

Qualitätswettbewerb in der Netzwerkmedizin

Erweiterte Dimensionen des Qualitätswettbewerbs in der Netzwerkmedizin

BORIS AUGURZKY

Dr. Boris Augurzky ist Geschäftsführer der Stiftung Münch und Leiter des Kompetenzbereichs „Gesundheit“ am Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen

Die Medizin steht unter einem wachsenden ökonomischen Druck. Die Verbesserung der Produktivität allein auf der betrieblichen Ebene wird künftig nicht mehr genügen, um diesem Druck standhalten zu können. Ein Konzept zur Steigerung der Produktivität ist das der Netzwerkmedizin. Hierin wird ein bundesweites dichtes Netzwerk von Leistungserbringern gebildet, das sich als Qualitätsführer versteht. Erreicht wird dies über einen intensiven netzinternen Qualitätswettbewerb, der aus mehreren Komponenten besteht. Das Netzwerk wird so zukünftig zu einem Teilmarkt des Gesundheitswesens mit einem deutlich intensiveren Qualitätswettbewerb.

1. Herausforderungen im Gesundheitswesen

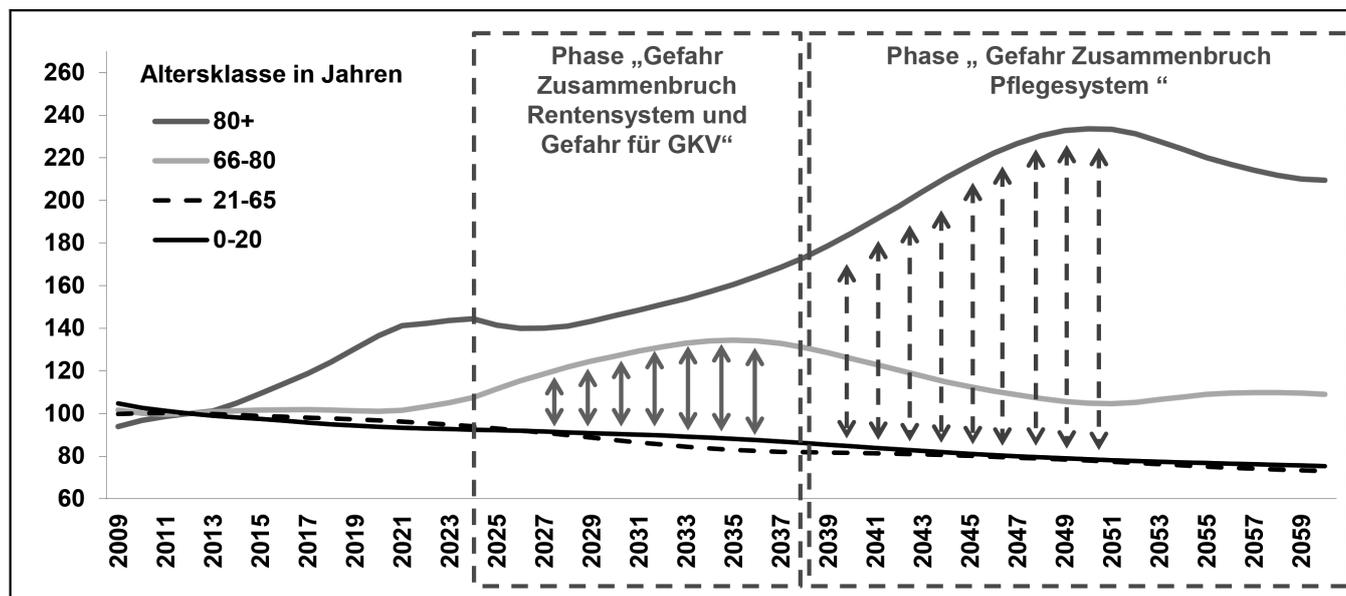
Die Medizin steht immer stärker unter dem Einfluss ökonomischer Überlegungen. Während Anfang der 1990er Jahre ökonomische Abwägungen kaum eine Bedeutung hatten, spielen sie mittlerweile eine gewichtige Rolle. Der Grund ist einfach: die medizinische Leistungsmenge ist seitdem stark gestiegen, die Ressourcen zur Finanzierung und Erbringung derselben jedoch in einem geringeren Ausmaß. Mit anderen Worten wurden die Ressourcen relativ knapper. Sobald Güter knapper werden, spielt die Ökonomie automatisch eine größere Rolle.

Da einerseits das von Krankenhäusern eingesetzte Personal sowie auch Kapital in den vergangenen Jahren teurer geworden und andererseits die Preise für Krankenhausleistungen weniger stark gewachsen sind, musste das durchschnittliche Krankenhaus produktiver werden, um Verluste zu vermeiden. Dies

wurde durch steigende Patientenzahlen sowie durch Verbesserungen bei den betrieblichen Abläufen und Strukturen erreicht. Es stellt sich die Frage, ob und in welchem Maße in Zukunft noch weitere nennenswerte Produktivitätsverbesserungen möglich sind.

