

# Krankenhaus- Report 2004

Schwerpunkt: Qualitätstransparenz - Instrumente und Konsequenzen

Herausgegeben von

Jürgen Klauber, Bernt-Peter Robra und Henner Schellschmidt

---

## Zusammenfassungen

# Zusammenfassungen Krankenhaus-Report 2004

## **1 Qualitätstransparenz – von der Ebene der Individualmedizin zur Ebene des Gesundheitswesens: Funktionsbedingungen, Wirkungsweise und Gestaltungsbedarf**

*Bernt-Peter Robra*

Die folgende Ausarbeitung verbindet Qualitätssicherung auf Ebene der klinisch-individuellen Krankenversorgung mit Qualitätsdarlegung und Qualitätsentwicklung auf Ebene des Gesundheitswesens. Drei Modelle werden beschrieben: das herkömmliche „professionelle Modell“, die gemeinsame Verantwortung von Leistungserbringern und Kostenträgern im „korporatistischen Modell“ der Gesetzlichen Krankenversicherung und ein entwicklungsoffenes „Systemmodell“. Zentrale Elemente sind Autonomie, Leistung, Verantwortung und Vertrauen. Die These ist, dass kein Widerspruch zwischen Qualitätsbemühungen auf allen Ebenen besteht, vielmehr ergänzen und stabilisieren sie einander.

## **2 Qualitätstransparenz – Qualitätsmanagement und Qualität im Wettbewerb**

*Matthias Schrappe*

Der Preiswettbewerb ist nur dann durch den Qualitätswettbewerb zu ergänzen, wenn Qualitätstransparenz im Sinne reliabler, zugänglicher und verständlicher Informationen verwirklicht ist. Der „health care consumerism“ steht im Mittelpunkt: die Nutzer des Gesundheitssystems sollen auch anhand von Qualitätsinformationen ihre Wahl treffen. In Deutschland sind die Voraussetzungen durch gesetzliche Vorgaben und Aktivitäten auf der professionellen Ebene in den letzten Jahren besser geworden, zu den genutzten Indikatoren bleiben jedoch noch mehrere Fragen offen. Hierzu gehören Validierung und Risikoadjustierung, die Umsetzung des Qualitätsberichts, Area Level-Indikatoren, die die regionale Versorgung beschreiben, die Etablierung von Indikatoren, die eine eventuelle Unterversorgung im Rahmen von Managed-Care-ähnlichen Strukturen (z. B. bei Integrationsverträgen) erkennen können, und die Einführung von Indikatorensets. Die Organisationen brauchen innovative Führungskonzepte, um mit Qualitätsdaten steuern zu lernen; die Professionen müssen sich insbesondere mit dem Aufbau einer Fehlerkultur beschäftigen. Das große Thema der Qualitätsforschung, dem sie sich im Verbund mit der Versorgungsforschung anzunehmen haben, konzentriert sich auf die Frage, ob Qualitätstransparenz und Qualitätswettbewerb den Patienten tatsächlich erreichen und zu einer Verbesserung der Versorgung führen.

## **3 Qualitätsberichterstattung in Deutschland heute**

*Rolf Hildebrand*

Dieser Text befasst sich nur am Rande mit den diversen Ansätzen auf dem Wege zu systematischen Qualitätsverbesserungen. Er konzentriert sich darauf, die wichtigsten Bemühungen um Qualitätstransparenz in Deutschland systematisch zusammenzustellen und auf ihren Nutzen für eine Qualitätsberichterstattung zu prüfen. Dabei wird offensichtlich, dass auf das Thema zwar viel Energie verwendet wird, Qualitätstransparenz aber – von hoffnungsvollen Einzelansätzen abgesehen – noch auf sich warten lässt. Das wichtigste, die (Ergebnis-)Qualität des deutschen Krankenhauses, bleibt bis auf Weiteres im Dunklen.

