

10 Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld

Wulf-Dietrich Leber

Abstract

Trotz erheblicher Aufwendungen für Qualitätssicherung bekommt der Versicherte in Deutschland keine Antwort auf die Frage: „In welchem Krankenhaus werde ich am besten behandelt?“ Einem traditionellen Verständnis zufolge ist die Beantwortung dieser Frage gar nicht notwendig, weil Qualität durch entsprechende Instrumentarien überall gesichert wird. Insbesondere durch neue Möglichkeiten des selektiven Kontrahierens zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern entwickelt sich derzeit ein dynamischer Qualitätsprozess, der durch Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz gekennzeichnet ist und über die traditionelle Sicherung eines Mindeststandards hinausgeht. Für eine solche Einkaufssituation entwickeln der AOK-Bundesverband und die Helios GmbH ein Instrumentarium zur Messung der Ergebnisqualität durch Nutzung von Routinedaten. Bei der Darstellung möglicher Kassenstrategien im Wettbewerb wird gezeigt, dass der Qualitätswettbewerb zwar neue Instrumente der Qualitätsmessung hervorbringt und sich die Qualitätstransparenz zudem gegenüber dem Status quo signifikant erhöhen wird, dass aber nicht unbedingt eine umfassende Qualitätstransparenz für die Öffentlichkeit entstehen wird.

Despite substantial expenditures for quality assurance, insurees in Germany do not get any answer to the question: “Which hospital provides the best patient care?” According to a traditional understanding, answering this question is not necessary at all because quality is assured everywhere by appropriate instruments. New options of selective contracting between health insurance funds and hospitals facilitate a dynamic quality process which is characterised by quality competition and transparency and goes beyond merely safeguarding a minimum standard. For such a purchasing situation, the Federal Association of the AOK and the private hospital organisation Helios GmbH are currently developing instruments for measuring outcome quality by using administrative data. By describing possible strategies of the sickness funds, the article shows that although quality competition creates new instruments for performance measurement and quality transparency will significantly increase, comprehensive quality transparency for the public will not necessarily develop.

10.1 Der Status quo: Qualitätssicherung ohne Wettbewerb und ohne Transparenz

In der Bundesrepublik Deutschland werden im Krankenhausbereich mehr als 20 Mio. Euro pro Jahr für externe Qualitätssicherung ausgegeben. Sie werden zum größten Teil von den Krankenkassen in Form von Zuschlägen für Dokumentationsbögen an die Krankenhäuser gezahlt. Trotz dieses erheblichen Ressourceneinsatzes bekommt der Versicherte keine Antwort auf die Frage: „In welchem Krankenhaus werde ich am besten behandelt?“ Einem traditionellen Verständnis zufolge ist die Beantwortung dieser Frage gar nicht notwendig. Es sei sogar geradezu der Auftrag von Qualitätssicherung, dass sich diese Frage überhaupt nicht stellt. Nach dieser Auffassung hat die Qualitätssicherung die Aufgabe, durch ein intraprofessionelles, nach außen nicht transparentes Kontrollsystem einen Mindeststandard in allen Krankenhäusern zu garantieren. In seiner engsten Form besteht dieses Kontrollsystem aus einer rein standesrechtlichen Qualitätssicherung innerhalb der Ärzteschaft. Immerhin hat sich im deutschen Krankenhauswesen inzwischen eine erweiterte Auffassung dieses Verständnisses durchgesetzt; sie sieht eine Qualitätssicherung durch Krankenhausträger und gesetzliche Krankenkassen vor. Auch diese erweiterte Form bleibt aber bislang dem klassischen Prinzip einer Kontrolle ohne Transparenz verhaftet.

Neben diesem klassischen Verständnis von Qualitätssicherung entwickelt sich derzeit ein dynamischer Qualitätsprozess, der zum einen durch Qualitätswettbewerb und zum anderen durch Qualitätstransparenz gekennzeichnet ist. Beides entsteht in einer Situation, in der Krankenhäuser um Versorgungsaufträge der Krankenkassen und um Patienten konkurrieren. Hier kann Qualität neben dem Preis ein Wettbewerbsparameter sein (Pouvoirville 2002). Eine komplexere Variante des Qualitätswettbewerbs ist die Konkurrenz von Kassen um Versicherte, wobei Kassen Qualitätsaspekte bei der Auswahl ihrer Vertragspartner als Marketinginstrument einsetzen.

Die nachfolgenden Überlegungen gehen zunächst vom institutionellen Status quo der Qualitätssicherung aus und bewerten diesen bezüglich Transparenz und Wettbewerb. Es wird im Weiteren gezeigt, wie durch Vertragswettbewerb neue Formen der Qualitätsmessung entstehen können. Durch die Nutzung von Routinedaten – vor allem Abrechnungsdaten – wird derzeit ein Instrumentarium entwickelt, das sich wesentlich stärker als die traditionellen Verfahren an Ergebnisqualität orientiert und dazu Indikatoren nach Abschluss des Krankenhaufalles nutzt. Bei der Darstellung möglicher Kassenstrategien wird gezeigt, dass der Qualitätswettbewerb neue Instrumente der Qualitätsmessung hervorbringt, dass sich zudem die Qualitätstransparenz gegenüber dem Status quo signifikant erhöhen wird, dass aber nicht unbedingt eine umfassende Qualitätstransparenz für die Öffentlichkeit entstehen wird. Die nachgewiesene Ergebnisqualität könnte ein entscheidender Parameter im Wettbewerb der Krankenhäuser um Verträge mit Kassen werden. Dem Patienten aber wird die Eingangsfrage „In welchem Krankenhaus werde ich am besten behandelt?“ wohl nur zum Teil beantwortet werden.

10.2 Externe QS ohne Ergebnistransparenz

Qualitätssicherung ist ein vieldimensionaler Prozess, der sich auch gesetzgeberisch in unterschiedlichen Ansätzen niederschlägt. Die Krankenhausgesetzgebung der letzten Jahre zeichnet sich durch eine fast inflationäre Nutzung des Wortstammes „Qualität“ aus (Leber 2004). Im GMG 2004 (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung) ist der Vielfalt organisatorischer Regelungen erstmals ein einheitlicher Rahmen in Form des gemeinsamen Bundesausschusses gegeben worden. Je nach Regelungsbereich entscheidet der Bundesausschuss in unterschiedlicher Zusammensetzung und ist durch unterschiedliche Absatzbezüge des § 91 SGB V erkennbar (vgl. Spalte 1 in Tabelle 10-1).

