



Spitzenverband



Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung und Vergütung

Positionen des GKV-Spitzenverbandes

beschlossen vom Verwaltungsrat am 3. September 2014



Impressum

Herausgeber:
GKV-Spitzenverband
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin

Verantwortlich:
Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilung Krankenhäuser
Dr. Bernhard Egger, Abteilung Medizin
Stabsbereich Kommunikation

Gestaltung:
BBGK Berliner Botschaft
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis:
Titelseite li.: GordonGrand - Fotolia.com; re.: Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner,
www.schupfner.com

Druck: Pinguin Druck GmbH, Berlin

Stand: 3. September 2014

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Inhalt

1.	Qualität konsequent sichern	4
2.	Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen	6
3.	Mindestmengen rechtssicher ausgestalten	7
4.	Personalanforderungen definieren	8
5.	Indikatoren weiterentwickeln	9
6.	Transparenz verbessern	10
7.	Alle Vertragsformen einbeziehen	11
8.	Qualitätsverträge ermöglichen	12
9.	Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten	13
10.	Sektorengrenzen überwinden	14

1. Qualität konsequent sichern

Die Große Koalition hat in der Gesundheitsversorgung einen Schwerpunkt auf „Qualität“ gelegt. Die gesetzliche Krankenversicherung begrüßt diese Ausrichtung ausdrücklich und sieht sie in Einklang mit ihren langjährigen Bemühungen. Neben einer Verbesserung der klassischen Qualitätssicherungsinstrumente wird erstmals auch ein Einstieg in qualitätsorientierte Vergütung gesucht. Künftig soll unterschiedliche Behandlungsqualität Konsequenzen haben. In den folgenden zehn Positionen konzentriert sich der GKV-Spitzenverband – wie auch der Koalitionsvertrag – auf die stationäre Versorgung, zeigt aber auch, dass bestehende sektorale Begrenzungen überwunden werden müssen.

Deutschland befindet sich in puncto Qualitätssicherung nicht in der Stunde Null. Es gibt ein Geflecht von Regularien – überwiegend zur Struktur- und Prozessqualität (Position 2, 3 und 4). Hier

Deutschland befindet sich in puncto Qualitätssicherung nicht in der Stunde Null. Aber es gibt nach wie vor „weiße Flecken“, wie zum Beispiel die komplette Psychiatrie.

kommt es vor allem darauf an, die Umsetzung rechtssicher zu gestalten. So werden beispielsweise Mindestmengen vielfach unterschritten, ohne

dass dies Konsequenzen hätte. Strukturvorgaben jedoch, die nicht umgesetzt werden, helfen den Versicherten wenig.

Qualitätsmessung erfolgt auf der Grundlage von Indikatoren (Positionen 5, 6 und 7). Im Rahmen der stationären Qualitätssicherungsverfahren werden bereits über 400 Indikatoren erhoben und größtenteils einrichtungsbezogen veröffentlicht. Sie decken allerdings – abgesehen von der Erfassung der Dekubitusfälle für alle erwachsenen Personen – nur rund ein Viertel der Krankenhausesfälle ab. Es gibt nach wie vor „weiße Flecken“, so z. B. die komplette Psychiatrie. Defizitär ist die Transparenz vor allem im ambulanten Bereich. Die Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren ist eine Daueraufgabe. Um den Erfassungsaufwand zu minimieren, sollte auf Routinedaten zurückgegriffen werden, wo immer dies möglich ist. Angesichts der Tatsache, dass nicht die gesamte Versorgung im kollektivvertraglichen Rahmen stattfindet, muss abgesichert werden, dass die Indikatoren auch die Versorgung in Selektivverträgen (z. B. Hausarztzentrierte Versorgung) und Modellvorhaben umfassen.

Der Koalitionsvertrag sucht auch einen Einstieg in Modelle qualitätsorientierter Vergütung. Gute Qualität soll sich lohnen (Positionen 8 und 9). Dies ist alles andere als trivial und stellt erhebliche Anforderungen an die Qualitätsmessung. Gleichwohl ist ein Anfang möglich. Zudem könnten sogenannte „Qualitätsverträge“ die Versorgung verbessern.

Entgegen der gesetzgeberischen Vorgabe aus dem Jahr 2007 ist die Qualitätssicherung bis heute sektoral. Der Neuanfang durch das in Gründung befindliche Qualitätsinstitut sollte genutzt werden, die Sektorengrenzen zu überwinden, damit die Qualität sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich transparent dargestellt wird (Position 10).

Das vorliegende Positionspapier bildet die Problematik von Qualität im deutschen Gesundheitswesen nicht allumfassend ab; es ist vielmehr im Zusammenhang mit anderen Positionspapieren des GKV-Spitzenverbandes zu sehen. Zu nennen sind insbesondere:

- „Positionen des GKV-Spitzenverbandes zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ vom 13.06.2012
- „Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung - Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode“ vom 27.06.2013
- „14 Positionen für 2014 - Reform der Krankenhausversorgung aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes“ vom 04.09.2013
- „Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung - Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung. Reformoptionen des GKV-Spitzenverbandes“ vom 27.11.2013
- „Medizintechnische Innovationen im Krankenhaus: Nutzen- und Sicherheitsstudien“ vom 03.09.2014

All diese Darstellungen verdeutlichen, dass sich noch viel ändern muss, damit man vom deutschen Gesundheitswesen sagen kann, die Versorgungssteuerung und die Vergütung erfolgen qualitätsorientiert.

