

Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma in der Gesundheitsversorgung

MATTHIAS SCHRAPPE

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe ist Hochschullehrer an der Universität Köln und war von 2005 bis 2011 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Das akutmedizinisch und Prozeduren-orientierte, in der sektoralen Optimierung gefangene deutsche Gesundheitssystem, bedarf dringend neuer Entwicklungselemente und Perspektiven, um für die zukünftigen Herausforderungen gerüstet zu sein. Eine stärkere Ausrichtung auf die Qualität der Gesundheitsversorgung kann hier eine wichtige Rolle spielen. Besonders die Qualitätsorientierung von Vergütung und Versorgungsplanung muss zielorientiert, methodisch differenziert und auf der Basis adäquater Annahmen über die Veränderungsfähigkeit von Institutionen und System vorgenommen werden. Dann ist es möglich, die aktuell praktizierte retrograde, auf „Reparatur“ unerwünschter Effekte der Finanzierungssysteme gerichtete Datenakkumulation zu einer Qualitätsorientierung fortzuentwickeln, die die Rolle eines prospektiv wirksamen Gestaltungsinstrumentes der Gesundheitspolitik einnehmen kann.

1. Einführung

In den letzten Jahren hat sich in Deutschland das Qualitätsverständnis in einer Richtung verändert, die der Korrekturbedarf: ex post gewonnene Daten statt Prävention, Anbieter- statt Patientenbezug, Dogma der Datenverfügbarkeit statt Fokussierung auf die zukünftigen Problemstellungen. Die stetig wachsende Menge der Daten, die mit großer Regelmäßigkeit „gute“ Ergebnisse zeigen (1), und die wachsende Komplexität der institutionellen Regelungen auf der Ebene der Selbstverwaltung stehen einem weitgehenden Fehlen von definierten Fragestellungen und analytisch begründeten

Anforderungen gegenüber, die die zukünftige Entwicklung des Gesundheitssystems in der alternden Gesellschaft reflektieren. Abgesehen von der Frage, ob wir angesichts der immer wieder konstatierten „weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität“ auf ihrem hohem Niveau wirklich noch ernstzunehmende Probleme adressieren, muss diese Situation bedenklich erscheinen, gerade wenn der Einsatz von differenzierten Instrumenten wie P4P oder der Qualitäts-orientierten Krankenhaus- bzw. Versorgungsplanung beabsichtigt ist.

Hochtourige Qualitätssicherung ohne Kompass: die Folgen sind verheerend. Nicht nur das System verliert an

Steuerungsfähigkeit, auch das Verhältnis von Qualität und Kosten (Value (2) gerät außer Kontrolle, die betroffenen Berufsgruppen verlieren die Motivation für die Lösung relevanter Problemlagen (die ihnen ja durchaus bewusst sind), und die Patienten sehen sich komplexen Risikoadjustierungsmodellen gegenüber, ohne dass sie Antworten zu „ihren“ Problemen (z.B. Patient Reported Outcomes) erhalten. Allerdings muss man aus den Diskussionen um die umfassenden Entwicklungskonzepte der Gesundheitssysteme anderer Länder lernen (z.B. *Crossing the Quality Chasm* des IOM (3) und *The NHS Outcome Framework 2013/2014* (4)), dass eine wirkliche Problembasierung in der Qualitätsfrage nicht das bequeme „messen wir schon mal was wir haben“ bedeutet, sondern Kenntnisse zu Morbidität und Innovation sowie realistische Annahmen zu Struktur Faktoren, Veränderungsstrategien und Konzepten der politischen Steuerung auf den unterschiedlichen Ebenen voraussetzt. Wir brauchen also nicht nur ein Konzept „Qualitätsverbesserung 2030“, sondern ein Rahmenkonzept für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems, auf dessen Hintergrund Ziele und Fragestellungen Sinn und Perspektive erhalten.

So weit müssen wir springen? Nun, nicht zuletzt die Qualitäts- und Patientensicherheitsdiskussion der letzten beiden Jahrzehnte hat uns gezeigt, dass Qualität und Sicherheit nicht allein individuelle, sondern in ebenso hohem Maße organisatorische Leistungen darstellen – jetzt ist definitiv der Zeitpunkt gekommen, noch einen Schritt weiterzugehen und beide auch als Systemeigenschaften zu interpretieren. Nicht erst seit Aufkommen der Versorgungsforschung wissen wir, dass Veränderungen von (komplexen) Systemen nur auf Basis konzeptioneller Vorüberlegungen zu leisten sind: Qualität ist eine Systemeigenschaft, und Qualitätsmessung sowie –verbesserung stellen somit Systeminterventionen dar. Ohne grundlegende Überlegungen über die Weiterentwicklung des Systems sowie die Anforderungen der Zukunft kann man das Datenfischen im Nebel nicht hinter sich lassen, allen Big Data-Phantasien zum Trotz. Ein wichtiges Instrument in dieser Situation ist die iterative Evaluation, insofern kommt der Innovationsfonds im Entwurf des Versorgungsgesetzes zur richtigen Zeit.

Basierend auf dem Gutachten „Qualität 2030 – die umfassende Strategie für

das Gesundheitswesen“ (5), das im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e.v. erstellt wurde, werden hierzu einige Punkte exemplarisch diskutiert. Ein entscheidender Aspekt dieser Analyse besteht darin, dass einige technisch-methodische Details der gegenwärtigen Qualitätssicherung einen starken Einfluss auf die Entwicklungspotentiale des Gesundheitswesens und speziell auf die Weiterentwicklung der Qualitätsorientierung ausüben. So verstärkt z.B. die Fokussierung auf Ergebnis- und Routinedaten die derzeitige Mengen- und Anbieterorientierung, die Orientierung auf zukünftige Anforderungen wie Chronizität, Multimorbidität und Patientenbezug wird erschwert. Die derzeitige Methodik der Qualitätsmessung untersützt hiermit nicht die intrinsischen Entwicklungspotentiale, sondern stabilisiert die Strukturen der Vergangenheit.

