

BCG

THE BOSTON CONSULTING GROUP



Qualitätswettbewerb

Chancen für Deutschlands Gesundheitssystem

**Benjamin Grosch, Susanne Ozegowski, Axel Fischer, Christoph Schweizer,
Ingo Wagner, Matthias Becker**

Berlin, September 2013

ZUSAMMENFASSUNG

Deutschland hat ein international sehr anerkanntes Gesundheitssystem. Wir stehen dennoch vor zwei großen Herausforderungen: Die Kosten steigen stärker an als unsere Leistungsfähigkeit, und wir beobachten erhebliche **Qualitätsunterschiede** zwischen den Leistungserbringern.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen: Eine Steuerung des Gesundheitssystems nur über Kosten ist nicht ausreichend. Länder, die Qualitätstransparenz in den Mittelpunkt stellen und eine Infrastruktur dafür aufbauen, haben die beste Qualität und die höchste Effizienz.

Unser Lösungsvorschlag lautet daher: Wir benötigen einen **bundesweiten Qualitätswettbewerb**, der das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt. Dafür sind zwei Maßnahmen erforderlich:

- Ein bundesweites Ranking-Portal, in dem für alle wichtigen Behandlungen die besten Krankenhäuser einfach zu erkennen sind
- Öffnung des Kontrahierungszwangs für ausgewählte elektive Leistungsbereiche.

Damit lassen sich die Versorgungsqualität verbessern und Gesundheitsausgaben reduzieren.

WIE ENTSTEHT WIRKSAMER QUALITÄTSWETTBEWERB? GRUNDVORAUSSETZUNG IST EINE UMFASSENDE **QUALITÄTSTRANSPARENZ** ANHAND patientennaher, verständlicher Outcomes-Daten für jedes Krankenhaus. Zur direkten Vergleichbarkeit von Krankenhäusern sollte ein bundesweites **Ranking-Portal** aufgebaut werden, das die Qualitätsergebnisse je Krankenhaus patientenfreundlich darstellt. Die vorhandenen Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung („AQUA-Indikatoren“) sind ein sehr guter Ausgangspunkt. Mittelfristig muss jedoch sowohl die Datenbasis (heute werden ca. 22 % der Behandlungen abgedeckt) ausgebaut als auch der Fokus auf patientennahe, echte Ergebnisindikatoren gerichtet werden. Diese werden derzeit für wichtige Indikationen durch das **International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)** entwickelt (das ICHOM wurde gemeinsam von der Harvard Business School/USA, dem Karolinska-Institut/Schweden und The Boston Consulting Group gegründet).

Ein wirksames Ranking-Portal muss für den Patienten leicht verständlich sein und sollte auf der Ebene der Krankheitsbilder bzw. Subdisziplinen alle Krankenhäuser anhand eines konsolidierten Qualitätsparameters differenzierend bewerten. Die größere Transparenz wird zu einer Erhöhung der Qualität und zu stärkerer Spezialisierung führen – und durch weniger Komplikationen zu niedrigeren Kosten.

Zusätzlich zur Transparenz sollte der Qualitätswettbewerb durch eine **Erweiterung bestehender Handlungsspielräume** und Rahmenbedingungen gestärkt werden.

- Der Kontrahierungszwang im stationären Sektor sollte für ausgewählte elektive Leistungsbereiche (z. B. Hüftimplantation) aufgehoben werden, und es sollten Selektivverträge, gekoppelt mit qualitätsorientierten Vergütungsmodellen, ermöglicht werden („Krankenhaus-Positivlisten“).
- Darüber hinaus können Qualitätsanreize durch Strukturvorgaben bei der Krankenhausplanung und Mindestmengen gesetzt werden.

In diesem Sinne sollte der Start in die neue Legislaturperiode genutzt werden: Für eine umfassende **Qualitätsoffensive** unter Einbindung aller relevanten Akteure im deutschen Gesundheitswesen.

Wir brauchen einen bundesweiten Qualitätswettbewerb, der den Patienten in den Mittelpunkt stellt.

Qualität im
Gesundheitswesen
ist derzeit in
aller Munde.

Unser Ansatz für mehr Qualitätswettbewerb

Das Thema Qualität im Gesundheitswesen ist derzeit in aller Munde – und es gibt einen breiten Konsens in der Zielsetzung, die Qualität der Versorgung zu stärken: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) fordert: „Qualität soll besser vergütet werden“.¹ Die Gesundheitssenatorin von Hamburg, Cornelia Prüfer-Storcks (SPD), bekräftigt, dass Qualität der einzige Punkt im Gesundheitswesen sei, um den es Wettbewerb geben sollte.² Der Vorsitzende der Bundesärztekammer, Dr. Frank Ulrich Montgomery, formuliert: „Wir müssen die Qualitätssicherung stärken“³, und auch die Kassen möchten eine stärkere Steuerungsfunktion zur Auswahl der besten Versorgung.⁴

Doch wie lässt sich eine Verbesserung der Versorgungsqualität erreichen?

- Wie kann Qualität gemessen werden?
- Welche Instrumente und Mechanismen sollen verwendet werden?
- Wie können alle Akteure eingebunden werden?
- Wie kann dies finanziert werden?

Das vorliegende White Paper schlägt einen stärkeren Qualitätswettbewerb als Antwort auf diese Fragen vor – basierend auf der Analyse vorhandener Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung sowie Erfahrungen aus anderen Ländern, die vor vergleichbaren Herausforderungen standen.

Stärkerer Qualitätswettbewerb stellt das Patientenwohl in den Mittelpunkt des Gesundheitssystems, in dem Leistungserbringer um die beste Versorgung des Patienten konkurrieren. Grundvoraussetzung für einen solchen Qualitätswettbewerb ist eine umfassende Qualitätstransparenz. Nur so wird die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses bezüglich einer bestimmten Therapie für Patienten und Versicherungen, aber auch für die Leistungserbringer selbst sichtbar und mit der der Wettbewerber vergleichbar.

Fokus dieses White Paper ist die Leistungserbringung durch Krankenhäuser. Hier sehen wir einen ersten entscheidenden Schritt in Richtung einer neuen medizinischen Qualitätskultur. Langfristig sollten jedoch auch der (ärztliche und nicht ärztliche) ambulante Sektor, die Pflege sowie Reha-Einrichtungen einbezogen werden.

1. Bahr D (2013): Herausforderungen für das deutsche Gesundheitssystem – mehr Wettbewerb, bessere Mittelallokation und hohe Qualität in der medizinischen Versorgung. KPMG-Gesundheitsbarometer Ausgabe 1/2013: S. 2 – 3.

2. Ärzte Zeitung online (2013): Qualitätskriterien im Krankenhausplan?, 26.06.2013. http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/klinikmanagement/article/841463/hamburg-qualitaetskriterien-krankenhausplan.html.

3. Korzilius H (2013): Symposium zur Qualitätssicherung: Der Erfolg ist messbar. Dtsch Arztebl 2013; 110(19): A-920.

4. GKV-Spitzenverband (2013): Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung – Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode. Berlin.

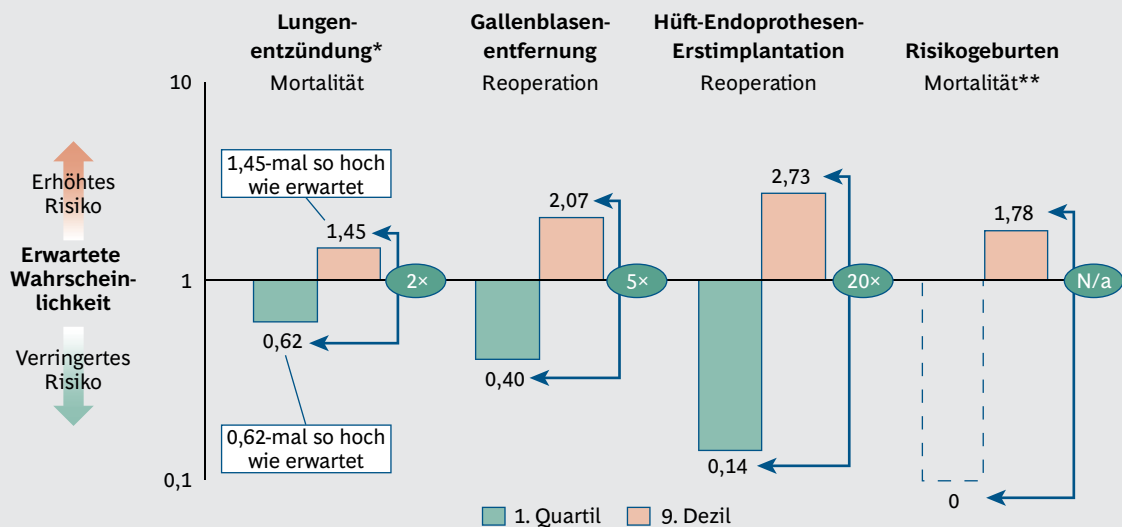
Qualitätsunterschiede in deutschen Krankenhäusern

QUALITÄTSUNTERSCHIEDE IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG

Es gibt erhebliche Unterschiede in der medizinischen Versorgungsqualität in Deutschland. Mit Qualitätsunterschieden sind dabei Unterschiede in Behandlungsablauf und -ergebnis gemeint, die nicht durch Risiko oder Spezifika des einzelnen Patienten begründet sind. So kann das individuelle Risiko eines Patienten, bei einem medizinischen Eingriff zu versterben oder eine Komplikation zu erleiden, sehr unterschiedlich sein – beispielsweise aufgrund des Alters des Patienten oder seiner Vorerkrankung. Oft wird behauptet, diese patientenspezifischen Unterschiede führten dazu, dass Qualität nicht messbar bzw. vergleichbar sei. Das ist nicht richtig: Die Qualitätsindikatoren können risikoadjustiert werden, und damit kann Qualität gemessen und verglichen werden – eine nicht zu kleine Fallzahl vorausgesetzt.

Wir haben in Deutschland einen guten Startpunkt: Die gesetzliche Qualitätssicherung schreibt seit 2005 die Erhebung von Qualitätsparametern für verschiedene Indikationen vor – insgesamt sind dadurch ca. 22 % der stationären Behandlungen abgedeckt. **Abbildung 1** stellt beispielhaft vier risikoadjustierte Qualitätsindikatoren aus vier Leistungsbereichen dar.

ABBILDUNG 1 | Qualitätsvarianz zwischen deutschen Krankenhäusern bei ausgewählten Qualitätsindikatoren (risikoadjustiert)



Quelle: AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie. Göttingen: AQUA-Institut; AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für 12/1 – Cholezystektomie. Göttingen: AQUA-Institut; AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für 17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation. Göttingen: AQUA-Institut; AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für NEO – Neonatologie. Göttingen: AQUA-Institut; BCG-Darstellung.

Anmerkung: Y-Achse als Log-Skala; Darstellung der risikoadjustierten Werte (Odds Ratios)

* Nur ambulant erworbene Lungenentzündungen.

** Nur Lebendgeburten eingeschlossen. Für das 1. Quartil lässt sich kein risikoadjustierter Wert berechnen, da die Mortalität in diesem Krankenhaus bei 0 % liegt.

Bei Hüftimplantation variiert die Wahrscheinlichkeit einer Reoperation risikoadjustiert um mehr als Faktor 20.

Dabei wurde immer die Wahrscheinlichkeit eines bestimmten Ergebnisses mit der erwarteten, risikoadjustierten Wahrscheinlichkeit verglichen, d. h., das individuelle Risikoprofil der Patienten wurde in die Berechnung des Qualitätsindikators einbezogen, um Qualität zwischen Krankenhäusern vergleichen zu können. Methodisch ist das beispielsweise über eine logistische Regression möglich. Qualitätsergebnisse werden dann anhand eines sogenannten Odds Ratio angegeben. Das Odds Ratio zeigt, wie stark die beobachtete (Mortalitäts-, Komplikations- etc.) Rate von der aufgrund der Patientenrisiken erwarteten Rate abweicht.

Um vereinzelt Extremwerten nicht zu starke Beachtung zu schenken, vergleichen wir das Krankenhaus im 1. Quartil (im Vergleich zu dem in dieser Therapie 25 % aller Krankenhäuser besser und 75 % schlechter abschneiden) mit dem Krankenhaus im 9. Dezil (im Vergleich zu dem in dieser Therapie 90 % aller Krankenhäuser besser und 10 % schlechter abschneiden).