Das neue Qualitätsinstitut sollte genutzt werden, die Sektorengrenzen zu überwinden.

2. Qualität als Leistungsvoraussetzung durchsetzen

Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität müssen verbindlich eingehalten werden, unabhängig davon, ob sie vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegt oder in Prozedurenschlüsseln als Abrechnungsvoraussetzung für Krankenhäuser definiert werden. Insbesondere im stationären Bereich ist dies bislang nicht immer der Fall. Es ist zweifelsfrei zu regeln, dass die Leistungsvoraussetzungen in Krankenhäusern regelmäßig von unabhängiger Seite überprüft werden. Erfüllt ein Krankenhaus die Qualitätsvoraussetzungen nicht, darf es die entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nicht erbringen und nicht abrechnen. Auch die Krankenhausplanung darf die Mindestanforderungen an die Qualität nicht außer Kraft setzen.

Struktur- und Prozessqualität sind zentrale Qualitätsdimensionen in der Gesundheitsversorgung. Sie helfen, die Qualität der Leistungserbringung sicherzustellen, und dienen der Patientensicherheit. Dafür müssen sie auf der einen Seite fachlich begründet und praktisch umsetzbar sein. Auf der anderen Seite müssen sie auch im stationären Bereich verbindliche Mindestanforderungen für die Leistungserbringung darstellen. Das heißt, nur wer die entsprechenden Anforderungen erfüllt, darf die Leistungen erbringen.

Auch die Krankenhausplanung der Länder muss die Mindestanforderungen berücksichtigen, darf über Strukturvorgaben des G-BA sowie über die Anforderungen, die sich aus dem Prozedurenkatalog ergeben, nicht hinweggehen und sollte diese künftig schon bei der Zulassung von Fachabteilungen überprüfen. Hierzu bedarf es gesetzlicher Änderungen, auch um rechtssicher die Vergütung von Leistungen bei unzureichender Strukturqualität auszuschließen. Qualitätsvorgaben in der Landesplanung unterhalb des bundesweiten Standards wären ein wenig überzeugendes Konzept.

Der G-BA und die Partner des Bundesmantelvertrages für die ambulante Versorgung

(Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband) definieren für ausgewählte Leistungen Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität sowohl für Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser. Zudem finden sich in den Prozedurenschlüsseln insbesondere für komplexe Behandlungen spezielle Voraussetzungen für die Leistungserbringung. So gibt es beispielsweise aus Gründen des Patientenschutzes personelle und infrastrukturelle Vorgaben des G-BA für die Behandlung von Menschen mit Gefäßerweiterungen im Bauchraum. Dennoch gibt es Krankenhäuser, die diese Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbringen, ohne die Qualitätsvorgaben zu erfüllen. Die Struktur- und Prozessvorgaben orientieren sich grundsätzlich an Leitlinien und am aktuellen Stand der Wissenschaft und sollten daher das Mindestmaß für eine sichere Versorgung darstellen. Dies gilt insbesondere für Bereiche mit hochspezialisierten oder aufwendigen Leistungen. Gerade in Leistungsgebieten, in denen Defizite vermutet werden oder offenkundig sind, müssen entsprechende Mindestanforderungen definiert werden. Für viele Leistungsbereiche wurden jedoch bislang keine Mindestanforderungen an die Strukturqualität festgelegt, obwohl erhebliche Qualitätsunterschiede und -mängel bekannt sind. Aus Gründen der Patientensicherheit sollten diese Lücken zügig durch den G-BA oder durch Vorgaben in den Prozedurencodes geschlossen werden.

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist die Erfüllung von Qualitätsanforderungen die notwendige Voraussetzung für die Durchführung und Abrechnung ärztlicher Leistungen. Auch für Krankenhäuser müssen Struktur- und Prozessvorgaben mehr als Empfehlungscharakter haben. Dazu ist es notwendig, dass regelmäßig nachgewiesen und kontrolliert wird, ob die Mindestanforderungen eingehalten werden. Hier muss der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) dringend in die Lage versetzt werden, unangekündigt die Einhaltung vor Ort im Krankenhaus zu überprüfen. Die Versicherten müssen sich darauf verlassen können, dass alle Mindestanforderungen zum Schutz der Patienten erfüllt werden.

3. Mindestmengen rechtssicher ausgestalten

Eines der wesentlichen Instrumente zur Qualitätssicherung ist die Sicherstellung der Behandlungserfahrung. In der ärztlichen Weiterbildung, in vielen Bereichen der ambulanten und auch in der stationären Versorgung wird diese Behandlungserfahrung durch Mindestmengen operationalisiert. Die Umsetzung im Krankenhaus ist allerdings unbefriedigend. Wenn der Gesetzgeber will, dass in der Versorgung Behandlungserfahrung eine größere Rolle spielt, dann müssen Schritte unternommen werden, um die Festlegung von Mindestmengen in Krankenhäusern zu vereinfachen und die Umsetzung rechtssicher zu gestalten.

