für das Laienpublikum. Diese kann nicht der alleinige Maßstab für die medizinische Qualitätsmessung sein. Gemeint ist vielmehr die Frage, ob und inwieweit sich Qualität von außen möglichst zuverlässig messen lässt und ob auch beim praktischen Einsatz der Indika-

toren von einer möglichst weitgehenden Manipulationsresistenz ausgegangen werden kann. Es lassen sich unter diesem Gesichtspunkt einige Mindestanforderungen an Qualitätsindikatoren für den Einsatz in der externen Messung formulieren.

Medizinische Aussagekraft

Mögliche Indikatoren müssen eine wesentliche Aussage hinsichtlich des medizinischen Ergebnisses der Behandlung liefern können.

Erfassungsweg bzw. Erfassungsaufwand

Angeichts der ohnehin hohen Dokumentationsbelastung sollte die Kennzahl wenn möglich ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand aus vorhandenen Daten ableitbar sein. Im Zweifelsfall sollte untersucht werden, ob sich gewünschte Ergebnisparameter nicht auch mittelbar mit hinreichender Genauigkeit aus vorhandenen Daten ableiten lassen. Beispielsweise wären umfangreiche Nacherhebungen nach größeren Eingriffen bei niedergelassenen Ärzten (oder in Krankenhausambulanzen) denkbar, um auftretende spätere Komplikationen zu erfassen. Zu fragen ist, ob hier nicht mittelbare Messungen, wie beispielsweise die aus vorhandenen Daten berechenbaren Wiedereinweisungsdaten wegen bestimmter Diagnosen oder die stationäre Durchführung bestimmter komplikationstypischer Prozeduren (z. B. über die OPS-Kodierung identifizierbare Revisionseingriffe) für die Messung ausreichen (AOK-Bundesverband 2007). Damit würden zwar „nur“ die gravierenderen Komplikationen erfasst. Diese wären aber ohne Zusatzaufwand und auch sicher erfassbar, da nicht meldeabhängig (die Wiederaufnahme wird in den Abrechnungsdaten praktisch zu 100% erfasst). Der dafür eingesparte Erfassungsaufwand würde die leichten Einschränkungen, sofern die Fokussierung auf schwerere Komplikationen überhaupt als Einschränkung zu sehen ist, auf jeden Fall rechtfertigen.

Erfassungsqualität

Die zu messende Kennzahl muss in der Praxis hinreichend genau und zuverlässig erfasst werden. Es ist nicht sinnvoll, sehr präzise Fragestellungen zu definieren, wenn bekannt ist, dass die Präzision vorliegender Daten geringer ist. Eine Verbesserung der Datenqualität ist nur durchsetzbar, wenn der Zweck medizinisch hinreichend wichtig und damit für die Beteiligten auch einsehbar ist. Es muss daher oft nach einem Kompromiss zwischen erwünschter und durchsetzbarer Präzision gesucht werden.

Beispiel: Die Auswertung der Herzinsuffizienz nach NYHA-Stufen ist nicht sinnvoll, wenn ein erheblicher Teil der Fälle als „nicht näher bezeichnet“ kodiert ist. Auch stellt sich die Frage, wie belastbar (im Sinne der Objektivität) die NYHA-Diagnose ist. Aus diesem Grunde wird beispielsweise bei den German Inpatient Quality Indicators, G-IQI (Mansky et al. 2010b) die Adjustierung nach Altersstufen und Geschlecht bevorzugt.

Manipulationssicherheit

Ein externer Qualitätsindikator sollte über eine möglichst hohe Manipulationssicherheit verfügen. Er sollte daher möglichst nicht von der Erfassung abhängen (und damit auch nicht durch einfaches Unterlassen manipulierbar sein). Die aus adminis-

trativen Daten gemessene Sterblichkeit oder Wiederaufnahmeraten sind in diesem Sinne relativ harte Indikatoren, die Frage nach direkt kodierten Komplikationen ist dagegen eher als vergleichsweise naiv zu bezeichnen.

Zeitnähe

Sofern die Kennzahlen Krankenhausfälle betreffen, ist eine zeitnahe Messung wünschenswert, da die Ergebnisse sonst nicht in das Management integrierbar sind. Soweit auf Kassenebene Langzeitindikatoren gemessen werden, ist es sinnvoll, zusätzlich auch krankenhauserne, inhaltlich korrespondierende, intern messbare und zeitnah verfügbare Kennzahlen zur Verfügung zu stellen, auch wenn diese nicht so gut standardisiert sind wie die Langzeitergebnisse (bei der aus Kassendaten gemessenen 30-Tage-Sterblichkeit für den Herzinfarkt wäre das beispielsweise die Krankenhaussterblichkeit).