---

## **4 Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA**

*Nikolas Matthes und Axel Wiest*

Der Beitrag bietet einen Überblick über die Veröffentlichung von Leistungsdaten im Gesundheitsbereich der USA mit Schwerpunkt auf Krankenhäusern ab Beginn der 1990er Jahre. Es folgt eine detaillierte Vorstellung aktueller Initiativen von Bundesstaaten, des Centers for Medicare and Medicaid Services, der Joint Commission und anderer Organisationen einschließlich erster Erfahrungen zur Erfassung und Veröffentlichung von patienten- und krankheitsspezifischen Leistungsdaten für Krankenhäuser. Anschließend werden die Rolle unabhängiger „dritter Institutionen“, Datenqualität, Prozess- und Ergebnisindikatoren, Risikoadjustierung, Datendarstellung, die Relevanz von Daten für Entscheidungsprozesse von Verbrauchern/Patienten und „Pay for Performance“ detailliert diskutiert. Die langjährigen Erfahrungen der USA im Bereich der Erhebung und Veröffentlichung von Leistungsdaten für Krankenhäuser ermöglichen es, im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland relevante Erfolgskriterien und Risiken zu definieren.

## **5 Erfahrungen der Qualitätsberichterstattung von Krankenhäusern in Kanada**

*Adalsteinn Brown, George H. Pink und Francois Champagne*

In der Diskussion über öffentliche Dienstleistungen wird seitens der Politik immer häufiger gefordert, Leistungserbringer sollten öffentlich Verantwortung für die Art und Qualität ihrer Leistungen übernehmen. In Kanada gibt es auf nationaler Ebene inzwischen mehrere Qualitätssicherungsinitiativen im Gesundheitswesen, auf lokaler und regionaler Ebene ist die Qualitätsberichterstattung jedoch schon viel besser etabliert. Ein Beispiel sind die „Hospital Reports“ aus Ontario, Kanadas größter Provinz, die auf einer Adaption der standardisierten Balanced Scorecard (SBS) für die Krankenhausversorgung basieren.

Der Erfolg der Hospital Reports wird vielleicht am besten dadurch illustriert, dass 90 % der Krankenhäuser Ontarios sich beteiligt haben, obwohl die Teilnahme freiwillig und für die Kliniken mit Kosten verbunden ist. Ebenso viele Häuser haben nach eigenen Angaben aufgrund der Ergebnisse der Hospital Reports Veränderungen bei internen Prozessen vorgenommen. Im ersten Jahr nach der Veröffentlichung von Daten auf Krankensebene haben zahlreiche Kliniken das Berichtssystem und viele seiner Indikatoren für ihr internes Berichtssystem übernommen. Obwohl sich die Hospital Reports vornehmlich an die Geschäftsführung der Krankenhäuser richtet, wird die Grundidee auch von der Öffentlichkeit unterstützt, die Patienten lassen sich bei der Auswahl eines Krankenhauses jedoch nicht von den Informationen leiten.

Dieser Beitrag beschreibt einige grundsätzliche Lehren, die sich aus der Entwicklung der Hospital Reports ziehen lassen. Diese betreffen die sorgfältige Entwicklung und Verbreitung der Reports, die enge Zusammenarbeit mit Interessenvertretern sowie Datenqualität, Risikoadjustierung und Berichterstattungsmethoden.

## **6 Qualitätsberichterstattung in England seit 1997**

*Gwyn Bevan*

In diesem Kapitel werden sechs Initiativen zur Qualitätsberichterstattung von Akutkrankenhäusern vorgestellt, die in England in den letzten vier Jahren eingeführt wurden. Dabei werden zwei Initiativen der Commission for Health Improvement (CHI) näher beschrieben: Zum einen das Bewertungsverfahren im Rahmen des Programms zur Clinical Governance (das sicherzustellen soll, dass die Patienten im National Health Service bestmöglich versorgt werden) und zum anderen die Leistungsbewertungen durch Star Ratings, die auf einer Reihe von Indikatoren und Hauptzielen von

Balanced Scorecards basieren. Dargestellt werden jeweils die Ziele, Methoden, Ergebnisse und Auswirkungen der Verfahren.