Verlässt man diese betriebswirtschaftliche und geht über auf die volkswirtschaftliche Ebene, wird ersichtlich, dass in den kommenden Jahren und Jahrzehnten sogar ein enormer Produktivitätsfortschritt erzielt werden muss. Denn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wird aufgrund der Alterung der Bevölkerung weiterhin wachsen. Nachfrage steigend dürfte außerdem der medizinisch-technische Fortschritt wirken. Gleichzeitig wird die Zahl der jüngeren Menschen abnehmen – und damit sowohl die Zahl derjenigen, die die Gesundheitsleistungen finanzieren, als auch Nachwuchskräfte. Personal wird knapper und damit teurer. Bei Fortschreibung des Status quo steigt mithin

Abbildung 1: Bevölkerung nach Altersklassen
2009 bis 2060; 2012 = 100



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Statistisches Bundesamt (2011).

der Rationierungsdruck. Abbildung 1 stellt die Veränderung der Bevölkerungszahlen verschiedener Altersklassen dar. Besonders im Laufe der 20er Jahre weitet sich die Kluft zwischen der Zahl älterer und jüngerer Menschen, weil die geburtenstarken Jahrgänge in Rente gehen.

Nach Untersuchungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW Köln 2015) finden zahlreiche Unternehmen kein geeignetes Personal für freie Stellen. Demnach gab es im September 2014 in 139 von 615 Berufsgruppen in Deutschland nicht genügend Fachkräfte. Besonders im Bereich „Gesundheit, Soziales und Bildung“ sowie „Bau- und Gebäudetechnik“ fehle es an qualifizierten Arbeitskräften. Laut IW Köln wird sich der Fachkräftemangel in den nächsten Jahren aufgrund des demografischen Wandels weiter verschärfen. Ein besonderer Engpass wird in der Gesundheitsbranche erwartet, weil hier erschwerend der steigende Bedarf an Fachkräften durch die nachfragesteigernde Alterung der Gesellschaft hinzukommt. Wegen sinkender öffentlicher Investitionsmittel der Länder wird außerdem Kapital knapper.

Ein einfacher Weg, um der sich anbahnenden Kluft zwischen steigender Nachfrage und schrumpfender Finanzierungsbasis entgegen zu treten, ist die Erhöhung der Beitragssätze zu den Sozialversicherungen. Für die Pflegeversicherung wurde bereits zum 1.1.2015 eine

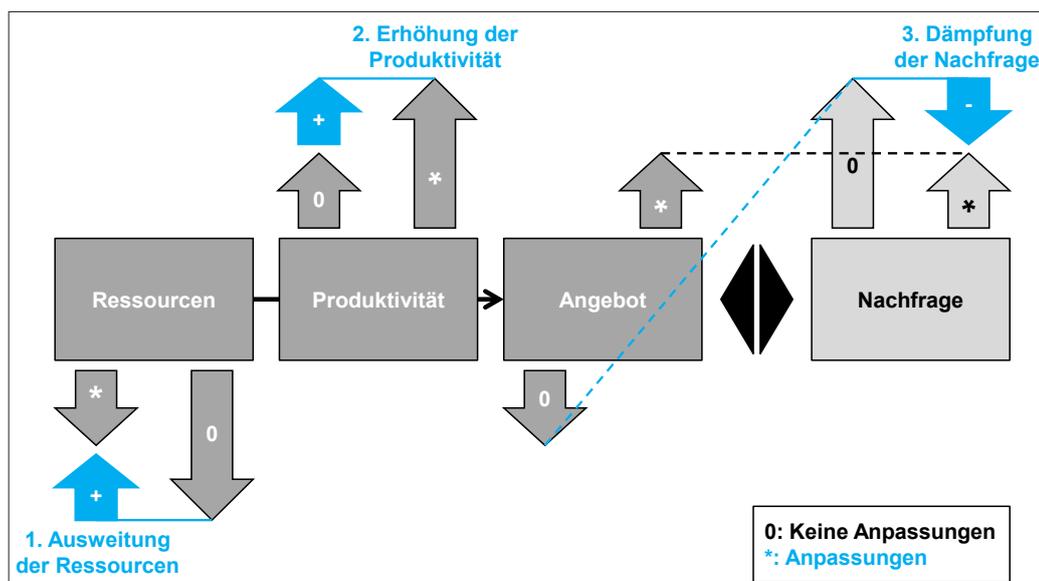
nennenswerte Beitragssatzerhöhung von 0,3%-Punkten vorgenommen. Weitere sollen folgen. Für die Beitragssätze in der Gesetzlichen Krankenversicherung geht der Trend mittel- und langfristig ebenfalls nach oben. Augurzky und Felder (2013) gehen davon aus, dass der durchschnittliche Beitragssatz zur GKV von derzeit 15,5% auf 22,4% bis 2040 ansteigt. Dabei sind gesamtwirtschaftliche Rückkopplungseffekte und unter anderem ein wachsendes Bruttoinlandsprodukt bereits berücksichtigt. Die Gesetzliche Rentenversicherung hat derzeit aufgrund weniger Neurentner noch eine „Verschnaufpause“. Jedoch führt das 2014 beschlossene Rentenpaket zu sehr hohen Belastungen für die Rentenversicherung, die mittelfristig unweigerlich zusätzlich zu höheren Beitragssätzen führen werden.

Für die Politik ist eine Beitragssatzerhöhung bei einer älter werdenden Gesellschaft, d.h. Wählerschaft, ein bequemer Weg, weil sie dadurch einer immer größer werdenden Wählerschaft nicht besonders wehtun muss und nur eine in die Minderheit abdriftende Wählerschaft der Erwerbstätigen belastet. Aus politischer Sicht ist das kurzfristig ein gutes Geschäft. Langfristig führt diese Politik jedoch in eine gefährliche Abwärtsspirale. Zwar verlieren die Erwerbstätigen an Gewicht bei Wahlen und damit in den Parlamenten. Sie gewinnen jedoch deutlich an ökonomischem Gewicht. Da

Erwerbstätige knapper werden, werden sie „wertvoller“. Damit verteuern sich vor allem Dienstleistungsprodukte, die unter anderem wiederum von älteren Menschen nachgefragt werden. Am Ende müssen die älteren nicht-erwerbstätigen Konsumenten schlichtweg so viel mehr für ihre nachgefragten Güter und Dienstleistungen zahlen, bis die jüngeren Erwerbstätigen das durch höhere Beitragssätze für die Sozialversicherungen sinkende Nettoeinkommen – zumindest teilweise – wieder durch Lohnsteigerungen wettgemacht haben.