Die für den Krankenhausbereich wesentlichen Aufgaben werden im Ausschuss nach § 91 Absatz 7 geregelt. Die zentrale Rolle spielt hierbei der Unterausschuss „Externe stationäre Qualitätssicherung“, in dem erarbeitet wird, welche Verfahren Gegenstand einer gesonderten Qualitätsdokumentation sind und danach bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung ausgewertet werden.

Aller Vereinheitlichung zum Trotz werden eine Reihe von Qualitätssicherungsverfahren nach wie vor außerhalb des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Zum einen gilt dies für die Qualitätssicherung bei ambulanten Operationen (§ 115b SGB V), bei der allerdings kein Grund ersichtlich ist, warum nicht auch dieser Bereich im Bundesausschuss geregelt wird. Des Weiteren existiert ohne Rechtsgrundlage das durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Bundesärztekammer ins Leben gerufene Modell einer freiwilligen Krankenhauszertifizierung KTQ (vgl. im Einzelnen www.ktq.de). Es sei an dieser Stelle wegen seiner großen Bedeutung in der Anfangsphase der Qualitätssicherung erwähnt. Hinter den anderen Qualitätsverfahren bleibt es zurück, weil vorrangig Strukturqualität abgefragt wird. So wird beispielsweise zum Thema Krankenhaussterblichkeit die Existenz einer Mortalitätsstatistik abgefragt, ohne jedoch nach dem Ergebnis dieser Statistik zu fragen – eine Qualitätsinformation, die weder den Kassen noch den Versicherten besonders weiterhilft.

BQS-Verfahren

Der umfangreichste Versuch, Qualität stationärer Behandlung zu sichern, ist die Erfassung von Behandlungsverfahren mittels QS-Bögen – im Folgenden vereinfachend als BQS-Verfahren bezeichnet. Das Verfahren geht zurück auf die Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten durch die Bundespflegesatzverordnung 1995 und reicht bis dato auch nicht über die damaligen Entgeltbereiche hinaus. Nachdem die ursprünglich auf Landesebene angesiedelten Verfahren durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 auf Bundesebene gehoben wurden, ist bei den betroffenen Verfahren eine quasi flächendeckende Erfassung erreicht. Der BQS-Qualitätsreport basiert immerhin auf der Auswertung von 2,4 Millionen Krankenhausfällen, für die jeweils QS-Bögen ausgefüllt wurden. (Qualitätsreport 2001 und 2002, verfügbar unter www.bqs-online.de).

Die Auswertung zeigt auf, dass es signifikante Unterschiede in der Behandlungsqualität gibt, so z. B. bei der Anzahl von Wundinfektionen nach Knie-Totalendoprothese (BQS-Qualitätsreport 2002: 107), die in Krankenhäusern mit weniger als hundert Fällen höher ist als bei Häusern mit mehr als 100 Fällen. Trotz

Tabelle 10-1

Qualitätssicherung im Gemeinsamen Bundesausschuss

G-BA nach § 91	Mitglieder	Unterausschuss	Thema
Absatz 4 Ärztliche Angelegenheiten	9 SpiK 5 KBV 4 DKG		– § 116b Abs. 4: Hochspezialisierte Leistungen – § 137b: Förderung der Qualitätssicherung – § 137f: Chronische Krankheiten
		– Ambulante Behandlung im Krankenhaus	Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V; Überprüfung spätestens alle zwei Jahre
		– Disease-Management-Programme	Empfehlungen zu inhaltlichen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme, die der Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker dienen. Jährliche Überprüfung der bereits beschlossenen Empfehlungen für DMP.
Absatz 5 Vertragsärztliche Versorgung Vertragspsychotherapeutische Versorgung	9 SpiK 9 KBV	13 Unterausschüsse	– § 92 Abs.1 Satz 2: Richtlinien zur Sicherung der ärztlichen Versorgung – § 136 Abs.2 Satz 2: Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der vertragsärztlichen Versorgung – § 136a: Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung
Absatz 6 Vertragszahnärztliche Versorgung	9 SpiK 9 KZBV	9 Unterausschüsse	– § 56 Abs. 1 – § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 – § 136 Abs. 2 Satz 3 – § 136b
Absatz 7 Krankenhausbehandlung	9 SpiK 9 DKG		– <u>Beschlüsse zu § 137</u> : Qualitätssicherung zugelassener Krankenhäuser – <u>Richtlinien zu § 137c</u> : Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus
	Besetzung der Unterausschüsse: 5 SpiK 5 DKG	– Methodenbewertung – Sonstige stationäre Qualitätssicherung – Externe stationäre Qualitätssicherung	HBO, ACI, Protonentherapie etc. Qualitätsberichte, Mindestmengen, grds. Zweitmeinungen, einrichtungsinterne Qualitätssicherung, Abschlüsse BQS-Verfahren

Krankenhaus-Report 2004

WlD0

Abkürzungen:

- ACI – Autologe Chondrozytenimplantation
 BQS – Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
 DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft
 DMP – Disease-Management-Programme
 HBO – Hyperbare Oxygenation (Sauerstofftherapie)
 KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung
 KZBV – Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
 SpiK – Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen

des verheißungsvollen Titels „Qualität sichtbar machen“, erhalten weder der Versicherte noch die am Verfahren beteiligten Krankenkassen (!) eine Auskunft, welche Häuser bessere und welche Häuser vergleichsweise mindere Qualität auf-

weisen. Die BQS vermittelt die wenig beruhigende Botschaft: „Sehr geehrte Patienten, aufgrund unserer Datenerhebung können wir Ihnen sagen, dass es in Deutschland neben den guten auch vergleichsweise schlechtere Krankenhäuser gibt; wir teilen Ihnen aber nicht mit, welche dies sind.“

Insgesamt ist das BQS-Verfahren dem eingangs erwähnten traditionellen Verständnis von Qualitätssicherung verpflichtet. Den Kassen und Versicherten werden keine Daten verfügbar gemacht. Ob die erstmalige Beteiligung von Patientenvertretern in den Entscheidungsgremien des Bundesausschusses eine Veränderung bewirkt, bleibt abzuwarten.

Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität

Der erste QS-Ansatz, der ein Recht der Öffentlichkeit auf Qualitätsinformation reklamiert, ist der Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V. Krankenhäuser haben bis zum 31. August 2005 für 2004 einen Qualitätsbericht zu erstellen, dessen inhaltliche Struktur zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen noch vor Etablierung des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt wurde, von Letzterem aber künftig weiterentwickelt wird (vgl. Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser: herunterladen unter www.krankenhaus-aok.de). Der Bericht ist von den Landesverbänden der Krankenkassen im Internet zu veröffentlichen.

Der Qualitätsbericht wird in seiner derzeit festgelegten Form vor allem ein Mengenreport sein, der insbesondere auf Fachabteilungsebene die häufigsten Operationen und Indikationen benennt (vgl. im Einzelnen Leber 2004). Angaben zur Ergebnisqualität enthält er nicht.

Die Tatsache, dass die Qualitätsberichte keine Ergebnisqualität enthalten werden, ist nicht ausschließlich der alle Verhandlungen prägenden transparenzfeindlichen Grundhaltung der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschuldet. Es gibt auch zwei methodische Grenzen, sofern der Bericht von den Krankenhäusern selbst erstellt wird. Zum einen ist Ergebnisqualität angesichts des immer enger werdenden Zeitfensters für die Krankenhäuser immer weniger erkennbar; die Behandlungsergebnisse sind meist erst nach der Entlassung messbar. Zum anderen bedürfen die Ergebnisse – so sie messbar sind, wie z. B. die Krankenhaussterblichkeit – der Risikoadjustierung, um sie im Krankenhausvergleich nutzbar werden zu lassen. Eine solche Risikoadjustierung aber ist für das einzelne Haus nicht möglich. Es bleibt festzustellen, dass durch den Qualitätsbericht eine neue Transparenzstufe erreicht wird, dass dieser aber wegen methodischer Grenzen hinter den Erwartungen zurückbleiben wird. Die Leitfrage „Wo werde ich am besten behandelt?“ wird auch durch dieses Instrument nur unzureichend beantwortet.

Zusammenfassend lassen sich die bestehenden Qualitätssicherungsinstrumente sowohl aus methodischer Sicht (zu wenig Ergebnisqualität) als auch aus Patientenrechtsperspektive (zu wenig Transparenz) kritisieren. Entscheidender aber für die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung könnte der anstehende Wandel im Vertragsverhältnis von Leistungsanbietern zu Krankenkassen werden.

10.3 Vertragswettbewerb oder: Abschied von „gemeinsam und einheitlich“

Historisch gesehen wurde die gesetzliche Krankenversicherung nicht als Wettbewerbssystem konzipiert. Da sie ihre Wurzeln in der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall innerhalb einer Betriebsgemeinschaft hatte, wurde sie als Zuweisungssystem mit weitgehend gleichartigem Leistungskatalog gestaltet. Eher zufällig durch die Integration der Ersatzkassen in die GKV entstand Mitte der dreißiger Jahre des letzten Jahrhunderts ein Wettbewerbselement: Die Wahlfreiheit der Angestellten blieb erhalten, wurde mit dem Anwachsen dieser Versichertengruppe zu einer Art Mehrheitsprinzip und mündete schließlich durch Einführung der Wahlfreiheit für alle Versichertengruppen im Jahre 1996 in einen veritablen Versicherungsmarkt.

Hingegen gibt es auf der Vertragsseite, also der Beziehung der Krankenkassen zu den Leistungsanbietern zwecks Sicherstellung der Versorgung, bislang keine gleichgerichtete säkulare Entwicklung zu einem Wettbewerbssystem. Es dominieren kollektivvertragliche Regelungen, bei denen die konkurrierenden Kassen „gemeinsam und einheitlich“ handeln. Ebsen et al. (2003) führen in ihrem Gutachten zum Vertragswettbewerb immerhin 170 kollektivvertragliche Regelungsbereiche auf (vgl. Anhang 7.1 in Ebsen et al. 2003).

Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um Versicherte bei gleichzeitiger einheitlicher Vertragsgestaltung ist weitgehend funktionslos. Er verbessert zwar die Servicequalität, nutzt aber nicht die Entdeckungs- und Innovationsfunktion eines Wettbewerbsmarktes. Leistungsanbieter, die die Versorgung qualitativ höher oder wirtschaftlicher erbringen, haben kaum Vorteile gegenüber ihren Konkurrenten. Anders wäre dies, würde man die kollektivvertraglichen Regelungen zugunsten eines Vertragswettbewerbs mit selektiver Vertragsgestaltung aufheben. Es würde kein Kontrahierungszwang mehr bestehen, der die Kassen zur Finanzierung aller zugelassenen Leistungserbringer verpflichtet, und jede Kasse würde einzeln entscheiden, mit welchen Leistungserbringern sie Versorgungsverträge abschließt. In einem solchen „Einkaufsmodell“ schließen die Kassen Einzel- oder Gruppenverträge und konkurrieren mit dem so geschaffenen Versorgungsangebot um Versicherte. Durch Aufhebung der kollektivvertraglichen Regelungen, insbesondere durch Abschaffung eines kassenübergreifenden Krankenhausbudgets und durch Abschaffung des Kassenarztmonopols, würden auch die für die kontinuierliche Versorgung hinderlichen Sektorgrenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung beseitigt.

Auf die zahlreichen Einzelprobleme eines solchen Modells mit Vertragswettbewerb kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden (vgl. Ebsen et al. 2003). Ausführlicher soll aber der Frage nachgegangen werden, welche Qualitätssicherungsinstrumente notwendig sind, damit in der stationären Versorgung nicht nur Preiswettbewerb, sondern auch Qualitätswettbewerb stattfindet. Das derzeit dominierende BQS-Verfahren ist noch kongruent zum kollektivvertraglichen Ordnungsrahmen konstruiert: Gemeinsam und einheitlich vereinbaren die Spitzenverbandspartner im Bundesausschuss Verfahren, die für alle zugelassenen Krankenhäuser verbindlich sind, um in Einzelfällen signifikante Qualitätsmängel zu iden-

tifizieren. Für ein Wettbewerbssystem hingegen bedarf es einiger zusätzlicher Informationen:

1. Die Ergebnisse aller Krankenhäuser müssten für die vertragsschließenden Krankenkassen transparent sein, damit diese z. B. mit den zehn besten Häusern Versorgungsverträge abschließen können.
2. Die QS-Ergebnisse müssten ggf. auch kassenspezifisch zur Verfügung stehen, falls sich das Versichertenklientel der Kassen stark unterscheidet.
3. Die Qualitätssicherung muss stärker auf das Behandlungsergebnis abstellen und dazu auch sektorübergreifende Informationen nutzen. (Anm: Dies gilt auch unabhängig von der Einführung eines Wettbewerbsmodells.)

