Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.

Priorisierung nach Qualität: Vom Messen zum Steuern

Zusammenfassung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) erstellt bundeseinheitliche, unmittelbar rechtsverbindliche Mindestvorgaben an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Leistungen sowie weitere Qualitätssicherungsregelungen für die Versorgung. Im Zusammenhang mit der anstehenden Krankenhausreform sind dem G-BA zahlreiche neue Aufgaben zugedacht, die einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und Versorgungssteuerung auf Länderebene dienen sollen. Insbesondere für die den Ländern zur Verfügung zu stellenden planungsrelevanten Indikatoren, die höchste Anforderungen an die methodische Güte, Wettbewerbsneutralität und Rechtssicherheit erfüllen müssen, wird eine erhebliche Entwicklungsarbeit zu leisten sein.

Schlüsselwörter

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Qualitätssicherung, planungsrelevante Indikatoren, Qualitätszu- und -abschläge, DRG-System, Versorgungssteuerung, Krankenhausplanung, Krankenhausreform, Bund-Länder-AG

Die medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten in Deutschland zählt unbestritten zu den besten weltweit, dies gilt insbesondere auch für die Versorgung im Krankenhaus. Seit Einführung des pauschalierten Entgeltsystems ist allerdings eine stetige Zunahme der Fallzahlen zu beobachten, die inzwischen zu einer kritischen Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern geführt hat. Die prekäre gegenwärtige Situation wird verschärft durch einen teils durch Fachkräftemangel hervorgerufenen, teils aus Kostengründen insbesondere in der Pflege ausgelösten Personalabbau sowie durch weitere Umstände, die weit vor der Einführung des DRG-Systems ihren Ursprung haben. Diese bestehen zum einen in dem seit Jahrzehnten immer größer werdenden länderseitigen Rückstand bei der Investitionskostenfinanzierung sowie in den historisch gewachsenen strukturellen Defiziten der Krankenhauslandschaft – womit nicht nur die im internationalen Vergleich hohe Krankenhausdichte in Deutschland gemeint ist, sondern insbesondere auch die relevanten regionalen Unterschiede im innerdeutschen Vergleich (1).

>> Zu den Ursachen für die Probleme der deutschen Krankenhausplanung und -finanzierung hat es bereits in der Vergangenheit zahlreiche Reformvorschläge gegeben. So hat beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2007 einen Ausstieg der Länder aus der Krankenhausfinanzierung und stattdessen eine länderseitige Konzentration auf eine Rahmenplanung empfohlen (2). Im Vergleich hierzu stellen sich die Anfang Dezember 2014 vorgestellten Eckpunkte der Bund-Länder-AG für die nächste Krankenhausreform (3) vergleichsweise konservativ dar, da am ordnungspolitischen Rahmen und am System der dualen Finanzierung als solcher nichts geändert werden soll. Die Krankenhausreform 2015 soll im Wesentlichen auf folgenden vier Säulen basieren: Qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, Weiterentwicklung des DRG-Systems, Initiierung eines Pflegestellen-Förderprogramms sowie Einrichtung eines Strukturfonds.

Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG

Schon dem Koalitionsvertrag von November 2013 (4) war zu entnehmen, dass mit der Einführung von Qualitätsgesichtspunkten eine Weiterentwicklung der derzeit standortbasierten Krankenhausplanung zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungssteuerung bezweckt wird. In diesem Zusammenhang soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zahlreiche Qualitätsvorgaben, -kriterien und -instrumente entwickeln, die für die zukünftigen Planungszwecke der Länder nutzbar sind (Abb. 1).