Der Politik wird es kaum gelingen, diesen Kreislauf zu durchbrechen. Es handelt sich um ein Pingpong-Spiel zwischen demokratischen Mehrheiten in den Parlamenten und ökonomischen Realitäten. Es kommt zu einem schleichenden Auseinanderdriften von Wunsch und Realität: Offiziell „verkauft“ die Politik der Wählerschaft die Erfüllung ihrer Wünsche. In der Welt relativ knapper werdender Ressourcen aber unterbleibt ihre Erfüllung. Die Folge ist, dass die Leistungserbringer, darunter Krankenhäuser, in Sippenhaft genommen werden, wenn sie die von der Politik an sie formulierten Wünsche nicht mit den ihnen zur Verfügung gestellten Ressourcen erfüllen. Es kommt zu einer versteckten Rationierung, insofern als nicht mehr alles medizinisch Machbare auch erbracht werden kann.

Abbildung 2: Dilemma



Quelle: Eigene Darstellung. Graue Figuren: Fortschreibung des Status quo. Blaue Figuren: Anpassungsnotwendigkeiten.

2. Das Konzept der Netzwerkmedizin

Abbildung 2 stellt schematisch das Dilemma bei Fortschreibung des Status quo („keine Anpassungen“ = 0) dar. Die vorhandenen Ressourcen, insbesondere qualifiziertes Personal, gehen relativ zur Nachfrage zurück. Zwar ist weiterhin eine steigende Produktivität anzunehmen. Sie dürfte aber nicht ausreichen, um das bestehende Angebot (relativ zur Nachfrage) in vollem Umfang aufrecht zu erhalten. Es kommt zu einer (relativen) Reduktion des Angebots an Gesundheitsleistungen. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen überproportional. Die gestrichelte rote Linie in der Abbildung deutet schematisch an, dass die Nachfrage nicht befriedigt werden kann, d.h. dass es zu einer Rationierung kommt.

Es sind also Mittel und Wege zu suchen (in der Grafik „Anpassungen“ = *), um erstens die Ressourcen auszuweiten, zweitens die Produktivität noch stärker zu steigern und drittens das Nachfragewachstum zu dämpfen. Die Frage ist, wie man an diesen drei „Hebeln“ ansetzen kann, um das Gewünschte zu erreichen. Zunächst gilt es, alle Anstrengungen zu unternehmen, um die gesamtwirtschaftlichen Ressourcen auszuweiten. Hierunter fallen Maßnahmen wie hochwertige Bildung, Aus- und Weiterbildung, qualifizierte Zuwanderung, Investitionen bzw. ein investitionsfreundliches Klima,

Erhöhung des Renteneintrittsalters und generell eine Erhöhung der Erwerbstätigkeitsquote. Mit dem Rentenpaket und anderen politischen Maßnahmen 2014 hat die Politik die gegenteilige Richtung eingeschlagen. Kurz- und mittelfristig ist dahe nicht mit einer ausreichenden Ausweitung der gesamtgesellschaftlichen Ressourcen zu rechnen.

Im Krankenhausbereich gilt es, diesem politischen Gegenwind trotzdem standzuhalten. Von großer Bedeutung wird der Personalbereich sein, auf den in diesem Beitrag jedoch nicht näher eingegangen werden soll. Zur Dämpfung des Nachfragewachstums ist verstärkt auf Prävention zu setzen. Zur Vermeidung von Behandlungen mit geringem oder keinem medizinischen Nutzen für den Patienten oder zur Nutzung alternativer kostengünstigerer Methoden ist die Indikationsqualität zu erhöhen. Dazu ist das Vergütungssystem entsprechend anzupassen.

Eine große Bedeutung kommt der Eigenbeteiligung der Patienten zu. Auch der Patient muss bei elektiven Leistungen ein Interesse an ihrem Kosten-Nutzen-Verhältnis haben. Eine soziale Schieflage ist dabei nicht zu erwarten, weil jede Eigenbeteiligung bei der Überschreitung gewisser Grenzen einkommensabhängig ausgestaltet werden kann. Ohnehin besitzt aber die Zielgruppe der älteren Menschen ein höheres Vermögen als jüngere und sind deutlich seltener vermögens- und einkommensarm als jüngere (DIW

2009). Eine Umfrage der Genossenschaftlichen Finanzgruppe Volksbanken Raiffeisenbanken (2014) hat außerdem ergeben, dass 53% der befragten Über-50jährigen ganz sicher oder wahrscheinlich im Bereich Gesundheits- und Pflegeleistungen investieren werden. Dies waren 6%-Punkte mehr als 2013 und es war der höchste Wert verglichen mit anderen Investitionsoptionen.

Die Erhöhung der Produktivität bedeutet schließlich, dass mit den vorhandenen Ressourcen eine größere Leistungsmenge erreicht wird. Auf der einzelbetrieblichen Ebene wurde hier in den vergangenen Jahren schon

viel erreicht. Manche Krankenhäuser sind diesbezüglich sehr gut aufgestellt. Andere haben einen Teil dieses Weges noch vor sich. Die Verbesserung der Produktivität allein auf der betrieblichen Ebene wird jedoch nicht genügen. Vielmehr müssen die nächsten Schritte eine Optimierung auf der Verbundebene und sektorenübergreifend sein. Gerade Fixkostenprobleme kleinerer Krankenhäuser mit einer geringen Leistungsmenge können nur auf der Verbundebene, möglicherweise sogar nur sektorenübergreifend gelöst werden.