Man mag einwenden, dass eine solche Einkaufssituation bislang kaum gegeben ist, da für die Kassen weitgehend Kontrahierungszwang ohne Möglichkeit der Preisdiskriminierung besteht. Es gibt jedoch schon heute eine Reihe von Regelungen, die den Kassen die Auswahl von Krankenhäusern zwecks Versorgung ihrer Versicherten erlaubt:

1. Disease-Management-Programme (Strukturierte Programme nach § 137 f SGB V); hier könnte es im Indikationsbereich Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu einem wichtigen Anwendungsgebiet kommen.
2. Ambulante Erbringung von hochspezialisierten Leistungen (§ 116 b SGB V),
3. Leistungen im Rahmen von integrierter Versorgung nach §§ 140 ff SGB V,
4. Leistungen der Rehabilitation.

Es ist zu erwarten, dass sich in den nächsten Reformen die Zahl solcher Bereiche weiter erhöhen wird. Wenn in diesen Bereichen nicht nur nach dem Kriterium Preis ausgewählt werden soll, dann muss die Ergebnisqualität aller Krankenhäuser transparent für die Kassen sein. Dies muss nicht unbedingt zu einer Umgestaltung der BQS-Verfahren führen. Es könnten sich auch neben dem „staatlichen Verbraucherschutz“ zusätzliche QS-Verfahren entwickeln. Die QS-Verfahren wären dann ihrerseits dynamisches Element eines Wettbewerbssystems.

Der medizinischen Profession ist eine derartige Fremdbeurteilung in der Regel suspekt. Sie wird mit bürokratischem Zusatzaufwand, Einschränkung der eigenen Handlungsautonomie und Fremdbestimmung gleichgesetzt – Fremdbestimmung zudem durch Personen oder Organisationen, die angeblich „von der Sache“ nichts verstehen und glauben, alles ließe sich in Vorschriften fassen. Doch was ist die Alternative? Nimmt man Vertragswettbewerb als gegeben, so bliebe ohne Qualitätswettbewerb und Qualitätstransparenz lediglich der Preis als Wettbewerbsparameter. Dies jedoch wird als ultimativer Weg in die „Billigmedizin“ mit größerer Vehemenz abgelehnt – zu Recht.

Der Erfolg eines QS-Instrumentariums am Markt wird auch davon abhängen, ob es gelingt, die Ärzte nicht über Gebühr zu belasten und zum zweiten wird es davon abhängen, ob es gelingt, zumindest den kooperativen Teil der Ärzteschaft von der medizinischen Sinnhaftigkeit der Qualitätsmessung zu überzeugen.

10.4 Ergebnismessung mit Routinedaten

Will man den Aufwand der Krankenhäuser oder anderer Leistungsanbieter in Grenzen halten, so muss zunächst versucht werden, die bei den Kassen bereits vorhandenen Daten für die Qualitätsmessung nutzbar zu machen. Dies ist die Grundidee zahlreicher internationaler Versuche, mit „administrative data“ Qualität zu messen (z. B. Quality Indicators der AHRQ; International Quality Indicator Project des Center of Performance Science) und es ist die Grundidee eines gemeinsamen Projektes des AOK-Bundesverbandes und der Helios GmbH. Zusammen mit dem Magdeburger sozialepidemiologischen Institut FEISA und dem Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDO) wird versucht, durch Auswertung von Abrechnungsdaten der Krankenhäuser sowie von Daten aus der Mitgliederbestandsführung der Krankenkassen in ausgewählten Bereichen das Ergebnis einer Krankenhausbehandlung zu messen (QSR – Qualitätssicherung mit Routinedaten). Die methodischen Details sind noch in der Entwicklung und wurden an anderer Stelle in ihren Grundzügen dargestellt (Heller et al 2003 sowie die Beiträge Lütticke/Schellschmidt (Kapitel 12) und Heller (Kapitel 13) im vorliegenden Krankenhaus-Report).

Ein entscheidender methodischer Vorteil gegenüber dem BQS-Verfahren ist das Zeitfenster zur Beobachtung der Ergebnisqualität. Während bei der mit der Entlassung endenden, fallbezogenen Betrachtungsweise der BQS das Ergebnis kaum beurteilt werden kann, ist es mit Kassendaten über Wiedereinweisung möglich, beispielsweise die Re-TEP-Rate innerhalb eines Drei-Jahres-Zeitraums zu messen. Bei Verwendung von Mitgliederdaten kann beispielsweise die Einjahres-Überlebensrate nach Bypass-Operation im Krankenhausvergleich gemessen werden. Erste Ergebnisse und eine detaillierte Beschreibung der Methodik werden im 1. Halbjahr 2005 veröffentlicht.

Es wäre nun aber übertrieben, davon zu sprechen, dass damit ein allumfassendes QS-Instrumentarium in greifbarer Nähe wäre. Nur unter bestimmten Bedingungen kann das QSR-Instrumentarium zu einem befriedigenden Ergebnis führen:

1. Ein Starterereignis für das Verfahren (Krankenhausfall mit definierter ICD/OPS-Kombination) muss vorhanden sein. Für „schleichende“ Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (Alzheimer, Multiple Sklerose etc.) ist dies z. B. schwer möglich.
2. Es muss ein Ergebnisindikator zur Verfügung stehen. Dies ist vor allem eine ggf. spezifizierte Wiedereinweisung und die Sterblichkeit nach dem Starterereignis. Für bestimmte Versichertengruppen kann auch die Arbeitsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit als Indikator genutzt werden. Indikatoren für die Lebensqualität sind perspektivisch denkbar, aber derzeit nicht unbedingt aus Routinedaten ableitbar.
3. Die unterschiedliche Risikostruktur der Fälle muss adjustierbar sein, sofern der Schweregrad des Initialzustandes von Relevanz ist. Da Abrechnungsdaten in der Regel auf ICD und OPS aufbauen, der ICD aber nur in wenigen Fällen eine Schweregradifferenzierung erlaubt, kann gegenwärtig vor allem über Alter und Geschlecht sowie Nebenerkrankungen adjustiert werden. Für einige wesentliche Bereiche (Schlaganfall, Krebs etc.) dürfte dies nicht ausreichen.
4. Es bedarf eines Abrechnungssystems, das quasi nebenbei all diese Informationen an die Krankenkassen weiterliefert. Dort müssen diese versichertenbezogen zu-