Eignung für das interne Management

Die Eignung für das interne Management der Abteilung bzw. des Krankenhauses (oder auch einer Arztpraxis) ergibt sich aus den vorherigen Kriterien (Relevanz, Beeinflussbarkeit, Manipulationssicherheit, Zeitnähe).

Patientensicherheit

Bestimmte Indikatoren beschreiben seltene Ereignisse, die nicht unbedingt auf prinzipielle Mängel in den krankheitsbezogenen Prozessen zurückzuführen sind, die aber einen Hinweis auf ein Sicherheitsversagen im Einzelfall geben können und aus diesem Grunde Anlass zur Nachuntersuchung der Indikatorfälle sein sollten. Beispiel: Sentinel-Todesfälle bei Hüftgelenkendoprothesen oder Cholezystektomien.

Sinnvolle Anreiz- /Verbesserungswirkung

Der Indikator muss wichtig genug und prinzipiell geeignet sein, Verbesserungsprozesse beim Leistungserbringer anzustoßen. Bei medizinisch wesentlichen Indikatoren wird diese Bedingung in der Regel erfüllt sein.

Die folgenden Kriterien können zur Information mit angegeben werden:

Wissenschaftlicher Bezug

Qualitätssicherung in der Versorgungswirklichkeit ist nicht mit der Situation einer wissenschaftlichen Studie vergleichbar. Ein- und Ausschlusskriterien lassen sich zwar auch, aber nicht so präzise definieren wie in Studien üblich. Dennoch sollten Ergebniskennzahlen zumindest einen Bezug zu den für ein Krankheitsbild prinzipiell auch in wissenschaftlichen Untersuchungen verwendeten Definitionen haben. Abweichungen davon lassen sich dann ggf. anhand der Unterschiede in den Definitionen präzisieren und verstehen.

Risikoadjustierung

Es lässt sich prinzipiell aussagen, ob ein Indikator adjustierbar bzw. ob eine Risikoadjustierung im konkreten Fall sinnvoll ist (auf Einzelheiten der Risikoadjustierung wird in diesem Artikel nicht eingegangen).

Sektorbezug

Der Sektorbezug kann für jeden Indikator qualitativ beschrieben werden.

Ökonomische Bedeutung

Ein bestimmtes Ergebnis kann, muss aber nicht, auch ökonomisch im Sinne von Einsparungen oder Mehrkosten bedeutsam sein. Zumindest qualitativ lässt sich die Richtung beschreiben. Die Senkung postoperativer Komplikationsraten wird beispielsweise fast immer auch zur Senkung von Folgekosten führen. Die Senkung der Infarktsterblichkeit ist zumindest im direkten Sinne ökonomisch neutral (die erweiterte Betrachtung im Sinne möglicher gewonnener Lebensjahre etc. ist hier nicht gemeint).

Abbildung 2–3

Bewertungsmatrix für beispielhaft ausgewählte Qualitätsindikatoren						
Kriterium \ Indikatoren	1 Histol. Befund Cholezystektomie	2 Herzinfarktsterblichkeit im Krankenhaus	3 Herzinfarktsterblichkeit, 30 Tage (QSR)	4 Todesfälle bei Hüft-TEP	5 Komplikationen z. B. bei Hüft-TEP (BQS)	6 90-Tage-Komplikationsindex z. B. nach Hüft-TEP (QSR)
Quelle	Erfassung	Routinedaten Krankenhaus	Routinedaten Kassen	Routinedaten Krankenhaus	Erfassung	Routinedaten Kassen
Medizinische Aussagekraft	0	++	+++	+	+	+++
Erfassungsaufwand	+	--	--	--	++	--
Erfassungsqualität	0	++	++	++	-	++
Manipulationssicherheit	--	+	++	++	--	++
Zeitnähe	0	+	-	+	0	-
Eignung für Management	--	++	+	+	+	+
Reiner Patientensicherheitsindikator	0	0	0	+	-	0
Sinnvolle Anreizwirkungen	--	++	++	+	0	++
Wissenschaftlicher Bezug	n/a	+	++	n/a	+	+
Risikoadjustierung	n/a	+	+	n/a	+	+
Sektorbezug	stationär	stationär	überwiegend stationär mit ambulant	stationär	stationär	stationär mit ambulant
Ökonomische Bedeutung	0	0	0	0	+	++
Eignung für P4P	nein	+	+++	0/+	--	+++

Symbole:
 +++ bis + = sehr hoch bis hoch bzw. sehr zutreffend bis zutreffend
 0 = mittel bzw. geringe Bedeutung
 - bis -- = gering bis sehr gering bzw. kaum bis gar nicht zutreffend
 n/a = nicht anwendbar

Krankenhaus-Report 2011 WIdO

Eignung für P4P

Die Eignung eines Indikators für den Einsatz im Rahmen qualitätsorientierter Vergütungssysteme lässt sich qualitativ abschätzen.