Die rechtlichen Auseinandersetzungen um Mindestmengen bei Frühgeborenen und Knieendoprothesen haben den Blick darauf versperrt, dass Mindestmengen als Operationalisierung von Erfahrung ein vielfach angewendetes und breit akzeptiertes Instrument darstellen: Die Weiterbildungsordnung für Ärzte enthält Dutzende von Mindestmengen (z. B. für Operationen), bei der Methodenbewertung werden vom G-BA Mindestmengen festgesetzt, für Tätigkeiten in sämtlichen Indikationsgebieten der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V gelten Mindestmengen. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist die Erreichung bestimmter Fallzahlen eine Leistungsvoraussetzung (z. B. bei HIV/Aids, Koloskopie, Hautkrebscreening). Inzwischen gibt es auch Ansätze, Mindestmengen in der Krankenhausplanung zu verwenden, so z. B. bei Brustkrebszentren. Auf Krankenhäuser als Einrichtungen bezogene Mindestmengen stellen sicher, dass auch für den Behandlungsablauf insgesamt die notwendige Behandlungsroutine vorhanden ist. Deshalb dienen Mindestmengen der Patientensicherheit und sind auch dafür geeignet, dass Hochrisikopatienten am geeigneten Ort behandelt werden. Beispielsweise darf es kein Zufall sein, welches Krankenhaus Organtransplantationen vornimmt.

Die Festsetzung von Mindestmengen nach § 137 SGB V durch den G-BA sollte deshalb einfacher

ausgestaltet und rechtssicher gemacht werden. Da der Gesetzgeber einen „besonderen“ Mengen-Ergebnis-Zusammenhang verlangt, besteht eine hohe gerichtliche Anfechtbarkeit, die im Ergebnis den Patientenschutz vermindert. Es bedarf eines tragfähigen rechtlichen Rahmens u. a. durch Streichung der Worte „in besonderem Maße“ im § 137.

Auch die praktische Umsetzung und die Überprüfung der Einhaltung der bereits bestehenden Mindestmengenregelungen im Krankenhaus müssen verbessert werden. So unterschreiten beispielsweise zahlreiche Transplantationszentren die vorgeschriebenen Mindestmengen für Leber- und Nierentransplantationen, ohne dass die erforderlichen Konsequenzen gezogen werden.

Gleichzeitig muss einem möglichen Fehlanreiz von Mindestmengen in der Versorgungsrealität begegnet werden: Mindestmengen können Leistungsanbieter knapp unterhalb der Schwelle zu zweifelhaften Leistungsausweitungen anregen. Dem ist insbesondere durch Überprüfung der Indikationsstellung entgegenzuwirken. Zudem bieten die strukturierten Zweitmeinungsangebote der Krankenkassen den Versicherten die Möglichkeit, die Indikationsstellung vor einem therapeutischen Eingriff überprüfen zu lassen.

Mindestmengen dienen der Patientensicherheit und sind ein wesentliches Instrument zur Qualitätssicherung. Die Festsetzung von Mindestmengen sollte deshalb einfacher ausgestaltet und rechtssicher gemacht werden.

4. Personalanforderungen definieren

Neben Arzneimittelprüfungen, technischen Anforderungen und prozeduralen Vorgaben kommt dem Personaleinsatz eine fundamentale Rolle bei der Qualitätssicherung zu. Überwiegend liegt er im Verantwortungsbereich des Krankenhausmanagements. Es gibt einen Bedarf an zusätzlichen externen Vorgaben zum Personaleinsatz insbesondere dort, wo eine Unterschreitung qualitätskritisch und die Patientensicherheit gefährdet ist. Personalanhaltzahlen über ganze Krankenhäuser führen jedoch nicht zum Ziel.

Auch Personalvorgaben zählen im stationären Bereich zu den Struktur- und Prozessanforderungen. Grundsätzlich liegt die für eine adäquate Patientenversorgung notwendige Personalausstattung in der Verantwortung der Leistungserbringer. Sollte es aber in spezifischen Leistungsbereichen zu Fehlentwicklungen kommen, müssen diese durch gezielte Maßnahmen umgehend korrigiert werden. Spezifische Mindestanforderungen an das Personal können dabei sowohl vom G-BA als auch in den Prozedurencodes definiert werden. In jedem Fall muss die Umsetzung und die Einhaltung der jeweiligen Vorgaben durch die Krankenhäuser nachgewiesen und in den Qualitätsberichten transparent gemacht werden.

In einigen Bereichen ist die Personalausstattung qualitätskritisch. So hat beispielsweise der G-BA festgestellt, dass Frühgeborene in vielen deutschen Krankenhäusern abweichend von nationalen und internationalen Empfehlungen nicht in

ausreichendem Maße pflegerisch versorgt werden. Um diesem Problem zu begegnen, hat er Anforderungen an die Personalausstattung in einer Richtlinie verbindlich

definiert. Weitere Mindestvorgaben im Hinblick auf das Personal finden sich in den Prozedurencodes etwa zur neurologischen Behandlung von Menschen mit einem akuten Schlaganfall oder für

die aufwendige intensivmedizinische Behandlung. Eine allgemeine Vorgabe von Personalanhaltzahlen für sämtliche Krankenhausprozesse und damit auch für die Krankenhäuser insgesamt wäre hingegen nicht hilfreich. Um Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisieren zu können, braucht das Krankenhausmanagement Gestaltungsräume.

Das problemorientierte Vorgehen sei in Analogie zur Flugsicherung erläutert. Man erhöht die Flugsicherheit weder durch Millionenzuweisungen an Luftfahrtunternehmen, noch erhöht man sie durch eine Personalanhaltzahl für diese Unternehmen. Aber man erhöht die Sicherheit durch explizite Einzelschriften wie z. B. die folgende: Keine Passagiermaschine hebt von der Startbahn ab, ohne dass ein Kopilot im Cockpit sitzt.