Bei Lungenentzündungen ist das Sterberisiko im 1. Quartil um 38 % geringer, im 9. Dezil dagegen um 45 % höher als aufgrund des derzeitigen medizinischen Wissensstandes zu erwarten. Das bedeutet: Das Sterberisiko ist im Krankenhaus im 9. Dezil mehr als doppelt so hoch wie im Krankenhaus im 1. Quartil – und zwar risikoadjustiert, d. h., etwaige unterschiedliche Ausgangssituationen und Risikoprofile wurden berücksichtigt. Noch stärkere Unterschiede finden sich bei Risikogeburten, Gallenblasenentfernungen und Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen. Hier verdoppelt bis verdreifacht sich das Risiko einer Reoperation (Gallenblasenentfernungen, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen) bzw. der Mortalität (Risikogeburten) bei den in dieser Disziplin schlechteren Krankenhäusern gegenüber dem Erwartungswert. Bei Hüftimplantationen ist die Wahrscheinlichkeit einer Reoperation in den (in dieser Therapie) schlechteren Krankenhäusern also 20-mal höher als in den in dieser Therapie guten Krankenhäusern. Bei Risikogeburten ist die Sterbewahrscheinlichkeit in guten Krankenhäusern 0 – während sie in Krankenhäusern im 9. Dezil um ca. 80 % höher ist als der Erwartungswert.⁵

Dies sind nur vier Beispiele – sie sind repräsentativ für alle Behandlungen, die zurzeit von der gesetzlichen Qualitätssicherung abgedeckt werden (ca. 25 % aller Behandlungen). Analysiert man die Entwicklung der Qualität über die letzten Jahre, so ergibt sich kein eindeutiges Bild: Einige Therapien verbessern sich im Durchschnitt leicht, andere verschlechtern sich; die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant. Zudem fehlt eine längere zeitliche Vergleichsmöglichkeit, da erst ab 2010 risikoadjustierte Werte publiziert wurden.

URSACHEN

Unsere Analyse und Vergleiche mit internationalen Erfahrungen aus Schweden, den USA und Australien zeigen vier wesentliche Gründe für die beobachtete Qualitätsvarianz (vgl. **Abbildung 2**).

5. AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für PNEU – Ambulant erworbene Pneumonie. Göttingen: AQUA-Institut ; AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für 12/1 – Cholezystektomie. Göttingen: AQUA-Institut; AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für 17/2 – Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation. Göttingen: AQUA-Institut; AQUA (2012): AQUA-Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2011 für NEO – Neonatologie. Göttingen: AQUA-Institut.

ABBILDUNG 2 | Ursachen für Qualitätsunterschiede in der medizinischen Versorgung



Fehlende
Transparenz



Fehlende Vergütungs-
und Handlungsanreize



Fehlende
Spezialisierung



Fehlende
Markteintrittsbarrieren

Quelle: BCG-Analyse

FEHLENDE QUALITÄTSTRANSparenZ

Das Thema Qualität wurde in den letzten Jahren in der gesundheitspolitischen Debatte häufig aufgegriffen – verschiedene Initiativen mit dem Ziel besserer Qualitätstransparenz wurden ins Leben gerufen. Dennoch haben Patienten derzeit nur eine sehr geringe Transparenz über die Qualität eines Krankenhauses hinsichtlich einer bestimmten Therapie.

Qualitätsberichte der Krankenhäuser und sektorenübergreifende Qualitätssicherung durch das AQUA-Institut

Der Gesetzgeber hat eine Vielzahl von Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen erlassen, z. B. gibt es seit 2005 die Verpflichtung für Krankenhäuser, ausgewählte Daten jährlich an die Institutionen der Qualitätssicherung zu übermitteln und – sofern die Qualität als auffällig eingestuft wird – an einem Strukturierten Dialog teilzunehmen. Krankenhäuser sind außerdem dazu verpflichtet, einen Qualitätsbericht zu veröffentlichen, der Fallzahlen, Strukturdaten und ausgewählte Qualitätsindikatoren enthält. Definition und Auswertung dieser Qualitätsindikatoren erfolgt derzeit durch das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut), das damit gemäß § 137a SGB V beauftragt ist.

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser enthalten vor allem Struktur- und Prozessdaten und nur wenige Kennzahlen zur Ergebnisqualität. Für Patienten sind die erhobenen Kennzahlen nur wenig verständlich und viele nicht relevant. Auch der große Umfang und die sehr technische Aufbereitung der Qualitätsberichte sind wenig patientenfreundlich.

Das AQUA-Institut veröffentlicht jährliche Qualitätsreports zur externen stationären Qualitätssicherung, in denen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zusammenfassend ausgewertet sind – jedoch ohne Nennung der Krankenhäuser.

Diese gesetzliche Qualitätssicherung ist ein guter erster Schritt und enthält wichtige patientenrelevante Kennzahlen (z. B. Mortalität und postoperative Komplikationen nach Hüftgelenkersatz). Dennoch ist sie unzulänglich hinsichtlich der Transparenz für den Patienten:

- Bisher werden weniger als 25 % aller Krankenhausfälle erfasst.

Die gesetzliche Qualitätssicherung (Krankenhaus-Qualitätsberichte) ist ein guter erster Schritt, erfasst aber weniger als 25 % aller Fälle.

- Die Qualitätsreports enthalten keine Krankenhausnamen, d. h., der Patient kann nicht erkennen, wie gut oder schlecht das von ihm ausgewählte Krankenhaus ist. Er könnte das nur, indem er den Qualitätsbericht seines Krankenhauses mit den Qualitätsberichten anderer Krankenhäuser vergliche, was angesichts der Komplexität und des Umfangs der Krankenhausberichte völlig unmöglich ist.
- Die Indikatoren sind zum Großteil ärztezentrisch, d. h. klinische Indikatoren; nur wenige sind patientenzentrisch, d. h. echte Ergebnisindikatoren.
- Es werden keine Langzeitindikatoren erfasst.
- Für viele Indikatoren werden keine oder sehr breite Referenzbereiche angegeben – demzufolge wird nur ein Bruchteil der Krankenhäuser als „qualitativ auffällig“ eingestuft, während die überwiegende Mehrheit trotz großer Unterschiede als „unauffällig“ gilt.

Weitere Initiativen zur Qualitätstransparenz unterschiedlicher Trägerschaft

Zahlreiche Initiativen zur Steigerung der Qualitätstransparenz sind in den letzten Jahren von unterschiedlichen Akteuren ins Leben gerufen worden, darunter mehrere Initiativen, die Qualität anhand von Routinedaten, also Abrechnungsdaten, messen. Vorteil der Routinedatennutzung ist die Messbarkeit langfristiger Ergebnisse, da Morbidität und Mortalität der Patienten über mehrere Jahre anhand der Daten auswertbar sind. Positiv ist ebenfalls, dass kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht und die Daten nur eingeschränkt manipulierbar sind. Nachteilig ist jedoch, dass echte, patientennahe Ergebnisparameter, die die Lebensqualität des Patienten betreffen (und die derzeit durch das ICHOM definiert werden), nicht erfasst sind und somit keinen Eingang in die Auswertung finden können. Außerdem fehlen mitunter klinische Daten, die insbesondere für eine genaue Risikoadjustierung erforderlich wären.

Die Initiative *Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)* ist eines der Projekte, das Qualität anhand von Routinedaten der AOK bemisst. Die Initiative entstand aus einem gemeinsamen Forschungsprojekt von AOK, HELIOS Kliniken und dem FEISA-Institut.⁶ Die QSR-Ergebnisse werden im Rahmen des AOK-Krankenhausnavigators anhand einer dreistufigen Skala dargestellt, die eine deutlich bessere Vergleichbarkeit ermöglichen als die großteils als „unauffällig“ eingestuften Qualitätsergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung. Bisher veröffentlicht die Initiative jedoch nur fünf Indikationen und steckt somit noch in den Anfängen.⁷

Die *Initiative Qualitätsmedizin (IQM)* verschiedener Krankenhausträger nutzt ebenfalls Routinedaten als Grundlage. Als eine Initiative, die aus der Ärzteschaft heraus entstanden ist, genießt sie eine hohe Akzeptanz bei Leistungserbringern. Die verwendeten Qualitätsindikatoren, bezeichnet als „German Inpatient Quality Indicators“ (G-IQI), sind ursprünglich aus dem internen Qualitätsmanagement der HELIOS Kliniken hervorgegangen und werden kontinuierlich weiterentwickelt.

6. Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt GmbH

7. <http://www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/>.

Mittlerweile bilden sie auch die Grundlage für regionale und nationale Qualitätssicherungsmaßnahmen in Österreich und der Schweiz. Positiv hervorzuheben sind die Transparenz der Qualitätsergebnisse der IQM-Teilnehmer, die Vergleichbarkeit zwischen Mitgliedskrankenhäusern sowie das Peer-Review-Verfahren. Nachteilig ist der starke Fokus auf Mortalitätsdaten – weitere für den Patienten wichtige Outcomes-Daten wie langfristige Morbidität, Komplikationen und Lebensqualität fehlen.⁸

Die *Weisse Liste* und der AOK-Krankenhausnavigator sind bezüglich Qualitätstransparenz für Patienten das Beste, was es zur Zeit gibt. Die *Weisse Liste* ist ein Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen. Die *Weisse Liste* und der AOK-Krankenhausnavigator erheben selbst keine Qualitätsdaten, sondern dienen als Informationsplattform für Patienten über die erhobenen krankenhausspezifischen Qualitätsdaten. Sie beinhalten die Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung, des QSR-Verfahrens⁹ sowie von Patientenbefragungen der BARMER GEK und der AOK. Sie sind daher in ihrer Breite und ihrer Transparenz erzeugenden Wirkung durch die vorhandenen Daten begrenzt, d. h. auch hier fehlen wichtige patientenrelevante und langfristig gemessene Parameter.

Bisher mangelt es den Transparenzinitiativen somit an Verständlichkeit, Bekanntheit und einer umfassenden Bewertung der Qualität einzelner Krankenhäuser. Dies hat zur Folge, dass die Wahl eines Krankenhauses primär durch die Nähe zum Wohnort und die Empfehlung des niedergelassenen Arztes bestimmt ist. Eine Patientenbefragung im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2010 zeigt, dass 50 % der Patienten die Wahl ihres Krankenhauses anhand der Empfehlung von Familie und Freunden treffen. Weitere 45 % lassen sich durch ihren behandelnden Arzt leiten. Für 40 % war außerdem ein ambulantes Vorgespräch in dem Krankenhaus ein entscheidungsrelevantes Element. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser waren dagegen weitgehend unbekannt.^{10 11} Auch für die niedergelassenen Ärzte spielen die Qualitätsberichte keine Rolle: Nur 14 % der Ärzte gaben bei einer repräsentativen Befragung an, die Qualitätsberichte oder eines der darauf basierenden Vergleichsportale im Rahmen der Patientenberatung genutzt zu haben.¹² Aufgrund dieser Rahmenbedingungen können Krankenhäuser derzeit kaum eine Reputation für ihre Qualität aufbauen. Dadurch fehlt der Anreiz, ein konsequentes internes Qualitätsmanagement zu betreiben.

FEHLENDE SPEZIALISIERUNG

Deutschland hat eine fragmentierte Krankenhauslandschaft mit einer im internatio-

Hauptursachen für die Qualitätsunterschiede sind fehlende Transparenz und mangelnde Spezialisierung.

8. Manky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F (2011): German Inpatient Quality Indicators. Version 3.1. TU Berlin.

9. Die Ergebnisse des QSR-Verfahrens sind nur im AOK-Krankenhausnavigator dargestellt, der auf der technischen Plattform der Weissen Liste aufgesetzt ist.

10. 10 % der Befragten antworteten zunächst, dass ihnen die Krankenhausqualitätsberichte bekannt seien; die Verfasser der Studie bezweifelten diese Angabe jedoch erheblich, da den jeweiligen Patienten bei Vorlage eines Berichts dieser doch neu war.

11. Geraedts M, Auras S, Hermeling P, de Cruppé, W (2010): Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung. Witten: Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke.

12. Hermeling P, Geraedts M (2013): Kennen und nutzen Ärzte den strukturierten Qualitätsbericht? Das Gesundheitswesen, 75(03), S. 155 –159.

nen Vergleich hohen Betten- und Krankenhausdichte. Eine Vielzahl an Krankenhäusern deckt ein breites Spektrum an Leistungen ab.