2. Ziele, Perspektiven und Orientierung

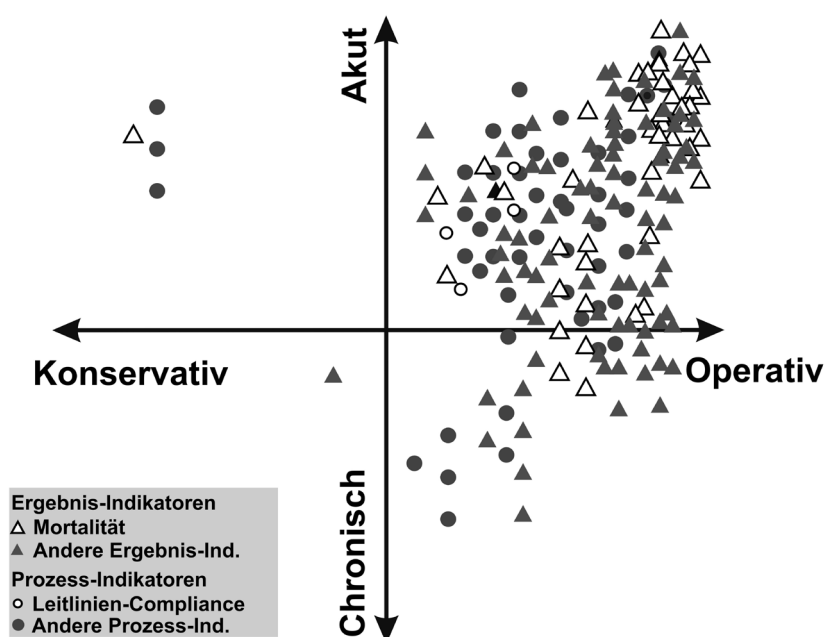
Das deutsche Gesundheitssystem ist Erkrankung- und prozedural bezogen, die Sektorisierung nimmt zu (Bildung des Hausarzt-Sektors), die Vergütungssysteme sind mengenorientiert, insgesamt dominiert der Anbieterbezug (6). Die derzeitige Qualitätssicherung nach §137 SGB V spiegelt diese Eigenschaften nicht

nur wieder, sondern spitzt sie zu (7): 23 von 31 Krankheitsbildern/Prozeduren betreffen die Transplantationsmedizin, die Herzerkrankungen und die Endoprothetik, nicht eine einzige chronisch-konservative Erkrankung ist einbezogen (s. Abb. 1), die „transsektorale“ Perspektive ist in den Kinderschuhen steckengeblieben. Die eingangs genannten Herausforderungen der Zukunft lassen es jedoch geboten erscheinen, vorrangig die Verschiebung des Morbiditätsspektrums sowie strukturelle Elemente mit einzubeziehen. Zusammenfassend lassen sich **fünf Ziele** formulieren, an denen sich Instrumente zur Qualitätsverbesserung orientieren müssen:

- chronische Mehrfacherkrankungen älterer Menschen,
- Förderung der Krankheitsprävention,
- bessere Integration und Koordination der Behandlung mit regionalem Bezug,
- Qualitäts- statt ausschließliche Mengenorientierung der Vergütung und
- Patienten- statt Anbieterbezug.

Diese Ziele lassen sich weiter zu drei „Dimensionen“ verdichten, die **Morbiditätsdimension** (Chronizität der Erkrankungen, Prävention), die **Integrationsdimension** (z.B. Sektorisierungsproblematik oder Vergütungsanreiz) und die **Qualitätsdimension**. Die letztgenannte

Abb. 1: Indikatoren des Ext. Qualitätssicherung nach §137a SGB V entsprechend der Merkmale akut vs. chronisch und operativ vs. konservativ



Quelle: AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen. In: M.Schrapppe (2013)

Dimension bedingt eine Aktualisierung des neutralen, auf die „Anforderungen“ bezogenen Qualitätsbegriffes, der aus den 80er Jahren stammt, lange vor Entstehung der Evidence-based Medicine, der Patientensicherheits-Diskussion und den Patient Reported Outcomes. Über das Methodenpapier 3.0 des AQUA-Institutes hinausgehend, das mit Bezug auf die OECD die Dimensionen Effektivität, Sicherheit und Patientenorientierung unterscheidet (8), wird hier die Erkenntnisperspektive mit einbezogen, so dass sich in erster Annäherung **sechs Qualitätsperspektiven** ergeben:

- gesellschaftliche Perspektive (Versorgung auf Populationsebene),
- Nutzen der Behandlungsmethode (einschl. Effizienz und Allokation),
- Patienten-Perspektive (Selbstbestimmung, Sicherheit und Koordination),
- professionelle Perspektive (Autonomie, Garantenstellung),
- institutionelle Perspektive (organisatorische Umsetzung),
- wissenschaftliche Perspektive (Deskription und Hypothesenbildung).

Diese Systematik kann in Form eines **drei-dimensionalen Orientierungsrahmens** dazu verwendet werden, die Qualitätsdefizite oder die gesetzlichen Entwicklun-

gen darzustellen, den Qualitätsbegriff zu operationalisieren, zukünftige Entwicklungen und Instrumente zu bewerten und den Handlungsbedarf auf dem Gebiet Qualität zu formulieren (s. Abb. 2). So wird z.B. deutlich, dass der Nutzen einer Behandlung ebenfalls als Qualitätsaspekt zu betrachten ist, der über die Qualität der Anwendung hinausgeht (s. Diskussion zu IQWiG/IQTiG).