Es wird künftig eine der bedeutsamer werdenden Aufgaben der Selbstverwaltungspartner sein, qualitätskritische Bereiche zu identifizieren und sinnvolle Vorschriften zur Sicherung der Personalstandards zu formulieren. Allen Beteiligten muss klar sein, dass es sich um die Festlegung von Mindestanforderungen handelt, die bei einer verantwortungsvollen Versorgungsgestaltung zur Sicherheit der Patienten ohnehin zu erwarten gewesen wären. Es geht also um grundsätzlich bereits vergütete Leistungen, da die Aufwände eines Krankenhauses für das Personal aufgrund des empirisch kalkulierten Vergütungssystems sachgerecht ermittelt werden. Sobald solche Personalvorgaben offiziell in einer Richtlinie des G-BA oder in einem Prozedurencode verankert werden, sind sie eine Reaktion auf Versäumnisse im Personal- und Qualitätsmanagement der jeweiligen Einrichtungen.

In einigen Bereichen ist die Personalausstattung qualitätskritisch. Eine allgemeine Vorgabe von Personalanhaltzahlen für sämtliche Krankenhausprozesse und damit auch für die Krankenhäuser insgesamt wäre allerdings nicht hilfreich.

5. Indikatoren weiterentwickeln

Indikatoren sind das unverzichtbare Herzstück einer jeden Qualitätssicherung. In der externen stationären Qualitätssicherung gibt es in ausgewählten Leistungsbereichen bereits eine Vielzahl von Qualitätsindikatoren. Bei deren Weiterentwicklung sollte die Ergebnisqualität verstärkt in den Fokus gerückt werden. Hierzu dient auch der gezielte Einsatz von Patientenbefragungen. Für eine flächendeckende und sektorenübergreifende Qualitätssicherung müssen jedoch in vielen Indikationsgebieten noch Indikatoren entwickelt werden. Dabei sind Routinedaten – auch zur Vermeidung von Dokumentationsaufwand – konsequenter zu nutzen.

Qualitätsindikatoren sind Werkzeuge und als solche unabdingbar zur strukturierten und nachvollziehbaren Bewertung von Versorgungsleistungen. Beispiele sind die Anzahl an Pflegekräften pro Anzahl behandelter Patienten als Indikator für die Personalstruktur eines Krankenhauses oder die Ein-Jahres-Überlebensrate nach einer Herztransplantation als Indikator für die Ergebnisqualität. Durch solche Indikatoren kann gute von schlechter Qualität unterschieden, können Entwicklungen über unterschiedliche Zeiträume abgebildet sowie Leistungen und Leistungserbringer verglichen werden. Auch eine für die informierte Patientenentscheidung notwendige verständliche Darstellung der Versorgungsergebnisse hängt maßgeblich von Art und Umfang der Indikatoren ab.

Zusätzliche Bedeutung erhalten Indikatoren im Rahmen einer qualitätsorientierten Versorgungssteuerung und Vergütung. Es entstehen weitergehende Anforderungen an Messgenauigkeit und methodische Güte, d. h. es bedarf Indikatoren, die verzerrungsfrei, zuverlässig und unmissverständlich Qualitätsniveaus abbilden.

Wesentlich ist dabei die bundesweit einheitliche Bewertung von Anforderungen und Messergebnissen – nicht nur im Rahmen bereits bestehender Qualitätssicherungsverfahren, sondern auch bei der notwendigen Weiterentwicklung der Indikatoren. Denn Qualität ist keine regionale Beson-

derheit, und nur ein gemeinsames Verständnis darüber führt auch zu einer „Qualitätssicherung mit Folgen“. Es bedarf neuer Indikatoren, die auf Abteilungs- oder Einrichtungsebene Aspekte, wie z. B. Hygiene, operationalisieren und Leistungsergebnisse eindeutig zuordnen lassen. Auch sind „weiße Flecken“ zu beseitigen. So gibt es derzeit in der Psychiatrie kein einziges externes Qualitätssicherungsverfahren. Damit dies möglich wird, ist u. a. der Prozedurenschlüssel (OPS) medizinisch gehaltvoller zu gestalten.

Bei der Weiterentwicklung der Indikatoren sollte die Ergebnisqualität verstärkt in den Fokus gerückt werden.

Patienten können ebenfalls einen Beitrag zur Erfassung der Ergebnisqualität leisten. Wichtige Aspekte lassen sich durch methodisch hochwertige Befragungen abbilden. Die Bereitschaft der Patienten ist hoch, ihre Perspektive einzubringen. Hoch ist allerdings auch der Aufwand bei Patientenbefragungen.

Qualitätssicherung und damit die Erfassung von entsprechenden Daten mag aufwendig sein, ist aber elementarer Bestandteil der medizinischen Versorgung und sollte zum professionellen Selbstverständnis der Leistungserbringer gehören. Alle Daten, die zur Analyse und Verbesserung des Leistungsgeschehens erforderlich sind, müssen erhoben werden. Dabei sind der Aufwand möglichst gering zu halten und Doppeldokumentation zu vermeiden – auch durch eine Entschlackung bestehender Qualitätssicherungsverfahren. Wenn möglich, sind Routinedaten von Leistungserbringern und Kostenträgern zu nutzen. Es muss transparent sein, wie die Daten erfasst und übermittelt werden. Auch die Validität der Primärdaten hängt maßgeblich davon ab.