## **7 Überlegungen zur Krankenhausberichterstattung in Europa**

*Ann-Lise Guisset und Jeremy Veillard*

Dieser Beitrag beschreibt wichtige Trends der öffentlichen Qualitätsdarlegung der Krankenhausversorgung in Europa. Hierbei konzentriert er sich auf die eindrucksvollsten Beispiele und hebt die erfolgreichsten Faktoren hervor. Er stützt sich dabei auf Interviews mit Berichterstattern in Schlüsselpositionen, einen Fragebogen, der an alle 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union gesandt wurde, und die Auswertung von grauer und wissenschaftlicher Literatur. In den meisten Ländern scheinen öffentliche Qualitätsberichte ein Nebenprodukt von größer angelegten Initiativen zur Qualitätsverbesserung und Übernahme von Verantwortung durch Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu sein. Die Tendenz geht jedoch dahin, viel mehr Sorgfalt auf die Veröffentlichung von Ergebnissen zu verwenden, damit diese für die Bürger und für zukünftige Patienten aussagekräftig und nützlich sind. Dabei ist wichtig, welche Indikatoren für Krankenhausqualität dargestellt und wie diese für potenzielle Anwender aufbereitet werden.

## **8 Informationen über die Qualität der gesundheitlichen Versorgung – Erwartungen und Erfahrungen der Patienten**

*Marie-Luise Dierks und Doris Schaeffer*

Patienten, Versicherte und Bürger erwarten, dass verständliche und leicht erreichbare Informationen über die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen des Gesundheitssystems vorgehalten und Informationen über Qualitätsdefizite öffentlich gemacht werden. Entsprechende Angebote stehen allerdings bislang nur rudimentär zur Verfügung. Die aktuell entwickelten Konzepte zur Herstellung von mehr Transparenz im Gesundheitswesen (Qualitätsberichte, vergleichende Krankenhausbewertungen, Erfassung von Patientenurteilen) stellen erste, erfreuliche Schritte dar, sie sind allerdings vor allem von professionellen Akteuren für professionelle Akteure konzipiert und zur Zeit noch wenig nutzerfreundlich. Letzteres zu verbessern heißt, die Quantität der zugänglichen Informationen zu erhöhen, die Nutzer in die Entwicklung und Veröffentlichung der Qualitätsindikatoren einzubeziehen sowie niedrigschwellige Informations- und Beratungsangebote zu etablieren, die allen Interessierten einen leichten Zugang zu Qualitätsdaten ermöglichen und Hilfestellung bei der Interpretation der Qualitätsdaten geben.

## **9 Qualität, Markenbildung und Krankenhauswahlentscheidung – Implikationen der neuen Qualitätstransparenz für das Krankenhaus-Marketing**

*Fokko Ter Haseborg und Ralf Zastrau*

Im vorliegenden Beitrag wird untersucht, ob und inwieweit Qualitätstransparenz – bspw. kommuniziert in einem Qualitätsbericht – geeignet ist, Eingang in das vom Krankenhausmanagement zu nutzende Marketing-Instrumentarium zu finden und die Wahrnehmung von Krankenhausmarken durch Patienten (bzw. andere Krankenhaus-Kundengruppen) zu beeinflussen. Hierfür werden zunächst die Erwartungen diskutiert, die insbes. im Rahmen der DRG-Einführung an die marktsteuernde Wirkung von Qualitätstransparenz gestellt werden, der Zusammenhang von Markenbildung und Qualität branchenunabhängig dargestellt sowie Markenbildungs- und Kaufentscheidungsprozesse im Krankenhaus-Markt untersucht. Schließlich werden Hypothesen formuliert, welche Implikationen Qualitätsberichterstattung für Markenbildungsprozesse im Krankenhaus haben und inwieweit sie als Instrument der Markenbildungspolitik Verwendung finden kann.

---

## 10 Qualitätssicherung in einem wettbewerblichen Umfeld

*Wulf-Dietrich Leber*

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.

## 11 Integration von Qualitätsdarlegung in die Arzt-Patienten-Beziehung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

