

Aktuelle Ansätze zur Qualitätsverbesserung in der Gesundheitsversorgung – eine kritische Wertung

von Matthias Schrappe¹

ABSTRACT

Durch die aktuelle Gesetzgebung sind eine qualitätsorientierte Vergütung und Krankenhausplanung in das Zentrum des Interesses gerückt. Der vorliegende Artikel gibt eine Einschätzung zur Umsetzung und Evaluation dieser Instrumente. Ausgangspunkt ist dabei die Frage der Kohärenz der gegenwärtigen und geplanten Regelungen. Im Mittelpunkt der Analyse steht die Zielorientierung, die Einbeziehung der bisherigen Evidenz und die strategische Umsetzung. Abschließend wird auf die Notwendigkeit eines umfassenden Rahmenkonzepts hingewiesen, das den Hintergrund für die geplanten Entwicklungen im Bereich der Qualitätsverbesserung auf Systemebene darstellt.

Schlüsselwörter: Qualitätsorientierung, Vergütung, Krankenhausplanung

On account of current legislative processes both quality-oriented remuneration and hospital planning have generated a lot of interest. This article assesses both the implementation and the evaluation of these measures. We start from the question of coherence between the present and the future regulations. The analysis centers on goal-orientation, the inclusion of available evidence, and strategic implementation. Finally, the necessity of an all-embracing concept for a framework is sketched. This should constitute the background for further development in the field of quality improvement on a systemic level.

Keywords: quality orientation, remuneration, hospital planning

1 Einleitung

Mit der qualitätsorientierten Vergütung (Pay for Performance, kurz P4P) und der qualitätsorientierten Krankenhausplanung werden zurzeit zwei neue Instrumente in die gesundheitspolitische Diskussion eingeführt, die geeignet erscheinen, die Rolle von Qualität und Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen nachhaltig zu stärken. Da Interventionen solcher Tragweite äußerst komplexe Eingriffe in das bekanntermaßen hochkomplexe Gesundheitssystem darstellen (zum Begriff der doppelten Komplexität siehe auch *Shojania 2013; Schrappe 2014, 247*), muss sich die wissenschaftliche Beurteilung von Erfolgchancen und Auswirkungen in erster Linie mit folgenden Fragen auseinandersetzen:

- (1) Sind die Interventionen hinreichend kohärent?
- (2) Besteht eine sinnvolle Zielorientierung?
- (3) Wird die vorhandene evaluative Evidenz für die Implementierung, Umsetzung und Auswertung einbezogen?

- (4) Sind die Interventionen strategisch abgestimmt?
- (5) Folgen die Interventionen adäquaten theoretischen Grundannahmen?

2 Kohärenz der Regelungen

In den vergangenen 15 Jahren sind im deutschen Gesundheitssystem zahlreiche Regelungen zur Qualität der Versorgung und zuletzt auch zur Patientensicherheit aufgenommen worden, vor allem in Form von Detail- und institutionellen Regelungen. Ein Beispiel für Erstere sind Hygienemaßnahmen, ein Beispiel für Letztere ist institutionelles Qualitätsmanagement. Instrumente zur Qualitätsverbesserung auf Systemebene wurden zwar auch implementiert. So finden sich im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) inzwischen der Public-Reporting-Ansatz der Qualitätsberichte nach Paragraph 137, erste Ansätze zur qualitätsorientierten Vergütung in Paragraph

¹ Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Venloer Str. 30 · 50672 Köln · Telefon: 0221 245749 · E-Mail: matthias@schrappe.com

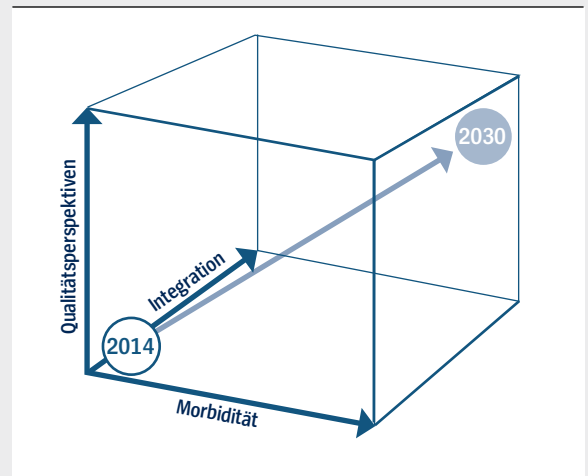
136 Abs. 4 und die Nutzenbewertung nach Paragraph 35 b. Insgesamt aber blieb es bei bruchstückhaften Versuchen. Dass es im deutschen Sprachgebrauch über den institutionellen Terminus des Qualitätsmanagements hinaus keinen Begriff gibt, der die Qualitätsverbesserung auf Systemebene beschreibt, und man deswegen weiter mit dem Begriff Qualitätssicherung, bei dem es eher um die Darstellung von Qualität geht, arbeitet, verdeutlicht dieses Defizit.