Die hier genannten Kriterien lassen sich auf denkbare Indikatoren anwenden. Abbildung 2–3 erläutert dies anhand einiger prägnanter Beispiele. Die Beispiele zeigen:

1. Die Frage, ob eine Gallenblase nach Cholezystektomie bei gutartigen Erkrankungen histologisch untersucht wurde, hat nur geringe Relevanz, auch deshalb, weil es sich um einen organisatorischen Routineschritt im OP-Bereich mit „Alles-oder-nichts“-Charakter handelt. Wesentliche Verbesserungseffekte sind aufgrund dieser Messung nicht zu erwarten und die Manipulationsanfälligkeit wäre im Zweifelsfall hoch. Die Eignung für das Qualitätsmanagement ist daher vergleichsweise gering.
2. Die Krankenhaussterblichkeit bei Herzinfarkt ist medizinisch sehr wichtig. Die Rückwirkung auf die Prozesse und potenzielle Verbesserungseffekte sind bei einer wirksamen Auseinandersetzung mit dieser Kennzahl sehr hoch. Aufgrund dieses Sachverhalts und der zeitnahen Verfügbarkeit ist die Eignung für das Management hoch. Für eine qualitätsorientierte Vergütung ist der Indikator wegen unzureichender Standardisierung aber weniger geeignet.
3. Die derzeit nur kassenseitig messbare, standardisierte 30-Tage-Sterblichkeit bei Herzinfarkt hat medizinisch ebenfalls eine hohe Bedeutung. Sie ist im Gegensatz zur Krankenhaussterblichkeit ein gut standardisierbarer, vergleichsweise manipulationsresistenter Wert mit daher auch hoher Eignung für eine Integration in qualitätsorientierte Vergütungsverfahren. Für das krankenhausinterne Management ist der Indikator allerdings trotz der aus medizinischer Sicht guten Qualität allein aufgrund der mangelnden Zeitnähe der Verfügbarkeit weniger geeignet.
4. Die Todesfälle bei (elektiven) Hüftgelenksendoprothesen sind ein wichtiger Patientensicherheitsindikator und sollten daher auf jeden Fall im internen Management Beachtung finden. Da es Einzelereignisse sind, ist die Eignung für qualitätsorientierte Vergütungsverfahren nur in Kombination mit anderen Kennzahlen gegeben.
5. Komplikationsangaben, beispielsweise in der BQS-Erfassung: Diese Werte sind stark erfassungsabhängig und daher nicht hinreichend manipulationssicher. Wie bei der Krankenhaussterblichkeit endet ferner der Beobachtungszeitraum in der Regel mit der Entlassung. Die Eignung für qualitätsorientierte Vergütungsverfahren ist daher gering.
6. 90-Tage-Komplikationsindex aus QSR-Daten: Mit diesem Indikator lassen sich zusammengefasst harte Komplikationen in Form von Wiederaufnahmen wegen thromboembolischer Ereignisse, Luxationen oder Revisionen auswerten. Diese Kennzahlen sind kaum manipulierbar. Die Eignung für eine qualitätsorientierte Vergütung ist daher hoch. Die Zahlen sind auch für das krankenhausinterne Management wichtig, methodenbedingt aber erst relativ spät verfügbar. Die aus dem Indikator resultierenden Anreize zur Verbesserung der Behandlungsabläufe sind hoch. Ferner hat der Indikator erhebliche (volks-) wirtschaftliche Bedeutung, da die Behandlung der Komplikationen sehr kostenintensiv ist.

Diese beispielhafte, kursorische Erörterung verschiedener Indikatoren gibt die Sicht des Autors wieder und mag stellenweise diskussionsbedürftig sein. Die Darstellung zeigt aber exemplarisch, dass es möglich ist, die Bedeutung und Eignung von Qualitätsindikatoren für die Qualitätsverbesserung und für qualitätsorientierte Vergütungssysteme qualitativ zu bewerten.