Anders als die Länder ist der G-BA zwar nicht für die Planung und Sicherstellung der Daseinsvorsorge zuständig, erlässt aber als unter-gesetzlicher Normgeber bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben, die für die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sind. Aufgrund der beabsichtigten Orientierung der Länder bei der Krankenhausplanung an den zentralen Qualitätsvorgaben des G-BA soll ihnen ein Mitberatungsrecht im zuständigen Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA eingeräumt werden, soweit die Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung für die Landeskrankenhausplanung von Bedeutung sind. Die Mitberatung der Länder wird sich auf eine nicht stimmberechtigte Mitwirkung beschränken müssen, da eine klare Kompetenzverteilung zwischen den hoheitlichen Aufgaben der Länder und den Richtlinien-Kompetenzen des G-BA besteht.

Im Zuge der Konkretisierung der Krankenhausreform wird darauf zu achten sein, dass die bereits mit dem SGB V getroffene und nunmehr vom Bundessozialgericht (BSG)[1] bestätigte Entscheidung, dass die Mindestvorgaben nach § 137 Absatz 1 Nr. 2 SGB V für eine Leistungserbringung nach dem SGB V zu erfüllen sind – und insofern nicht mehr im „Ermessen" der Länder stehen – klar formuliert ist. Der bislang im Eckpunktepapier angelegte Charakter der „Empfehlung" kann sich insofern nicht auf diese Mindestanforderungen beziehen. Hier ist klarzustellen, dass diese auch im Rahmen der Krankenhausplanung pflichtig zu beachten sind – insofern reichen Absichtserklärungen einzelner Länder nicht aus.

Gegebenenfalls ist es deshalb ratsam, jeweils die Wirkungen der Qualitätsvorgaben des G-BA im Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) konkret zu verankern. Auch sollte im Zuge der nächsten Krankenhausreform eine gesetzliche Regelung für eine einheitliche Definition von Krankenhaus-Standorten geschaffen werden, da dies eine wesentliche Voraussetzung sowohl für die Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – und anderen QS-Instrumenten wie zum Beispiel für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser – als auch für die Ableitung von planerischen Konsequenzen darstellt.

Planungsrelevante Indikatoren

Im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses für die vom G-BA zu entwickelnden Qualitätsbausteine stehen die planungsrelevanten Indikatoren sowie Qualitätszu- und -abschläge. Die Ausgangsbasis der planungsrelevanten Indikatoren sollen die Qualitätsindikatoren zur Struk-

— — — —

I: BSG, Urteil vom 01.07.2014, B 1 KR 15/13 R

tur-, Prozess- und Ergebnisqualität aus dem gesetzlich verpflichtenden Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) des G-BA bilden. Die Ergebnisse aus der esQS werden in großem Umfang in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht und könnten theoretisch bereits jetzt schon von den Planungsbehörden der Länder genutzt werden (Tab. 1).

Allerdings stehen die einrichtungsbezogen veröffentlichten Ergebnisse erst zwei Jahre nach der Datenerhebung zur Verfügung, was unter anderem am strukturierten Dialog liegt, der im Falle rechnerischer Auffälligkeiten zwingend mit dem Krankenhaus durchgeführt werden muss, um etwaige qualitative Mängel zu validieren. Zeitnahe länderseitige Reaktionen – zum Beispiel auf Defizite der Hygienequalität eines einzelnen Krankenhaushauses oder bei auffälligen Sterblichkeitsraten in einer Fachabteilung – sind auf Basis des derzeitigen esQS-Verfahrens nicht möglich. Die Bund-Länder-AG fordert deshalb eine Beschleunigung des strukturierten Dialogs für die Qualitätsindikatoren, die zukünftig als Empfehlung den Planungsentscheidungen der Länder zugrunde gelegt werden sollen.