Vor allem wird die sektorale Perspektive nicht überwunden, auch nicht durch die sogenannte transsektorale Qualitätssicherung: Keines der 31 in der externen Qualitätssicherung nach Paragraph 137a SGB V aufgenommenen Krankheitsbilder beziehungsweise keine der Prozeduren weist eine sektorübergreifende Perspektive auf (AQUA-Institut 2014). Die aufwendige Entwicklung einer kleinen Zahl von transsektoralen Indikatoren bleibt naturgemäß bei einzelnen Diagnosen stehen, sodass hier von transsektoralen Tunneln zu sprechen ist. Die Sektorlogik wird nicht aufgehoben, Aufgabebereich und finanzielle Verantwortung sind nicht kongruent, es ergibt sich kein integriertes Bild für die Versorgung einer Population. Die Anforderungen an die Qualität der Versorgung auf institutioneller Ebene können nicht zu einem Erfolg führen, wenn systembedingte Fehlanreize wie die ausgeprägte Mengen- und Anbieterorientierung eines pauschalierten Vergütungssystems nicht angegangen werden. Im Zweifelsfall führt nämlich immer die Mengensteigerung und nicht die Investition in Qualitätsverbesserung. Ebenso führt im Zweifel immer die Optimierung des Anbieterergebnisses und nicht die bedarfsgerechte Allokation.

In dieser Situation gibt der derzeitige Gesetzgebungsprozess in seiner mittelfristigen Perspektive, ausgehend vom Koalitionsvertrag vom 23. November 2013 über das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) vom 21. Juni 2014, das Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhausreform vom 5. Dezember 2014, das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 11. Juni 2015 bis hin zum Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes (erste Lesung: 2. Juli 2015), durchaus Anlass zu Optimismus. Erstens erfolgt die Stärkung des Qualitätsgedankens parallel zu einer entscheidenden strukturellen Weiterentwicklung des Systems. Zu nennen sind hier die Stärkung von Integration und selektivvertraglichen Regelungen im GKV-VSG, die Regelungen zu „planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ und der Strukturwandel in der Krankenhausplanung im Entwurf des KHSG. Zweitens unternimmt der Gesetzgeber den Versuch, die Regelungen im Neunten Abschnitt Kapitel 4 des SGB V neu zu ordnen, genauer aufeinander abzustimmen und auf andere Regelungen wie den neuen Paragraphen 110a (dort geht es um Qualitätsverträge) und die entsprechenden Bestimmungen im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) beziehungs-

ABBILDUNG 1

Orientierungsrahmen für die Beurteilung qualitätsverbessernder Maßnahmen



Das Ideal für 2030: Erfolge bei allen drei Hauptkriterien zur Beurteilung von Qualitätsverbesserung (Qualität, Integration und Morbidität)

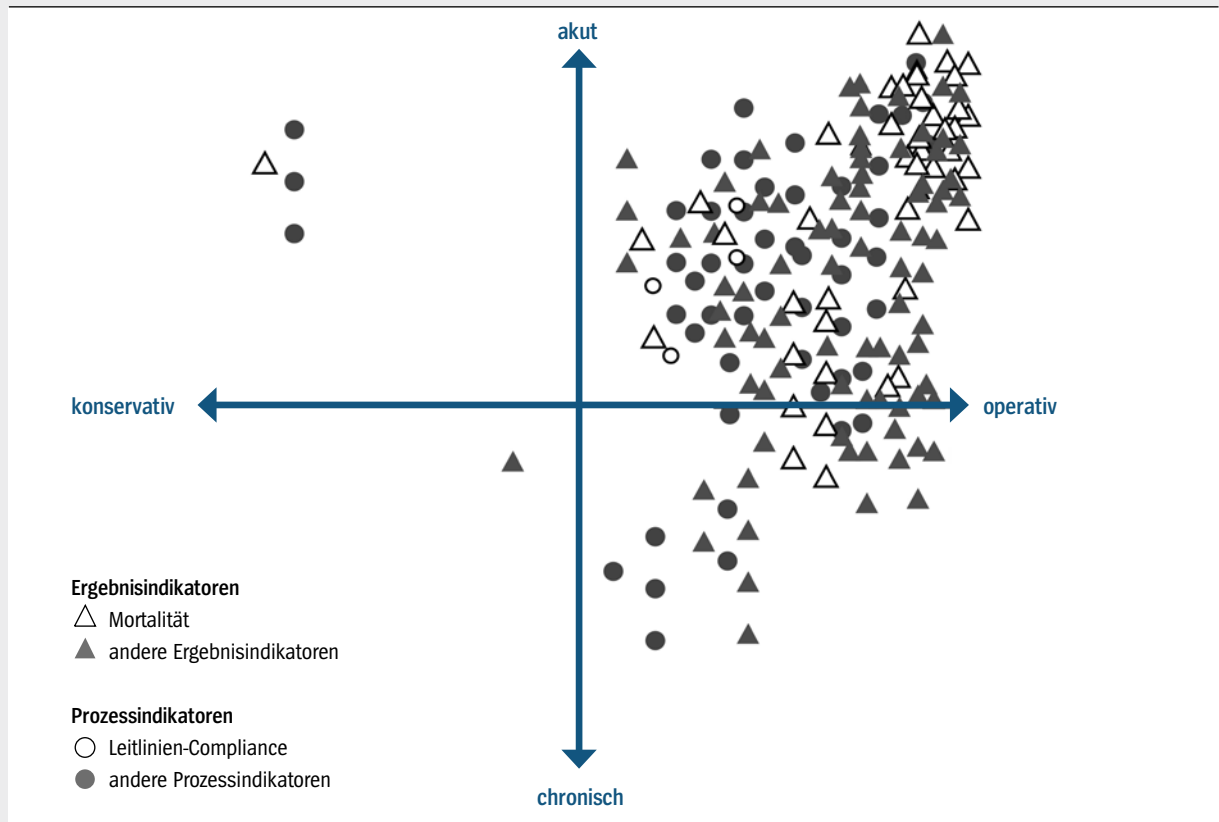
Quelle: „Qualität 2030“, Schrappe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