3. Umfassendes Rahmenkonzept

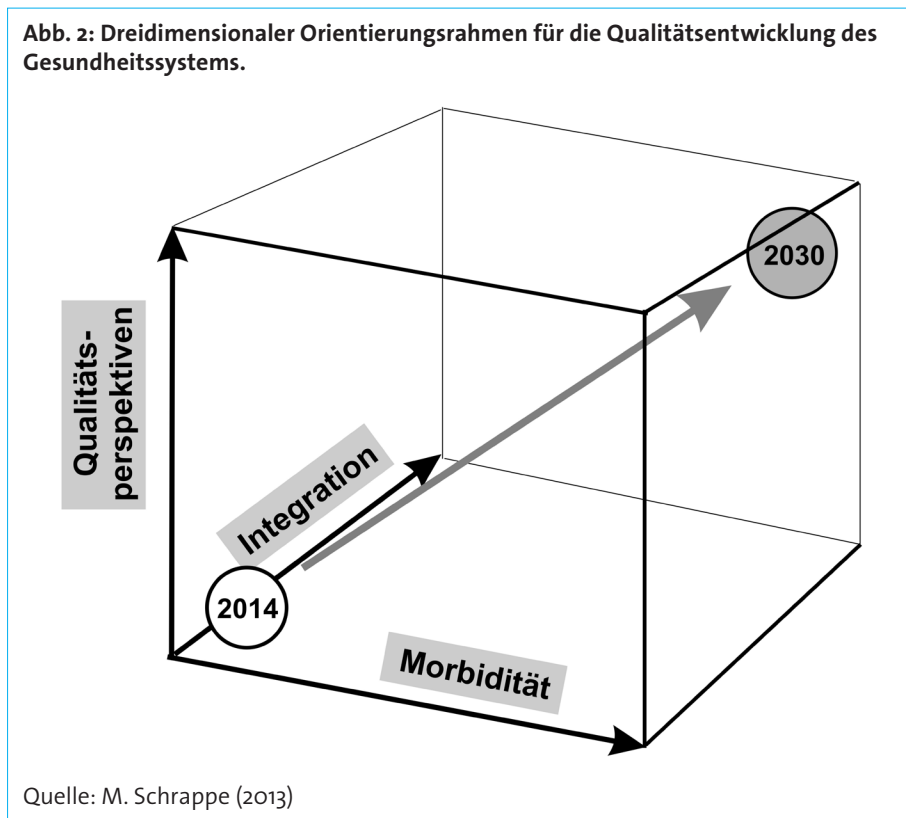
Angesichts des Einsatzes hochkomplexer Instrumente wie P4P in einem hochkomplexen System, wie es das Gesundheitswesen darstellt (sog. „doppelte Komplexität“ (9)), bedarf es jedoch zusätzlich eines umfassenden Rahmenkonzeptes, mit dessen Hilfe man in der Lage ist, Fehler bei Einführung und Konzeption sowie die Formulierung nicht erfüllbarer Erwartungen zu vermeiden. Ein solches Rahmenkonzept muss den Kontext beschreiben, die Auswirkungen antizipieren und den Hintergrund für Evaluationsmaßnahmen bilden; es sollte dementsprechend folgende Aspekte umfassen:

- Organisation und Autonomie mit Schwerpunkt Expertenorganisation (professional bureaucracy),
- Komplexität des Systems,

- Verhaltensänderung mit Reflexion von Professionalismus und seiner Alternativen,
- ökonomische Grundannahmen insbesondere zu Informationsasymmetrie und Verhaltensökonomie,
- Wechselwirkung mit dem Vergütungssystem, und
- politikwissenschaftliche Konzepte zur Umsetzung.

Ausgehend von „*To Err Is Human*“ Report 1999 (10) wurden in den USA und in Großbritannien *conceptual frameworks* für die weitere Entwicklung des Gesundheitssystems ausgearbeitet (3, 4), die Qualität aus systemtheoretischer Sicht im Lichte der Komplexität des Gesundheitssystems interpretieren. Dieser Ansatz lässt sich auf Ebene der Organisationen sehr gut durch das Konzept der Expertenorganisation (professional bureaucracy (11)) ergänzen, nicht nur hinsichtlich der Tendenz zur Selbstorganisation, dem hohen Maß der Autonomie ihrer Mitglieder und der Verdecktheit der gleichwohl vorhandenen internen Regeln, sondern auch hinsichtlich Innovation und Umgang mit Unsicherheit (5). Beide Konzepte weisen einerseits eine hohe Innovationsbereitschaft auf, weichen jedoch andererseits externen Innovationsanreizen aus (**„Innovations-Paradoxon“**), und – noch entscheidender für den Bereich Qualität und Patientensicherheit – bieten beide eine weitgehende Toleranz von Unsicherheit, Spannung und Paradoxie (**„intrinsische Unsicherheit“**). Diese Toleranz gegenüber Unsicherheit ist einerseits gewiss von Vorteil, denn sie schützt vor voreiliger Linearität, andererseits kann die Innovationsresistenz z.B. gegenüber externen Qualitätserwartungen zu schwerwiegenden Defiziten führen (zum Arbeitsbegriff der **„komplexen professionellen Systembürokratie“** s. (12)).