Ein repräsentatives Beispiel ist die radikale Prostatektomie (vollständige Entfernung der Prostata zur Behandlung eines Krebsleidens): Die Prostatektomie ist ein sehr komplexer Eingriff, der ein hohes Maß an chirurgischer Präzision erfordert, um das vom Krebs befallene Gewebe vollständig zu entfernen und gleichzeitig gesundes Gewebe zu erhalten, sodass Inkontinenz und Impotenz vermieden werden können. Eine internationale wissenschaftliche Studie zeigte demzufolge eine erhebliche Lernkurve von Chirurgen, die mit einer zunehmenden Anzahl an durchgeführten Prostatektomien zu einer signifikanten Verbesserung des operativen Ergebnisses führt.¹³ Erst ab ca. 250 Prostatektomien je Chirurg flacht diese Lernkurve ab.

Die ca. 30.000 Prostatektomien in Deutschland wurden im Jahr 2010 in knapp 400 Krankenhäusern durchgeführt. Dies bedeutet, dass in ca. 50 % der Krankenhäuser pro Woche im Durchschnitt weniger als eine Prostatektomie durchgeführt wurde. Vielfach wird argumentiert, dass eine stärkere Spezialisierung zulasten einer wohnortnahen Versorgung ginge. Das ist nicht richtig: So nehmen allein in Berlin 12 Krankenhäuser Prostatektomien vor; deren Fallzahl variierte 2010 zwischen 13 und 792 Eingriffen. In Brandenburg, also im Umland Berlins, führten weitere 9 Krankenhäuser diesen Eingriff durch – mit einer jährlichen Fallzahl zwischen 6 und 106 Prostatektomien. Eine stärkere Spezialisierung würde also nicht bedeuten, dass die Menschen in ländlicheren Gebieten nicht mehr wohnortnah versorgt würden, sondern es geht vor allem um eine stärkere Spezialisierung in den Ballungszentren. Dies wurde auch durch eine Studie zu Mindestmengen in der Wirbelsäulen Chirurgie unterstrichen: Eine Festlegung der Mindestfallzahl in der Wirbelsäulen Chirurgie auf 200 pro Jahr je Krankenhaus würde die durchschnittliche Fahrzeit für den Patienten um lediglich 14 Minuten erhöhen.¹⁴

Mehr als 1.000 Krankenhäuser bieten Hüftimplantationen an – die Fallzahl variiert von 7 bis > 1.000.

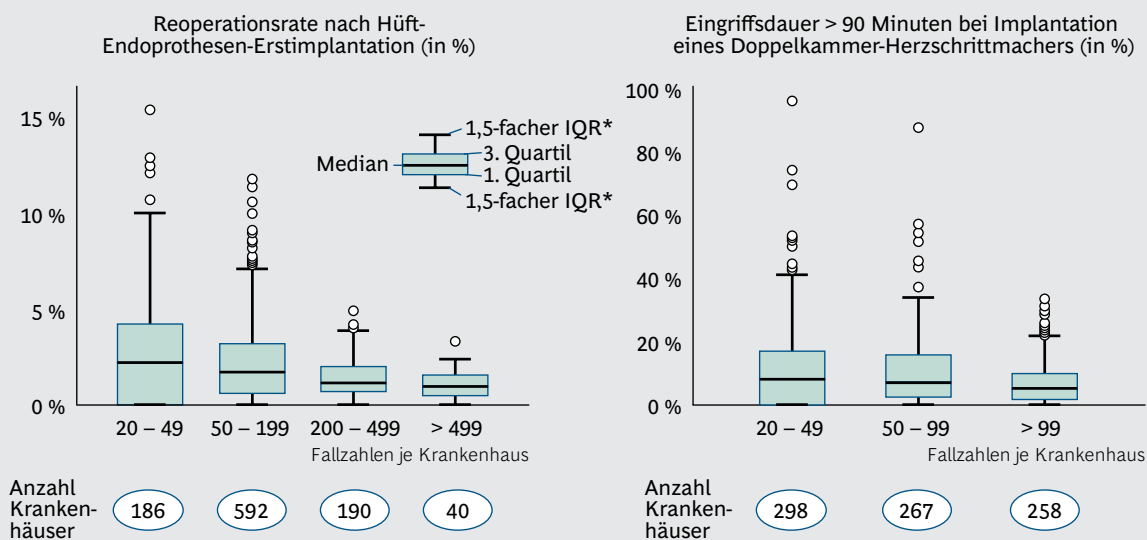
Der positive Zusammenhang von Fallzahl und Qualität lässt sich auch für andere Leistungsbereiche in den Qualitätsdaten der Krankenhäuser beobachten: Beispielfähig wurde dafür die Implantation von Hüft-Endoprothesen ausgewertet. Krankenhäuser mit einer geringen Anzahl an Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen pro Jahr weisen ein sehr breites Spektrum an Ergebnisqualität auf. Je höher die Fallzahl, desto verlässlicher liegt die Komplikationsrate bei einem sehr niedrigen Wert: **Abbildung 3** zeigt, wie die Komplikationsrate mit zunehmender Fallzahl sinkt. Auch hier zeigt sich: Mehr als 1.000 Krankenhäuser nehmen diesen Eingriff in Deutschland vor, davon allein 35 Krankenhäuser in Berlin sowie weitere 30 Krankenhäuser im brandenburgischen Umland. Dementsprechend variieren die Fallzahlen in Berlin-Brandenburg zwischen 7 und 1.261 Eingriffen je Krankenhaus (in 2010).

Dasselbe Phänomen ist auch bei anderen Prozessindikatoren zu beobachten. Hier wurde der Anteil an Operationen eines Doppelkammer-Herzschrittmachers, bei

13. Vickers AJ, Bianco FJ, Serio AM, Eastham JA, Schrag D, Klein EA, Reuther AM, Kattan MW, Pontes JE, Scardino PT (2007): The Surgical Learning Curve for Prostate Cancer Control After Radical Prostatectomy. JNCI Journal of the National Cancer Institute, 99(15), S. 1171-7.

14. Lungen M, Büscher A (2012): Auswirkungen einer Zentralisierung von Leistungen auf die Flächendeckung der Versorgung. Ergebnisse aus einem Modell zur Zentrenbildung. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität (S. 111 – 122). Stuttgart: Schattauer.

ABBILDUNG 3 | Qualitätsvarianz bei Hüft-TEPs und Herzschrittmacher-Implantationen in allen Krankenhäusern in Deutschland (2010)



Quelle: BCG-Analyse anhand der Daten der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2010

* Die oberen und unteren Antennen ("Whisker") zeigen den 1,5-fachen Interquartilsabstand (IQR) an, d.h. den 1,5-fachen Abstand zwischen 1. und 3. Quartil, bzw. (sofern geringer) den Minimal- oder Maximalwert der Daten.

denen die Eingriffsdauer 90 Minuten überstieg, ausgewertet. Das 90-Minuten-Ziel ist ein Schwellenwert der gesetzlichen Qualitätssicherung, der auf Studien basiert, nach denen die Infektionsgefahr mit zunehmender Operationsdauer ansteigt. Auch hier zeigt **Abbildung 3**: Die Varianz der Prozessqualität nimmt mit zunehmender Fallzahl deutlich ab.¹⁵

Eine stärkere Spezialisierung der Krankenhäuser wäre keine Gefährdung für die wohnortnahe Versorgung. Eine hohe Fallzahl ist bei vielen Therapien jedoch eine notwendige Voraussetzung für eine hohe Behandlungsqualität. Es ist erforderlich, dass sich Krankenhäuser mit einem sehr breiten Spektrum an Leistungen stärker spezialisieren, Schwerpunkte bilden und dafür andere Leistungsbereiche aufgeben.

FEHLENDE MARKTEINTRITTSBARRIEREN

Die Zulassung eines Krankenhauses als Plankrankenhaus erfolgt derzeit über die Aufnahme des Krankenhauses und seiner jeweiligen Fachabteilungen in den Landeskrankenhausplan. Der Detailgrad der Krankenhauspläne ist nach Bundesland unterschiedlich. Während einige Länder nur die Bettenzahl der Hauptabteilungen ausweisen, legen andere Länder auch die Bettenzahl (oder zumindest die Zulassung) der Subdisziplinen fest und machen Vorgaben zur weiteren personellen und apparativen Ausstattung.¹⁶ Damit unterscheiden sich die Markteintrittsbarrieren.

15. BCG-Analyse anhand Krankenhaus-Qualitätsberichten 2010.

16. DKG (2012): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin. http://www.dkgev.de/media/file/11986.DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung_030812.pdf.

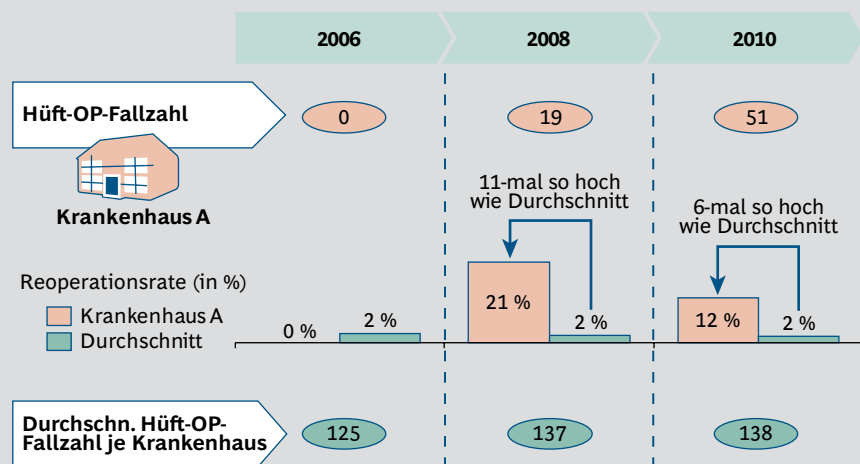
EXKURS

Fehlende Markteintrittsbarrieren erhöhen Risiko für fehlende medizinische Erfahrung

Die Folgen dieser geringen Markteintrittsbarrieren lassen sich anhand des Beispiels eines Krankenhauses illustrieren (vgl. **Abbildung 4**). Dieses Krankenhaus wies in seinem Qualitätsbericht 2006 noch keine Implantationen von Hüft-Endoprothesen auf. 2008 führte das Krankenhaus dann 19 solcher OPs durch. Die Reopera-

tionsrate lag bei 21 %¹⁷ – und war damit 11-mal so hoch wie der Bundesdurchschnitt. 2010 hatte die Einrichtung ihre Fallzahl auf 51 solcher OPs gesteigert. Die Reoperationsrate sank auf 12 % – gegenüber dem Bundesdurchschnitt immer noch ein 6-fach erhöhter Wert. Mit regulativen oder wettbewerblichen Markteintrittsbarrieren hätte man ein solches Vorgehen möglicherweise verhindern und damit etliche Patienten vor unnötigen Komplikationen bewahren können.

ABBILDUNG 4 | Folgen fehlender Markteintrittsbarrieren anhand eines Beispiels



Quelle: Krankenhaus-Qualitätsberichte 2006, 2008, 2010; BCG-Analyse.

Beispielsweise ist die Hüft-Endoprothetik eine Leistung der (operativen) Orthopädie/Unfallchirurgie und damit in vielen Ländern der Hauptabteilung Chirurgie zugeordnet. In Ländern ohne weitere Vorgaben für die Subdisziplinen kann somit jedes Krankenhaus, das eine allgemeine Zulassung für chirurgische Betten hat, Hüft-Endoprothesen implantieren. Damit ist die überwiegende Anzahl der Krankenhäuser dafür zugelassen.

17. Nicht risikoadjustierter Wert.

FEHLENDE VERGÜTUNGS- UND HANDLUNGSANREIZE

Die Vergütung stationär erbrachter Leistungen erfolgt über Fallpauschalen (Diagnosis-Related Groups – DRGs). Für jeden Behandlungsfall wird anhand Diagnose, Prozeduren, Patientenmerkmalen sowie Komorbiditäten und Komplikationen eine DRG zugewiesen, die mit einer einheitlichen Bewertungsrelation verbunden ist. Verknüpft mit dem Landesbasisfallwert ergibt sich daraus der Erstattungspreis durch die Krankenkasse. Abweichungen hiervon sind unter anderem dann vorgesehen, wenn der Patient besonders lange oder besonders kurz im Krankenhaus verweilt.