Auch das AQUA-Institut nimmt derzeit Bewertungen der neuen Qualitätsindikatoren in den laufenden Panelverfahren vor (AQUA 2010). Allerdings sind dort die Bewertungsdimensionen (auftragsgemäß) eingeschränkter als im hier vorgestellten Ansatz und betreffen vorwiegend medizinische Aspekte im engeren Sinne. Der hier erörterte Ansatz geht über den Auftrag des AQUA-Instituts hinaus und bewertet mögliche Indikatoren auch nach der Eignung im betriebswirtschaftlichen Sinne (Management von Qualitätsverbesserungen) und im Sinne der Eignung für künftige qualitätsorientierte Vergütungsmodifikationen. Ferner werden der oft tabuisierte Aspekt der inhärenten Manipulationsresistenz und der Erfassungsaufwand explizit als Beurteilungskriterien angesprochen.

2.6 Qualitätsmessung und selektive Verträge

Ergebnisqualität war auch früher bereits Gegenstand von Versorgungsverträgen. Insbesondere im Rahmen des vermehrten Abschlusses der Verträge zur integrierten Versorgung im Rahmen der ab 2004 geltenden Anschubfinanzierung gab es im Zusammenhang mit den nach §140b SGB V formulierten Anforderungen entsprechende Vereinbarungen. Bei den Endoprothesen wurden beispielsweise in der einen oder anderen Form zum Teil sogar 5- bis 10-Jahres-Garantien vereinbart. Dem Autor ist wenig darüber bekannt, inwieweit die Umsetzung solcher Garantien auch tatsächlich erfolgte bzw. erfolgt, ob entsprechende Controlling-Instrumente aufgebaut wurden (dies wäre beispielsweise mit Methoden analog zu QSR möglich) bzw. inwieweit Garantiezusagen seitens der Krankenkassen auch tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Auch der Bericht zur Entwicklung der integrierten Versorgung (Grothaus 2009) enthält dazu keine Informationen.

Die AOK hat jetzt begonnen, Ergebnisse aus dem QSR-Projekt im Rahmen von Versorgungsverträgen für elektive Leistungen (Endoprothesen) zu verwenden (Göbel 2009; Mohrmann 2009). Dies ist einerseits zu begrüßen, da hier Pionierarbeit geleistet wird und die Methodik der Qualitätsmessung erstmals Eingang in Vergütungsverträge findet. Andererseits ist in Zukunft noch zu diskutieren, ob die qualitätsorientierte Vergütung eher ein Thema im kollektivvertraglichen Bereich oder im selektiven Kontrahieren sein wird. Aus der Perspektive eines selektiven Kontrahierens wären im Hinblick auf ein umfassenderes Zielbild der Qualitätsverbesserung allerdings noch folgende Aspekte zu diskutieren:

1. Bisher wird die qualitätsbezogene Vergütung in diesem Bereich vor allem mit Blick auf elektive, medizinisch eher „einfachere“ Krankheitsbilder diskutiert. Das ist einerseits legitim, zeigen doch die QSR-Ergebnisse, dass auch hier noch erhebliche Verbesserungen zu erzielen sind. Andererseits muss aber der Anspruch erhoben werden, dass auch die Qualitätsverbesserung, beispielsweise Verbesserung der Sterblichkeit, bei schweren akuten Krankheitsbildern

- (Pneumonie, Schlaganfall, Herzerkrankungen; siehe HELIOS 2008) avisiert wird.
2. Die AOK kann mit ihrem erheblichen Marktanteil in der Größenordnung von 40% der stationären Fälle Maßstäbe setzen. Das Verfahren ist aber nicht ohne Weiteres auf kleinere Datenbestände übertragbar. Krankenkassen mit einem Marktanteil von beispielsweise rund 10% können für ihre jeweiligen Versicherten die Ergebnisse nicht sicher messen. Ein umfassenderer Ansatz muss daher das Ziel haben, die Ergebnisqualitätsmessung auf eine vollständige Datengrundlage aller Krankenhausfälle zu stellen.
 3. Schließlich muss sich Qualitätsmanagement im Krankenhaus auf ein Krankheitsbild bzw. einen Eingriff beziehen und nicht auf den Versichertenstatus des Patienten. Es kann für eine Krankheit in einem Krankenhaus nicht verschiedene Qualitätskriterien oder Ziele oder Behandlungspfade geben. Es ist vielmehr gerade das Ziel des Qualitätsmanagements, eine möglichst standardisierte, gleichmäßig sichere, leitliniengerechte Behandlung für alle Patienten in einer Krankheitsgruppe durchzusetzen. Nur dies garantiert beste Qualität (Peterson et al. 2006). Dieses Zielbild einer umfassenden Qualitätssteigerung wäre im kollektivvertraglichen Bereich mit entsprechenden Vergütungssystemen umsetzbar. Im selektiven Kontrahieren wären nur Ansätze, bei denen es darum geht, die besten Häuser für die jeweils eigenen Versicherten zu belegen, konform zu dieser Bedingung. Die Schaffung unterschiedlicher Qualität im gleichen Krankenhaus mit Blick auf die eigene Versichertenklientel wäre medizinisch nicht sinnvoll und daher nicht akzeptabel.