Kurz: nicht jeder muss alles machen, sondern gerade kleinere Häuser müssen ihre Leistungen auf das Wesentliche konzentrieren. In einem größeren Verbund lassen sich Spezialisierungsvorteile erzielen, indem Leistungssegmente passend verschoben werden. Vorhaltekosten im Verbund sinken dadurch. Die Wirtschaftlichkeit nimmt zu, ohne Einbußen im medizinischen Bereich zu erleiden. Überdies können Patienten besser in die für sie richtige Klinik gelangen. Das heißt schwere und komplexe Fälle beim Spezialisten, Maximalversorger bzw. Universitätsklinik und einfache Fälle beim Grund- und Regelversorger. Eine dafür zu erfolgende stärkere Bündelung der Krankenhausaustandorte wäre in vielen Regionen Deutschlands derzeit problemlos möglich (Augurzky et al. 2014b). Definiert man Grund- und Regelversorger als diejenigen Krankenhäuser mit den Abteilungen In-

nere Medizin und Allgemeine Chirurgie erreichten 2012 99,6% der Bevölkerung in Deutschland einen solchen Versorger innerhalb von 30 Minuten.

Ein weitergehendes Konzept ist das der Netzwerkmedizin wie in Münch und Scheytt (2014) dargelegt. Hierin wird ein bundesweiter Verbund (Netzwerk) von Leistungserbringern gebildet, der eine konsequent an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung anbietet. Die Krankenhäuser des Netzwerks sind für die gesamte Bevölkerung in maximal einer Stunde Pkw-Fahrtzeit erreichbar. Sie bieten den Patienten sowohl in medizinischer Hinsicht als auch im Bereich Serviceleistungen eine überdurchschnittliche Qualität. Im Netzwerk finden Patienten eine hohe Transparenz über die Qualität der Angebote und über die vorherrschenden Spezialitäten der einzelnen Standorte.

Ein Vertrauensarzt unterstützt sie, sich im Netzwerk zu Recht zu finden. Auf Basis der ihm vorliegenden Qualitätsdaten, freien Kapazitäten, Wartezeiten und Distanzen unterbreitet er dem Patienten Vorschläge zu für ihn passenden Leistungserbringern. Die Patienten erhalten außerdem Unterstützung bei der Terminfindung und bei der Organisation der vor- und nachstationären Behandlung. Dabei kann auch auf ein Angebot an Zweitmeinungen von unabhängigen Experten zurückgegriffen werden, um mit dem Patienten eine optimale Behandlungsstrategie zu erarbeiten. Eine moderne digitale Vernetzung erlaubt es, Abläufe effizienter und Services für Patienten bedienerfreundlicher zu gestalten sowie eine umfassende Versorgungsforschung mit dem Ziel, gute von schlechter Qualität zu trennen. Über eine günstige Zusatz-PKV können Patienten im Netzwerk schließlich private Wahlleistungen in Anspruch nehmen.

Aus Sicht der Leistungserbringer kann im Netzwerk eine höhere Effizienz erreicht werden. Die Hebel dafür sind: Spezialisierung, hohe Fallzahlen je Spezialität, höhere Patientenmobilität, passende Zuordnung zu Basis- und Spezialversorgung, sektorenübergreifende Versorgung. Außerdem kann eine Dämpfung des Nachfragewachstums erreicht werden durch, wo möglich, Vermeidung stationärer Aufenthalte. Durch das Angebot der Zusatz-PKV können überdies zusätzliche Einnahmen für das Netzwerk generiert werden. Höhere Effizienz und mehr Einnahmen erlauben die Finanzierung der zusätzlichen Netzwerkfunktio-

nen (Management, Steuerung, zusätzliche Services, elektronische Vernetzung, qualitätsorientierte Vergütung) sowie vor allem die Vermeidung von Rationierung.

3. Wettbewerb im Netzwerk als Qualitätstreiber

Ein bundesweites Netzwerk ist nur dann am Markt erfolgreich, wenn es sich gegenüber den bestehenden Angeboten in der Qualität der Versorgung positiv abhebt und darüber eine Patientenbindung erreicht. Über die Qualität muss es Zuspruch und damit Marktanteile gewinnen. Dazu braucht das Netzwerk eine konsequente Qualitätsorientierung, unterstützt durch einen netzinternen Qualitätswettbewerb, aufweisen. Sie besteht aus vier Komponenten:

1. Definition der Qualität,
2. Instrumente zur Erreichung von Qualität,
3. Anreize für Leistungserbringer zur Erreichung von Qualität und
4. Monitoring der Ergebnisse mit Rückkopplung auf 2 und 3.

3.1 Definition der Qualität

Die Qualität der Versorgung ist mehrdimensional. Sie setzt sich aus verschiedenen Bestandteilen zusammen. Es handelt sich dabei nicht ausschließlich um die medizinische Ergebnisqualität, die zum Beispiel über die Mortalität oder Komplikationsraten bei Behandlungen gemessen wird. Sie umfasst auch Serviceaspekte und eine adäquate Indikationsstellung. „Versorgungsqualität“ kann als Überbegriff für alle Qualitätsdimensionen dienen:

1. Qualität der Indikationsstellung,
2. medizinische Ergebnisqualität,
3. Qualität der nicht-medizinischen Services, Wartezeiten und Erreichbarkeit der Leistungen im Netzwerk.