DRGs setzen auf diese Weise einen Anreiz zu effizienter Versorgung. Problematisch ist jedoch, dass damit nur eine kurzfristig angelegte Behandlungseffizienz belohnt wird. Ob tatsächlich der bestmögliche Behandlungserfolg erzielt und insbesondere auch ein langfristig gutes Ergebnis für den Patienten erreicht wurde, ist ohne direkte Konsequenzen für die Vergütung des Krankenhauses. Das Gegenteil ist mitunter der Fall: Eine Wiederaufnahme des Patienten – solange sie nach Ablauf der 30-Tage-Regel erfolgt – stellt für das Krankenhaus einen neuen Behandlungsfall mit erneuter Vergütung dar.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine vor Kurzem in JAMA¹⁸ veröffentlichte Studie von The Boston Consulting Group. Darin wird berichtet, dass es amerikanischen Krankenhäusern an finanziellen Anreizen mangelt, chirurgische Komplikationen zu vermeiden. Vielmehr könnten Krankenhäuser ihre Erträge durch Komplikationen steigern.

Auch die zunehmende Detaillierung der DRGs wirkt sich negativ aus: In der Grundidee der Fallpauschalen wird ein Krankenhaus auf Basis der Diagnose eines Patienten vergütet – ganz unabhängig davon, welche Therapie angewendet wird. Krankenhäuser haben somit einen Anreiz, den Patienten möglichst effizient zu behandeln. Da in den letzten Jahren jedoch eine immer stärkere Detaillierung der DRGs auf Basis der Prozeduren, also der tatsächlichen Behandlung, vorgenommen wurde, ließ sich verstärkt eine Mengensteigerung bei elektiven Operationen beobachten, die die Behandlungsraten in anderen Ländern weit übersteigen.^{19 20}

Der strikte Kontrahierungszwang lässt auch den Krankenkassen wenig Spielraum, um hier stärker steuernd einzugreifen. Sie sind verpflichtet, die Leistungen eines Krankenhauses zu vergüten, sofern dieses Krankenhaus im Krankenhausplan aufgenommen ist – unabhängig von der Qualität des Krankenhauses. Sie können, für eine gegebene Therapie, die Krankenhauswahl ihrer Patienten nicht auf einzelne Krankenhäuser – mit einer Qualität im Spitzensegment – beschränken und andere Krankenhäuser für eine bestimmte Therapie von der Versorgung ausschließen.

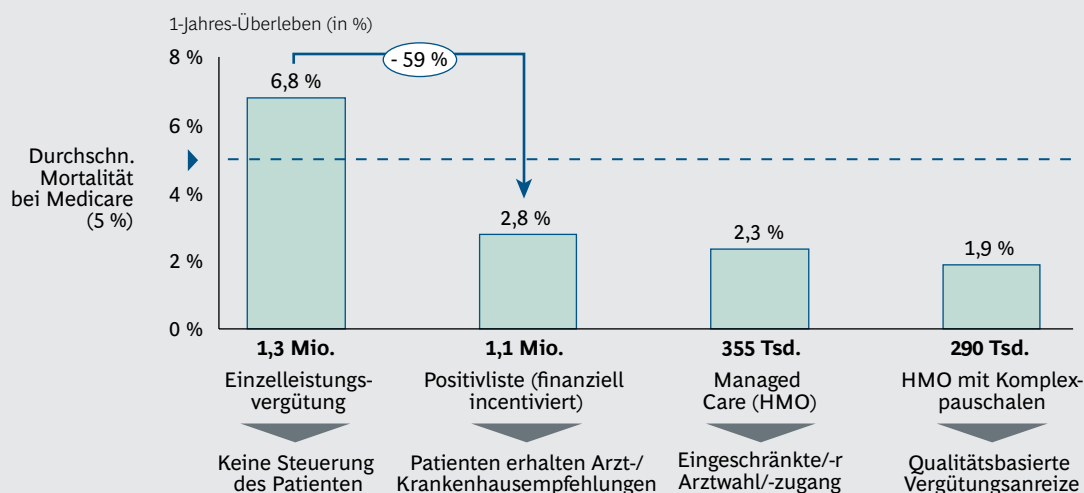
Der Kontrahierungszwang lässt den Krankenkassen wenig Spielraum, stärker steuernd einzugreifen.

18. Eappen S, Lane B, Rosenberg B, Lipsitz S, Sadoff D, Matheson D, Berry W, Lester M, Gawande A (2013): Relationship Between Occurrence of Surgical Complications and Hospital Finances. JAMA, 309, S. 1599–1606.

19. Felder S, Mennicken R., Meyer S (2013): Die Mengenentwicklung in der stationären Versorgung und Erklärungsansätze. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? (S. 95 – 106). Stuttgart: Schattauer.

20. Mohrmann M, Koch V (2013): Hohe Leistungsmengen – Direktverträge und Rechthandel als Lösungen für den Krankenhausbereich. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2013: Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? (S. 189 – 214). Stuttgart: Schattauer.

ABBILDUNG 5 | Auswirkungen des Versorgungsmodells auf die Mortalitätsrate in den USA



Quelle: Kaplan J, Kuenen JW, Larsson S (2013): Alternative Payer Models Show Improved Health-Care Value: The Boston Consulting Group.
Anmerkung: Die Anzahl der teilnehmenden Patienten je Versorgungsmodell ist unterhalb des jeweiligen Balkens dargestellt. Die Mortalitätsraten sind risikoadjustiert anhand Alter und Komorbiditäten.

Die Bildung einer solchen „Positivliste“ an Krankenhäusern könnte zu einer Stärkung der Krankenhäuser mit hoher Qualität führen – und damit letztlich auch die Versorgung der Patienten verbessern. Das zeigt eine Studie von The Boston Consulting Group aus den USA: Dort wurden Qualitätsunterschiede in der Versorgung zwischen unterschiedlichen Versorgungsmodellen gemessen. Es zeigte sich, dass die Krankenhaus-Verweildauer sowie die 30-Tage-Wiederaufnahmerate bei Patienten, deren Versicherung mittels einer Positivliste die Patienten zu ausgewählten Leistungserbringern steuerte, um 10 % geringer war als im klassischen Versorgungsmodell mit freier Arztwahl und Einzelleistungsvergütung.²¹ Der größte Unterschied zwischen beiden Patientengruppen fand sich sogar bei der Ein-Jahres-Mortalität: Diese war bei Patienten im Positivlisten-Vertrag um fast 60 % geringer als bei Patienten mit uneingeschränkter Krankenhauswahl (vgl. **Abbildung 5**).

Vor dem Hintergrund der gezeigten Qualitätsunterschiede in der deutschen Krankenhauslandschaft gilt es den derzeitigen Fehlanreizen und Defiziten zu begegnen. Das ist das Ziel des BCG-Konzepts für Qualitätswettbewerb.

Qualitätstransparenz ist zentral

Qualitätstransparenz ist die Kernvoraussetzung für einen echten Qualitätswettbewerb. Erst die Transparenz von Qualität ermöglicht echte Wahlfreiheit zwischen Krankenhäusern, da sie die derzeitige Informationsasymmetrie zwischen Patienten und Leistungserbringern auflöst. Die positiven Effekte einer Transparenz von Qualitätsdaten zeigen Beispiele aus dem internationalen Kontext (siehe Exkurs).

21. Kaplan J, Kuenen JW, Larsson S (2013): Alternative Payer Models Show Improved Health-Care Value: The Boston Consulting Group.

EXKURS

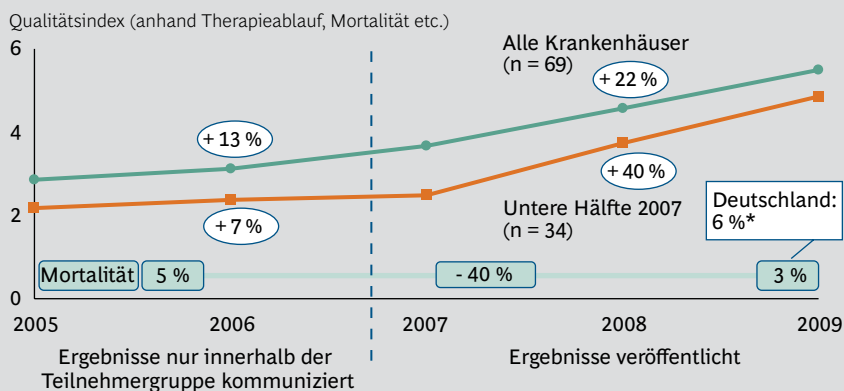
Schweden: geringere Herzinfarktmortalität durch Qualitätstransparenz

In Schweden sind bereits seit vielen Jahren medizinische Indikatorenregister für wichtige Krankheitsbilder etabliert; dadurch konnte die medizinische Qualität deutlich gesteigert werden. Beispielsweise werden die Leitlinienbeachtung und die Ergebnisqualität bei der Behandlung von Herzinfarktpatienten seit vielen Jahren systematisch erfasst. Im Jahr 2007 wurden mittels eines Qualitätsindex – des RISK-HIA-Qualitätsindex – die Ergebnisse zur Leitlinienadhärenz der Krankenhäuser zum ersten Mal veröffentlicht. War die zunächst

nur interne Kommunikation der Ergebnisse an die Krankenhäuser mit einer Qualitätsverbesserung um jährlich 13 % (des Indexwertes) verbunden, kam es nach umfassender Veröffentlichung der Indikatoren zu einer deutlichen Beschleunigung der Verbesserung mit einem durchschnittlichen Indexanstieg um jährlich 22 % (vgl. **Abbildung 6**). Am auffälligsten war die Verbesserung der qualitativ unteren Hälfte der Krankenhäuser: Hatte sich deren Qualitätsindex anfangs nur um jährlich 7 % verbessert, stieg er ab dem Zeitpunkt der vollständigen Veröffentlichung um 40 % pro Jahr.²² Diese Verbesserung in der Prozessqualität schlug sich auch im Ergebnis nieder: Zwischen 2005

ABBILDUNG 6 | Verbesserung des Herzinfarkt-Behandlungsqualität nach öffentlicher Publikation der erhobenen Ergebnisse

Erhebliche Verringerung von Herzinfarktodesfällen nach Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse



Quelle: Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M (2012): Use Of 13 Disease Registries In 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. Health Affairs, 31, S. 220 – 227.

* OECD Statistics 2009.

22. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M (2012): Use Of 13 Disease Registries In 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. Health Affairs, 31, S. 220 – 227.

und 2009 sank die Herzinfarkt-mortalität in Schweden im Median-Krankenhaus um 10 % pro Jahr. Legt man als Vergleichsmaßstab die Mortalitätsrate von 1998 zugrunde, so konnten im Jahr 2009 alleine ca. 1.100 Menschenleben gerettet werden.

Während sich in Schweden die Herzinfarkt-mortalität im Jahr 2009 auf 3 % reduziert hat, betrug diese in Deutschland zu dieser Zeit 6 %.²³

Ein entscheidender Erfolgsfaktor des schwedischen Herzinfarktregisters ist die enge Einbeziehung der Leistungserbringer in die Auswertung der Ergebnisdaten. Die repräsentative Befragung aller Kooperationspartner des Registers ergab, dass 92 % der beteiligten Ärzte und 89 % des Pflegepersonals der Aussage zustimmten, dass das Register ihnen dabei helfe, Verbesserungspotenziale zu identifizieren.²⁴ Mehr als 90 % beider Gruppen sagten außerdem, dass das Register ihnen sinnvoll bei ihrem Bemühen um Qualitätsverbesserungen helfe.²⁴

USA: Verbesserung der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten durch Transparenz

Ein anderes Beispiel, das die Effekte von Qualitätstransparenz illustriert, ist die Hygienequalität in der stationären Versorgung von Mukoviszidose-Patienten in den USA. Für Patienten mit Mukoviszidose, einer genetisch verursachten Stoffwechselkrankheit,

besteht ein hohes Risiko, sich mit Pseudomonas-Bakterien zu infizieren – insbesondere in Krankenhäusern, in denen diese Bakterien sehr verbreitet sind. Die Bakterien lösen schwere Infektionen der Atemwege aus und führen zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und des Gesundheitszustands der betroffenen Patienten. Bereits im Jahr 1964 wurde in den USA damit begonnen, die Pseudomonas-Infektionsraten in den Mukoviszidose-Zentren zu dokumentieren und aggregiert auszuwerten. Erst im Jahr 1999 entschied man sich zu einer Auswertung auf Ebene des einzelnen Zentrums und einer Bereitstellung der Daten für das jeweilige Zentrum. Dies bedeutete in den Folgejahren einen um 40 % verstärkten Rückgang der Infektionsraten. Im Jahr 2006 folgte dann die vollständige Veröffentlichung der Daten je Zentrum. Dies war von einem erheblichen Qualitätssprung begleitet: In den Folgejahren nahm die Infektionsrate mehr als 5-mal so schnell ab.²⁴

Für die Patienten bedeutete diese Qualitätsverbesserung, dass zwischen 2000 und 2009 ca. 5.000 Patientenjahre mit Infektion verhindert werden konnten. Gleichzeitig sind damit auch Ausgabeneffekte verbunden: Ca. 2 % der jährlichen Gesamtkosten für Mukoviszidose-Patienten wurden so vermieden.^{24 25} Hinzu kommen eingesparte Kosten für Reha, Krankengeld und Ähnliches.