weise im Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) zu beziehen.

Eine zentrale Inkohärenz bleibt jedoch bestehen: die Mengenproblematik. Einerseits sind Mengenanreize – gerade in sektoral organisierten Gesundheitssystemen – pauschalierten Vergütungssystemen wie den Diagnosis Related Groups (DRGs) inhärent und werden durch unterschiedliche Zusatzregelungen (beispielsweise Mindestmengen) noch verstärkt, andererseits stellen Pauschalierung und Regelungen zur Zentralisierung der Versorgung wie Mindestmengen-Regelungen wichtige Elemente zur Weiterentwicklung des Systems dar. Auch sind Instrumente der Qualitätsverbesserung auf Systemebene wie Public Reporting und P4P nicht frei von Mengenanreizen, insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung leichter Fälle der Elektivversorgung und bei der Nutzung von Ergebnisindikatoren. Der Versuch, ausgerechnet auf der Ebene der arbeitsvertraglichen Regelungen von Chefarzten den Mengenanreiz auszugleichen, indem „im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer Empfehlungen abzugeben [sind], die sicherstellen, dass Zielvereinbarungen, die auf finanzielle Anreize bei einzelnen Leistungen abstellen, ausgeschlossen sind“ (Paragraph 136 a Satz 2), kann auch nicht durch die Verschärfung dieser Regelung im neuen Paragraphen 135 c (KHSG-E) erfolgreich sein. Selbst die Präzisierung der Vergütungsregelungen durch die Begriffe „wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen“ und „systematische Übervergütung

ABBILDUNG 2

Ergebnis- und Prozessindikatoren: Konzentration auf operative Akutmedizin



Quelle: AQUA-Institut 2014, aus Schrappe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Schematische Darstellung der derzeitigen Qualitätssicherung nach den Kriterien Akutmedizin/chronische Erkrankungen und operativ/konservativ. Bis auf die akutmedizinische Pneumonie und die Komplikation Dekubitus werden keine konservativen beziehungsweise chronischen Erkrankungen berücksichtigt.

der Sachkostenanteile“ in der beabsichtigten Neufassung des Paragraphen 17 b Abs. 1 Satz 5 und 6 KHG mit entsprechenden Abschlagsregelungen bis 2017 (Fixkostendegressionsabschlag nach Paragraph 10 Abs. 13 [neu] KHEntG) wird daran nichts ändern, weil der ökonomische Anreiz zwar bezeichnet wird, aber in vollem Umfang bestehen bleibt.

3 Zielorientierung

Strategien zur Qualitätsverbesserung müssen zielorientiert erfolgen. Schon allein der Begriff Qualität lässt die Frage nach den Anforderungen, die zur Quantifizierung der Qualität dienen, unentbehrlich erscheinen: Qualitätssicherung ist niemals Selbstzweck, sondern dient der Behebung von

Problemen. In unserem Gesundheitssystem mit seiner sektoralen und akutmedizinischen Orientierung hat eine glaubwürdige und erfolversprechende umfassende Qualitätsstrategie vor allem drei Aufgaben zu erfüllen (siehe Abbildung 1):

- Sie muss den zukünftigen Anforderungen im Krankheitspektrum einer alternden Gesellschaft genügen (dazu gehören die Behandlung beziehungsweise Begleitung chronischer Mehrfacherkrankungen und Prävention).
- Sie hat die Sektorierung zu überwinden und für mehr Koordination zu sorgen.
- Sie muss alle Qualitätsperspektiven umfassen. Sie darf also nicht bei der auf Prozeduren und Diagnosen bezogenen klassischen Qualitätssicherung stehen bleiben, sondern hat vor allem Nutzenaspekte und Patientenorientierung mit einzubeziehen.