Die korrekte Indikationsstellung und die darauf basierende Therapieempfehlung bilden ein zentrales Element der Versorgungsqualität im Netzwerk. Bei gegebener Indikation ist anschließend eine überdurchschnittlich gute Leistungserbringung anzustreben. Hier steht die Ergebnisqualität im Mittelpunkt, die sich

auf den gesamten Behandlungsprozesses bezieht. Dies schließt die Vor- und Nachsorge bei einer stationären oder ambulanten Versorgung mit ein. Insbesondere ist sie also sektorenübergreifend zu verstehen. Je nach Art der Indikation können die zu messenden Zielgrößen unterschiedlich sein. Risikoadjustierte Mortalität und Komplikationen während und nach der Behandlung spielen dabei eine

Über die Qualität muss ein bundesweites Netzwerk Zuspruch und damit Marktanteile gewinnen.

große Rolle. Implizit sind darüber auch mögliche negative Effekte einer Rationierung von GKV-finanzierten Leistungen abgebildet. Das Netzwerk kann durch die Vermeidung von Rationierung eine höhere Ergebnisqualität erreichen und sich damit vom Gesamtmarkt abheben. Außerdem beinhaltet die Ergebnisqualität implizit die positiven Effekte einer indikationsgerechten Steuerung der Patienten im Netzwerk (siehe Abschnitt 3.2.5).

Die dritte Qualitätsdimension umfasst alle nicht-medizinischen Aspekte. Darunter fallen Serviceleistungen, die Ausstattung der Zimmer, Wartezeiten sowohl auf als auch während der Behandlung, die Erreichbarkeit des gewählten Leistungserbringers, d.h. seine Distanz zum Wohnort, und die Gestaltung der Schnittstellen beim Übergang verschiedener Leistungserbringer.

3.2 Instrumente und Anreize

Um eine hohe Versorgungsqualität zu erreichen, sind im Netzwerk geeignete Instrumente zu nutzen bzw. zu schaffen, um einen wirksamen Qualitätswettbewerb zu entfachen. Folgende Instrumente und Anreize sind dafür besonders hervorzuheben und werden im Folgenden diskutiert:

1. Qualitätsmessung und -transparenz,
2. Ein- und Austritt von Leistungserbringern,
3. Digitalisierung,
4. Indikationsstellung,
5. indikationsgerechte Steuerung und
6. qualitätsorientierte Vergütung.

3.2.1 Qualitätsmessung und -transparenz

Grundlage für alle weiteren Instrumente und damit für den netzinternen Qualitätswettbewerb bildet die geeignete Messung der Versorgungsqualität. Die Messung der Ergebnis- sowie der Servicequalität findet bereits auf vielfältige, wenngleich nicht vollumfassende Weise statt. So misst die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) auf Basis der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) die Ergebnisqualität einer Vielzahl von stationären Leistungen. Die Version 4.1 (Mansky et al. 2015) deckt rund 45% der stationären Fälle im DRG-Bereich ab. Sie beschränkt sich allerdings auf den stationären Bereich. Ein sektorenübergreifender Ansatz wählt die Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) des Wissenschaftlichen Instituts der AOK. Hier fließen auch Ereignisse nach dem Krankenhausaufenthalt ein. Allerdings umfassen sie einen geringeren Anteil des gesamten Leistungsgeschehens und beziehen sich nur auf AOK-Versicherte. Daneben gibt es verschiedene weitere Qualitätsinitiativen mit ähnlicher Ausrichtung.

Zum 1.1.2015 hat außerdem das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) seine Arbeit aufgenommen (IQTIG 2015). Das IQTIG erarbeitet im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit. Der Schwerpunkt seiner Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form.

Im Netzwerk sollte ein pragmatischer Einstieg in die Qualitätsmessung gewählt werden. Es kommt nicht darauf an, dass von Anfang an eine perfekte und vollumfassende Messung für das gesamte Leistungsspektrum erfolgt. Es genügt der Start für Teile des Leistungsspektrums. Schrittweise kann sie auf weitere Teile ausgeweitet und die nötige Risikoadjustierung der Indikatoren verbessert werden. Jedoch verlangt der ganzheitliche, patientenzentrierte Ansatz der Netzwerkmedizin möglichst rasch eine sektorenübergreifende Qualitätsmessung.

Neben der Messung der Ergebnisqualität ist die Patientenzufriedenheit nachzuhalten, um die Serviceaspekte des Netzwerks beurteilen zu können. Sie sollte nicht unterschätzt werden. Denn gerade kurze Wartezeiten und reibungslose Abläufe an den Versorgungsschnittstellen ist ein entscheidendes Element der Netzwerkmedizin. Heute schon befragen verschiedene Krankenkassen ihre Versicherten nach der Zufriedenheit ihres Krankenhausaufenthalts. Eine ähnliche standardisierte Befragung der Patienten im Netzwerk ist aufzubauen.

Schließlich ist die Indikationsqualität im Netzwerk zu beurteilen. Ihre Messung ist nicht trivial. Grundsätzlich ist die Indikationsstellung des Arztes als gegeben anzusehen. Ihre Qualität kann nicht im Nachgang auf der Ebene des einzelnen Patienten gemessen werden. Hier empfehlen sich vielmehr statistische Verfahren zur Erkennung von systematischen Auffälligkeiten bei einzelnen Indikationsstellern. Wenn bei manchen Indikationsstellern gewisse Diagnosen besonders häufig auftreten, ist vor Ort zu prüfen, woran dies liegt. Bei der Messung der Indikationsqualität handelt es sich also um eine Suche nach nicht erklärbar statistischen Auffälligkeiten.