23. OECD Statistics 2009.

24. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M (2012): Use Of 13 Disease Registries In 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. *Health Affairs*, 31, S. 220 – 227. Die Verbesserungen könnten partiell auch durch medizinisch-technischen Fortschritt bedingt sein.

25. Mukoviszidose erfordert eine aufwändige, dauerhafte Therapie. Demzufolge lag die Krankheit im Jahr 2012 unter den Top 5 der höchsten Morbiditätszuschläge pro Kopf aus dem Gesundheitsfonds in Deutschland (monatliche Zuweisung von über € 2.000).

WAS BEDEUTET QUALITÄTSTRANSparenZ?

Aus unserer Sicht beruht Qualitätstransparenz im Wesentlichen auf drei Erfolgsfaktoren, die eine breite Bekanntheit und Akzeptanz der zugrunde liegenden Qualitätsbewertung bei Patienten, Ärzten und weiteren Akteuren im Gesundheitswesen sicherstellen.

ERFOLGSFAKTOR 1: PATIENTENRELEVANTE INDIKATOREN

Patientenrelevanz ist gegeben, wenn Kennzahlen gemessen werden, die für den Patienten von großer Bedeutung sind. Dabei sind kurz- und langfristige Ergebniskennzahlen wichtig, um die Qualität einer Behandlung messbar zu machen. Außerdem müssen Indikatoren gewählt werden, die für den Patienten tatsächlich von Interesse sind. Beim Prostatakarzinom beispielsweise ist dies nicht der PSA-Wert²⁶, sondern die Angabe, ob es nach einer Operation zu Inkontinenz oder Impotenz kommt. Patientenrelevanz beinhaltet auch eine Strukturierung der Daten, die nicht notwendigerweise den klinischen Leistungsbereichen entspricht (z. B. Implantation der Hüft-Endoprothese, Gallenblasenentfernung), sondern dem Krankheitsbild des Patienten folgt (Hüftgelenksarthrose, Gallenblasensteinleiden). Somit würde sichergestellt, dass der Patient mit seiner Erkrankung im Mittelpunkt der Qualitätserhebung steht – nicht wissenschaftliche Aspekte der Ärzteschaft.

Die Porter-Hierarchie der medizinischen Ergebnismessung kann als hilfreiches Instrument bei der Identifikation der richtigen Kennzahlen dienen (vgl. **Abbildung 7**). Sie gliedert die Messung in folgende Bereiche:

- Erreichtes Ergebnis der Behandlung: Welchen Gesundheitszustand erreicht der Patient wieder?
- Ablauf der Behandlung: Welche möglichen Komplikationen gibt es auf dem Weg dorthin?
- Nachhaltigkeit der Behandlung: Wie lange hält das Ergebnis der Behandlung an?

Zur Umsetzung dieser Drei-Stufen-Logik hat The Boston Consulting Group zusammen mit der Harvard Business School/USA und dem Karolinska-Institut/Schweden das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM) gegründet. ICHOM legt besonderen Wert auf Relevanz und Verständlichkeit der Indikatoren für den Patienten sowie die Implementierung einer verlässlichen Risikoadjustierung.

Die Bedeutung der Risikoadjustierung für die Messung von Qualität und die Vergleichbarkeit von Krankenhäusern wurde bereits dargestellt. Methodisch ist die Risikoadjustierung jedoch nicht trivial: Es bedarf beispielweise eines Konsens, welche Merkmale ein erhöhtes bzw. verringertes Risiko eines Patienten begründen. Zu entscheiden ist auch, welche Faktoren in der Verantwortung des Krankenhauses liegen und somit nicht adjustiert werden sollten. Das lässt sich anhand eines Beispiels illustrieren: Bei Patienten mit einer Hüft-Endoprothese wird beispielsweise gemessen, welcher Anteil der Patienten nach einem Jahr ohne Komplikationen, Revisionen und Frakturen war. Unstrittig ist, dass eine Komplikation, die auf

26. Prostataspezifisches Antigen, ein empfindlicher Parameter in der Diagnostik des Prostatakarzinoms.

Die Qualitätsindikatoren müssen patientenrelevant sein.



Quelle: ICHOM.

eine nicht optimal verankerte Endoprothese zurückgeht, als Qualitätsdefizit des behandelnden Krankenhauses bewertet werden sollte. Doch wie geht man damit um, dass in einem Krankenhaus in einer ärmeren, urbanen Gegend sehr viele Patienten behandelt werden, die ein erhöhtes Sturzrisiko haben, weil sie beispielsweise keine finanziellen Mittel für eine altersgerecht eingerichtete Wohnung haben oder in mehrstöckigen Mietshäusern ohne Aufzug wohnen? Ein anderes Krankenhaus in einer wohlhabenden, suburbanen Gegend hat dagegen eine systematisch andere Patientenstruktur mit einem anderen Sturzrisiko. Sollte in diesem Fall die soziale Lage ein Faktor der Risikoadjustierung sein?

Die Qualitätsdaten müssen leicht verständlich veröffentlicht werden.

Diese Herausforderungen werden häufig als Argument gegen die Messung und Veröffentlichung von Qualitätsdaten verwendet. Die AQUA-Analysen sowie Analysen des ICHOM zeigen jedoch, dass durch die Berücksichtigung des Patientenhintergrunds inklusive Komorbiditäten eine sehr gute Risikoadjustierung möglich ist.

ERFOLGSFAKTOR 2: PATIENTENFREUNDLICHE VERÖFFENTLICHUNG

Qualitätstransparenz setzt voraus, dass dem Patienten die ermittelten Qualitätsdaten auch an die Hand gegeben werden, um ihm eine informierte Entscheidung zu ermöglichen. Hierfür ist es wichtig, Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern klar zu benennen. Die erhobenen Qualitätsdaten müssen verständlich und leicht zugänglich sein. Krankenkassen sollte es ermöglicht werden, ihre Versicherten über die Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern zu informieren und Hinweise auf qualitativ hochwertige Krankenhäuser geben zu dürfen. Die beschriebene patientenfreundliche Veröffentlichung wird dann als Katalysator für eine

verstärkte Orientierung der Kliniken an der Ergebnisqualität dienen. Vonseiten der öffentlich-rechtlichen Akteure im Gesundheitswesen kann dieser Prozess durch eine gezielte Informationspolitik gefördert werden.

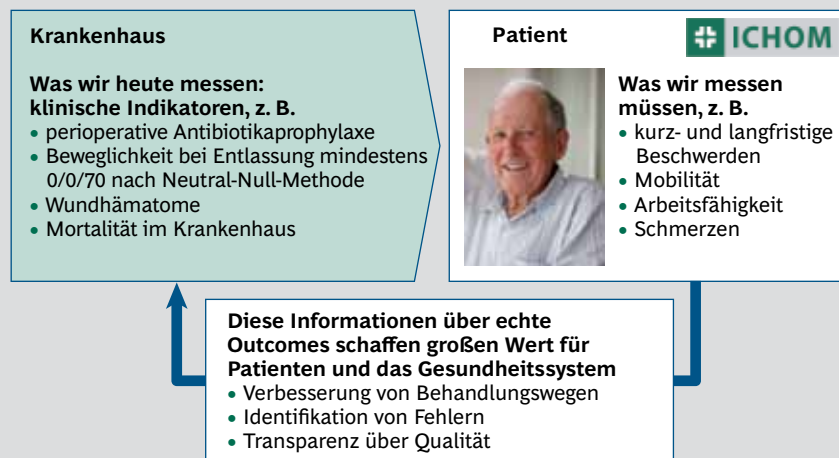
EXKURS

International Consortium for Health Outcomes Measurement

Das International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM, www.ichom.org) ist eine 2012 gegründete unabhängige und nicht gewinnorientierte Organisation, die weltweit allgemeingültige Standards zur Messung der Qualität im Gesundheitswesen entwickelt. ICHOM bringt Ärzte, Patientenorganisationen und weiteres medizinisches Fachpersonal zusammen, um wesentliche patientenrelevante Qualitätsindikatoren zu definieren. Dabei versucht ICHOM, die wesentliche Herausforderung des heutigen Gesundheitswesens zu adressieren: Qualitätsverbesserung bei gleichzeitiger Kostenreduktion.

ICHOM wurde gemeinsam von The Boston Consulting Group, dem Karolinska-Institut und dem Harvard-Business-School-Professor Michael E. Porter gegründet. Die Standardisierungsbemühungen von ICHOM fokussieren sich derzeit im Wesentlichen auf vier Krankheitsbilder: koronare Herzerkrankung, Prostatakrebs, Beschwerden im unteren Rückenbereich und Katarakt. Zusätzlich hat ICHOM eine öffentlich zugängige Datenbank mit über 50 Registern von mehr als 40 Organisationen zur Verfügung gestellt, die 16 der weltweit häufigsten Krankheitsbilder beinhaltet.

ABBILDUNG 8 | Patientenrelevante Parameter am Beispiel Hüftarthrose, definiert durch ICHOM



Quelle: AQUA (2012): Qualitätsreport 2011. Göttingen: AQUA-Institut; ICHOM; BCG-Darstellung

ERFOLGSFAKTOR 3: FÖRDERUNG DER QUALITÄTSKULTUR

Die Etablierung eines Qualitätswettbewerbs gegen den Willen und die Interessen der Ärzteschaft ist weder gewünscht noch möglich. Eine frühzeitige Einbeziehung der Ärzte und weiterer Gesundheitsberufe ist bereits bei der Definition der Qualitätskennzahlen entscheidend. Das ICHOM beispielsweise legt bei seiner Arbeit großen Wert auf diesen Aspekt und bezieht bei der Definition der Kennzahlen international anerkannte Mediziner, Fachgesellschaften und wichtige Patientenorganisationen ein. Dadurch wird die Akzeptanz dieser Maßnahmen gesichert und ein Weg hin zu einer Qualitätskultur im Krankenhaus gebnet.

Ein pragmatischer Ansatz würde mit der Erhebung zunächst weniger Qualitätskennzahlen beginnen, die uns heute bereits vorliegen; die Ausbildung einer Qualitätskultur sollte von Ärzten und Krankenhäusern selbst ausgehen. Instrumente auf dem Weg dorthin können Peer-Reviews, Qualitätszirkel und Best-Practice-Sharing sein. Wichtig ist es, zu Beginn ein Bloßstellen von Kliniken mit niedriger Ergebnisqualität zu vermeiden. So kann es sinnvoll sein, neue Kennzahlen zunächst innerhalb der Ärzteschaft und Krankenhäuser für einen Zeitraum von zwei bis drei Jahren miteinander zu vergleichen, um notwendiges Vertrauen aufzubauen und mögliche Schwächen der Messverfahren zu korrigieren.

Zielbild: einfach verständliches Krankenhaus-Ranking für alle Therapien.

KURZ- UND LANGFRISTIGES ZIELBILD FÜR DEUTSCHLAND

Qualitätstransparenz zielt darauf ab, die Qualität von Krankenhäusern für eine gegebene Therapie bzw. ein bestimmtes Krankheitsbild in einer patientenzentrierten Art miteinander zu vergleichen. Um das umzusetzen, schlagen wir die Entwicklung einer einheitlichen Plattform vor, auf der ein Ranking von Krankenhäusern vorgenommen wird. Dieses Ranking soll differenziert nach Leistungsbereichen bzw. langfristig nach Krankheitsbildern die Qualität von Krankenhäusern darstellen. Entscheidend sind eine einfache Lesbarkeit und Verständlichkeit des Portals für den Patienten. Daher soll an die Stelle der bisher großteils als „unauffällig“ eingestuften Krankenhäuser der gesetzlichen Qualitätssicherung eine klare Rangfolge der Krankenhäuser treten und diese damit den Patienten die Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus erleichtern. Auch soll es Krankenhäuser motivieren, ihre Leistungen zu verbessern und einen der vorderen Plätze des Rankings einzunehmen.