*Markus Herrmann und Christoph Heintze*

Qualitätsinformationen haben drei zentrale Zielgruppen: Leistungserbringer, Krankenkassen sowie Versicherte/Patienten. Aus der Perspektive von Hausärzten und Patienten werden Qualitätsinformationen mit unterschiedlichen Verwendungs- und Nutzungsabsichten wahrgenommen. Informationen zu Leistungszahlen stationärer Leistungserbringer können dazu beitragen, Patienten umfassender über unterschiedliche Behandlungs- und Betreuungsoptionen zu informieren. Aufgrund des zunehmenden Informationsbedarfs vieler Patienten verändern Qualitätsinformationen die Arzt-Patient-Kommunikation. Festgefügte institutionelle Strukturen und paternalistisch geprägte Arzt-Patient-Beziehungen erschweren die Einbeziehung von Qualitätsdarlegung. Da es im hausärztlichen Bereich für Entscheidungen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bislang keine ausgewiesenen Qualitätsdarlegungen gibt, fehlen auch empirische Daten über Nutzen und Auswirkung von Qualitätsinformationen. Die Implementierung von Qualitätsinformationen in den ärztlichen Behandlungsalltag bedarf eines integrativen Konzeptes, das sich auf die Bereiche Verarbeitung, Transfer, Bewertung und Kommunikation bezieht. Erst eine patientenzentrierte Arzt-Patient-Beziehung im Sinne des „shared decision-making“ macht es möglich, Qualitätsdarlegung einzubeziehen.

## 12 Qualitätsberichte nach §137 SGB V – Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung

*Jürgen Lütticke und Henner Schellschmidt*

Nach dem Willen des Gesetzgebers müssen in Deutschland ab September 2005 Qualitätsberichte von allen Krankenhäusern veröffentlicht werden. Dieser Einstieg in eine krankenhausbegleitende Qualitätsberichterstattung ist grundsätzlich zu begrüßen. Doch noch ist die Aussagekraft des vereinbarten Berichtskonzepts sehr beschränkt. Insbesondere die Dimension der Ergebnisqualität bleibt unberührt. In diesem Beitrag werden die Qualitätsberichte nach §137 SGB V kritisch diskutiert und als Ergänzungsvorschlag zwei weitere Berichtskonzeptionen erläutert. Ausgehend vom Forschungsprojekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (QSR) wird dargestellt, wie auf Basis von GKV-Routinedaten sowohl Feedbackberichte für Leistungserbringer

(Klinikberichte) als auch Transparenzberichte für die Öffentlichkeit erstellt werden können. Diese liefern Informationen zu risikoadjustierten, nachstationären Ergebnisindikatoren (z. B. Mortalität, Wiederaufnahmen) sowie bundesweite Vergleichsdaten für ein wirkliches Benchmarking.

### **13 Gibt es einen Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnis bei operativen Routineeingriffen in Deutschland?**

*Günther Heller*

Dieser Beitrag untersucht für verschiedene Niedrig-Risiko-Operationen, ob auch in Deutschland relevante Zusammenhänge zwischen Leistungsvolumen und Behandlungsergebnis existiert. Dazu wurden bundesweite Abrechnungsdaten von vollstationären AOK-Patienten aus den Jahren 1999–2002 analysiert. Für alle untersuchten Eingriffe (Operation bei Mammakarzinom, Hüft- bzw. Kniegelenks-Total-Endoprothese und Kolon-/Rektumkarzinom) wurden in risikoadjustierten Analysen höhere Krankenhaussterblichkeiten in Kliniken mit geringer Fallzahl beobachtet. Die Mortalitätsunterschiede sind vermutlich nicht ausschließlich durch einen ungünstigeren Fallmix und eine selektive Fehlklassifikation der Erkrankungsschwere zu erklären. Der Vergleich risikoadjustierter und nicht-adjustierter Analysen zeigt zudem, dass für die hier untersuchten Tracer die Fallzahl allein eine deutlich geringere Vorhersagekraft für die Mortalität besitzt als ein adjustiertes Modell. Die Identifikation von Kliniken mit guter (oder schlechter) Qualität wird demnach anhand von validierten und risikoadjustierten Indikatoren der Ergebnisqualität mit größerer Treffgenauigkeit möglich sein als allein über die laut Gesetz vorgesehene (Mindest-)Fallzahl.

### **14 Vergleichende Qualitätsmessung in der medizinischen Rehabilitation**

*Jens R. Thalau*

In diesem Artikel wird das Verfahren zur externen Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation („QS-Reha“-Verfahren) der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vorgestellt, das die Spitzenverbände der Krankenkassen unter wissenschaftlicher Begleitung seit dem Jahr 2000 entwickelt haben und einsetzen. Es beinhaltet die umfassende und detaillierte Qualitätsmessung auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit („Qualitätsprofil“). Das Instrumentarium wurde unter Beteiligung von Experten aus Wissenschaft und Praxis entwickelt und umfasst die Durchführung systematischer, risikoadjustierter Klinikvergleiche.