Auf die Qualitätsmessung folgt die konsequente Qualitätstransparenz im Netzwerk. Der Patient und sein Vertrauensarzt erhalten den uneingeschränkten Zugriff auf die Qualitätsmaße jedes Leistungserbringers. Diese Transparenz ist die Voraussetzung für den netzinternen Qualitätswettbewerb, der in Kombination mit den weiteren folgenden Instrumenten deutlich intensiver ausfällt als er ohne das Netzwerk ausfallen würde. Über diesen netzinternen Qualitätswettbewerb wiederum erzielt das Netzwerk als Ganzes die Qualitätsführerschaft im Gesamtmarkt.

3.2.2 Eintritt in und Austritt aus dem Netzwerk

Das Netzwerk bildet quasi einen wettbewerbsintensiven Teilmarkt des gesamten Gesundheitsmarkts mit eigenen Kriterien des Markteintritts und -austritts. Teilnehmer des Netzwerks haben die Chance, ihren Marktanteil im Gesamtmarkt auszubauen. Beitreten können aber nur Leistungserbringer mit einer überdurchschnittlichen Qualität. Sie müssen sich an den oben definierten Qualitätsmaßen messen lassen. Dies gilt für Kran-

kenhäuser, aber auch für alle anderen Leistungsanbieter, die dem Netzwerk beitreten wollen, darunter niedergelassene Ärzte. Das Netzwerk definiert die konkreten Beitrittschürden. Dabei spielt auch die Ausstattung eines Anbieters eine Rolle, um die Serviceanforderungen erfüllen zu können. Sollten noch nicht alle Qualitätsmaße des Beitrittskandidaten mangels Vergleichbarkeit der Messmethodik beurteilt werden können, gilt eine Übergangsfrist. Umgekehrt gilt, dass Leistungserbringer das Netzwerk verlassen müssen, wenn sie dauerhaft unterhalb der Qualitätshürden des Netzwerks liegen.

Auch wenn sich die medizinischen Qualitätsmaße stets auf einzelne Leistungssegmente und – im Falle eines Krankenhauses – nicht auf das ganze Haus beziehen, tritt das Krankenhaus immer als Ganzes in das Netzwerk ein bzw. aus. Sollten einzelne Leistungssegmente des Hauses unterdurchschnittlich gut abschneiden, würde dies über die netzinterne Transparenz und Steuerung geheilt. Das heißt, das Krankenhaus würde in diesen Segmenten einen deutlich geringeren Patientenzulauf erwarten und vermutlich Kapazitäten intern entsprechend umschichten müssen.

3.2.3 Digitalisierung

Um die nötige Qualitätstransparenz schaffen und Behandlungsabläufe reibungslos abbilden zu können, braucht es die Unterstützung moderner Informationstechnologie. Medizinische Informationen sind in standardisierter Form digital zu erheben, zu verarbeiten und zu analysieren. Sie sind für die Nutzer angemessen und in ansprechender Form aufzubereiten. Dies sind in erster Linie Ärzte und Patienten. Die Digitalisierung erlaubt die Verschlinkung von Prozessen und unterstützt die Ärzte bei der Diagnosestellung und Auswahl einer Therapie. Sie ist damit für sich genommen bereits ein Qualitätstreiber.

Derzeit liegen im Gesundheitswesen oft nicht alle medizinisch relevanten Informationen über Patienten vor oder sie müssen erst mühsam zusammengestellt werden. Der daraus resultierende mögliche Informationsverlust kann dazu führen, dass nicht die für den Patienten optimale Behandlung eingeleitet werden kann. Es kann zu Fehlern kommen. Im Netzwerk ist diese Art von Fehlerquellen so weit wie möglich zu vermeiden. Darüber hinaus können die Daten des Netzwerks auf neue Art kombiniert und ausgewertet werden. Damit lassen sich

neue Erkenntnisse gewinnen, die der Versorgung der Patienten zu Gute kommen. Mit den wachsenden Datenmengen gewinnt der Datenschutz an Bedeutung. Es sind im Netzwerk daher strenge Vorgaben an die Verschlüsselung von Daten zu machen, um Unbefugten den Zugang dazu zu verwehren und Patienteninteressen zu schützen.

3.2.4 Indikationsstellung

Die korrekte Indikationsstellung bildet eine wesentliche Komponente im Netzwerk. Sie hat die wichtige Aufgabe, Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden bzw. soweit wie möglich zu minimieren. Sie muss unabhängig von den behandelnden Leistungserbringern erfolgen und kann dabei in eine ambulante oder in eine stationäre Behandlung münden. Bei komplexen und aufwändigen Fällen wird eine Zweitmeinung eingeholt. Hierzu gibt es ein eigenständiges Netz von Zweitmeinungsärzten, die sich sowohl von innerhalb als auch von außerhalb des Netzwerks rekrutieren können. Ein Monitoring (siehe Abschnitt 3.3) analysiert Muster in den Daten, um Auffälligkeiten bei der Indikationsstellung erkennen zu können.

3.2.5 Steuerung

Das Netzwerk bietet das gesamte medizinische Leistungsspektrum und passt es kontinuierlich an neue Entwicklungen in der Medizin an. Die einzelnen Angebote sind in einer vertretbaren Distanz für alle Patienten erreichbar. Ein zentraler Aspekt dabei ist, dass der Patient mit seiner gegebenen Indikation und seinen möglichen Besonderheiten zu dem für ihn passenden Anbieter gelangt. Einfache Fälle sollten von Grundversorgern, komplexe Fälle von Maximalversorgern behandelt werden. Ambulant erbringbare Leistungen sollten ambulant erbracht werden.