„Frühwarnsystem" für Qualitätsdefizite

Gemeinsam mit den Ländern wird zu überlegen sein, für welche Leistungsbereiche ein „Frühwarnsystem" für länderseitige Interventionen sinnvoll sein könnte, auf welcher Datengrundlage dieses aufbauen sollte und wem welche Zugriffsrechte hierauf – unter Beachtung des Datenschutzes – gewährt werden können. Mit dem Hinweis auf die „Routinedaten" [II] – deren Nutzung nach dem Willen des Gesetzgebers durch das neue vom G-BA gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) für die Qualitätssicherung ausgebaut werden soll – ist das Problem der wünschenswerten Verkürzung des Intervalls zwischen Datenerhebung und Datenbewertung und ggf. Intervention keineswegs gelöst. Im Rahmen verschiedener routinedatenbasierter Qualitätssicherungsprojekte einzelner Krankenkassen oder in routinedaten-basierten kommerziellen Kennzahlsystemen, die der Unternehmenssteuerung dienen, können die Ergebnisse den Krankenhäusern in der Regel unterjährig zur Verfügung gestellt werden. Der G-BA geht hingegen für seine sozialdatenbasierten QS-Verfahren, für die derzeit eine zentrale Datenannahmestelle für die Krankenkassen errichtet wird, von einem Intervall zwischen Datenerhebung und -bewertung von mindestens einem Jahr und bis zur Veröffentlichung – wie bisher – von zwei Jahren aus. Wichtig ist es hier hervorzuheben, dass die Daten eben nur einen ersten Filter für (rechnerische) Auffälligkeiten darstellen, aber gerade noch kein Nachweis für eine unzureichende oder auch nur mangelbehaftete Qualität sind.

Gütekriterien für planungsrelevante Indikatoren

Unabhängig von der Datengrundlage – QS-Dokumentation durch die Krankenhäuser oder Routinedaten – haben die planungsrelevanten Indikatoren höchste Anforderungen an die methodische Güte, Wettbewerbsneutralität und die Rechtssicherheit zu erfüllen. Sie müssen valide, reliabel, änderungssensitiv, interpretierbar und – sofern Ergebnisqualität gemessen wird – risikoadjustiert sein: Insbesondere dann, wenn die Ergebnisse zukünftig planerische oder vergütungsrelevante Konsequenzen haben sollen. Die Risikoadjustierung der Qualitätsindikatoren im Verfahren der externen stationären QS wurde vom AQUA-Institut im Auftrag des G-BA bereits weit vorangetrieben. Von den derzeit 295 pflichtig zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren bilden 216 die Ergebnisqualität ab. Knapp die Hälfte von ihnen ist risikoadjustiert. Im Zusammenhang mit der Entwicklung von Indikatorensets für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung wurden allerdings bereits Limitationen der Sozialdatengrundlage im Hinblick auf die notwendige Risikoadjustierung erkennbar. Da es sich bei den Sozialdaten überwiegend um Abrechnungsdaten handelt, fehlen unter Umständen für die Risikoadjustierung notwendige Informationen über patientenseitige Risikofaktoren – wie zum Beispiel der konkrete Schweregrad einer Herzinsuffizienz (NYHA Stadium I-IV) – weil diese nicht abrechnungsrelevant bzw. in den diesbezüglichen Kodiervorgaben des DRG-Systems so nicht vorgegeben sind (Tab. 2).

Zu den methodischen Gütekriterien, die von den planungsrelevanten Indikatoren erfüllt sein müssen, zählt insbesondere auch die Relevanz für das angestrebte Qualitäts- oder Versorgungsziel. Im Hinblick auf die Planung und Sicherstellung der Daseinsvorsorge dürfte ein Indikatorenset wünschenswert sein, das valide Aussagen über das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern beziehungsweise die Inanspruchnahme von stationären Leistungen im Verhältnis zur Morbidität der Bevölkerung in einer Region erlaubt. Betrachtet man die QS-Leistungsbereiche, die derzeit im Rahmen der externen stationären QS erhoben werden, ist erkennbar, dass diese nur einen stark eingegrenzten Ausschnitt des stationären Leistungsgeschehens betreffen (Abb. 4).