- sammengeführt werden. Im ambulanten, niedergelassenen Bereich fehlte diese Weiterleitung bislang, bei einigen Versorgungsformen ist sie noch nicht geregelt (Hochschulambulanzen, hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V).
5. Die Datenzusammenführung innerhalb der Krankenkasse setzt ein über die QSR-Sequenz (Zeitraum vom Startereignis bis zum Ergebnisindikator) durchgängiges Versicherungsverhältnis voraus. Dies dürfte möglicherweise im Umfeld von Geburten, wo sich Versicherungsverhältnisse oft ändern (vorübergehende Mitversicherung beim Ehepartner in einer anderen Kasse etc.), ein Hindernis für eine breite Anwendung sein.

Da alle Bedingungen gleichzeitig erfüllt sein müssen, sollte man zumindest nicht leichtfertig davon ausgehen, eine ergebnisorientierte Bewertung sei in allen Bereichen möglich.

Gegen eine Fremdbeurteilung der medizinischen Behandlungsqualität durch eine Krankenkasse wird ein Krankenhaus, das mit dem Ergebnis nicht zufrieden ist, einwenden, es handle sich nur um Ergebnisse eines (kleinen) Teils aller behandelten Fälle. Es sei somit eine verfälschte Information der Öffentlichkeit, wenn das Krankenhaus auf Basis einer selektierten Patientenkiel beurteilt würde. In der Tat wird das kassenübergreifende Ergebnis vom kassenspezifischen abweichen. Der vermeintlich verengte Blick auf die Kassenkiel erlaubt jedoch in bestimmten Situationen ein schärferes Bild: Sofern eine Kasse Leistungen für ihre Versicherten einkauft, ist nur die Behandlungsqualität für die eigenen Versicherten relevant, die Blickverengung auf die Versicherten der eigenen Kasse also ein Gewinn an Validität.

Wenn die Vorteile von Routinedatenauswertung so evident sind, wird man sich fragen, wieso die Kassen in der Vergangenheit diese Möglichkeit nicht genutzt haben. Abgesehen davon, dass die Einkaufssituation bislang kaum gegeben war, gibt es erst seit der Einführung des DRG-Systems verwertbare Abrechnungsdaten. Nur ein „medizinisch gehaltvolles“ Vergütungssystem liefert Daten, um trennscharfe Tracer incl. Risikoadjustierung definieren zu können. Das traditionelle Krankenhausvergütungssystem mit tagesgleichen Pflegesätzen sah zwar auch vor der Einführung von Fallpauschalen die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren vor, bei Sichtung der Daten stellte sich jedoch heraus, dass offensichtlich weder die Krankenhäuser größere Validierungsaktivitäten bezüglich der Kodierung entfalten noch wurden die übermittelten Daten von den Krankenkassen vollständig erfasst. Hinzu kommt, dass einheitliche Kodierrichtlinien und ein umfassender Prozedurenschlüssel erst als Vorbereitung für das DRG-System geschaffen wurden. Im ambulanten Bereich fehlen übrigens noch verbindliche Kodierrichtlinien, sodass das Instrumentarium dort nur mit Einschränkungen angewendet werden kann. Selbst unmittelbar vor dem Start des DRG-Systems sind die Daten noch nicht von gleicher Qualität wie nach Beginn echter Vergütungsrelevanz. Etwas überspitzt formuliert: Nur Routinedaten, die durch das Fegefeuer der Abrechnungsprüfung gegangen sind, weisen jene Validität auf, die für die Qualitätssicherung notwendig ist.

Beweislastumkehr bei der Ergebnisqualität

Der Wandel von einem kollektivvertraglichen Zulassungssystem in Richtung eines wettbewerblichen Einkaufsmodells hat weit reichende Implikationen für das QS-Instrumentarium. An die Stelle des parastaatlichen Bundesausschusses wird eine Vielfalt von QS-Entwicklungen der Krankenhäuser und Kassen treten. Darüber hinaus ist die Grundfrage zu klären, wer die Beweislast in diesem QS-Prozess zu tragen hat: Muss eine staatliche Institution einem Krankenhaus mindere Qualität nachweisen oder muss das Krankenhaus zeigen, dass es gute Qualität liefert? Anhand des Problems der Qualitätssicherung bei kleinen Fallzahlen sei dies etwas ausführlicher erläutert.

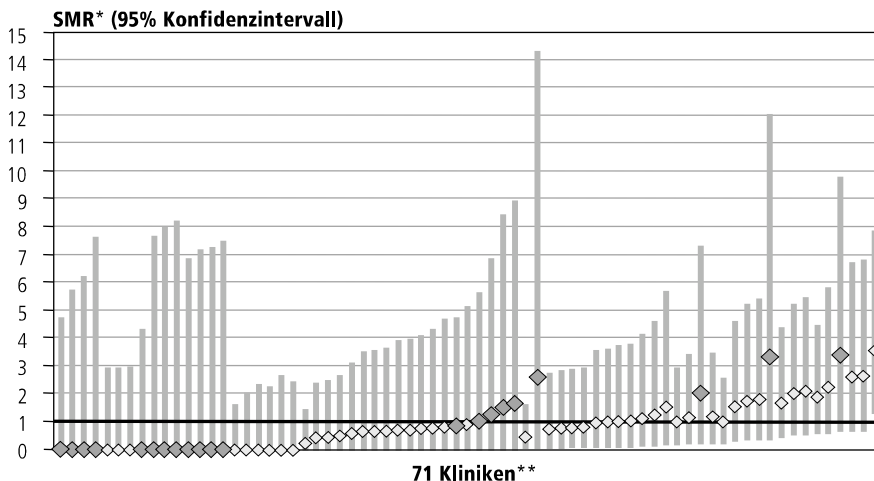
Im folgenden Beispiel aus dem QSR-Projekt wird die Krankenhaussterblichkeit von AOK-Patienten der Jahre 1999 bis 2001 bei Kolonkarzinom in 708 Kliniken untersucht. Da ein roher Vergleich der Sterblichkeit Kliniken mit besonders schwerem Fallspektrum benachteiligt, wurde eine Risikoadjustierung vorgenommen und ein Vergleich der Kliniken anhand standardisierter Mortalitätsraten (SMR) durchgeführt.