Ein selektives Kontrahieren in diesem umfassenden Sinne (Qualitätssteigerung in allen Versorgungsbereichen, Belegungswettbewerb, keine Qualitätsdifferenzierung entlang des Versichertenstatus) steht allenfalls am Anfang. Zu begrüßen ist aber schon heute das Vorgehen der AOK wegen seiner Schrittmacherfunktion. Vor allem ist herauszustellen, dass die AOK mittels der QSR-Methodik Qualität in glaubhafter Weise zum Vertragsgegenstand machen kann, da sie über Methoden zur selbstständigen Messung und somit zum effizienten und zeitnahen Vertragscontrolling verfügt. Ob die gewollte umfassende Qualitätsorientierung langfristig eher im Rahmen des skizzierten selektivvertraglichen Vorgehens erreicht werden kann oder ob sie eher über Regelungen im kollektivvertraglichen Bereich erreichbar ist, beispielsweise durch eine ergebnisabhängige Modifikation der Vergütungssystematik, wie vom Autor an anderer Stelle vorgeschlagen (siehe auch Abschnitt 2.7), muss die Zukunft erweisen.

2.7 Weitere Intensivierung der Qualitätsorientierung

Es gibt mehrere Hauptwege, die Qualitätsorientierung zu verbessern, darunter die einheitliche, vergleichende Veröffentlichung von Qualitätskennzahlen und die qualitätsorientierte Vergütung. Für Diagnosen bzw. Therapieverfahren, bei denen das Behandlungsergebnis nicht in vertretbarer Zeit messbar ist, müssen auch Verfahren zur sicheren Umsetzung der nachgewiesenen wirksamen Prozessschritte in Erwägung gezogen werden (beispielsweise mittels Zertifizierung).

Das „Public Reporting“ setzt sich weltweit mehr und mehr durch. In den USA ist die Verfügbarkeit harter Daten, wie etwa der 30-Tage-Sterblichkeit, für viele Krankheitsbilder eine Selbstverständlichkeit (Beispiele: HealthGrades 2010, Cleveland Clinic 2010; California HealthCare Foundation 2010). Die Nutzung von Routinedaten (administrative data) ist dabei eine Selbstverständlichkeit. Besonders intensiv wurde dort die Veröffentlichung der Sterblichkeiten für die Herzchirurgie am Beispiel des Bundesstaates New York diskutiert. Es wurde kritisiert, die Veröffentlichung führe dazu, dass Risikopatienten operiert werden. Diverse Untersuchungen können dies jedoch nicht belegen, sondern weisen darauf hin, dass gerade schlechtere Einrichtungen sich entweder verbessert haben oder vom Markt gegangen sind (Hannan et al. 1995; Steinbrook 2006).

In Deutschland gibt es zwar auch eine Veröffentlichungspflicht für Qualitätsindikatoren. Viele der verfügbaren und vom Gemeinsamen Bundesausschuss zur Veröffentlichung empfohlenen BQS-Indikatoren sind aber hinsichtlich der Ergebnisqualität weniger aufschlussreich. Im Sinne der oben genannten Anforderungen an die Qualitätsindikatoren wären hier künftig erhebliche Verbesserungen möglich. Die AOK bzw. das WIdO können auf der Basis der QSR-Methodik eine Vorreiterrolle übernehmen. Auf Krankenseite haben die HELIOS Kliniken wesentliche Vorarbeiten geleistet. Die HELIOS Kliniken bzw. jetzt auch die Initiative Qualitätsmedizin, IQM, veröffentlichen sowohl von der Reichweite (d. h. Anzahl der betroffenen Fälle und Krankheitsbilder) als auch von der medizinischen Bedeutung her umfassende Indikatoren nach der Systematik der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI; HELIOS 2008; Mansky und Nimptsch 2010c). Mit der bevorstehenden Veröffentlichung der Version 3 der G-IQI Indikatoren wird dieses Qualitätsreporting nochmals deutlich verbessert und erweitert werden.