Zu entwickelnde G-BA-Qualitätsvorgaben

Qualitätsvorgaben des G-BA bis 31.12.2016:

- Planungsrelevante Indikatoren
- Sanktionsregelungen bei Unterdokumentation
- Vorgaben für Sicherstellungszuschläge
- Festlegung eines Stufen-Systems für Notfallversorgung
- Mindestanforderungen an Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität
- Kriterien für MDK-Prüfverfahren
- Mindestmengenregelungen
- Vergütungsrelevante Indikatoren (Qualitätszu- und abschläge)
- Qualitätsverträge für planbare Leistungen
- Zweitmeinungsverfahren
- Weiterentwicklung der Qualitätsberichte (Patientensicherheit)

Abb. 1: Bund-Länder-AG: zu entwickelnde G-BA-Qualitätsvorgaben, eigene Darstellung.

II: Mit „Routinedaten" sind im Zusammenhang mit Entscheidungen des G-BA zur Qualitätssicherung grundsätzlich zunächst die bei den gesetzlichen Krankenkassen liegenden Sozialdaten gemäß § 284 SGB V zu verstehen.

Veröffentlichungspflicht der Qualitätsindikatoren		
	Anzahl QI	Anteil %
verpflichtend zu veröffentlichen	295	68,0
nicht verpflichtend zu veröffentlichen	98	22,6
Keine Prüfung erfolgt	41	9,4
Gesamt	**434**	**100,0**

Tab. 1: Veröffentlichungspflicht der Qualitätsindikatoren für das Erfassungsjahr 2013, Darstellung AQUA (5).

Sozialdatennutzung: Möglichkeiten und Grenzen		
Nr.	**Feld**	**Status**
28	Datum der Prozedur	identisch
29	Herzinsuffizienz (nach NYHA)	nicht möglich
30	kardiogener Schock	nicht möglich
31	Art der Prozedur	nicht möglich
32	Dringlichkeit der Prozedur	nicht möglich
33	Fibrinolyse vor der Prozedur	identisch
34	Nierenfunktion gemessen	nicht möglich
35	wievielte diagnostische Koronarangiographie (mit oder ohne Intervention) während dieses Aufenthaltes?	?
36	führende Indikation zur Koronarangiographie (nach Einschätzung des Untersuchers vor dem Eingriff)	nicht möglich
37	Operationen-und Prozedurenschlüssel (OPS) führende Diagnose nach diagnostischem Herzkatheter (vor einer evtl. auch einseitig durchgeführten	identisch
38	Intervention. Gemeint ist die Diagnose aus Voruntersuchungen und Koronarangiographie, die den Patienten am meisten beeinträchtigt oder gefährdet und/oder die Therapie entscheidet)	nicht möglich
39	wievielte PCI während dieses Aufenthaltes?	nicht möglich
40	Indikation zur PCI	nicht möglich
41	Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)	identisch
42	PCI an	nicht möglich
43	PCI mit besonderen Merkmalen	nicht möglich
44	besonderes Merkmal	nicht möglich

Tab. 2: Sozialdatennutzung Möglichkeiten und Grenzen am Beispiel PCI (Auszug aus der Anlage), eigene Darstellung.

Historisch begründet liegt der Fokus der esQS auf operativen Prozeduren der Akutversorgung und besonders problembehafteten Leistungsbereichen, auch wenn diese – wie zum Beispiel in der Transplantationsmedizin – vergleichsweise nur sehr wenige Patientinnen und Patienten betreffen. Nicht-operative Leistungsbereiche werden im esQS-Verfahren so gut wie gar nicht abgebildet, obwohl die Zahl konservativ behandelter Patienten mit chronischen Krankheiten auch im Krankenhaus stetig zunimmt. Dem Tracer-Konzept von Wolfgang Schega aus den 1970erJahren folgend, werden außerdem unter Umständen sehr große Bereiche nur durch einen einzigen Eingriff abgebildet: Wie zum Beispiel die gesamte Viszeralchirurgie eines Krankenhauses durch die Cholezystektomie. Dieser Ansatz wurde originär zur Unterstützung des internen Qualitätsmanagements im Krankenhaus entwickelt und hat als solcher auch heute noch seine Berechtigung. Er ist allerdings für die Zwecke der stationären Versorgungsplanung und -steuerung nicht geeignet. Im Zusammenhang mit der beabsichtigten Einführung planungsrelevanter Indikatoren wird deshalb zuvorderst eine Revision der derzeitigen Zusammensetzung der im esQS-Verfahren betrachteten Leistungsbereiche erforderlich sein. Gegebenenfallssollte zuerst eine morbiditätsorientierte Neuausrichtung der QS-Leistungsbereiche erfolgen, anstatt zu versuchen, aus den vorhandenen QS-Leistungsbereichen punktuell einzelne für Planungs- und Steuerungszwecke nutzbare Indikatoren herauszufiltern.