Ein Vergleich auf der Basis standardisierter Mortalitätsraten berücksichtigt zwar das unterschiedliche Patientenkontinuum der Kliniken, macht aber noch keine Aussage darüber, ob es sich um ein Zufallsergebnis handelt. Hierzu muss ergänzend das Konfidenzintervall betrachtet werden, also jenes Intervall, das angibt, in welchem Bereich es sich bei vorgegebener Wahrscheinlichkeit (hier 95%) um eine zufällige Schwankung handelt. Liegt das Konfidenzintervall einer Klinik komplett oberhalb des Grenzwertes, so ist die Sterblichkeit in dieser Klinik „signifikant schlecht“. Abbildung 10-1 zeigt die Konfidenzintervalle der standardisierten Mortalitätsraten für eine 10%-Zufallsstichprobe (71 Kliniken). Die Kliniken sind nach unterem Konfidenzintervall sortiert, was erst im rechten Drittel erkennbar ist. Nur eine Klinik liegt mit dem unteren Konfidenzintervall oberhalb des Grenzwertes (vgl. Balken ganz rechts).

Auffällig ist die unterschiedliche Größe der Intervalle; dabei gilt: Je kleiner die Fallzahl, desto größer das Konfidenzintervall, desto größer also die Wahrscheinlichkeit, dass es sich um ein Zufallsergebnis handelt. Dies führt zu einem Dilemma für die Qualitätsbeurteilung: Bei kleiner Fallzahl kann der Nachweis minderer Qualität nicht geführt werden.

In Abbildung 10-1 ist neben den Konfidenzintervallen auch das Fallvolumen des jeweiligen Krankenhauses gekennzeichnet: Häuser mit weniger als zwanzig Fällen sind durch große dunkle Rauten gekennzeichnet, Häuser mit mehr als zwanzig Fällen sind an kleinen, hellen Rauten erkennbar. Deutlich sichtbar ist bei der Sortierung nach dem unteren Ende des Konfidenzintervalls eine Konzentration der kleinen Häuser im linken Bereich. Dies ist – wie angedeutet – unbefriedigend, weil durchaus eine mindere Qualität vermutet werden kann. Wahrscheinlich würde sich dies sogar zeigen, wenn man die Häuser mit kleiner Fallzahl zu einem virtuellem Haus zusammenführt. Die BQS hat – wie oben erwähnt – dies in ihrem Qualitätsbericht 2002 getan und für kleine Fallzahlen bei Knieoperationen deutlich höhere Wundinfektionsraten (BQS 2002; 101) und signifikant niedrigere Beweglichkeit bei Entlassung (BQS 2002; 107) zeigen können. Eine solche Vorgehensweise der Zusammenlegung erhärtet den Fallzahl-Ergebnis-Zusammenhang und liefert starke Argumente für Mindestmengenregelungen; sie würde aber keine Antwort auf die

Abbildung 10-1
 Krankenhaussterblichkeit nach Kolonkarzinom-Operation – Sortierung nach unterem Konfidenzintervall



* SMR = Standardisiertes-Mortalitäts-Ratio
 ** 10-prozentige Stichprobe, AOK-Patienten, Bundesauswertung 1999 – 2001

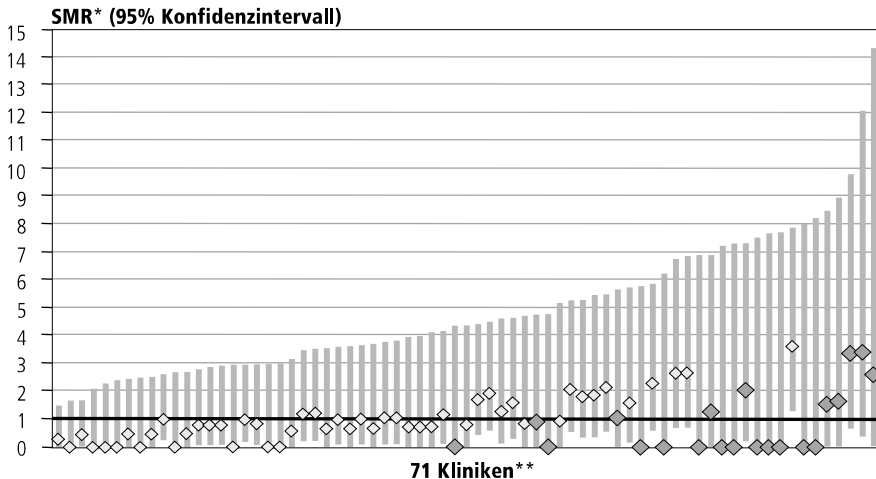
Frage liefern, mit welchen Krankenhäusern eine Kasse im Vertragswettbewerb kontrahieren sollte.

Eine Lösung dieses Dilemmas besteht in einer Beweislastumkehr: Mittels des QS-Instrumentariums sollte nicht mehr versucht werden, mindere Qualität nachzuweisen; vielmehr möge das Krankenhaus mittels derselben QS-Instrumente nachweisen, dass es nachweislich gute Qualität liefert. Statistisch gesprochen muss das Krankenhaus zeigen, dass es mit dem oberen Ende seines Konfidenzintervalls unter einem gegebenen Wert liegt. Ein großes Konfidenzintervall, wie es sich bei kleiner Fallzahl ergibt, ist dann kein Vorteil mehr, sondern ein Nachteil. Abbildung 10-2 zeigt die gleichen Häuser der vorherigen Abbildungen in einer Sortierung nach dem oberen Ende des Konfidenzintervalls. Deutlich ist eine Verschiebung der Häuser mit kleiner Fallzahl (große dunkle Rauten) nach rechts; vorrangig die Häuser mit großer Fallzahl können nachweisen, dass sie einen bestimmten QS-Grenzwert erreichen.