In der Realität ist die derzeitige Qualitätssicherung jedoch auf wenige stationäre Krankheitsbilder und Eingriffe begrenzt, die der operativen Behandlung von Akuterkrankungen zuzuordnen sind. Konservativ zu behandelnde chronische Erkrankungen, Prävention und Elemente wie Koordination und Integration sind weitestgehend von der Qualitätssicherung ausgeschlossen (AQUA-Institut 2014; siehe Abbildung 2). Es ist daher ein Richtungswechsel notwendig. Nicht zuletzt angesichts der großen Zahl bereits laufender Integrationsprojekte sollte die Entwicklung jetzt zügig vorangehen und vorrangig eine regionale und eine Populationsperspektive einnehmen, die die Prävention und gesundheitliche Versorgung von Populationen (zum Beispiel durch sogenannte Area-Indikatoren) in den Vordergrund stellt. Hierzu gehört auch eine populationsbezogene (und nicht anbieterorientierte) Bedarfsplanung. Instrumente zur Qualitätsverbesserung, die derzeit diskutiert werden (beispielsweise P4P), müssen kritisch daraufhin überprüft werden, inwieweit sie diesen Aufgaben förderlich sind.

4 Evaluative Evidenz

Unbenommen der Tatsache, dass bei komplexen Interventionen aus dem gesundheitspolitischen Kontext wissenschaftliche Evaluationen aufwendiger sind als bei biomedizinischen Interventionen und zudem auch in ihren Ergebnissen einer größeren Streuung unterliegen, ist selbstverständlich zu fordern, dass bei der Einführung solcher Interventionen die vorhandene wissenschaftliche Evidenz herangezogen wird und die Auswirkungen der Interventionen wiederum einer Evaluation unterliegen. Die im Entstehen begriffene Versorgungsforschung ist nun auch in Deutschland zunehmend dazu in der Lage, die entsprechenden Evaluationsinstrumente zur Verfügung zu stellen. Der Gesetzgeber hat reagiert und will mit den Regelungen zum Innovationsfonds gemäß Paragraf 92a SGB V im GKV-VSG die Voraussetzungen für einen entsprechenden Einsatz schaffen, nicht ohne damit den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ausdrücklich zu stärken.

Allerdings liegen bei der Evaluation komplexer Interventionen auf Ebene des Gesundheitssystems die Erwartungen und der zu leistende wissenschaftliche Output immer noch weit auseinander. Können *confounder*, also nicht bekannte, unbeabsichtigt mitbeobachtete Faktoren, bei einer biomedizinischen Intervention (beispielsweise bei der Gabe eines Medikamentes) noch durch das Instrument der Randomisierung kontrolliert werden, so ist dies bei komplexen Systeminterventionen nicht möglich, es sei denn, man akzeptiert, dass überzufällig negative Ergebnisse erarbeitet werden. Im Endeffekt wäre es als paradoxe Konsequenz nicht auszuschließen, dass sich biomedizinische Interventionen auch auf gesundheitspolitischer Ebene als wirkungsvoller herausstel-

len würden als komplexe Interventionen, weil sie bei der linearen Evaluation bevorteilt sind (Leape et al. 2002).

Aus Platzgründen sei dies nur an zwei Beispielen dargelegt. Die Evaluation von Grenzwerten bei Mindestmengen führt zwangsläufig zu negativen Ergebnissen, weil die Fragestellung „Ist die Qualität der Versorgung über x besser als unter x“ außer Acht lässt, dass ein solcher Grenzwert bei einem Einsatz von Mindestmengen nicht existieren kann (sondern nur ein gradueller Unterschied mit weiten Überschneidungsbereichen). Diese Fragestellung ist aber auch deshalb von zweifelhaftem Wert, weil Mindestmengen nur in einem Kontext von Umgebungsbedingungen ihren Wert haben, zum Beispiel wenn die Zentralisierung durch sinnvolle Zentrumsstrukturen analog den Bestimmungen zu Brustzentren begleitet wird. Außerdem – auf diesen wichtigen Punkt wird weiter unten eingegangen – ist das Leistungsvolumen kein direktes Maß für Qualität, sondern nur ein Indikator. Dieser sagt bei Unterschreiten der Mindestmenge Probleme voraus – und man sollte deshalb genauer hinschauen.

Bei der qualitätsorientierten Versorgung (P4P), die ja nun durch den Entwurf des KHSG in den Mittelpunkt des Interesses gerückt ist, liegen dagegen unzutreffende ökonomische Annahmen zugrunde. International wird P4P breit eingesetzt. Führend sind Prozessindikatoren, Patientensicherheitsindikatoren und Indikatoren auf der Basis von Patientenerfahrungen. Im Mittelpunkt stehen zunehmend Probleme der ambulanten Versorgung und Koordination, Ergebnisindikatoren werden risikoadjustiert eingesetzt. Die kurzfristigen Evaluationen hatten einen deutlichen Effekt von P4P gezeigt, während die Langfristevaluationen dann zurückhaltender ausfielen (siehe umfassende Darstellung in Schrappe 2014, 169 ff.). Enttäuschenderweise wurde kein Spillover-Effekt zur Verbesserung von nicht angereizten Indikatoren beobachtet, dafür aber ein deutlicher Ceiling-Effekt; die *poor performers* profitierten – anders als vermutet – nicht stärker als die Top-Einrichtungen. Nach Beendigung des Anreizes scheint die Qualität der Versorgung wieder auf das Ausgangsniveau zurückzufallen. Die zusätzlichen (oder einbehaltenen) Zahlungen sind teilweise recht hoch.