Bei der Erstellung dieser Rankings sind folgende Eckpunkte festzulegen:

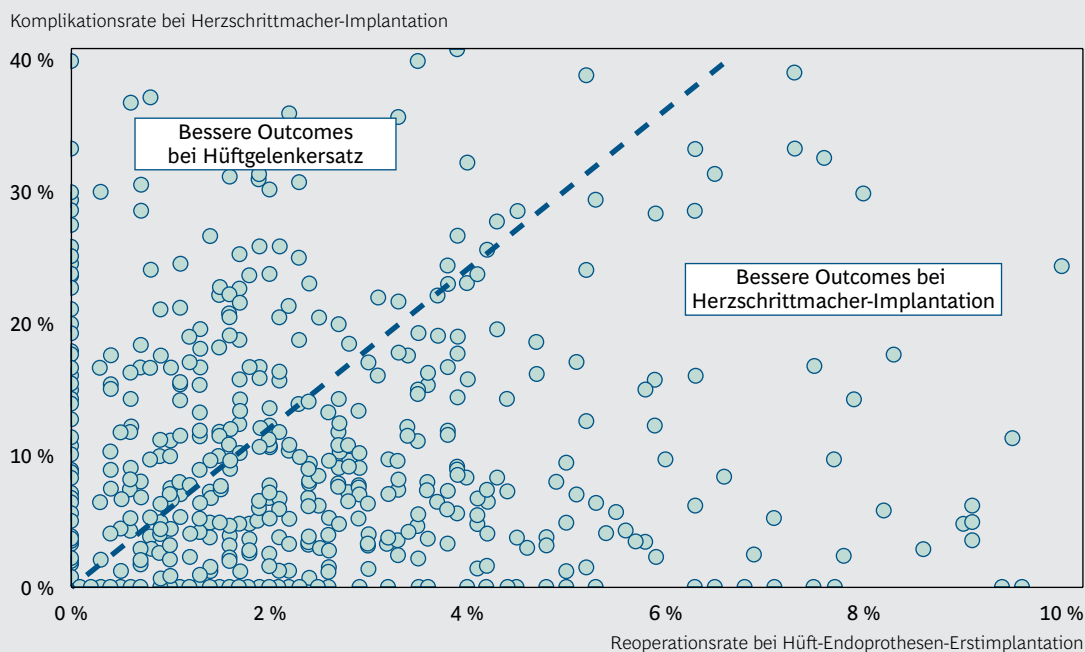
Ebene der Qualitätsmessung

- Unterste mögliche Ebene der Messung von Qualitätsindikatoren sind die *Diagnosen* und *Prozeduren* je ICD- bzw. OPS-Kode.²⁷ Da es jedoch mehr als tausend ICD- und OPS-Kodes gibt, müsste man eine Vielzahl verschiedener Rankings erstellen. Für den Patienten, der häufig seine Detaildiagnose oder Prozedur nicht kennt, wäre unverständlich, welches Ranking für ihn relevant ist. Problematisch wären auch die geringen Fallzahlen je ICD- oder OPS-Kode, die eine Messung statistisch signifikanter Ergebnisse zum Großteil unmöglich machen würden. Diese Argumentation trifft auch auf DRGs zu, deren Differenzierungsgrad ebenfalls zu kleinteilig ist.

27. ICD: International Classification of Diseases; OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel.

- Als sehr stark aggregierte Ebene käme ein Ranking je Krankenhaus oder Krankenhausabteilung in Betracht. Eine beispielhafte empirische Analyse zeigt jedoch, dass die Qualität zwischen Abteilungen oder Unterabteilungen eines Krankenhauses stark variiert (vgl. **Abbildung 9**). Es geht eben gerade *nicht* darum, ganze Krankenhäuser als gut oder schlecht darzustellen, sondern die Stärken und Schwächen pro Krankenhaus für bestimmte Behandlungen zu beschreiben.
- Wir schlagen als richtige Ebene die der Leistungsbereiche bzw. Subdisziplin/ Krankheitsbilder vor. *Kurzfristig* könnten die Leistungsbereiche der Qualitätsmessung des AQUA-Instituts verwendet werden. Dafür werden eng verwandte Diagnosen und Prozeduren zu einem Behandlungskomplex zusammengeführt, beispielsweise alle Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen. Der Vorteil besteht in der kurzfristigen Umsetzbarkeit, da für etliche Leistungsbereiche bereits Abgrenzungen konsentiert und Qualitätsindikatoren definiert sind. Von Nachteil dagegen ist, dass hier von einer bereits feststehenden Behandlungsweise ausgegangen wird. Aus Perspektive des Patienten ist jedoch primär das Ergebnis entscheidend, nicht die Art und Weise der Behandlung.
- *Langfristig* ist ein Ranking auf Ebene verständlicher Subdisziplinen (z. B. Netzhaut, Knie) bzw. Krankheitsbilder (z. B. Hüftgelenkarthrose, unterer Rückenschmerz, Glaukom, Katarakt, Prostatakarzinom) zu bevorzugen. Die Subdisziplinen/Krankheitsbilder müssen sinnvoll durch eine Aggregation verschiedener DRGs abgegrenzt werden.

ABBILDUNG 9 | Es gibt keinen Zusammenhang der Ergebnisqualität zwischen Krankenhausabteilungen



Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2010; BCG-Analyse.

Anmerkung: Dargestellt sind die Qualitätsergebnisse aller Krankenhäuser mit mindestens 20 Fällen in den beiden Leistungsbereichen Herzschrittmacher-Implantation und Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation (n = 666 Krankenhäuser).

Auswahl der Leistungsbereiche

- *Kurzfristig* sollten vor allem elektive Leistungsbereiche in ein Ranking einbezogen werden. Der Erbringung von elektiven (oder planbaren) Leistungen gehen in der Regel mehrere Tage oder Wochen voraus, in denen der Patient Zeit hat, Informationen über mögliche Krankenhäuser einzuholen, um sich dann bewusst für einen Leistungserbringer zu entscheiden. Schätzungen gehen davon aus, dass ca. 55 bis 66 % der Leistungen als elektiv anzusehen sind.^{28 29}
- *Langfristig* sind auch Notfalleistungen in ein Ranking einzubeziehen. Hintergrund ist, dass ein Ranking nicht ausschließlich der Information der Patienten dient, sondern auch an die Leistungserbringer selbst gerichtet ist. Internationale Erfahrungen wie das aufgeführte Beispiel des schwedischen Herzinfarktregisters zeigen, dass ein öffentliches Ranking Veränderungsprozesse in Kliniken initiiert.

Datenerhebung

- Die Nutzung der bestehenden Daten der gesetzlichen Qualitätssicherung für die kurzfristige Umsetzung ist auch im Sinne der Datenerhebung sinnvoll. Kurz- bis mittelfristig sollte ebenfalls die Einbeziehung bestehender Daten, insbesondere der Routinedaten, erfolgen, um doppelten Dokumentationsaufwand zu vermeiden.
- Langfristig sollte systematisch überprüft werden, welche regionalen Register bundesweit vereinheitlicht werden können, sodass deren Daten ebenfalls für die Qualitätsmessung herangezogen werden können. Außerdem ist festzulegen, welche zusätzlichen Register benötigt werden. Für die Durchführung der Patientenbefragungen, die nach dem Krankenhausaufenthalt stattfinden, sollten die Krankenversicherungen verantwortlich sein, da diese in der Regel die jeweils aktuellen Kontaktdaten der Versicherten besitzen. Bei einem Kassenwechsel muss eine Übertragung der Versichertendaten von der Alt- an die Neukasse gewährleistet sein (unter Berücksichtigung des Datenschutzes), um einen langfristigen Follow-up zu ermöglichen. Außerdem sollte langfristig eine Einbeziehung des ambulanten Sektors in die Qualitätssicherung erfolgen.

Risikoadjustierung

- Die Risikoadjustierung der Daten ist sowohl in der kurz- als auch in der langfristigen Umsetzung entscheidend. Nur so kann ein fairer Vergleich zwischen Leistungserbringern erfolgen, und Anreize zur Risikoselektion können vermieden werden. Auswahl und Umsetzung der Methodik der Risikoadjustierung müssen anhand wissenschaftlicher Standards erfolgen.

28. DKG (2012): DKG zur Leistungsentwicklung in den Kliniken: Krankenhäuser sind keine Industrieunternehmen: Pressemitteilung vom 02.08.2012. Berlin.

29. Brachmann M, Geppert R, Niehues C, Petersen P-F, Sobotta R (2009): Positionspapier der AG Ökonomie und DGINA e.V.: Ökonomische Aspekte der klinischen Notfallversorgung. http://www.dgina.de/media/veroeffent/20090729_Positionspapier_2009_07_08_MB_F.pdf.

Indexbildung und Ranking

- Die Qualitätsindikatoren, die einen Leistungsbereich betreffen, müssen zu einem Index kombiniert werden, um eine Aussage über die Ergebnisqualität eines Krankenhauses in diesem Leistungsbereich bzw. für diese Subdisziplin/dieses Krankheitsbild treffen zu können. Diese Gewichtung der Indikatoren muss für jeden Leistungsbereich bzw. für jede Subdisziplin festgelegt werden.
- Zielsetzung ist es, ein Ranking-Portal aufzusetzen, das zentral alle Qualitätsergebnisse in patientenfreundlicher Form darstellt. Entscheidend sind die intuitive Bedienbarkeit und Verständlichkeit für den Patienten. Dafür ist es auch wichtig, dass Patienten leicht zwischen einer guten und einer schlechten Einstufung eines Krankenhauses bei einem Leistungsbereich/Krankheitsbild unterscheiden können und – bei Bedarf – auch die dahinterliegenden Gründe (d. h. die einzelnen Qualitätsindikatoren) erfahren. Ebenfalls sollte die regionale Ebene des Vergleichs für den Patienten wählbar sein. Zu entscheiden ist, ob das Ranking anhand einer Rangfolge erfolgt oder eine Einstufung in drei bis fünf Gruppen (von sehr gut bis mangelhaft) vornimmt. Vorteil einer Rangvergabe ist die klare Unterscheidbarkeit der Qualitätsergebnisse der Häuser. Vorteil einer Gruppierung ist, dass sehr kleine Unterschiede zwischen Krankenhäusern nicht zu starkes Gewicht bekommen.

Das Ranking muss risikoadjustiert und auf der richtigen Detailebene sein.

Zielgruppenansprache

- Damit die Entscheidung des Patienten für ein Krankenhaus anhand von Qualitätsdaten gefällt werden kann, müssen Patienten das Ranking-Portal kennen und es als Entscheidungshilfe verstehen.
- Insbesondere sollten vor allem die niedergelassenen Ärzte, die eine wichtige Multiplikatorrolle bei der Krankenhauswahl ihrer Patienten spielen, über die Ranking-Ergebnisse regelmäßig informiert und auf das Portal aufmerksam gemacht werden, um ihren Patienten die qualitativ hochwertigsten Einrichtungen zu empfehlen.
- Außerdem sollten die Krankenversicherungen über das Portal informieren und daraus Empfehlungen ableiten. Bereits heute dürfen die Krankenkassen ihre Versicherten über Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung informieren. Zukünftig sollten sie anhand von (ambulanten) Abrechnungsdaten gezielt diejenigen Versicherten identifizieren, bei denen ein Krankenhausaufenthalt zukünftig sehr wahrscheinlich wird, und diesen proaktiv eine Auflistung der qualitativ besten Krankenhäuser zukommen lassen.

Finanzierung

- Wir sind überzeugt, dass die Kostenersparnis durch verbesserte Qualität und stärkere Spezialisierung die Kosten der Datenerhebung und des Ranking-Portals weit übertrifft – insofern ist der Aufbau von Transparenz für das Gesundheitssystem eine sehr lohnende Investition.

Ein solches Ranking würde sich durch die Kostenersparnis aufgrund höherer Qualität selbst finanzieren.