Um sicherzustellen, dass alle Qualitätsdaten dem richtigen Leistungserbringer zugeordnet werden können, sollte es eine eindeutige und unveränderbare Kennzeichnung von stationären Einrichtungen (analog zur bundeseinheitlichen Arztnummer) geben.

6. Transparenz verbessern

Aktualität und Transparenz der Qualitätsdaten müssen in allen Sektoren verbessert werden. Neben den einrichtungbezogenen Qualitätsberichten für Krankenhäuser sollte es künftig auch praxisbezogene Qualitätsberichte über niedergelassene Ärzte geben. Die Qualitätsdaten beider Sektoren sind vom neuen Qualitätsinstitut öffentlich zur Verfügung zu stellen. Für eine zielgruppengerechte Aufbereitung und Darstellung der Daten sollten die Erfahrungen weiterer Organisationen und Experten einbezogen werden.

Wahlentscheidungen der Versicherten brauchen Transparenz.

Versicherte, Kostenträger und Leistungserbringer haben Anspruch auf aktuelle Informationen über die Strukturen sowie über die Prozesse und Ergebnisse der medizinischen und pflegerischen Versorgung. Die Berichterstattung ist für alle Adressaten verständlich zu gestalten und sollte unabhängige Vergleiche ermöglichen.

Die Transparenz, insbesondere der Ergebnisqualität, ist in allen Sektoren auf ein vergleichbares Niveau anzuheben. Versicherte sollen entsprechend ihrer Präferenzen und bei vergleichbaren Leistungen eine echte Wahlentscheidung zwischen Leistungserbringern im stationären bzw. vertragsärztlichen Bereich haben. Daher müssen auch für die ambulante Versorgung Erkenntnisse und Informationen in aussagekräftiger Form aufbereitet und den Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden. Zufallsgesteuerte Stichprobenprüfungen, wie sie heute vielfach von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) durchgeführt werden, sind durch Vollerhebung routinemäßig dokumentierter Versorgungsdaten zu ergänzen. Konkrete Überprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unter Mitwirkung des MDK können somit anlassbezogen aufgrund von Auffälligkeiten erfolgen. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist durch komplementäre Erhebungen, wie etwa Patientenbefragungen, zu erhöhen.

Die Überprüfung der Einhaltung von Vorgaben und die gezielte Qualitätsförderung setzen ebenso

wie die informierte Entscheidung des Versicherten transparente Informationen über das Versorgungsgeschehen voraus. Zwar unterliegt ein großer Teil vertragsärztlicher Leistungen bereits einer Qualitätssicherung, jedoch fehlt es auf Bundesebene an aussagekräftigen Daten zur Versorgungsqualität. Daher müssen die gesetzlichen Grundlagen für die Übermittlung von Ergebnissen der ambulanten Qualitätssicherung an die Vertragspartner und das neue Qualitätssicherungsinstitut geschaffen werden.

Unabhängig von ihrer Herkunft (Arztpraxis oder Krankenhaus) müssen die Daten nach entsprechender Plausibilisierung und Validierung auch anderen Organisationen wie Patientenvertretern, Portalen, Krankenkassen und Leistungserbringern in datentechnisch geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden. Dies ist Voraussetzung für eine zielgruppenspezifische Aufarbeitung. So benötigen die Leistungserbringer selbst diese vergleichenden Daten für ihr internes Qualitätsmanagement, zur Analyse von Schwächen und Stärken sowie für gezielte Maßnahmen zur kontinuierlichen Optimierung der Patientenversorgung. Krankenkassen stellen die Informationen ihren Versicherten in möglichst laienverständlicher Form zur Verfügung, z. B. in ihren bereits etablierten Suchportalen für Krankenhäuser und Ärzte, die eine zunehmende Nachfrage bei den Versicherten verzeichnen.

Zur Datenaufbereitung gehören auch Konzepte für eine zusammenfassende Bewertung von Qualitätsindikatoren. Die Bildung von Scores oder Indizes erlaubt die Konzentration auf entscheidungsrelevante Kriterien und erleichtert so den Versicherten eine informierte Wahlentscheidung.

Informationen über die Qualität ärztlicher Leistungen bzw. einer Einrichtung nutzen den Versicherten nur, wenn sie aktuell und verlässlich sind. Deshalb müssen verspätete, fehlerhafte oder unvollständige Datenmeldungen mit Abschlägen sanktioniert werden. Zudem müssen die Fristen für Lieferung, Validierung, Aufbereitung und Veröffentlichung stark verkürzt werden.

7. Alle Vertragsformen einbeziehen

Die Versorgung der Versicherten findet insbesondere im ambulanten Bereich nicht mehr ausschließlich im Kollektivvertrag statt, sondern auch im Rahmen von Selektivverträgen der Krankenkassen, so z. B. in der Hausarztzentrierten Versorgung. Zudem gibt es außerhalb der Kollektivverträge Modellvorhaben und Verträge über integrierte Versorgung. Diese Vertragsformen stehen miteinander im Wettbewerb und werden mit dem Ziel einer patientenorientierten Qualitäts- und Effizienzverbesserung abgeschlossen. Ein funktionierender Wettbewerb um Qualität setzt dabei eine hinreichende Transparenz voraus. Hierfür bedarf es entsprechender gesetzlicher Regelungen.