Die Gründe für die geringere langfristige Wirkung von P4P sind nicht nur darin zu suchen, dass die Indikatoren bereits langfristig bekannt waren und es zu einem Ceiling-Effekt kam, sondern dass es durch eine mangelhafte Kopplung von Vergütung und Qualitätssystematik für die *poor performers* zu keiner realistischen Anreizbildung kam, dass es einen gleichzeitigen Einsatz von Public Reporting und P4P gab (das führte zu einer gegenseitigen Neutralisierung), dass die Vergütung zu niedrig war (vor allem unter Berücksichtigung der Opportunitäts- und Grenzkosten) und dass man die Risiko-Aversion der Entscheidungsträger ebenso unterschätzte wie die Dominanz des grundlegenden Vergütungssystems, nämlich der DRGs.

5 Strategiebezug

Die strategische Weiterentwicklung der Instrumente zur Qualitätsverbesserung muss die Morbiditätsentwicklung berücksichtigen (also chronische Erkrankungen einschließlich Prävention), die strukturelle Weiterentwicklung unterstützen (insbesondere Überwindung der Sektorisierung) und auf einem umfassenden Qualitätsgedanken basieren (Einbeziehung des Nutzen- und Patientenbezugs). Die Methodik der Qualitätsmessung hat mit dieser strategischen Zieldefinition kompatibel zu sein. Insbesondere ist auf sechs Probleme kurz einzugehen:

a) Valide Indikatoren statt quantitativer Erhebung: Qualitätsindikatoren sagen Defizite voraus und sind daher problemorientiert einzusetzen (*JCAHO 1991*). In Deutschland werden jedoch Ereignisse vielfach quantitativ erhoben, ohne dass der Bezug zu Qualitätsproblemen geklärt ist (siehe Abbildung 3). Das klassische Beispiel ist die Mortalität, ein schlechter Qualitätsindikator, der unabhängig von der jeweiligen Risikoadjustierung maßgeblich von dritten Faktoren bestimmt wird (*Schrappe 2014, 100 ff.*). Für die Wirksamkeit von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ist diese Unterscheidung von großer Bedeutung, denn die statistischen Anforderungen sind unterschiedlich, da sich die Validität von Indikatoren auf eine hohe Sensitivität bezieht (unter Inkaufnahme geringerer Spezifität) im Gegensatz zu quantitativen Methoden mit gleichrangigen Anforderungen an Sensitivität und Spezifität. Ein sensitiver Indikator wird folglich immer auch einige solcher Einrichtungen als auffällig identifiziert, die gar kein Qualitätsproblem haben (sogenannte intrinsische Ungerechtigkeit). Für Ärzte sind Indikatoren oft noch aus einem anderen Grund schwer verständlich, weil das Indikatorenkonzept ihrem Verständnis klinischer diagnostischer Verfahren (zu denen Indikatoren *nicht* gehören) zuwiderläuft, bei denen die falsch-positiven Ergebnisse (Spezifität beziehungsweise prädiktiv positiver Wert) im Vordergrund stehen.

b) Ergebnisindikatoren zugunsten valider Prozessindikatoren zurückstellen: Obwohl Ergebnisindikatoren durch den Anschein gestützt und im SGB V genannt werden, sind sie von einer Reihe maßgeblicher Nachteile begleitet:

- Sie betreffen bereits eingetretene Ereignisse, während Prozessindikatoren Ereignisse vorhersagen (sogenannte Bad-Apple-Problematik).
- Sie müssen im Gegensatz zu Prozessindikatoren risikoadjustiert werden.
- Im Gegensatz zu Prozessindikatoren ist die Verantwortlichkeit oft nicht klar (zum Beispiel nach Entlassung aus der stationären Behandlung).
- Kleine Einrichtungen werden aus statistischen Gründen benachteiligt (höhere Häufigkeit von Ausreißern, Einzelereignisse sind nicht zu neutralisieren).

- Sie sind wenig motivierend wegen der Bad-Apple-Problematik, während Prozessindikatoren ein präventives Eingreifen möglich machen.
- Vor allem ist ihnen ein Mengenanreiz immanent, was besonders bei P4P-Programmen eine wichtige Rolle spielt (Attraktion leichter Fälle bei mengenmäßig ausbaubaren Leistungen, die Ergebnisqualität steigt, Risikoadjustierungsmodelle sind leicht zu beeinflussen).