In der Schweiz werden seit 2009 Qualitätsindikatoren auf der Basis der G-IQI veröffentlicht (Schweizerische Eidgenossenschaft 2010). Derzeit ist die Teilnahme der Spitäler freiwillig. An der Auswertung für das Datenjahr 2007 hat knapp die Hälfte der Spitäler teilgenommen. In den Folgejahren soll diese Veröffentlichung obligat werden. Aufgrund der Auswahl der Indikatoren ist das Reporting umfassender und betrifft eher medizinisch wesentliche Ergebnisindikatoren als die derzeit offizielle deutsche Berichterstattung auf der Basis der BQS-Kennzahlen.

Es ist nicht völlig klar, ob die Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren einen direkten Einfluss auf die Krankenhauswahl der Patienten hat. Einige Untersuchungen in den USA scheinen dagegen zu sprechen (Schauffler und Mordavsky 2001). Allerdings wird einerseits kritisiert, dass auch in den USA die Qualitätsdarstellungen noch zu uneinheitlich und für den Verbraucher zu unverständlich seien und daher nicht wirken könnten (Rothberg et al. 2008). Andererseits ist zu bedenken, dass die freie Krankenhauswahl in den USA vielfach aufgrund erheblicher Zuzahlungen seitens des Patienten in der Praxis stark eingeschränkt ist. Unter diesen Umständen können Qualitätsgesichtspunkte nur zum Teil wirksam werden. Insgesamt besteht aber in der Literatur wenig Zweifel, dass die intraprofessionelle Wirkung der Veröffentlichungen beträchtlich ist und ganz erheblich zu Verbesserungen beiträgt. Die Erfahrungen der HELIOS Kliniken, die seit 2000 ihre Ergebnisse veröffentlichen, bestätigen dies (HELIOS 2008). Gleichzeitig konnte in verschiedenen HELIOS-Krankenhäusern ein erheblicher Fallzahlenanstieg nach deutlichen Qualitätsverbesserungen beobachtet werden (HELIOS 2008, S. 90f und

S. 98f). Dieser scheint nur zum Teil auf die Veröffentlichung der Indikatoren und deren Wahrnehmung durch die Patienten zurückzuführen sein, da er bereits vor der Veröffentlichung der verbesserten Kennzahlen einsetzte. Dies spricht dafür, dass die informelle lokale Wahrnehmung der Verbesserungen durch Patienten und einweisende Hausärzte ein entscheidender Faktor ist. Träfe dies zu, dann wären die Qualitätsindikatoren vor allem ein Instrument, mit dem seitens des Managements Schwachstellen erkannt und – zum Nutzen der Patienten und des Krankenhauses – beseitigt werden können.

Eine weitere Intensivierung der Auseinandersetzung mit Qualitätsverbesserungen kann erreicht werden, wenn medizinische Ergebnisse in die Vergütungssystematik einbezogen werden. Der Autor hat verschiedene Ansätze dazu an anderer Stelle diskutiert (Mansky 2010a). Ein bevorzugtes Modell wäre die ergebnisabhängige Modifikation der Basisfallwerte der Krankenhäuser. Dazu müssten die verschiedenen Qualitätsindikatoren mit Punktzahlen versehen werden. Diese ließen sich auch mengenabhängig modifizieren, sodass beispielsweise die maximale Punktzahl für einen Qualitätsindikator nur erreicht werden kann, wenn nicht nur der Wert besser ist als der Bundesdurchschnitt, sondern gleichzeitig auch überdurchschnittliche Fallzahlen behandelt werden. Aus den einzelnen Punktwerten kann eine Gesamtpunktzahl errechnet werden, die in Beziehung zu der im jeweiligen Haus erreichbaren Maximalpunktzahl gesetzt werden kann. Aus dem Über- bzw. Unterschreiten des Bundesmittelwertes, der sich bei Verwendung von Routinedaten aus den Daten nach § 21 KHEntgG bzw. analogen Datenbeständen errechnen ließe, könnte ein prozentualer Zu- bzw. Abschlag auf den Basisfallwert eines Krankenhauses bestimmt werden. Zu- und Abschläge in einem Bereich von maximal plus/minus 3 bis 5 Prozent (die Extremwerte werden in der Praxis kaum erreicht) würden ausreichen, um erhebliche Anreizwirkungen hinsichtlich einer intensiveren Auseinandersetzung mit der Qualität zu setzen. Auf diese Weise würde die Auseinandersetzung mit der Qualität das gesamte Klinikmanagement beeinflussen. Gegenwärtig wird „Qualität“ in vielen administrativen Bereichen eher als Marketingaufgabe und weniger als Managementauftrag betrachtet. Diese Einstellung ließe sich durch Einbeziehung harter Kennzahlen in das Vergütungssystem verändern.