Ein Rahmenkonzept muss aber auch die Ebene der **individuellen Verhaltensänderung** einbeziehen. In den letzten Jahrzehnten hat es mehrere Versuche gegeben, mit Modellen der sozialen Wahrnehmung, die über den individuellen Ansatz der lerntheoretischen Konzepte (z.B. *Feedback-Verfahren* wie P4P) hinausgehen, Haltungen und Einstellungen zu beeinflussen und die Veränderungsresistenz des Gesundheitswesens zu überwinden. Gerade in der Diskussion z.B. um Leitlinien oder die Evidence-based Medicine setzte man auf das Konzept des **Professionalismus**,



das interne Motivation, Altruismus und Autonomie in den Mittelpunkt stellt. Heute muss man allerdings zusammenfassend festhalten, dass aus diesen Ansätzen keine tragfähigen Lösungen für die virulenten Probleme entwickelt werden konnten. Diese Ansätze greifen zu kurz, es ist in der Zukunft eine zusätzliche Einbeziehung von Konzepten des organisatorischen Wandels und des Kontextbezogenen Lernens (soziales Marketing) in ein Rahmenkonzept notwendig.

Auf der dritten Ebene sollte ein tragfähiges Rahmenkonzept auch **ökonomische Anreize** mit organisationstheoretischen Konzepten und Konzepten der Verhaltensänderung zusammenführen. Als Beispiel sei hier die principal agent-Theorie genannt, die bei P4P eine große Rolle spielt, und auch aus dem Gebiet der Verhaltensökonomie (behavioural economics) lassen sich wertvolle Aspekte identifizieren (z.B. Risikoaversion). Zu den vordergründigen, jedoch oft vernachlässigten ökonomischen Faktoren gehört das Zusammenspiel der Instrumente zur Qualitätsverbesserung mit den vorherrschenden Vergütungssystemen, denn z.B. P4P ist ja nicht als komplettes Vergütungssystem aller verfügbaren Leistungen denkbar, sondern immer als „add-on“ zu verstehen. So kann unter P4P der Mengenanreiz verstärkt werden, wenn Ergebnisindikatoren verwendet werden.

Letztlich müssen – auf der vierten Ebene – die politische Umsetzung und die spezifischen Aufgaben der **politischen Ebene** in das Konzept aufgenommen werden. Eine detaillierte Regelung „von oben“ ist heute nicht mehr denkbar; moderne Konzepte wie das der governance sehen explizit die Einbeziehung zivilgesellschaftlicher und institutioneller Elemente (z.B. informelle oder privat organisierte Netzwerke) vor, wenngleich die „Politik“ sich der Verantwortung nicht entziehen kann: sie muss Rahmenbedingungen setzen, die Richtung vorgeben (direction pointing) und frühzeitig unerwünschte Nebenerscheinungen identifizieren und diese eingrenzen.

4. Qualitätsmessung: sechs grundsätzliche Aspekte

Auf der Grundlage einer adäquaten Ziel-Orientierung und eines funktionalen Rahmenkonzeptes lassen sich zahlreiche methodische Aspekte der Qualitätsmessung diskutieren und entscheiden. Auf

sechs Probleme soll hier kurz eingegangen werden:

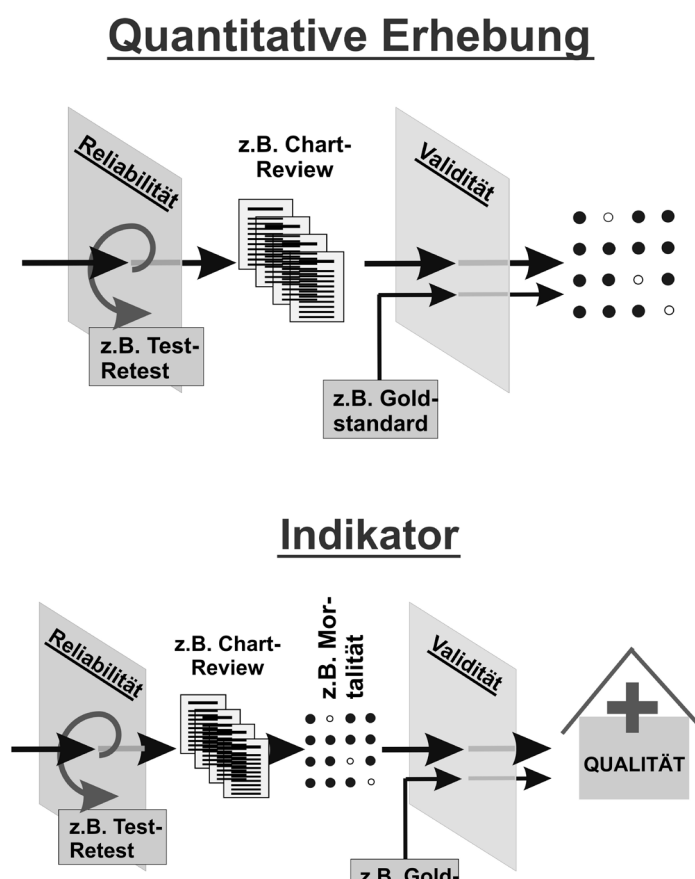
4.1. Valide Indikatoren statt quantitativer Erhebung: Qualitätsindikatoren sagen Defizite voraus (13) und sind daher Problem-orientiert einzusetzen (s.o.). In Deutschland werden jedoch Ereignisse vielfach quantitativ erhoben, ohne dass der Bezug auf Qualitätsprobleme geklärt ist (klassisches Beispiel Mortalität, ein schlechter Qualitätsindikator, der unabhängig von der jeweiligen Risikoadjustierung maßgeblich von dritten Faktoren bestimmt wird (14)). Diese zunächst belanglos erscheinende Unterscheidung ist für die Wirksamkeit von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen von nicht zu unterschätzender Bedeutung, denn die quantitative Erfassung macht eine vorherige Problemanalyse entbehrlich. Außerdem sind die statistischen Anforderungen unterschiedlich, da sich die Validität von Indikatoren auf eine hohe Sensitivität bezieht (unter Inkaufnahme geringerer Spezifität), im Gegensatz zu quantitativen Methoden