Bei Prozessindikatoren sind jedoch ebenfalls zwei Aspekte zu berücksichtigen:

- Sie sind nicht so stark mit den Ergebnissen korreliert, wie man es gerade bei stark durch Evidence-based Medicine (EbM) abgesicherten Parametern meinen sollte. Es ist zwar durchaus ein (hochsignifikanter) Effekt von Prozessindikatoren auf *outcomes* nachweisbar, wie bei immerhin 3.657 Krankenhäusern in den USA anhand der Daten aus dem Hospital-Compare-Programm nachgewiesen werden konnte (*Werner et al. 2006*, weitere umfangreiche Literatur siehe *Schrappe 2014, 97 ff.*), aber quantitativ enttäuschen die Ergebnisse dennoch. Die zu ihrer Evaluation verwendeten Studiendesigns, die den komplexen Bedingungen, in denen solche Prozessparameter wirken, nicht gerecht werden, stehen als Ursache in der Diskussion (*Horn 2006*).
- Ganz entgegen dem Augenschein sind insbesondere solche Prozessindikatoren, die nicht durch EbM beziehungsweise Leitlinien abgesichert sind, bei denen also der Informationsvorsprung der Experten vor Ort noch besteht, besonders wirksam, während bekanntermaßen EbM-abgesicherte Prozessindikatoren zum Beispiel in P4P-Programmen keinen Effekt zeigen. Dieser irritierende Befund lässt sich aus der Principal-Agent-Theorie erklären. Bei Indikatoren, bei denen die Informationsasymmetrie aufgehoben ist, ist eine Einzelfallvergütung sehr viel effektiver (*Damberg 2007; Nicholson et al. 2008*).

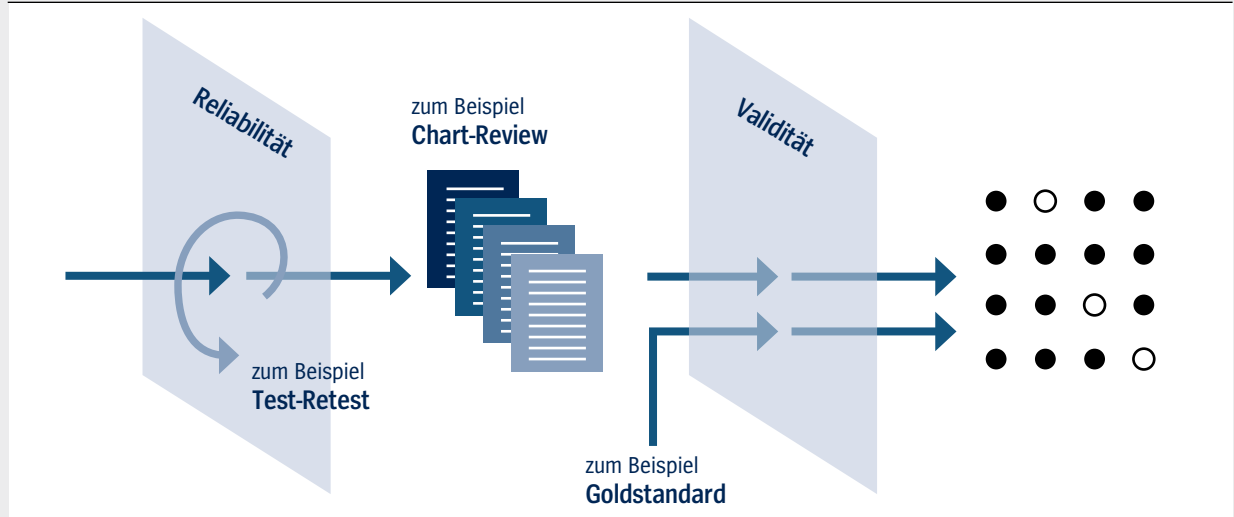
Diese Gesichtspunkte sollen jedoch nicht davon ablenken, dass die international führenden, umfassenden Projekte zur Qualitätsverbesserung fast ausnahmslos Prozessindikatoren einsetzen (*Ryan und Blustein 2012*).

c) Vorsicht mit Strukturindikatoren im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung: Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass Krankenhaussträger eher in Strukturveränderungen investieren, als eine Schließung in Betracht zu ziehen. Im Zusammenhang mit P4P wirken Strukturindikatoren als Investitionsbeihilfen, sodass es mittelfristig noch schwieriger wird, das Krankenhaus in eine integrierte Versorgungseinheit zu überführen. Hier werden üblicherweise Argumente vorgetragen wie: „Wir haben doch gerade eben die Intensivstation neu gebaut.“