Voraussetzung für die Einbeziehung von Qualitätsindikatoren in die Vergütungssystematik ist die Verfügbarkeit entsprechender Daten. Die Krankenhausdaten nach § 21 KHEntgG sind bereits verfügbar und könnten sofort genutzt werden. Für eine sinnvolle Messung der QSR-Indikatoren auch außerhalb des AOK-Systems müssten die Daten der Krankenkassen kassenübergreifend zusammengeführt werden. Ein solches Verfahren ließe sich analog zur krankenhausesübergreifenden Zusammenführung der Falldaten nach § 21 KHEntgG realisieren. Über standardisierte Schnittstellen können bei entsprechendem politischen Willen in ähnlicher Form auch medizinische Daten der Krankenkassen zentral nutzbar gemacht werden. Dies würde nicht nur für die Qualitätsmessung, sondern auch für die Versorgungsforschung erhebliche neue Möglichkeiten schaffen, wie das Beispiel entsprechender, vielfältig genutzter Datenbestände in den USA zeigt (CMS 2010).

2.8 Zusammenfassung

Die Entwicklung der Vergütungssysteme, die damit die erweiterte Verfügbarkeit medizinischer Daten und die technische Entwicklung erlauben Verbesserungen in der Messung medizinischer (Ergebnis-)Qualität. Bisher kaum in der Routine darstellbare Qualitätsindikatoren werden mit nur geringem Zusatzaufwand berechenbar. Diese Erweiterung der Möglichkeiten ergänzt die bisherigen, stärker prozessorientierten und aufwändigen Verfahren in sinnvoller Weise oder kann diese zum Teil sogar in effizienterer Form, d. h. mit stark reduziertem Erfassungsaufwand, ersetzen.

Die neuen Möglichkeiten erlauben die Qualitätsmessung auf prinzipiell zwar nicht neuen, bisher aber wegen des Aufwandes kaum zugänglichen Betrachtungsebenen. Insbesondere kann auch die mittel- bzw. langfristige Entwicklung eines Krankheitsbildes bzw. Behandlungsergebnisses nach Erstbehandlung oder Intervention verfolgt werden. Diese Messungen sind inhärent sektorübergreifend. Gleichzeitig kann diese Art der Messung auch auf Seiten der Krankenkassen durchgeführt werden, sodass das bisherige Monopol der Anbieter bezüglich der Qualitätsmessung entfällt. Diese Entwicklung ist in anderen Wirtschaftszweigen längst vollzogen. Sie ist auch in der Medizin unumgänglich.

Die externe, stärker ergebnisbezogene Sicht auf die Qualität wird zunehmend die parallel weiterhin erforderliche intraprofessionelle („ingenieurtechnische“) Betrachtungsweise ergänzen. Mit der Erweiterung der Möglichkeiten und neuen Anwendungen der Qualitätsindikatoren ändert sich auch deren Anwendungszweck. Die vergleichende Darstellung, die Einbindung in Versorgungsverträge und künftig die eventuelle Verwendung im Vergütungssystem rücken stärker in den Vordergrund. Neben der Frage nach der medizinischen Bedeutung und Aussagekraft der Indikatoren ist zunehmend auch die Frage der Manipulationsresistenz kritisch zu sehen. Die bisherige rein medizinische Bewertung der Qualitätsindikatoren ist daher um weitere Dimensionen zu ergänzen.

Trotz noch bestehender Vorbehalte dürfte der Einsatz dieser neuen Messinstrumente bei richtiger Anwendung geeignet sein, die bereits jetzt hervorragende Qualität des deutschen Gesundheitswesens weiter zu verbessern.

2.9 Literatur

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Guide to Inpatient Quality Indicators, Version 3.1 (March 12, 2007). http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf (6. September 2010).
- AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 2.0, Stand: 30. Juni 2010. http://www.aqua-institut.de/aqua/upload/CONTENT/Projekte/137a/Methodenpapier/AQUA_AllgemeineMethoden_Version_2-0.pdf (6. September 2010).
- AOK-Bundesverband, Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA), HELIOS Kliniken, Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO). Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK 2007.