mit gleichrangigen Anforderungen an Sensitivität und Spezifität (s. Abb. 3). Ein sensitiver Indikator wird folglich immer auch einige solcher Einrichtungen als „auffällig“ identifiziert, die gar kein Qualitätsproblem haben (sog. „intrinsische Ungerechtigkeit“). Für Ärzte sind Indikatoren oft noch aus einem anderen Grund schwer verständlich, weil das Indikatorenkonzept ihrem Verständnis klinischer diagnostischer Verfahren (zu denen Indikatoren *nicht* gehören) zuwiderläuft, bei denen die falsch-positiven Ergebnisse (Spezifität bzw. PPW) im Vordergrund stehen.

4.2. Ergebnis-Indikatoren zugunsten valider Prozessindikatoren zurückstellen: Obwohl Ergebnisindikatoren durch den Anschein gestützt und im SGB V genannt werden, sind sie von einer Reihe maßgeblicher Nachteile begleitet:

- sie betreffen bereits eingetretene Ereignisse, während Prozessindikatoren Ereignisse vorhersagen (bad apple-Problematik),

Abb. 3: Unterschied von Reliabilität und Validität bei quantitativen Erfassungsmethoden (oben) und Indikatoren (unten)



Quelle: M. Schrappe (2013)

- sie müssen im Ggs. zu Prozessindikatoren risikoadjustiert werden,
- im Ggs. zu Prozessindikatoren ist die Verantwortlichkeit oft nicht klar (z.B. nach Entlassung aus der stationären Behandlung),
- kleine Einrichtungen werden aus statistischen Gründen benachteiligt (höhere Häufigkeit von „Ausreißern“, Einzelereignisse sind nicht zu neutralisieren),
- wenig motivierend wegen der bad apple-Problematik, während Prozessindikatoren ein präventives Eingreifen möglich machen, und vor allem
- ist ihnen ein Mengenanreiz immanent, was besonders bei P4P-Programmen eine wichtige Rolle spielt (Attraktion leichter Fälle bei mengenmäßig „ausbaubaren“ Leistungen, die Ergebnisqualität steigt, Risikoadjustierungsmodelle sind leicht zu beeinflussen).

Bei Prozessindikatoren sind jedoch ebenfalls zwei Aspekte zu berücksichtigen:

- sie sind nicht so stark mit den Ergebnissen korreliert, wie man es gerade bei stark EBM-abgesicherten Parametern meinen sollte. Es ist zwar durchaus ein (hoch-signifikanter) Effekt von Prozessindikatoren auf *Outcomes* nachweisbar, wie Werner et al. (15) bei immerhin 3657 Krankenhäusern in den USA anhand der Daten aus dem *Hospital Compare* Programm nachweisen konnten (16), aber quantitativ enttäuschen die Ergebnisse dennoch. Die zu ihrer Evaluation verwendeten Studiendesigns, die den komplexen Bedingungen, in denen solche Prozessparameter wirken, nicht gerecht werden, stehen als Ursache in der Diskussion (17).
- ganz entgegen dem Augenschein sind insbesondere solche Prozessindikatoren, die nicht durch EBM bzw. Leitlinien abgesichert sind, bei denen also der Informationsvorsprung der „Experten vor Ort“ noch besteht, besonders wirksam, während bekannt EBM-abgesicherte Prozessindikatoren z.B. in P4P-Programmen keinen Effekt zeigen. Dieser irritierende Befund lässt sich aus der Principal Agent Theorie erklären. Bei Indikatoren, bei denen die Informationsasymmetrie aufgehoben ist, ist eine Einzelfallvergütung sehr viel effektiver (18, 19).

Diese Gesichtspunkte sollen jedoch nicht davon ablenken, dass die international führenden, umfassenden Projekte zur Qualitätsverbesserung fast ausnahmslos Prozessindikatoren einsetzen (20).

4.3. Vorsicht mit Strukturindikatoren im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung – die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Träger von Krankenhäusern eher in Strukturveränderungen investieren als eine Schließung in Betracht zu ziehen. Im Zusammenhang mit P4P wirken Strukturindikatoren als Investitionsbeihilfen, so dass es mittelfristig noch schwieriger wird, das Krankenhaus in eine integrierte Versorgungseinheit zu überführen („wir haben doch gerade eben die Intensivstation neu gebaut“).

4.4. Routine-Daten sind schlecht geeignet, insbesondere wegen ihres Sensitivitätsproblems, da sie in erster Linie die Vergütungs-bezogene Dokumentation widerspiegeln (21, 22). Die Sensitivitäts-Problematik wird durch die jetzt auf Routinedaten umgestellte

Für die allgemeine Qualitätssicherung sollten klinisch-epidemiologische Falldefinitionen mit hoher Priorität vorangetrieben werden.

Erhebung des Dekubitus unterstrichen (ältere Patienten: Underreporting – keine Vergütungsrelevanz; jüngere Patienten: sehr hohe Raten – hohe Vergütungsrelevanz). Weitergehend sind jedoch folgende Aspekte zu beachten:

- Routinedaten sind (ebenso wie das DRG-System sui generis) Prozeduralistisch, sie fördern also die operativ-akutmedizinische Ausrichtung des Systems,
- sie bilden trotz aller „transsektoralen“ Versuche in erster Linie die sektorale Logik der Vergütungssysteme ab und fördern nicht die Integration,
- sie verstärken den Mengenanreiz des Systems (statt der Prävention),
- sie präjudizieren den Gebrauch von Ergebnis-Indikatoren (mit wiederum Routinedaten-gestützter Risikoadjustierung), und
- sie stärken den Anbieterbezug (da diese die Vergütung auslösen) und nicht den Patientenbezug.