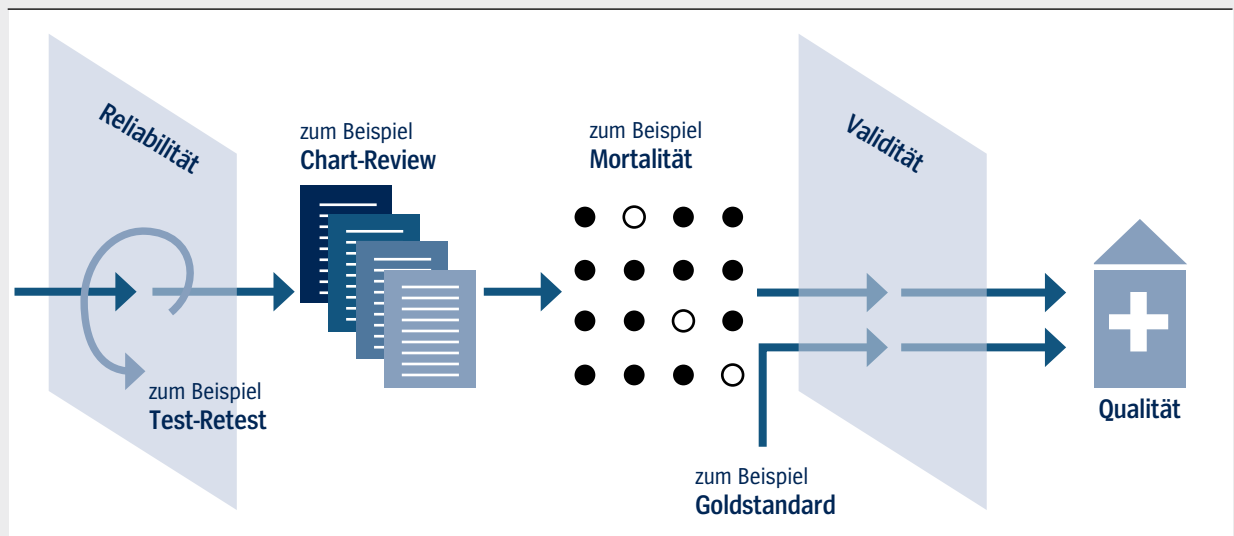
d) Routine-Daten sind schlecht geeignet, insbesondere wegen ihres Sensitivitätsproblems, da sie in erster Linie die vergütungsbezogene Dokumentation widerspiegeln (*Azaouagh und Stausberg 2008*, zusammenfassende Diskussion und Literatur siehe

ABBILDUNG 3

Quantitative Erhebung



Indikator



Quelle: Schrappe 2014; Grafik: G+G Wissenschaft 2015

Die Abbildung zeigt den Unterschied zwischen quantitativer Datenerfassung und der Erfassung von Indikatoren mit Vorhersagefunktion. Die Validität bezieht sich im ersten Fall auf die Erhebung, im zweiten Fall auf die Vorhersage.

Schrappe 2014, 102 ff.). Die Sensitivitätsproblematik wird durch die jetzt auf Routinedaten umgestellte Erhebung des Dekubitus unterstrichen (ältere Patienten: Underreporting – keine Vergütungsrelevanz; jüngere Patienten: sehr hohe Raten – hohe Vergütungsrelevanz). Weitergehend sind jedoch folgende Aspekte zu beachten:

- Routinedaten sind (ebenso wie das DRG-System sui generis) prozedurenlastig, sie fördern also die operativ-akutmedizinische Ausrichtung des Systems.
- Sie bilden trotz aller transsektoralen Versuche in erster Linie die sektorale Logik der Vergütungssysteme ab und fördern nicht die Integration.

- Sie verstärken den Mengenanreiz des Systems (statt der Prävention).
- Sie präjudizieren den Gebrauch von Ergebnisindikatoren (mit wiederum auf Routinedaten gestützter Risikoadjustierung).
- Sie stärken den Anbieterbezug (da diese die Vergütung auslösen) und nicht den Patientenbezug.

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

Mit Nachdruck ist darauf hinzuweisen, dass es seit über vierzig Jahren ein prominentes Beispiel gibt, bei dem man mit klinisch-epidemiologischen Falldefinitionen zu stabilen, international vergleichbaren Zahlen kommt: die Infektionsepidemiologie mit ihren Falldefinitionen der Centers of Disease Control (CDC; siehe *Gaynes und Solomon 1996*). Die Erarbeitung von klinisch-epidemiologischen Falldefinitionen für die allgemeine Qualitätssicherung sollte mit hoher Priorität auch außerhalb der Infektionsepidemiologie vorangetrieben werden.

e) Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) müssen in den Vordergrund gerückt werden. Dazu gehören alle Dinge, die der Patient selbst und nur er selbst berichten kann, zum Beispiel in der postoperativen Schmerztherapie (*Varagunam et al. 2014*). Sie betreffen vornehmlich den Bereich der Prozessindikatoren, also die Themen Koordination, Information und Kommunikation. Diese PROMs stellen einen wichtigen Einstieg in das Thema unterschiedlicher Qualitätsperspektiven dar und sind international bereits im Zusammenhang mit P4P-Programmen in Gebrauch (*Ryan und Blustein 2012; NHS 2013 a*). Entsprechende Entwicklungen durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) nach den Bestimmungen des Paragraphen 137 sind daher von großer Wichtigkeit.

f) Vorsicht mit dem Begriff der Exzellenzindikatoren (im Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-Kommission zur Krankenhausreform ist beispielsweise von „außerordentlich guter Qualität“ die Rede): Abgesehen von der sozialrechtlichen Wertung – im SGB V (zum Beispiel Paragraph 12) werden die Begriffe „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „notwendig“ verwendet – werden Indikatoren auch international immer zur Vorhersage negativer Entwicklungen verwendet (*JCAHO 1991*). Hinzu kommen statistische Feinheiten: Ein Qualitätsindikator darf kein Qualitätsproblem übersehen, er ist folglich hochsensitiv eingestellt; ein Exzellenzindikator müsste aber hochspezifisch eingestellt werden, um denjenigen ohne Exzellenzqualität auszuschließen. Dies würde eine Verkehrung des Indikatorbegriffs in sein Gegenteil bedeuten.