- Bradley EH, Roumanis SA, Radford MJ, Webster TR et al. Achieving Door-to-Balloon Times That Meet Quality Guidelines: How Do Successful Hospitals do it? *J Am Coll Cardiol* 2005; 46: 1236–41.
- Bradley EH, Herrin J, Elbel B et al. Hospital quality for acute myocardial infarction. Correlation among process measures and relationship with short-term mortality. *JAMA* 2006; 296: 72–8.
- Busse R, Nimptsch U, Mansky T. Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals. *Health Affairs* 2009; 28 (2): w294–w304.
- California HealthCare Foundation. Rating Hospital Quality in California. <http://www.calhospital-compare.org/?v=3> (6. September 2010).
- Cleveland Clinic, Heart & Vascular Institute. Outcomes 2009. <http://my.clevelandclinic.org/heart/about/outcomes/default.aspx> (5. September 2010).
- Davis CK, Rhodes DJ. The impact of DRGs on the cost and quality of health care in the United States. *Health Policy* 1988; 9: 117–31.
- Fuchs F, Amon M, Nimptsch U, Mansky T. A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators. Universitätsverlag der TU Berlin, urn:nbn:de:kobv:83-opus-27226, <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2722/>
- Göbel T. Erfahrungen und Konzepte der AOK Hessen. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: S317.
- Grothaus FJ. Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004–2008. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) 2009.
- Hannan EL, Siu AL, Kumar D, Kilburn H, Chassin MR. The Decline in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Mortality in New York State: The Role of Surgeon Volume, *JAMA* 1995; 273: 209–13.
- HealthGrades. Find a Hospital. Hospital Reviews and Ratings. <http://www.healthgrades.com/find-a-hospital?intcid=WLCM-Hosp> (5. September 2010).
- HELIOS Kliniken. Ergebnisqualität sicher messen und aktiv verbessern – Erfahrungen. Medizinischer Jahresbericht 2006/2007. Berlin: HELIOS Kliniken 2008.
- Mansky T, Nimptsch U. German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) – Qualitätsmessung in der Initiative Qualitätsmedizin. In: Kuhlen R, Rink O, Zacher J (Hrsg). *Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010c*. Berlin: MWV (im Druck).
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Hrsg). *Committee on Quality of Health Care in America: To err is human – Building a safer health system*. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press 1999.
- Leber WD, Malzahn J, Wolff J. Neuer Rahmen für die Kliniken. *Gesundheit und Gesellschaft* 2007; 10: 27–32.
- Mansky T. Qualitätsorientierte Vergütung: Was wäre machbar? *Der Chirurg BDC* 2010a; 1: 6–9.
- Mansky T, Nimptsch U, Vogel K, Hellerhoff F. G-IQI – German inpatient quality indicators, Version 2.5. Universitätsverlag der TU Berlin, urn:nbn:de:kobv:83-opus-26102, <http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2610/>
- Mohrmann M. Elektive Endoprothetik – Patientensteuerung nach Qualitätsergebnissen: Projekte der AOK Rheinland/Hamburg. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: S318.
- OECD. *Health: Quality and choice*. Health policy studies No. 4. Paris: OECD 1994.
- Peterson ED, Roe MT, Mulgund J, DeLong ER, Lytle BL et al. Association Between Hospital Process Performance and Outcomes Among Patients With Acute Coronary Syndromes. *JAMA* 2006; 295: 1912–20.
- Porter ME, Teisberg Olmsted E. *Redifining Health Care. Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press 2006.
- Rothberg MB, Morsi E, Benjamin EM, Pekow PS, Lindenauer PK. Choosing The Best Hospital: The Limitations Of Public Quality Reporting. *Health Affairs* 2008; 27: 1680–7.
- Steinbrook R. Public Report Cards – Cardiac Surgery and Beyond. *New Engl J Med* 2006; 355: 1847–9.
- Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Inneren, Bundesamt für Gesundheit. *Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2007*. Bern: Bundesamt für Gesundheit 2010.

Schauffler HH, Mordavsky JK. Consumer Reports in Health Care: Do They Make a Difference? *Ann Rev Public Health* 2001; 22: 69–89.

Störk S, Angermann CE. Das Interdisziplinäre Netzwerk Herzinsuffizienz. *GGW* 2007; 1 (7): 14–22.

Wöckel A, Kurzeder C, Geyer V, Novasphenny I, Wolters R, Wischnewsky M, Kreienberg R, Varga D. Effects of guideline adherence in primary breast cancer – a 5-year multi-center cohort study of 3976 patients. *Breast* 2010; 19(2): 120–7.