Routinedaten behindern also die notwendige Neuausrichtung des System und stabilisieren die derzeitige akutmedizinisch-prozedurale Ausrichtung. Es gibt jedoch auch Indikatoren, die sehr gut mit Routinedaten zu erheben sind (z.B. Mindestmengen – aber auch hier: Gefahr der Mengenausweitung).

Mit Nachdruck ist darauf hinzuweisen, dass es seit über vierzig Jahren ein prominentes Beispiel gibt, bei dem man mit klinisch-epidemiologischen Falldefinitionen zu stabilen, international vergleichbaren Zahlen kommt: die Infektionsepidemiologie mit ihren Falldefinitionen der *Centers of Disease Control* (CDC) (23). Die Erarbeitung von klinisch-epidemiologischen Falldefinitionen für die allgemeine Qualitätssicherung sollte mit hoher Priorität auch außerhalb der Infektionsepidemiologie vorangetrieben werden.

4.5. Patienten-Reported Outcome Measures müssen in den Vordergrund gerückt werden, dazu gehören alle Dinge, die der Patient selbst und nur selbst berichten kann (z.B. postoperative Schmerztherapie (24)). Sie betreffen vornehmlich den Bereich der Prozessindikatoren (Koordination, Information, Kommunikation). Diese „PROMS“ stellen einen wichtiger Einstieg in das Thema unterschiedlicher Qualitätsperspektiven dar (s. 2.) und sind international bereits im Zusammenhang mit P4P-Programmen in Gebrauch (20, 25). Entsprechende Entwicklungen durch das IQTiG nach den Bestimmungen des §137 sind daher von großer Wichtigkeit.

4.6. Vorsicht mit dem Begriff der Exzellenz-Indikatoren (z.B. Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhausreform („außerordentlich gute Qualität“)): Abgesehen von der sozialrechtlichen Wertung – im SGB V (z.B. §12) werden die Berufe „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „notwendig“ verwendet – werden Indikatoren auch international immer zur Vorhersage negativer Entwicklungen verwendet (13). Hinzu kommen statistische Feinheiten: ein Qualitätsindikator darf kein Qualitätsproblem übersehen, er ist folglich hoch-sensitiv eingestellt, ein sog. „Exzellenz-Indikator“ müsste aber hoch-spezifisch eingestellt werden, um denjenigen ohne „Exzellenz-Qualität“ auszuschließen. Dies würde ein

Verkehrung des Indikator-Begriffs in sein Gegenteil bedeuten.

5. Instrumente der Qualitätsverbesserung auf Systemebene

Die Strategien zur Qualitätsverbesserung in Deutschland umfassen bis jetzt zahlreiche Detailregelungen (z.B. Infektionsschutz, CIRS) und institutionelle Vorgaben (§135a SGB V), außerdem haben wir umfangreiche Erfahrungen mit Public Reporting (Qualitätsbericht nach §137). Neu stehen jetzt die Qualitäts-orientierte Vergütung (P4P) und die Qualitäts-orientierte Krankenhaus- bzw. Versorgungsplanung auf der Tagesordnung (26).

5.1. Der Weiterentwicklungsbedarf hinsichtlich der Qualitätsberichterstattung ergibt sich klar aus den „fünf Zielen“ (s.o.): wir müssen das Spektrum der Indikato-

Eine qualitäts-orientierte Krankenhausplanung macht nur Sinn, wenn sie in eine regionale Versorgungsplanung weiterentwickelt wird.

ren erweitern und die Koordinationsperspektive in den Vordergrund stellen (und somit, wie international üblich, den Prozessindikatoren mehr Raum geben), wir müssen stabile Falldefinitionen bilden (um den Einsatz der partiell blinden Routine-Indikatoren zu vermeiden), und wir müssen die Anbieter-bezogenen Indikatoren zu Versorgungs-orientierten Indikatoren weiterentwickeln. In Zukunft brauchen wir Aussagen über die Qualität einer Region, nicht mehr allein eines Krankenhauses (area-Indikatoren). In Abgrenzung zu P4P ist zu beachten, dass Public Reporting, das auf indirekten ökonomischen Anreizen beruht, besonders in hoch kompetitiven Regionen wirksam ist und außerdem einen aktiven, zum Dissens befähigten Patienten voraussetzt. Beide Aspekte lassen es ratsam erscheinen, in weniger dicht besiedelten Regionen und bei älteren, eventuell passiv eingestellten Patienten auf eine dadurch verursachte Verschlechterung der Versorgung zu achten (27).

5.2. Die internationale Entwicklung spricht klar für die Einführung einer Qualitäts-orientierten Vergütung (P4P). Als Vorbilder sind in erster Linie das Va-

lue-Based Performance Programm in den USA, das alle Krankenhäuser und ab 2015 auch den ambulanten Bereich umfasst, und das von NICE kontinuierlich weiter ausgebaut Quality and Outcome Framework in Großbritannien zu nennen. P4P ist ein komplexes Feedback-Verfahren, das auf (1) einer Qualitätsmessung durch definierte Indikatoren und (2) einer nachvollziehbaren Kopplung der Qualität der Versorgung an Vergütungsbestandteile basiert. P4P wird in der Regel in andere Vergütungssysteme (z.B. DRG-System) integriert.