- Larsson et al.³⁰ haben gezeigt, dass die Einführung des Hüftimplantationsregisters in Schweden durch eine starke Reduktion der Reoperationen als eine Folge von Qualitätstransparenz die landesweiten Kosten für Hüftersatz um ca. 8 % gesenkt hat.
- Für Deutschland lässt sich das Potenzial einer verstärkten Behandlung von Patienten in Krankenhäusern mit hoher Qualität anhand einer Analyse auf Basis der Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) demonstrieren (siehe Exkurs). Steuert man alle Patienten, die ein künstliches Hüftgelenk benötigen, in die besten 20 % der Krankenhäuser in Deutschland, könnten demnach bis zu € 75 Mio. und damit ca. 5 % der jährlichen GKV-Ausgaben für Hüft-OP-Patienten eingespart werden.

EXKURS

Kostenersparnis durch Transparenz

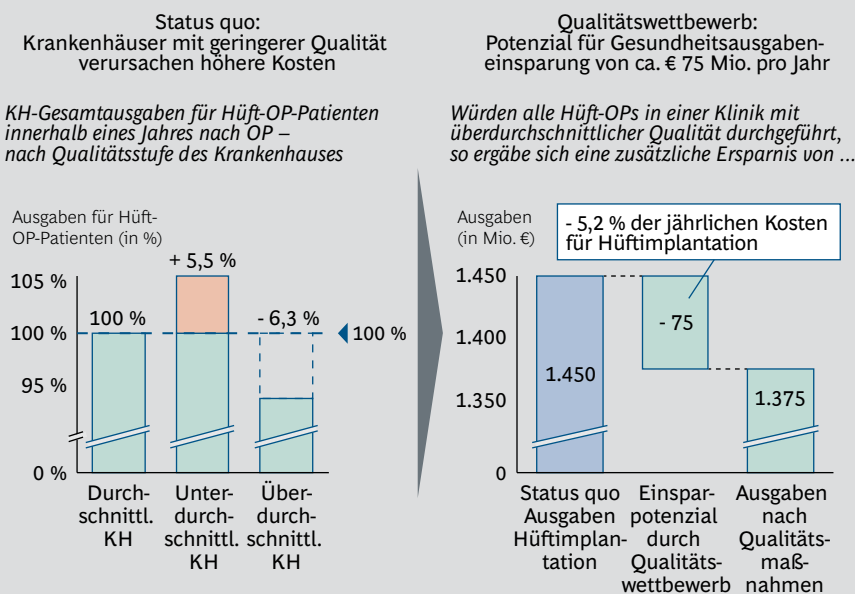
Für das Beispiel Hüft-Endoprothesen-Erstimplantationen ermittelte das WiDO anhand von Routinedaten einen Qualitätsindex basierend auf Komplikationsraten und Revisionen aller Krankenhäuser. Zusätzlich erhob es die stationären Gesamtkosten für die Implantation der Hüft-Endoprothese und des Folgejahrs. Separiert nach den Krankenhäusern, die im Qualitätsindex zu den Top 20 %, zu den schlechtesten 20 % und in das Mittelfeld gehören, wurden die durchschnittlichen Kosten je Patient miteinander verglichen (vgl. **Abbildung 10**). Es zeigt sich deutlich, dass die höchsten Kosten (+ 5,5 %) für diejenigen Patienten anfallen, die in Krankenhäusern mit geringer Fallzahl behandelt wurden, während die besten 20 % der Krankenhäuser um 6,3 % geringere Ausgaben für ihre Patienten verursachten.³¹

Würden nun alle Patienten als eine Folge der Qualitätstransparenz in einer überdurchschnittlichen Klinik behandelt, bestünde ein jährliches Einsparpotenzial von bis zu € 75 Mio. und damit ca. 5 % der jährlichen Krankenhaus-GKV-Ausgaben für alle Hüftgelenkersatz-Patienten. Hinzu kommen weitere Einsparpotenziale, die sich aus einer besseren und schnelleren Mobilisierung des Patienten ergeben: So zeigt das WiDO ebenfalls, dass sich die Pflegebedürftigkeit der Patienten nach Hüftgelenkersatz abhängig von der Krankenhausqualität voneinander unterscheidet. Die Pflegestufe von Patienten, die in einem Krankenhaus mit unterdurchschnittlicher Qualität behandelt wurden, wurde im Jahr nach der Hüftimplantation um 50 % häufiger erhöht als bei Patienten mit Behandlung in einem überdurchschnittlichen Krankenhaus.³¹

30. Larsson S, Lawyer P, Garellick G, Lindahl B, Lundstrom M (2012): Use Of 13 Disease Registries In 5 Countries Demonstrates The Potential To Use Outcome Data To Improve Health Care's Value. *Health Affairs*, 31, S. 220 – 227.

31. Malzahn J, Günster C, Fahlenbrach C (2012): Pay-for-Performance – Einsparungen und Bonuszahlungen am Beispiel Hüftendoprothesen-Implantation. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität* (S. 237 – 258). Stuttgart: Schattauer.

ABBILDUNG 10 | Potenzial für jährliche Kostenersparnis durch Qualitätswettbewerb anhand des Beispiels Hüftimplantation



Quelle: Malzahn J, Günster C, Fahlenbrach C (2012): Pay-for-Performance – Einsparungen und Bonuszahlungen am Beispiel Hüftendoprothesen-Implantation. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität (S. 237 – 258). Stuttgart: Schattauer; AQUA (2012): Qualitätsreport 2011. Göttingen: AQUA-Institut; BCG-Analyse.

Anmerkung: Approximation der Ersparnisse anhand der QSR-Daten zum Zusammenhang von Krankenhausqualität und Krankenhausausgaben für Hüftimplantations-Patienten im OP-Folgejahr. Hochrechnung dieser Ergebnisse auf das bundesweite Einsparpotenzial anhand der Fallzahlen des Jahres 2011. Kategorisierung der Krankenhäuser nach überdurchschnittlichen (Top 20 %), unterdurchschnittlichen (untere 20 %) und durchschnittlichen Krankenhäusern anhand eines zusammengesetzten Qualitätsindex durch Malzahn et al. (2012).

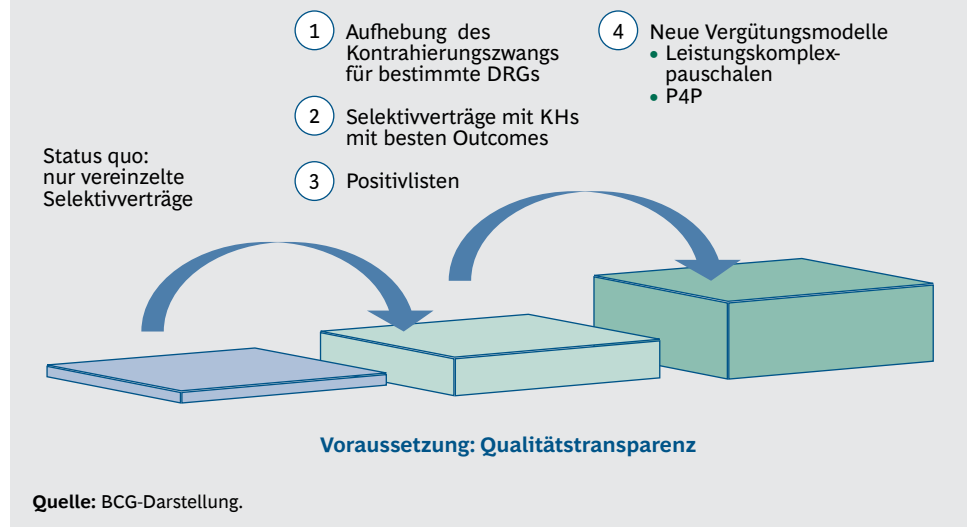
Zusätzliche Hebel: Erweiterte Handlungsspielräume und Rahmenbedingungen

Patienten-Empowerment und die Stärkung der Qualitätskultur in Kliniken auf der Basis von Qualitätstransparenz sind die entscheidende Grundlage für den Qualitätswettbewerb. Zusätzlich beschleunigen lässt sich diese Entwicklung durch eine Erweiterung der Handlungsspielräume und Rahmenbedingungen.

AUFHEBUNG DES KONTRAHIERUNGSZWANGS IN AUSGEWÄHLTEN LEISTUNGSBEREICHEN

Derzeit besteht ein Kontrahierungszwang der gesetzlichen Krankenversicherungen mit allen Plankrankenhäusern bei gleichzeitig festgelegter Vergütung auf Basis der DRGs. Diese starre Regulierung sollte für ausgewählte Behandlungen zugunsten einer stärkeren Flexibilisierung aufgegeben werden – mit dem Ziel, einen Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um die beste Versorgungsqualität zu ermöglichen. Dieses Vorgehen lässt sich in vier Schritten illustrieren (vgl. **Abbildung 11**).

ABBILDUNG 11 | Selektivvertragliche Ausgestaltung des Qualitätswettbewerbs



1. Schritt: Aufhebung des Kontrahierungszwangs für ausgewählte Leistungsbereiche

Krankenkassen sollten für bestimmte Behandlungen die Möglichkeit haben, Versorgungsverträge nur mit ausgewählten Krankenhäusern abzuschließen. Dazu müsste der Kontrahierungszwang für diese ausgewählten Leistungsbereiche geöffnet werden.

Prioritär sollten dabei Leistungsbereiche bzw. Krankheitsbilder mit folgenden Merkmalen ausgewählt werden:

- Hohe Planbarkeit: Insbesondere elektive Leistungen eignen sich für Selektivverträge, während die Notfallversorgung weiterhin kollektivvertraglich geregelt sein sollte.
- Hohe Fallzahl und/oder hohe Gesamtausgaben: Die (Opportunitäts-)Kosten eines Ausschreibungsverfahrens müssen gerechtfertigt sein.

Geeignet erscheinen beispielsweise die Hüft- und Knie-Endoprothetik, Augenoperationen (z. B. Katarakt, Glaukom), Aortenklappen-Operationen und Tonsillektomien.³²

2. Schritt: Ausschreibung qualitätsbasierter Versorgungsverträge

Die Krankenkassen können daraufhin Versorgungsaufträge ausschreiben: Diese sollten – differenziert nach Leistungsbereichen – an patientenrelevante Indikatoren der Ergebnisqualität anknüpfen. Um dennoch eine wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, wären gesetzliche Vorgaben zur maximalen Größe solcher Versorgungsregionen oder zur maximalen Fahrzeit vorstellbar.

32. Ein Katalog geeigneter DRGs wurde bereits im Jahr 2007 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit erarbeitet, jedoch nicht veröffentlicht (Göbel T, Wolff J [2012]: Direktverträge für stationäre Leistungen – Chance für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Krankenhaussektor. In J. Klauber, M. Geraedts, J. Friedrich und J. Wasem [Hrsg.], Krankenhaus-Report 2012: Schwerpunkt: Regionalität [S. 123 – 147]. Stuttgart: Schattauer.). Dieser Katalog könnte als Grundlage für die Auswahl geeigneter Leistungsbereiche dienen.

Für Kassen, die keine Versorgungsverträge ausschreiben, würde weiterhin der Kollektivvertrag gelten, d. h., sie vergüten weiterhin Leistungen aller Krankenhäuser auf Basis der DRGs. Damit ist dieses Modell mit den Arzneimittelrabattverträgen vergleichbar. Auch hier treten Rabattverträge an die Stelle des Kollektivvertrags, sofern die Kasse solche Verträge abgeschlossen hat.

Voraussetzungen für ein solches Modell sind die umfassende Transparenz der Ergebnisqualität und ein qualitätsbasiertes Ranking der Krankenhäuser. Verträge werden somit auf Basis von Qualitätskriterien und weniger auf Kriterien purer Kostenersparnis abgeschlossen.

3. Schritt: Positivliste

Der Versicherte könnte in einem solchen Modell zwischen denjenigen Krankenhäusern wählen, mit denen seine Kasse einen Vertrag abgeschlossen hat. Diese Vertragskrankenhäuser würden somit eine Art „Positivliste“ darstellen. Je nach Ausgestaltung des Modells würde die Erbringung einer geplanten Leistung durch ein anderes Krankenhaus entweder gar nicht oder nur in Teilen erstattet.

Eine abgeschwächte Ausgestaltung läge darin, dass die Krankenkassen einen speziellen Krankenhaus-Wahltarif analog zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) anbieten. Nur diejenigen Patienten, die diesen Tarif wählen, verpflichten sich damit zu einer Einschränkung ihrer Krankenhauswahl auf die Positivliste der Kasse. Dieses Modell wäre mit den heute schon bestehenden selektivvertraglichen Instrumenten vergleichbar. Diese kommen jedoch aufgrund fehlender Steuerungswirkung gegenüber dem Patienten nur selten zum Einsatz – daher wäre diese Ausgestaltungsform weniger erfolgsversprechend.