Methodisch auszuarbeiten wäre noch die Höhe eines solchen Grenzwertes. In einem Einkaufsmodell würde sich der Richtwert nicht nach einer extern gesetzten Norm, sondern durch das Gesamtfallvolumen ergeben, das eine Krankenkasse unter Vertrag nehmen möchte: Die Kasse wird beginnend mit dem Krankenhaus ganz links („Top-Qualität“) in Abbildung 10-2 schrittweise nach rechts fortschreitend (tendenziell schwächer werdender Qualitätsnachweis) mit so vielen Krankenhäusern kontrahieren, bis die gewünschte Menge zur Versorgung der Versicherten erreicht ist.

Abbildung 10-2

Krankenhaussterblichkeit nach Kolonkarzinom-Operation – Sortierung nach oberem Konfidenzintervall



* SMR = Standardisiertes-Mortalitäts-Ratio

** 10-prozentige Stichprobe, AOK-Patienten, Bundesauswertung 1999 – 2001

Die hier dargestellte Methodik ist prinzipiell auch auf kassenartenübergreifender BQS-Ebene anwendbar, würde aber die pseudonymisierte Zusammenführung von Kassendaten erfordern und damit in absehbarer Zeit kaum umsetzbar sein. Realistischer ist die angedeutete Anwendung im Rahmen von Einkaufsmodellen, weil hier die kontrahierende Kasse selbst Herr der Daten zur Qualitätsbeurteilung ist.

10.5 QS-Transparenz oder eher QS-Marketing?

Es ist die Aufgabe einer Krankenkasse, die Versorgung der Versicherten mittels Verträgen sicherzustellen, die gleichermaßen Effizienz und Ergebnisqualität berücksichtigen. Welche Rolle dabei die Auswertung von Routinedaten spielen könnte, wurde in den vergangenen Abschnitten gezeigt. Aus der Aufgabe, auch qualitative Aspekte bei Vertragsabschlüssen zu berücksichtigen, folgt nicht zwangsläufig, dass die Kassen im Stil von Stiftung Warentest ihre Erkenntnisse über die Qualität von Leistungserbringern der Öffentlichkeit zur Verfügung stellen. Eine Reihe unterschiedlicher Kassenstrategien sind denkbar:

1. **Kontraktstrategie:** Die Kasse folgt einer strengen Managementorientierung, berücksichtigt beim Abschluss der Versorgungsverträge die Ergebnisqualität durch Auswertung der eigenen Datenbestände, informiert aber öffentlich nicht

- über die Einzelheiten ihrer Auswertungen. Dies ist, soweit überhaupt kassen-spezifisch eingekauft werden kann, der Status quo. Er vermeidet die Verbreitung wettbewerbsrelevanter Versicherteninformation und mag auch von der Leistungserbringerseite mit einer gewissen Sympathie betrachtet werden, weil die öffentliche Verbreitung der Ergebnisqualität auch unangenehm sein kann.
2. Servicestrategie: Die Kasse nutzt die Daten bei Vertragsabschluss und gibt ihren Versicherten darüber hinaus Einsicht in die Ergebnisse. Dies kann beispielsweise im Rahmen von (telefonischer) Versicherten Auskunft oder in passwortgeschützten Internetbereichen passieren. Auf Anfrage erhält zum Beispiel ein Versicherter Informationen über die Möglichkeiten, eine TEP-Operation durchzuführen; ihm werden die Krankenhäuser im Umkreis von 50 Kilometern genannt und als Zusatzinformation nicht nur die Fallzahlen, sondern auch die 5-Jahres-Re-TEP-Raten zur Verfügung gestellt.
 3. Marketingstrategie: Die Kasse stellt ausgewählte Daten zur Ergebnisqualität auch der allgemeinen Öffentlichkeit zur Verfügung. Sie zeigt damit, dass ihre Versorgung definierten Qualitätsstandards genügt.
 4. Sopo-Strategie: Die Kasse veröffentlicht Daten zur ausgewählten Versorgungsfragen, die besonderen Widerhall in der sozialpolitischen Diskussion finden. Adressat der Veröffentlichung sind dann weniger die Versicherten als vielmehr die politischen Entscheidungsträger, von denen man durch solcherart erwartungskonformes Verhalten Wohlwollen in anderen Fragen politischer Gestaltung erwarten kann.

Schon dieses kleine Spektrum an Verhaltensstrategien mag verdeutlichen, dass es nicht einfach ist, das Ausmaß öffentlicher QS-Transparenz unter Bedingungen des Kassenwettbewerbs zu prognostizieren. Einer einfachen Formel „Wettbewerb schafft Transparenz“ wird das Geschehen nicht folgen. Zweifelsohne wird sich die Konsumentenerwartung auf die Transparenzentwicklung auswirken. Wenn für die Kassenwahlentscheidung von marketingmäßig umworbenen Versicherten die Erwartungshaltung überwiegt: „Ich wähle nur eine Kasse, die mich umfassend über Behandlungsergebnisse informiert.“, dann dürften sich Kassen mit der reinen Kontraktstrategie nicht lange im Markt halten.

Probleme der Risikoselektion und Risikoanziehung bei QS-Transparenz

Der Verweis auf die „marketingmäßig umworbenen Versicherten“ macht auf eine besondere Problemlage der Kassen aufmerksam, die dazu beitragen könnte, dass Qualitätswettbewerb nicht zwangsläufig zu umfassender Qualitätstransparenz führen wird. Solange der für 2007 vorgesehene morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich noch nicht existiert, kann der Zugang bestimmter Morbiditätsgruppen eine Bedrohung für die finanzielle Stabilität der Kassen darstellen. Dementsprechend ist vorerst nicht zu erwarten, dass sich die Kassen für alle Versichertengruppen gleichermaßen interessieren und für alle in gleichem Ausmaß Qualitätsinformationen zur Verfügung stellen.