Der Vertrauensarzt des Patienten holt auf Grundlage der vorliegenden Indikation alle nötigen Informationen aus dem Netzwerk, um dem Patienten mehrere für ihn geeignete Leistungserbringer vorzuschlagen. Er bezieht dabei das Leistungsspektrum, die Distanz zum Wohnort des Patienten, die freien Kapazitäten und Wartezeiten, Serviceaspekte und vor allem die medizinische Qualität der Netzanbieter ein. Dem Patient steht es frei, die Vorschläge anzunehmen oder

sich anders zu entscheiden. Es besteht keine Verpflichtung. Er kann sich auch selbständig die für ihn relevanten Informationen über die Netzanbieter besorgen. Die Digitalisierung der Informationen im Netzwerk erleichtert ihm dies erheblich.

Diese „sanfte“ Steuerungsfunktion über den Vertrauensarzt oder über den Patienten selbst heizt den Qualitätswettbewerb im Netzwerk mittels „Abstimmung mit Füßen“ deutlich stärker an als das im Gesundheitswesen heute der Fall ist. Sie wird damit ein starker Qualitätstreiber.

3.2.6 Qualitätsorientierte Vergütung

Der Qualitätstreiber „Steuerung“ wird über eine qualitätsorientierte Vergütung noch zusätzlich verstärkt. Zur reinen Qualitätskomponente tritt eine Preiskomponente. Leistungserbringer, die innerhalb des Netzwerks überdurchschnittlich gute Qualität liefern, erhalten einen Vergütungszuschlag. Dies gilt für alle im Netzwerk verwendeten Qualitätsmaße. Die oben genannte Besonderheit zur Messung der Indikationsqualität gilt es dabei entsprechend zu berücksichtigen.

Die Vergütungszuschläge speisen sich aus einer Qualitätsabgabe aller teilnehmenden Anbieter im Netzwerk in der Größenordnung von beispielsweise 1% des gesamten Vergütungsvolumens. Wenn je Qualitätsmaß zum Beispiel die Top-25% der Anbieter daraus einen Zuschlag erhalten, beträgt dieser im Mittel 4% des Vergütungsvolumens mit entsprechendem Effekt auf die Ertragslage des Anbieters. Auch wenn die Qualitätsabgabe für die

Die Netzwerkmedizin strebt über einen deutlich intensiveren Qualitätswettbewerb die Qualitätsführerschaft an.

Leistungserbringer auf den ersten Blick eine Beitrittschürde darstellen kann, so gilt es doch zu bedenken, dass die unter anderem dadurch angestrebte Qualitätsführerschaft des Netzwerks zu einem spürbaren Zuwachs bei den Patientenzahlen führt. Das Mengenwachstum gepaart mit der über das Instrument der sanften Steuerung anvisierten stärkeren Spezialisierung führen zu Skaleneffekte, die die Abgabe bei weitem übertreffen sollten.

3.3. Versorgungsforschung und Monitoring

Zur stetigen Weiterentwicklung der im Netzwerk verwendeten Instrumente finden eine Versorgungsforschung und ein regelmäßiges Monitoring des Versorgungsangebots auf der Grundlage großer Datenmengen statt. So sind die Qualitätsmaße immer wieder zu hinterfragen und bei Bedarf anzupassen und neue Maße für weitere Leistungssegmente zu entwickeln. Aber auch abseits der standardisierten Routinedaten findet die Versorgungsforschung mit für spezifische Forschungsfragen aufbereiteten Daten statt. Erkenntnisse daraus fließen wiederum in die Patientenversorgung ein. Insbesondere soll sie die Qualitätsselektion befördern. Behandlungspfade mit erkennbar schlechter Qualität werden ausgesondert. Mithin werden Behandlungspfade mit hoher Qualität identifiziert und im Gesamtangebot ausgebaut.

In ähnlicher Weise funktioniert das Monitoring, das regelmäßig stattfinden muss, um Versorgungslücken erkennen und damit gegensteuern zu können. Sollte sich beispielsweise die Erreichbarkeit des Netzwerks in einer Region durch dauerhafte Minderqualität eines Netzanbieters und seinem dadurch bedingten Ausscheiden aus dem Netzwerk verschlechtern, muss aktiv gegengesteuert werden. Auch müssen die Kapazitätsauslastungen und Wartezeiten im Auge behalten werden. Die Nachfrage kann bei einer intensiven qualitätsorientierten Inanspruchnahme zu Engpässen und damit langen Wartezeiten bei manchen Anbietern führen. In diesem Fall sind Kapazitätsanpassungen erforderlich.

4. Fazit

Die Medizin steht immer stärker unter dem Einfluss ökonomischer Überlegungen. Während Anfang der 1990er Jahre ökonomische Abwägungen nur eine geringe Bedeutung in der Medizin hatten, spielen sie mittlerweile eine gewichtige Rolle, weil die Ressourcen relativ knapper geworden sind. Eine Folge davon ist, dass die Krankenhäuser in den vergangenen Jahren ständig an der Erhöhung ihrer Produktivität gearbeitet haben. Es stellt sich die Frage, ob und in welchem Ausmaß in Zukunft noch ausreichend hohe Produktivitätsverbesserungen möglich sein werden.