4. Schritt: Selektivverträge mit qualitätsorientierter Vergütung

Eine zusätzliche Verstärkung des Qualitätswettbewerbs unter den Rahmenbedingungen eines aufgehobenen Kollektivvertrags lässt sich durch eine Kopplung des Selektivvertrags mit qualitätsorientierten Vergütungsanreizen (Pay-for-Performance [P4P]) erreichen.

Die genaue Ausgestaltung der qualitätsorientierten Vergütung bliebe dabei den Krankenkassen selbst überlassen. Denkbar ist beispielsweise, einen Teil der Vergütung an einen Qualitätsparameter oder die Patientenzufriedenheit zu knüpfen. So könnte auch langfristige Ergebnisqualität belohnt werden. Eine andere Möglichkeit besteht in der Vergütung mittels Leistungskomplexpauschalen, die neben der stationären Versorgung auch die Rehabilitation und gegebenenfalls die ambulante Nachsorge im Rahmen einer Pauschale abgelten würde. Zusätzlich könnten diese auch eine finanzielle Gewährleistung des Krankenhauses für jegliche Komplikationen innerhalb eines bestimmten Zeitrahmens beinhalten. Damit wird Krankenhäusern ein Anreiz gegeben, Patienten mit Blick auf eine langfristig hohe Ergebnisqualität und unter Einbeziehung verschiedener Sektoren und Gesundheitsberufe zu versorgen.

Eine wirksame Anwendung von Pay-for-Performance-Modellen ist mit etlichen Hürden verbunden. Dies zeigen diverse Evaluationen und Metaanalysen von P4P-Modellen.³³ Als Erfolgsfaktoren lassen sich unter anderem ausmachen:

- eine präzise Auswahl der zugrunde gelegten Qualitätsindikatoren,

Der Kontrahierungszwang sollte für ausgewählte, elektive Leistungen aufgehoben werden.

- ein ausreichend hoher Vergütungsanreiz,
- eine hohe Transparenz der P4P-Kriterien sowie
- eine faire Berücksichtigung unterschiedlicher Patientenrisiken bei der Kalkulation der Vergütungsaufschläge.

Wir schlagen daher P4P-Modelle nur in Selektivverträgen, nicht jedoch im Rahmen des Kollektivvertrags vor.

ZUSÄTZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Neben der (partiellen) Öffnung des Kontrahierungszwangs lässt sich ein Qualitätswettbewerb durch zwei weitere regulative Hebel verstärken:

STRUKTURVORGABEN AUF LANDESEBENE

Die Krankenhausplanung der Länder konzentriert sich bislang traditionell auf eine Analyse der Krankenhausinanspruchnahme sowie der demografischen und Morbiditätsveränderungen und leitet daraus den zukünftigen Bettenbedarf ab. In den vergangenen Jahren sind einige Bundesländer dazu übergegangen, auch in Ansätzen Strukturvorgaben, die eine höhere Qualität begünstigen sollen, in die Pläne aufzunehmen.

Die Krankenhauspläne der Länder sollten Strukturvorgaben enthalten.

Beispielsweise wurden Regelungen zur Mindestanzahl an Fachärzten mit der entsprechenden Schwerpunktweiterbildung oder Vorgaben zum pflegerischen Personalschlüssel und zur apparativen Ausstattung getroffen. Strengere Strukturvorgaben durch die Krankenhausplanung können eine Spezialisierung von Krankenhäusern fördern, da eine Vorhaltung bestimmter Apparate und eines spezialisierten Personals nur dann wirtschaftlich ist, wenn eine entsprechende Fallzahl durch das Krankenhaus erbracht wird. Die Aufnahme von Strukturvorgaben ist insbesondere für die Notfallversorgung zweckmäßig, da hierfür die Instrumente des Patientenempowerments nicht greifen. Zukünftig sollte geprüft werden, ob die Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan als Notfallversorger nicht auch an Kriterien der Ergebnisqualität gebunden werden kann. Selbstverständlich muss dabei die Wohnortnähe der Versorgung weiterhin gewährleistet bleiben.

MINDESTMENGEN AUF BUNDESEBENE

Ein weiteres Instrument sind Mindestmengen, die für die Erbringung ausgewählter planbarer Leistungen eine jährliche Mindestfallzahl je Krankenhaus oder je Arzt verlangen. Solche Mindestmengen können schon jetzt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgesetzt werden (§ 137 Abs. 3 SGB V). So gelten derzeit beispielsweise Mindestmengen für Leber-, Nieren- und Stammzelltransplantationen sowie für Eingriffe an Speiseröhre oder Bauchspeicheldrüse.

In den letzten Jahren wurden jedoch mehrfach Mindestmengenregelungen des G-BA gerichtlich für ungültig erklärt, nachdem einzelne Krankenhäuser dagegen

33. Veit C, Hertle D, Bungard S, Trümmer A, Ganske V, Meyer-Hofmann B (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung: Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: BQS-Institut.

geklagt hatten. Die Gerichte bemängelten in diesen Fällen vorwiegend die unzureichende wissenschaftliche Evidenz für einen besonderen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität (u. a. AZ B 1 KR 34/12 R, Rz. 60).

Die Verwendung von Mindestmengenregelungen wird somit vermutlich auch zukünftig eher eine sekundäre Rolle für die Qualitätssicherung spielen. Mindestmengen wären jedoch insbesondere für diejenigen planbaren Leistungen sinnvoll, die selten durchgeführt werden und für die die statistisch signifikante Messung von Ergebnisparametern somit erheblich erschwert ist. Dafür sollten durch ein systematisches Screening potenziell relevante Leistungsbereiche ausgewählt und für diese Bereiche entsprechende wissenschaftliche Studien in Auftrag gegeben werden.

Bessere Versorgung, geringere Ausgaben

Qualitätswettbewerb ist der nächste notwendige Schritt zur Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Qualitätswettbewerb stellt den Patienten stärker in den Mittelpunkt: Dessen bestmögliche Versorgung ist prioritäres Ziel aller gesundheitspolitischen Entscheidungen und der wettbewerblichen Optimierung.

Qualitätswettbewerb stärkt auch die Effizienz: Jeder Euro, der im Gesundheitssystem ausgegeben wird, soll größtmöglichen gesundheitlichen Nutzen stiften. Damit ist Qualitätswettbewerb auch die Basis für eine nachhaltige finanzielle Stabilität des Gesundheitssystems.

Zentrale Säule dieser Strategie ist Qualitätstransparenz – sie ist die Basis von allem. Um diese zu schaffen, kann man kurzfristig auf den bereits vorhandenen Qualitätsdaten der gesetzlichen Qualitätssicherung aufbauen und gegebenenfalls Patientenbefragungen und Routinedaten der Krankenkassen zur Messung langfristiger Outcomes hinzuziehen. Die Zusammenführung dieser Daten in einem Ranking-Portal, das in patientenfreundlicher Form gute und schlechte Ergebnisse von Krankenhäusern darstellt, ist eine relativ schnell umsetzbare Maßnahme, um einen patientenzentrierten Qualitätswettbewerb zu initiieren. Langfristig sollte sich dieses Krankenhaus-Qualitätsranking aus Daten zu langfristig erhobenen, patientenrelevanten Ergebnissen der Versorgung speisen. Ein Katalog geeigneter Indikatoren wird dafür durch das ICHOM definiert. Verstärkt werden sollte der Qualitätswettbewerb durch die Möglichkeit der Krankenkassen, Selektivverträge mit Krankenhäusern auf Basis von Qualitätsindikatoren abzuschließen. Dadurch ließe sich eine stärkere Steuerung der Patienten zu den Krankenhäusern mit überdurchschnittlichen Ergebnissen erzielen. In der Notfallversorgung liegt die Verantwortung für einen stärkeren Qualitätsfokus bei den Ländern. Mittels Strukturvorgaben in den Krankenhausplänen können diese auf eine stärkere Spezialisierung von Krankenhäusern und Förderung derjenigen mit positiver Qualitätsbilanz hinwirken – bei gleichzeitiger Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung.

Die Umsetzung dieses Qualitätswettbewerbs muss in konzertierter Aktion aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen erfolgen. In diesem Sinne sollte der Start in die neue Legislaturperiode im Herbst 2013 genutzt werden: Es ist Zeit für eine umfassende Qualitätsoffensive im deutschen Gesundheitswesen!

Qualitätswettbewerb steht nicht im Widerspruch zu wohnortnaher Versorgung.

Über die Autoren

Dr. Benjamin Grosch ist Partner und Managing Director im Berliner Büro von The Boston Consulting Group. Er ist Kernmitglied der globalen BCG-Praxisgruppe Health Care und leitet den Themenbereich Qualitätswettbewerb für BCG Deutschland. Sie erreichen ihn unter grosch.benjamin@bcg.com.

Dr. Susanne Ozegowski ist Consultant im Berliner Büro von The Boston Consulting Group. Sie ist Kernmitglied der globalen BCG-Praxisgruppe Health Care und Expertin für Qualitätswettbewerb. Sie erreichen sie unter ozegowski.susanne@bcg.com.

Dr. Axel Fischer ist Principal im Münchner Büro von The Boston Consulting Group. Er ist Kernmitglied der globalen BCG-Praxisgruppe Health Care und hat langjährige praktische Erfahrungen im Krankenhausesektor. Sie erreichen ihn unter fischer.axel@bcg.com.

Christoph Schweizer ist Senior Partner und Managing Director im Münchner Büro von The Boston Consulting Group. Er ist Leiter der globalen BCG-Praxisgruppe Health Care und hat eine breite Expertise in allen Bereichen des Gesundheitswesens. Sie erreichen ihn unter schweizer.christoph@bcg.com.

Dr. Ingo Wagner ist Senior Partner und Managing Director im Münchner Büro von The Boston Consulting Group. Er ist Kernmitglied der globalen BCG-Praxisgruppe Health Care und hat langjährige Beratungserfahrung im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Krankenversicherungen. Sie erreichen ihn unter wagner.ingo@bcg.com.

Dr. Matthias Becker ist Partner und Managing Director im Frankfurter Büro von The Boston Consulting Group. Er ist Kernmitglied der globalen BCG-Praxisgruppe Health Care und hat langjährige Beratungserfahrung im Gesundheitswesen, insbesondere im Bereich der Krankenversicherungen. Sie erreichen ihn unter becker.matthias@bcg.com.

For Further Contact

If you would like to discuss this report, please contact one of the authors.

The Boston Consulting Group (BCG) is a global management consulting firm and the world's leading advisor on business strategy. We partner with clients from the private, public, and not-for-profit sectors in all regions to identify their highest-value opportunities, address their most critical challenges, and transform their enterprises. Our customized approach combines deep insight into the dynamics of companies and markets with close collaboration at all levels of the client organization. This ensures that our clients achieve sustainable competitive advantage, build more capable organizations, and secure lasting results. Founded in 1963, BCG is a private company with 78 offices in 43 countries. For more information, please visit bcg.com.

To find the latest BCG content and register to receive e-alerts on this topic or others, please visit bcgperspectives.com.

Follow [bcg.perspectives](https://www.facebook.com/bcg.perspectives) on Facebook and Twitter.

© The Boston Consulting Group, Inc. 2013. All rights reserved.
September 2013



Abu Dhabi	Chennai	Johannesburg	Munich	Seoul
Amsterdam	Chicago	Kiev	Nagoya	Shanghai
Athens	Cologne	Kuala Lumpur	New Delhi	Singapore
Atlanta	Copenhagen	Lisbon	New Jersey	Stockholm
Auckland	Dallas	London	New York	Stuttgart
Bangkok	Detroit	Los Angeles	Oslo	Sydney
Barcelona	Dubai	Madrid	Paris	Taipei
Beijing	Düsseldorf	Melbourne	Perth	Tel Aviv
Berlin	Frankfurt	Mexico City	Philadelphia	Tokyo
Bogotá	Geneva	Miami	Prague	Toronto
Boston	Hamburg	Milan	Rio de Janeiro	Vienna
Brussels	Helsinki	Minneapolis	Rome	Warsaw
Budapest	Hong Kong	Monterrey	San Francisco	Washington
Buenos Aires	Houston	Montréal	Santiago	Zurich
Canberra	Istanbul	Moscow	São Paulo	
Casablanca	Jakarta	Mumbai	Seattle	bcg.com