Im Rahmen von kollektivvertraglichen Qualitätssicherungsvereinbarungen werden für ausgewählte ärztliche Leistungen fachliche, apparative und räumliche Voraussetzungen für die vertragsärztliche Leistungserbringung geregelt. Darüber hinaus werden Vorgaben für die Überprüfung ärztlicher Leistungen festgelegt, um deren Qualität beurteilen und um gezielte Förderungsmaßnahmen einleiten zu können. Die betreffenden Leistungsbereiche können auch Gegenstand selektivvertraglicher Regelungen sein, die ggf. eigene Anforderungen an die Leistungserbringung und auch separate Prüfabläufe vorsehen. Die Prüfung von Struktur- anforderungen kann beispielsweise bereits im Rahmen des Vertragsabschlusses erfolgen. Dies gilt ebenso für Modellvorhaben. So gibt es derzeit u. a. für die Bereiche Koloskopie, Ultraschall und Schmerztherapie neben den kollektivvertraglichen Qualitätssicherungsvereinbarungen auch Selektivverträge mit separaten Anforderungen.

Die im Rahmen von Selektivverträgen oder Modellvorhaben erbrachten Leistungen sind allerdings nach den gegenwärtigen Regelungen von der kollektivvertraglichen Qualitätssicherung ausgenommen. Die Daten aus diesem Bereich können auf Bundesebene nicht in die Analyse der Versorgungsqualität einbezogen werden. Hierdurch ist die Aussagekraft der auf Bundesebene

verfügbaren Qualitätsdaten derzeit in Teilen eingeschränkt. Auch die Prüfkriterien eines Selektivvertrages können heute von den in der kollektivvertraglichen Qualitätssicherung angewandten Kriterien abweichen. Das sollte durch entsprechende gesetzliche Regelungen geändert werden. Die Qualitätsstandards im kollektivvertraglichen Bereich gelten auch für Selektivverträge. Über alle Vertragsformen ist gleichermaßen Qualitätstransparenz sicherzustellen. Die Chancen für die Wirksamkeit eines Qualitätswettbewerbs über Selektivverträge oder Modellvorhaben sollten sich gerade im Vergleich zum Kollektivvertrag zeigen.

Damit die Versorgungsqualität umfassend beurteilt werden kann, müssen zukünftig Versorgungsleistungen im Kollektiv- wie Selektivvertrag mit gleichen Standards erfasst und transparent gemacht werden. Dies ist eine Aufgabe für das neue Qualitätsinstitut, das in diesem wettbewerblichen Umfeld die Neutralität gewährleistet. Die Zusammenführung und gemeinsame Beurteilung der Versorgungsdaten aus Kollektiv- und Selektivvertrag ist dabei ein notwendiger Garant für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb.

Damit die Versorgungsqualität umfassend beurteilt werden kann, müssen zukünftig Versorgungsleistungen im Kollektiv- wie Selektivvertrag mit gleichen Standards erfasst und transparent gemacht werden.

8. Qualitätsverträge ermöglichen

Eine konsequent qualitätsorientierte Krankenhausversorgung ist nicht allein durch landesplanerische Eingriffe zu erwarten. Solche Initiativen wären zwar schon immer möglich gewesen, sind aber nie erfolgt. Alternativ kann für ausgewählte Leistungen eine qualitätsorientierte Ausschreibung erfolgen. In Ballungsgebieten eignet sich das Verfahren für elektive, standardisierte Massenleistungen mit Tendenz zur Überversorgung. Die Qualitätssicherung sollte kollektiv erfolgen, Verträge sollten jedoch auch kassenspezifisch abgeschlossen werden können.

Der Ausschluss schlechter Versorgungsqualität durch Ausschreibungsverfahren ist seit Langem eine Forderung der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. „Durch Direktverträge Qualitätsanreize setzen“ in den 14 Positionen zur Krankenhausreform). Es ist zu begrüßen, dass der Koalitionsvertrag einen Einstieg in solche Verträge vorsieht.

Eine zentrale Rolle für die Auswahl der Leistungen und die Qualitätsmessung spielt der G-BA. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hat wiederholt angekündigt, dass sie mit allen Mitteln solche Ausschreibungsverfahren verhindern will.

Qualitätssicherung sollte kollektiv erfolgen, Verträge sollten jedoch auch kassenspezifisch abgeschlossen werden können.

Damit der G-BA trotz dieser angesagten Widerstände in überschaubaren Zeiträumen zu einer

Entscheidung kommt, bedarf es klarer Fristsetzungen und einer ministeriellen Ersatzvornahme, falls Beschlüsse nicht fristgemäß zustande kommen.

Wesentliche Voraussetzung für selektive Qualitätsverträge sind einheitliche und möglichst aussagekräftige Kriterien zur eindeutigen Differenzierung von Qualitätsniveaus. Erst der Nachweis einer überdurchschnittlichen Leistung macht ein Krankenhaus zum Kandidaten für einen qualitätsorientierten Direktvertrag mit einer Krankenkasse. Ein durchaus erwünschter Nebeneffekt: Durch diesen Wettbewerb steigt das Niveau im gesamten für

die Qualitätsverträge ausgewählten Leistungsbereich.

Auf Basis der öffentlichen Qualitätsinformationen und individueller Beratung durch ihre Krankenkasse können Patienten das jeweils beste Haus für ihre Behandlung auswählen. Dies führt im Ergebnis zu der gewünschten Umsteuerung hin zu besserer Qualität.

Zum Nachweis der erwarteten Effekte der Qualitätsverträge sowie der Aussagekraft der zugrunde gelegten Indikatoren ist eine unabhängige Evaluation essenziell und muss mit dem Ablauf des vorgegebenen Modellzeitraums erfolgen.