Die frühen Studien kamen zu besseren Ergebnissen (28) als die späteren Evaluationen. Zwar konnten die Verbesserungen durch P4P zeitlich vorgezogen werden, die Varianz der Indikatoren wurde reduziert und die Team-Arbeit oder eine Veränderung der beruflichen Rollen gefördert, aber die Verbesserungen waren zeitlich begrenzt, es zeigten

sich wenig Verbesserungen in nicht angereizten Leistungsbereichen, und die erhoffte Förderung gerade der sog. poor performers blieb aus. Die Ursachen lagen auf der Hand: die Indikatoren waren bereits langfristig bekannt gewesen („Decken“-Effekt), die poor performer konnten die ehrgeizigen Qualitätssziele nicht erreichen und waren daher nicht motiviert, durch den gleichzeitigen Einsatz von Public Reporting und P4P (dual use) neutralisierten sich diese Instrumente gegenseitig, die Vergütung war zu niedrig (vor allem unter Berücksichtigung der Opportunitäts- und Grenzkosten) und man hatte die Dominanz des grundlegenden Vergütungssystems (DRG) unterschätzt. Gerade der letztgenannte Grund war wichtig: in einem Mengen-getriebenen Vergütungssystem ist es für viele Krankenhäuser sinnvoller, einen zusätzlichen Fall zu erbringen statt in Qualitäts zu investieren, vor allem wenn man die Diskontierung hinsichtlich des Zahlungszeitpunktes und die Unsicherheit über den letztlich erreichten Listenplatz berücksichtigt (Risiko-Aversion). Vor allem aber kann gar nicht genug betont werden, dass von einer einzelnen Intervention immer nur eine begrenzte Wirkung ausgehen kann: „no magic bullet“ (29).

Zusammenfassend kann man auf der Basis eines umfassenden Verständnisses (s. Rahmenkonzept) für die Einführung von P4P folgende Empfehlungen ableiten (30):

- Die Wahl von Indikatoren mit Vorhersagefunktion für die Einführung von P4P erfordert eine vorherige strategische Problemanalyse, die sich an den zukünftigen Herausforderungen des Gesundheitssystems orientiert.
- Insbesondere müssen die Indikatoren des P4P-Programmes das Krankheitspektrum der zukünftigen Versorgung der Gesellschaft (chronische Mehrfacherkrankungen) sowie die Prävention abdecken (Morbiditätsdimension) und die Integration des Gesundheitssystems fördern (Integrationsdimension). Patientensicherheits-Indikatoren und Patientenerfahrungen sind zu integrieren.
- Indikatoren auf der Basis von Routinedaten haben eine schlechte Sensitivität und weisen bei P4P-Programmen die Gefahr einer Mengenausweitung auf. Klinische Daten sind im Bereich der Infektionsepidemiologie (Erfassung nosokomialer Infektionen) gut als Falldefinitionen etabliert, diese Entwicklung sollte für die Qualitätsindikatoren übernommen werden. Administrative Indikatoren sollten wegen ihrer mangelnden Sensitivität nur in P4P-Konzepten mit Einzelleistungsvergütungs-Charakter verwendet werden.
- Prozessindikatoren sind Ergebnisindikatoren vorzuziehen, am ehesten sind Prozessindikatoren aus dem Bereich der Koordination und Kommunikation geeignet, die nicht einer Mengenausweitung ausgesetzt sind.
- Die Höhe der P4P-Zahlungen muss besonders im DRG-System die Opportunitäts- und Grenzkosten berücksichtigen. Die Höhe des Qualitäts-bezogenen Erlösanteiles sollte den Messaufwand, die Opportunitätskosten, die Grenzkosten und die Diskontierung berücksichtigen und hängt daher stark von der Art des dominierenden Vergütungssystems ab. Bei Einzelleistungsvergütung und DRGs sind hohe Opportunitätskosten (und niedrige Grenzkosten) anzusetzen, die Höhe der P4P-Vergütung muss entsprechend hoch angesetzt werden.
- Kleine, häufigere und Ereignis-bezogene P4P-Zahlungen mit on/off-Charakteristik sind größeren integrierten Zahlungen vorzuziehen.
- Relative Position, relative Verbesserungen und absolute Grenzwerte sind bei der Kopplung von Qualität und Vergütung zu kombinieren. Die monetäre Kopplung der P4P-Vergütung kann nicht alleine aufgrund der

relative Position auf einer Rankingliste vorgenommen werden, sondern muss ebenso gestaffelte Grenzwert und relative Positionsverbesserungen mit einbeziehen, damit auch die poor performer einen realistischen Anreiz zur Qualitätsverbesserung haben.

- Keine durchgängige und voraussetzungslose Kombination mit Public Reporting, für beide Instrumente sollten unterschiedliche Indikatoren sowie verschiedene Settings verwendet werden, außerdem ist die regelmäßige Änderung der Indikatoren Pflicht, weil diese sich abnutzen.