Die Problematik aus Sicht einer im Wettbewerb befindlichen Kasse sei anhand eines teuren chronischen Krankheitsbildes erläutert, z. B. Multiple Sklerose oder Mukoviszidose. Nehmen wir an, es gelänge, mit Hilfe des QSR-Instrumentariums die Versorgung zu verbessern und effizienter zu machen und auf diese Art Netto-

Einsparungen je Versicherten in Höhe von 5 % zu erreichen (eine Einsparungshöhe, die übrigens von den wenigsten Projekten erreicht wird). Würde die Kasse die Qualitätsergebnisse öffentlich machen und würde auch nur ein einziger neuer Versicherter aus einer dieser Morbiditätsgruppen aufgrund dieser lobenswerten Aktivitäten in diese Kasse wechseln, dann wäre die Einsparung von 100 Versicherten dahin (angenommen, der neue „kranke Versicherte“ hat fünffach höhere Kosten als ein Normkostenpatient gemäß Risikostrukturausgleich). Es ist dies nicht die Stelle, das Kassenverhalten „moralisch“ bewerten zu wollen, es sei aber zumindest vor der Annahme gewarnt, dass der Wettbewerb quasi automatisch Ergebnistransparenz für alle Versicherten schaffen wird.

Es handelt sich bei dem hier dargestellten Problem nicht um eine Form aktiver Risikoselektion, sondern eher um eine Form der Risikoanziehung: Kassen, die im Wettbewerb erfolgreich für Risikogruppen qualitätssichernde Verträge abschließen und darüber informieren, werden attraktiv für diese Versicherten – oder verkürzt formuliert: Wer Risiken kontrahiert, attrahiert Risiken. Dies mag übrigens auch ein Grund sein, warum die im GMG neu geschaffene Möglichkeit, kassenspezifische Verträge für ambulante Leistungen von Krankenhäusern abzuschließen (hochspezialisierte Leistungen, seltene Krankheiten und Krankheiten mit besonderem Krankheitsverlauf gemäß § 116 b SGB V), bislang nicht in dem von einigen erwarteten Umfang genutzt wurde.

Selbst wenn die Problematik gesonderter Risikogruppen durch einen morbiditätsorientierten Risikoausgleich an Bedeutung verliert, werden möglicherweise nicht alle Kassen ihre Internetseiten mit Transparenzberichten füllen. Marketingabteilungen lieben einfach positive Botschaften: „Behandlung mit Erfolgsgarantie“; dazu das vertrauenserweckende Konterfei eines geachteten Chefarztes. Welche Marketingabteilung wirbt schon mit Analysen über krankenhausspezifische Sterblichkeiten, Komplikationen oder geburtsbedingte Schädigung bei Neugeborenen? Lebensversicherungen sprechen auch nicht vom frühen Tod. Es ist deshalb eher wahrscheinlich, dass es zu einer – wie auch immer – ausgewählten Teiltransparenz über Ergebnisqualität kommen wird.

QS-Instrumente im Wettbewerb

Unübersichtlicher und schwer prognostizierbar dürfte das Geschehen dadurch werden, dass Krankenhäuser ihrerseits versuchen werden, durch eigenes QS-Marketing in der Öffentlichkeit einen Vertragsabschluss mit den Kassen zu „erzwingen“. Die freiwilligen Qualitätsberichte einiger Krankenhäuser sind ein erster Ausdruck dieser Marketingstrategie. Wenn die Ergebnisse des internen Berichts mit der Fremdbeurteilung konfliktieren, wird es auch eine Auseinandersetzung über das Instrumentarium geben – möglicherweise im Ton gegenseitiger Vorwürfe: Das Krankenhaus wird auf kassenübergreifende Daten verweisen und Mutmaßungen anstellen, die Ergebnisse spiegeln eher das „schwierige“ Klientel dieser Kasse wider und seien nicht auf die Allgemeinheit übertragbar. Die Kasse wird argumentieren, sie allein könne die Langzeitergebnisse messen. Absehbar ist, dass es aufgrund der ökonomischen Interessenlage im Wettbewerb eine Konkurrenz um die öffentliche Meinungsführerschaft in puncto Qualitätsmessung geben wird. Die wesentlichen Akteure sind Krankenhäuser, Kassen, gemeinsame Spitzenverbandsinstitutionen (BQS,...), Verbraucherverbände und eine ganze Reihe weiterer Mei-

nungsbildner wie Presse, Forschungsinstitute oder die Pharmaindustrie. Die Meinungsführerschaft „Qualität“ zu besitzen, ist im Wettbewerb ein geldwerter Vorteil.

Mit diesen etwas ernüchternden Erwägungen zur Ergebnistransparenz im Wettbewerb sollen allzu euphorische Erwartungen gedämpft werden. Man möge sie nicht unbedingt als Grundsatzkritik am Wettbewerbsmodell deuten oder nutzen. Schließlich bringt der Wettbewerb Formen der Ergebnistransparenz hervor, die im schwergängigen Gremiengang des „gemeinsam und einheitlich“ niemals entstehen würden.

10.6 Literaturverzeichnis

- Badura B, Hart D, Schellschmidt H. Bürgerorientierung des Gesundheitswesens – Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden-Baden: Nomos 1999.
- BQS-Qualitätsreport 2002. Qualität sichtbar machen. Mohr VD, Bauer J, Döbler M, Fischer B, Woldenga C, Hrsg. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung. Düsseldorf 2002. <http://www.qs-online.de>.
- Drösler SE. Qualitätsbericht: Darf es auch mehr sein? F&W 2004, 2: 118–21.
- Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J. Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbands. Endbericht; Stand 31.01.2003.
- GQMG. Empfehlung und Stellungnahme der GQMG zum Qualitätsbericht nach § 137 SGB V; 1.7.2003. <http://www.gqmg.de/Dokumente/QBericht-030812.pdf>.
- Heller G, Swart E, Mansky T. Qualitätsanalysen mit Routinedaten. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhaus-Report 2003. G-DRGs im Jahre 1. Stuttgart: Schattauer 2004; 271–88.
- International Quality Indicator Project. Center of Performance Science. <http://www.internationalqip.com>.
- Leber WD. Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität. Zur Bedeutung des Qualitätsberichts aus Sicht der Krankenkassen. Krankenhaus-Umschau 2004; 5: 378–80.
- Pouvourville G de. Kann Qualität ein Wettbewerbsparameter im Gesundheitswesen sein? In: Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H, Hrsg. Krankenhaus-Report 2002. Krankenhaus im Wettbewerb. Stuttgart: Schattauer 2003; 175–88.
- Inpatient Quality Indicators, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Updated, Ver 2.1, Rev. 3 — Released (07/23/04). <http://www.qualityindicators.ahrq.gov>.