9. Qualitätsorientierte Vergütung jetzt starten

Gutes muss sich künftig lohnen. Voraussetzung dafür ist eine Vergütung, die Qualitätsanreize setzt. Für die ambulante und die stationäre Versorgung bilden aggregierte Indikatoren die Grundlage, um die Behandlungsqualität zu beschreiben. Erforderlich sind valide und wenig manipulationsanfällige Indikatoren. Wann immer möglich, sollte auf Routinedaten zurückgegriffen werden. Denkbare Fehlanreize sind beispielsweise durch Kontrolle der Indikationsqualität auszuschließen.

Zur Qualitätsverbesserung der medizinischen und pflegerischen stationären Versorgung wird es nicht allein genügen, strukturelle Mindestvoraussetzungen zu definieren. Damit sich gute Qualität durchsetzt, sollten der Versorgungsauftrag und die Vergütung von stationären Leistungen auch die Ergebnisqualität berücksichtigen. Damit wird ein weiteres Instrument etabliert, um Qualitätsanreize zu setzen.

Die Messung von Ergebnisqualität ist alles andere als trivial. Da für die Entwicklung neuer Indikatoren ein Zeitraum von fünf Jahren zu veranschlagen ist, sollte zunächst auf bereits entwickelte Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung zurückgegriffen werden. Darüber hinaus sind gezielte Weiter- und Neuentwicklungen erforderlich – nach Möglichkeit unter Verwendung sektorenübergreifender Routinedaten. Das unabhängige Qualitätsinstitut hat die leistungs-, abteilungs- oder hausbezogenen Analysen durchzuführen, deren Ergebnisse sich im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen auswirken.

Um die Qualitätsaspekte möglichst ausgewogen abzubilden, sind die relevanten Indikatoren zu sogenannten „Scores“ oder „Indizes“ zu aggregieren. So werden Krankenhäuser für Versicherte und Krankenkassen vergleichbar. In Abhängigkeit vom konkreten Leistungspaket, das bewertet wird, werden Maßnahmen erforderlich sein, die Fehlanreize entgegenwirken. Nicht alle Krankenhausabteilungen eignen sich gleichermaßen

für solche aggregierten Scores. Relativ schnell einsetzbar sind sie insbesondere dort, wo jetzt schon große Teile des Behandlungsspektrums durch Qualitätssicherungsverfahren abgedeckt werden, so z. B. in der Endoprothetik oder der Geburtshilfe.

Die Regierungskoalition sieht im Zusammenhang mit der Mengenentwicklung im Krankenhaus Zuschläge für gute und Abschläge für schlechte Qualität vor. Die Notwendigkeit, ein qualitätsförderndes Vergütungssystem

zu etablieren, ergibt sich allerdings unabhängig davon, ob aktuell ein Problem der Mengenausweitung besteht. Die Krankenkassen wollen nicht mittels Abschlägen an schlechter Versorgungsqualität verdienen. Sie wollen vielmehr einen qualitätssteigernden Mechanismus etablieren, damit sich eine gute Versorgung lohnt.

Schlechte Qualität ist wegen des Anspruchs der Versicherten auf eine qualitativ hochwertige Versorgung und aus Gründen des Patientenschutzes nicht akzeptabel. Leistungserbringer, die eine entsprechende Mindestqualität nicht erreichen, müssen von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Aber auch zwischen den Krankenhäusern, deren Ergebnisse oberhalb der Mindestqualität liegen, gibt es relevante Unterschiede. Die Krankenhäuser befinden sich hier in der Regel auf einer kontinuierlichen Skala, auf der Ziel- oder Toleranzbereiche definiert werden. Notwendig ist ein ökonomischer Anreiz für die Krankenhäuser, sich vom unteren Ende des aus Qualitätsgesichtspunkten noch tolerierbaren Bereichs nach oben zu entwickeln. Dazu sollten Mechanismen geprüft werden, die eine Umschichtung der finanziellen Mittel von den Leistungserbringern am unteren Rand des Toleranzbereichs zu den Leistungserbringern am oberen Rand oder zu denen, die sich stark verbessert haben, ermöglichen.

Damit sich gute Qualität durchsetzt, sollten der Versorgungsauftrag und die Vergütung von stationären Leistungen auch die Ergebnisqualität berücksichtigen.

10. Sektorengrenzen überwinden

Im Jahr 2007 hat das deutsche Parlament beschlossen, eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung einzuführen. Bis heute konnte kein einziges Qualitätssicherungsverfahren in der Praxis etabliert werden. Der Gesetzgeber muss deshalb nachsteuern. Das neue Qualitätsinstitut sollte die sektorenspezifischen Verfahren für die Qualitätssicherung sektorenübergreifend weiterentwickeln. Beide Sektoren gehören in einen Qualitätsbericht. Die Qualitätssicherung auf Landesebene sollte auf sektorenübergreifende Arbeitsgemeinschaften übergehen. Insbesondere die organisatorischen Eigeninteressen von DKG und KBV dürfen der Umsetzung nicht im Wege stehen. Im ambulanten Bereich müssen Kodierregeln für Diagnosen und Prozeduren eingeführt werden.

Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung ist in aller Munde, sie findet bisher aber praktisch nicht statt. De facto gibt es streng getrennte Verfahren und Qualitätsberichte für den stationären und den ambulanten Bereich. Das Institut nach § 137a SGB V (derzeit AQUA) deckt die indikatorgestützte Qualitätssicherung im stationären Bereich

Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung lassen sich nur beurteilen, wenn auch der Behandlungserfolg, die Komplikationen oder die Folgeeingriffe nach dem Krankenhausaufenthalt gemessen werden können.

ab, für den vertragsärztlichen Sektor haben der G-BA und das Qualitätsinstitut bisher keine vergleichbaren Qualitätssicherungsverfahren auf

den Weg gebracht. Das muss sich ändern, denn die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die KBV stellen zu ihren Qualitätssicherungsverfahren keinerlei arztbezogene Transparenz her. Die Gründung des neuen Qualitätsinstitutes sollte als Chance begriffen werden, endlich die Sektorengrenzen zu überwinden.

Die Trennung der Sektoren muss schon deshalb überwunden werden, weil die sektorale Qualitätsmessung u. a. wegen kurzer Verweildauern im Krankenhaus immer weniger Aussagekraft hat. Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung lassen sich nur beurteilen, wenn auch der Behandlungserfolg, die Komplikationen oder die Folgeeingriffe nach dem Krankenhausaufenthalt gemessen werden können. Bei vielen Operationen werden beispielsweise Komplikationen häufig erst nach der Entlassung sichtbar, etwa bei der minimalinvasiven Entfernung der Gallenblase. Außerdem werden viele Eingriffe sowohl von Krankenhäusern als auch von Vertragsärzten durchgeführt. Deshalb setzt sich der GKV-Spitzenverband dafür ein, dass hier sowohl für die Krankenhäuser als auch die niedergelassenen Ärzte ein einheitliches sektorenübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren entwickelt wird. Durch die Bildung einer Vertrauensstelle sind viele Probleme einer einheitlichen Patientenidentifikation über die Sektorengrenzen hinweg inzwischen gelöst.

Auch weitere wichtige Voraussetzungen für eine bürokratiearme und funktionierende Umsetzung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung wurden inzwischen geschaffen. Für eine umfassende Abbildung des Behandlungsverlaufs kann es notwendig sein, Zugang zu allen relevanten Routinedaten aus allen beteiligten Behandlungsbereichen verwenden zu können (z. B. auch die Information über die Teilnahme an einer Rehabilitation, Physiotherapie etc.). Der GKV-Spitzenverband hat sich im vergangenen Jahr engagiert dafür eingesetzt, dass für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung die Sozialdaten bei den Krankenkassen zur Verfügung stehen. Es kommt jetzt darauf an, dieses Instrument zu nutzen.

Eine Schwierigkeit der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung ist die Tatsache, dass es im ambulanten Bereich – anders als im stationären Bereich – keine einheitlichen Kodierregeln für die Dokumentation von Leistungen gibt. Deshalb muss der Gesetzgeber endlich verpflichtende datumsgenaue Kodierregeln für Diagnosen und Prozeduren im ambulanten Bereich einführen, die zusätzlich über die Sektorengrenzen hinweg einheitlich sind, auch um Leistungen vergleichen zu können, die sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Bereich durchgeführt werden, z. B. die Implantation oder das Wechseln eines Herzschrittmachers.

Zu den Nebenfolgen der KV-zentrierten Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung gehört auch die mangelnde Einbeziehung der Privatversicherten. Im Krankenhaus profitierten bisher alle Patienten gleichermaßen von den dort eingesetzten Qualitätssicherungsverfahren, die Umsetzung hat problemlos funktioniert. Die Nachverfolgung der im Krankenhaus begonnenen Behandlungsprozesse einschließlich der tatsächlichen Behandlungserfolge sollte deshalb auch bei allen Patienten gleichermaßen möglich sein. Die juristischen Schwierigkeiten bei der Einbeziehung der Privatversicherten sind überwindbar, wenn der Gesetzgeber die Qualitätssicherung auch für die Privaten Krankenversicherungen verbindlich macht und hierfür die erforderlichen rechtlichen Grundlagen schafft. Ergänzend bedarf es allerdings auch der Verpflichtung der privaten Versicherungsunternehmen, Routinedaten, insbesondere Daten zu erbrachten Leistungen und zum Überleben der Versicherten, zu übermitteln.

Hinderlich bei der Durchsetzung sektorenübergreifender Qualitätssicherungsverfahren sind darüber hinaus die Organisationseigeninteressen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Landeskrankenhausgesellschaften (LKG) bzw. deren Landesgeschäftsstellen Qualitätssicherung (LQS). Der G-BA hat erreicht, dass die sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren von einer neutralen Institution im Rahmen von Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) durchgeführt werden, in denen im

Entscheidungsgremium eine paritätische Stimmverteilung

zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern vorgegeben ist. Der Gesetzgeber muss nunmehr dafür sorgen, dass auch die sektorenbezogene Qualitätssicherung im Krankenhaus (Externe stationäre Qualitätssicherung) und die indikatorgestützte Qualitätssicherung bei den Vertragsärzten von einer neutralen Institution durchgeführt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung wird ihren Teil dazu beitragen, damit durch konsequente Umsetzung qualitätsverbessernder Maßnahmen den Versicherten eine qualitätsorientierte Versorgung garantiert werden kann.

Beide Sektoren – ambulant und stationär – gehören in einen Qualitätsbericht.

GKV-Spitzenverband

Reinhardtstraße 28

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

www.gkv-spitzenverband.de