5.3. Eine qualitäts-orientierte Krankenhausplanung macht nur Sinn, wenn sie in eine regionale Versorgungsplanung weiterentwickelt wird. Die Kompetenz für die Versorgungsplanung liegt bei den Bundesländern, die in praxi jedoch

nur über einen begrenzten politischen Handlungsspielraum bei der Zentralisierung der Krankenhausversorgung verfügen. Der wichtigste Ansatzpunkt hierzu besteht in der Definition von Mindestmengen, die bislang jedoch nicht konsequent verfolgt wurde. Hier ist eine deutliche Verstärkung der Anstrengungen der Bundesebene notwendig, zusätzlich wird es wegen des Fehlens von eindeutigen Grenzwerten in den wissenschaftlichen Untersuchungen zu diesem Thema nicht zu umgehen sein, dass der Gesetzgeber selbst normativ Grenzwerte setzt und den Gemeinsamen Bundesausschuss von dieser Aufgabe entlastet. Sobald die regionalen Zentralisierungsanreize durch Reaktivierung der Mindestmengenbestimmungen gestärkt werden, ergeben sich für die regionale Planungskompetenzen der Länder neue Optionen. Zunächst mittels

Erkrankungs-spezifischer Zugangskindatoren (geographische Entfernung unter Einbeziehung infrastruktureller Gesichtspunkte) und im zweiten Schritt mittels der area-Indikatoren kann man auf diese Weise zu wirklichen Fortschritten vor Ort bei der Gestaltung integrierter, Populations-bezogener Versorgungssysteme kommen. Bei der Entwicklung von area-Indikatoren ist auch deswegen Eile geboten, weil die Integration in der Fläche ist ja schon im Gange ist und das deutsche Gesundheitssystem sich nicht unversehens in der Situation wiederfinden sollte, dass regionale Versorgungsverbände eine Versorgung anbieten, die zu Unzufriedenheit führt, und sich die Öffentlichkeit wegen fehlender area-Indikatoren nicht zuverlässig über die Qualität der Versorgung in diesen regionalen Strukturen informieren kann. ■

Literatur

- (1) Rückle F (2015), Stausberg J: Entwicklung der Qualität der stationären Versorgung zwischen 2008 und 2011. DMW 140; 262
- (2) Tompkins CP (2009), Higgins AR, Ritter GA: Measuring Outcomes and Efficiency in Medicare Value-Based Purchasing. Health Aff. 28, 2009, w251-61
- (3) Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: a new health system for 21st century. Washington, DC: National Academy Press 2001
- (4) National Health Service (2013): The NHS Outcome Framework 2013/14. Department of Health 2013
- (5) Schrappe M (2014). Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Frans Dormann. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2014
- (6) zu einer summarischen Übersicht über die konkreten derzeitigen Qualitätsprobleme im deutschen Gesundheitssystem s. z.B. Schrappe 2014 a.a.O., S. 111-159
- (7) AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) (2014): Qualitätsreport 2013, Göttingen 2014
- (8) AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2013): Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V. Version 3.0, Fassung vom 15.2.2013
- (9) Shojania KG (2013): Conventional Evaluations of Improvement Interventions: More Trials or Just More Tribulations? BMJ Qual. Saf. 22, 2013, 881-4
- (10) Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (eds) (1999): To Err Is Human. Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, Washington
- (11) Mintzberg H (1979): The Professional Bureaucracy, in: Mintzberg, H.: The Structuring of Organisations. Prentice-Hall, Upper Saddle River, NJ 07458, p. 348-79
- (12) Konzept und Literatur s. Schrappe 2014, a.a.O., S. 249ff
- (13) JCAHO (1991): Primer on Indicator Development and Application, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. One Renaissance Blvd, Oakbrook Terrace, Illinois 60181, 1991
- (14) zusammenfassende Darstellung s. Schrappe M 2014 a.a.O. S. 100ff
- (15) Werner RM (2006), Bradlow ET: Relationship Between Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. JAMA 296, 2006, 2694-2702
- (16) weitere Literatur s. Schrappe 2014, S. 97ff
- (17) Horn SD (2006): Performance Measures and Clinical Outcomes. JAMA 296, 2006, 2731-2
- (18) Damberg CL (2007), Sorbero M, Mehrotra A, Teleki S, Lovejoy S, Bradley L. An environmental scan of pay for performance in the hospital setting: final report [Internet]. Santa Monica (CA): RAND; 2007 Nov [cited 2014 Feb 21]. Available from: <http://aspe.hhs.gov/health/reports/o8/payperform/PayPerform07.html>
- (19) Nicholson S (2008), Pauly MV, Wu AYJ, Murray JF, Teutsch SM, Berger ML: Getting Real Performance out of Pay-for-Performance. Milbank Quart. 86, 2008, 435-57
- (20) Ryan AM (2012), Blustein J: Making the Best of Hospital Pay for Performance. N. Engl. J. Med. 366, 2012, 1557-9
- (21) Azaouagh A (2008), Stausberg J: Häufigkeit der nosokomialen Pneumonie im Krankenhaus – Vergleich von rechnergestützter Basisdokumentation und papierbasierter Krankenakte. Pneumologie 62, 2008, 273-8
- (22) zusammenfassende Diskussion und Literatur s. Schrappe 2014 S. 102ff
- (23) Gaynes RP (1996), Solomon S: Improving hospital-acquired infection rates: the CDC experience. Jt. Comm. J. Qual. Improv. 22, 1996, 457-67
- (24) Varaganam M (2014), Hutchings A, Neurgurjer J, Black N: Impact on hospital performance of introducing routine patient reported outcome measures in surgery. J. Health Serv. Res. Pol. 19, 2014, 77-84
- (25) National Health Service (2013A): 2013/14 General Medical Services (GMS) Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS-Contract 2013/14. Department of Health 2013
- (26) Koalitionsvertrag vom 23.11.2013, Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhaus-Reform vom 5.12.2014, Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 2.5.2015
- (27) vollständige Literatur s. Schrappe 2014, a.a.O., S. 181-8
- (28) Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen für eine zielorientierte Gesundheitspolitik. Gutachten 2007, Band I und II
- (29) Roland M, Campbell S (2014): Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom. N. Engl. J. Med. 370, 2014, 1940-9
- (30) zusammenfassende Literatur s. Schrappe 2014, a.a.O., S. 189-212 und 320-354