### **15 Steuerung der Krankenhausversorgung über Bedarfs- und Qualitätskriterien – ein Fallbeispiel**

*Hermann Schulte-Sasse, Frank Schieritz und Gisela Unger*

Mit Einführung der DRG-Finanzierung wird die Verringerung staatlicher Planfestlegungen als zukunftsweisend angesehen. Die Beschränkung der Krankenhausplanung auf eine Rahmenplanung muss jedoch gewährleisten, dass die Länder ihren Auftrag zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung erfüllen können. Innerhalb einer Rahmenplanung soll die Krankenhausversorgung über transparente Bedarfs- und Qualitätskriterien gesteuert werden. Beispielhaft wird anhand der kardiologischen Krankenhausversorgung in Berlin gezeigt, wie Steuerungswirkungen für eine qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung erreicht werden können.

### **16 Krankenhauspolitische Chronik**

*Andreas Lehr*

---

## **17 Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2002**

*Christiane Rolland und Sebastian Rosenow*

In dem Beitrag werden Ergebnisse der Grund- und Kostendaten der Krankenhausstatistik für das Berichtsjahr 2002 vorgestellt. Seit 1991 werden jährlich Daten über die Struktur- und Kostenentwicklung der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen erhoben. Die Einrichtungen sind nach der Krankenhausstatistik-Verordnung auskunftspflichtig. Wichtige Eckzahlen werden dargestellt.

Mit Wirkung ab dem Berichtsjahr 2002 wurde die Krankenhausstatistik-Verordnung novelliert, um die Statistik und ihre Merkmale an die veränderten Gegebenheiten in der stationären Versorgung anzupassen. Diese Änderungen werden ausführlich beschrieben, erste Ergebnisse werden veröffentlicht.

## **18 Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2002**

*Christiane Rolland und Sebastian Rosenow*

Der Beitrag stellt die Ergebnisse der Krankenhausdiagnosestatistik 2002 vor. Diese jährlich von der amtlichen Statistik seit 1993 durchgeführte Totalerhebung mit Auskunftspflicht gibt einen Überblick über die vollstationäre Krankenhausbehandlung in deutschen Krankenhäusern. Neben einer differenzierten Darstellung der Hauptdiagnose der 16,6 Millionen Patientinnen und Patienten im Jahr 2002 stellen die Ergebnisse nach Fachabteilung, Verweildauer und Bundesländern weitere Schwerpunkte dieses Beitrags dar. Aufgrund der steigenden Bevölkerungsanteile hoher Altersgruppen in Deutschland stellt die Präsentation altersstandardisierter Raten, bei denen die Ergebnisse um demographische Effekte bereinigt werden, ein zentrales Element dieses Beitrags dar.

## **19 Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei gesundheitlicher Beeinträchtigung geht zurück - Daten des Mikrozensus 1995 – 2003**

*Evelyn Laue*

Informationen zum allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung sowie zu gesundheitsrelevantem Verhalten liefert der Mikrozensus. Im Rahmen dieser jährlichen Haushaltsbefragung werden in mehrjährigen Abständen auch Fragen zum Gesundheitszustand gestellt. Aufgrund der gleichzeitig erhobenen sozio-ökonomischen Merkmale bieten sich vielfältige Auswertungsmöglichkeiten. Die aktuellen Ergebnisse der Befragung im Mai 2003 liefern Aussagen zu Krankheit und Unfallverletzung bezogen auf Alter, Geschlecht, Familienstand und Erwerbstätigkeit. Besonderes Interesse findet der Vergleich ausgewählter Ergebnisse aus dem Mikrozensus 1995, 1999 und 2003 bezüglich der Entwicklung der sozialen Struktur von Krankheit im zeitlichen Verlauf sowie der Veränderungen bei der Inanspruchnahme von ambulanter und stationärer Behandlung.

## **20 Krankenhaus-Directory – DRG-Krankenhäuser 2003 und 2004**