Aufgrund volkswirtschaftlicher Entwicklungen müsste die Produktivität in der Gesundheitsversorgung nämlich noch beachtlich steigen, um Rationierung medizinischer Leistungen vermeiden zu können. Unter anderem der beginnende Übergang der geburtenstarken Jahrgänge in das Rentenalter in den 20iger Jahren führt zu einer steigenden Zahl an Patienten, sinkenden Zahl an Beitragszahlern und sinkenden Zahl an qualifizierten Fachkräften. Hinzu kommen sinkende Investitionsfördermittel der Länder, die durch privates Eigen- und Fremdkapital aufgefangen werden müssen (Augurzky et al. 2014a).

Der heute schon hohe wirtschaftliche Druck auf Leistungserbringer wird sich also noch merklich erhöhen. Bei einer reinen Fortschreibung des Status quo wird man dem Druck nur standhalten können, indem Leistungen reduziert werden, d.h. indem eine offene oder verdeckte Rationierung stattfindet. Eine offene Rationierung würde bedeuten, dass die Politik diese der Bevölkerung offen kommuniziert. Dies wird sie vor dem Hintergrund einer älter werdenden Wählerschaft, die in starkem Maße Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt, jedoch nicht zu tun bereit sein. Insofern wird es vielmehr zu einem Auseinanderdriften von Wunsch und Realität kommen bzw. zu einer verdeckten Rationierung, die die Leistungserbringer vor Ort ihren Patienten nahe bringen müssen. Diese für alle Beteiligten unangenehme Lage kann durch folgende Punkte vermieden oder zumindest abgemildert werden: eine Dämpfung des Nachfragewachstums, deutliche Produktivitätssteigerung der Leistungserbringung, zusätzliche Einnahmen für das Gesundheitswesen.

Die Verbesserung der Produktivität allein auf der betrieblichen Ebene wird künftig jedoch nicht mehr genügen. Vielmehr müssen die nächsten Schritte eine Optimierung auf der Verbundebene und sektorenübergreifend sein. Ein Konzept zur Steigerung der Produktivität ist das der Netzwerkmedizin. Hierin wird ein bundesweites dichtes Netzwerk von Leistungserbringern gebildet, das für jeden Bürger ausreichend gut erreichbar ist. Das Netzwerk versteht sich dabei als Qualitätsführer und bietet den Patienten sowohl in medizinischer Hinsicht als auch im Bereich Service eine überdurchschnittliche Qualität. Nur darüber kann es erfolgreich sein und Zuspruch und Marktanteile gewinnen.

Die Qualitätsführerschaft erreicht das Netzwerk über einen intensiven netzinternen Qualitätswettbewerb. Er besteht aus vier Komponenten: (i) Definition der Qualität, (ii) Instrumente zur Erreichung von Qualität, (iii) Anreize für Leistungserbringer zur Erreichung von Qualität, (iv) Versorgungsforschung und Monitoring der Ergebnisse. Instrumente und Anreize zur Erreichung von Qualität sind die Qualitätsmessung und -transparenz, qualitätsorientierte Ein- und Austrittskriterien von Leistungserbringern, Digitalisierung der medizinischen Informationen und von Prozessen, adäquate Indikationsstellung und eine indikationsgerechte Steuerung im Netzwerk sowie eine qualitätsorientierte Vergütung. In der Summe heizen all diese Instrumente den Qualitätswettbewerb im Netzwerk stark an. Das Netzwerk wird schließlich zu einem Teilmarkt des Gesundheitswesens, das über einen deutlich intensiveren Qualitätswettbewerb die Qualitätsführerschaft anstrebt. ■

Literatur

- Augurzky und Felder (2013)**, Volkswirtschaftliche Kosten und Nebenwirkungen einer Bürgerversicherung, RWI Materialien Nr. 75, Essen.
- Augurzky, Boris, Sebastian Krolop, Corinna Hentschker, Adam Pilny und Christoph M. Schmidt (2014a)**, Krankenhaus Rating Report 2014, Mangelware Kapital: Wege aus der Investitionsfalle, medhochzwei Verlag, Heidelberg.
- Augurzky, Boris, Andreas Beivers, Niels Straub und Caroline Veltkamp (2014b)**, Krankenhausplanung 2.0, RWI Materialien Nr. 84, Essen.
- DIW (2009)**, DIW Wochenbericht Nr. 4 / 2009, Berlin.
- Genossenschaftlichen Finanzgruppe Volksbanken Raiffeisenbanken (2014)**, Generation 50 Plus, Befragung, Abruf am 6.1.2015 über <http://www.faz.net/aktuell/finanzen/meine-finanzen/geld-ausgeben/generation-50plus-jeder-zweite-ueber-50-will-in-seine-gesundheit-investieren-13285004/infografik-studie-50plus-13285143.html>.
- IQTIG (2015)**, Homepage, <http://www.iqtig.org/index>.
- IW Köln (2015), Fachkräfteengpässe in Unternehmen** – Die Altersstruktur in Engpassberufen, Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V. sowie Abruf am 5.1.2015 unter <http://www.welt.de/wirtschaft/article135924717/Fachkraeftemangel-ist-jetzt-schon-dramatisch.html>
- Mansky, Thomas, Ulrike Nimptsch, Ekkehard Schuler, Josef Zacher, André Cools und Friedhelm Hellerhoff (2015)**, G-IQI, German Inpatient Quality Indicators Version 4.1, Band 1, Definitionshandbuch für das Datenjahr 2014.
- Münch und Scheytt (2014)**, Netzwerkmedizin – ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung, Springer Gabler, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011)**, 12. Koordinierte Bevölkerungsprognose Variante 1-W2, Wiesbaden.