6 Theoretische Basis

Komplexe Interventionen, wie sie derzeit im Sinne der qualitätsorientierten Vergütung und Krankenhausplanung beabsichtigt sind, basieren also auf zahlreichen theoretischen Grundannahmen. Diese sind im optimalen Fall transparent und umfassen nicht nur die oben genannten ökonomischen und Komplexitätstheoretischen Aspekte, sondern auch Annahmen über die Funktion der institutionellen Systeme (Expertenorganisation), über die Mechanismen der Verhaltensänderung mit Reflexion von Professionalismus und seiner Alternativen und beinhalten letztlich politikwissenschaftliche Konzepte hinsichtlich der Umsetzung. Aus Platzgründen kann auf diese Punkte hier nicht genauer eingegangen werden (zur ausführlichen Darstellung siehe *Schrappe 2014, 237 ff.*). Es sei nur darauf verwiesen, dass international solche Rahmenkonzepte durchaus üblich sind (*IOM 2001; NHS 2013 b*). Vielleicht ist auch in Deutschland der Zeitpunkt gekommen, über eine solche Diskussion nachzudenken. An der Zeit wäre es, denn wenn man bei den anstehenden Interventionen keine Erfolge erreichen könnte, wäre dem Qualitätsgedanken schwerer Schaden zugefügt.

Literatur

AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) (2014): Qualitätsreport 2013. Göttingen

Azaouagh A, Stausberg J (2008): Häufigkeit der nosokomialen Pneumonie im Krankenhaus – Vergleich von rechnergestützter Basisdokumentation und papierbasierter Krankenakte. *Pneumologie*, Band 62, Heft 5, 273–278

Damberg CL, Sorbero M, Mehrotra A, Teleki S, Lovejoy S, Bradley L (2007): An Environmental Scan of Pay for Performance in the Hospital Setting: Final Report; <http://aspe.hhs.gov/health/reports/08/payperform/PayPerform07.html> (letzter Zugriff am 22. Juni 2015)

Gaynes RP, Solomon S (1996): Improving Hospital-Acquired Infection Rates: The CDC Experience. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, Jg. 22, Heft 7, 457–467

Horn SD (2006): Performance Measures and Clinical Outcomes. *JAMA*, Band 296, Heft 2, 2731–2732

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for 21st Century. Washington, DC: National Academy Press

JCAHO (1991): Primer on Indicator Development and Application, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Oakbrook Terrace, Illinois

Leape LL, Berwick DM, Bates DW (2002): What Practices Will Most Improve Safety? Evidence-Based Medicine Meets Patient Safety. *JAMA*, Band 288, Heft 4, 501–507

National Health Service (2013 a): 2013/14 General Medical Services (GMS) Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS-Contract 2013/14. Department of Health

National Health Service (2013 b): The NHS Outcome Framework 2013/14. Department of Health

Nicholson S, Pauly MV, Wu AYJ, Murray JF, Teutsch SM, Berger ML (2008): Getting Real Performance out of Pay-for-Performance. *Milbank Quarterly*, Jg. 86, Heft 3, 435–457

Ryan AM, Blustein J (2012): Making the Best of Hospital Pay for Performance. *The New England Journal of Medicine*, Band 366, Heft 17, 1557–1559

Schrappe M (2014): Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Frans Dormann. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Shojania KG (2013): Conventional Evaluations of Improvement Interventions: More Trials or Just More Tribulations? *BMJ Quality and Safety*, Jg. 22, Heft 11, 881–884

Varagunam M, Hutchings A, Neuberger J, Black N (2014): Impact on Hospital Performance of Introducing Routine Patient Reported Outcome Measures in Surgery. *Journal of Health Services Research & Policy*, Band 19, Heft 2, 77–84

Werner RM, Bradlow ET (2006): Relationship Between Medicare's Hospital Compare Performance Measures and Mortality Rates. *JAMA*, Band 296, Heft 22, 2694–2702

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Matthias Schrappe,

Jahrgang 1955, ist Internist. Promotion und Habilitation (Klinische Infektiologie) an der Universität Köln, 2002 bis 2005 Vorstandsvorsitzender der Universitätsklinik Marburg, dann hauptamtlicher Dekan (Medizin) und zeitweise Wissenschaftlicher Geschäftsführer der Universität Witten/Herdecke, Generalbevollmächtigter des Universitätsklinikums Frankfurt. 2009 Ruf auf die W3-Professur für Patientensicherheit, bis 2011 Direktor des Instituts für Patientensicherheit der Universität Bonn. Bis 2011 Mitglied und Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit, 2001 bis 2007 Vorsitzender der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung, 2005 bis 2009 Gründungsvorsitzender des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Derzeit APL-Professur und Lehrauftrag an der Medizinischen Fakultät Universität Köln.