Indikatoren für Qualitätszu- und -abschläge

Neben den planungsrelevanten Indikatoren soll der G-BA nach den Vorstellungen der Bund-Länder-AG außerdem Bewertungskritierien für „außerordentlich gute“ und „unzureichende“ Qualität entwickeln. Diese sollen die Grundlage für Qualitätszu- und -abschläge bilden, mit der das heutige System der Mehrleistungsabschläge abgelöst werden soll. Im bisherigen Verfahren der esQS wird bis dato nicht nach „außerordentlich guter“ und „normaler“ Qualität differenziert, sondern die Ergebnisse eines Krankenhauses werden zu einem für den Qualitätsindikator jeweils vorgegebenen Referenzbereich in Beziehung gesetzt. Das Benchmarking in der esQS soll „Lernen vom Besseren“ ermöglichen, mit dem Ziel, nach einer Lernkurve flächendeckend ein Mindestmaß an Versorgungsqualität zu erreichen. Dies dient der qualitätsgesicherten Gleichheit der medizinischen Versorgung aller Patientinnen und Patienten im GKV-System, unabhängig vom jeweiligen Wohnort oder den individuellen wirtschaftlichen Verhältnis-



Abb. 2: Übersicht der bestehenden QS-Verfahren (Leistungsbereiche) im Qualitätsreport 2013 (6).

sen des einzelnen GKV-Versicherten.

Bei der geplanten Einführung von Qualitätszu- und -abschlägen in die Vergütung stationärer Leistungen gilt es zu unterscheiden, ob der finanzielle Anreiz temporär zur Unterstützung einer auf ein gleiches Qualitätsniveau in allen Krankenhäusern ausgerichteten Lernkurve eingesetzt werden soll, oder ob ein System mit zwei unterschiedlichen Qualitätsniveaus etabliert werden soll. Da der Vorschlag der Bund-Länder-AG die Ablösung des jetzigen Systems der Mehrleistungsabschläge bezweckt, ist eher davon auszugehen, dass der Gesetzgeber die Entwicklung einer „Dauerlösung" erwartet. Mit der Einführung eines Systems von „Exzellenz-Zuschlägen" für besonders gute Ergebnisqualität würde ein Paradigmenwechsel eingeleitet werden, da hiermit ausdrücklich unterschiedliche Qualitätsniveaus in der im Rahmen des Kollektivvertrags erbrachten Versorgung akzeptiert würden. Wieso sollte jedoch ein GKV-Versicherter akzeptieren, in einem weniger guten Krankenhaus behandelt zu werden?

Noch kritischer ist aus Patientensicht die Einführung von Qualitätsabschlägen für unzureichende Versorgungsqualität zu hinterfragen, da unzureichende Qualität eigentlich überhaupt nicht toleriert werden sollte. Für die Mindestmengen-Regelungen gemäß § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V gilt bereits heute, dass entsprechende Leistungen nicht erbracht werden dürfen, wenn die jeweiligen Mindestqualitätsvorgaben nicht erfüllt werden. Erfüllt ein Krankenhaus die Mindestanforderungen des G-BA an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht, ist die Leistung nicht erforderlich im Sinne des SGB V und damit nicht zu vergüten.[III]

Das bereits in der Koalitionsvereinbarung von 2013 vorgeschlagene und von der Bund-Länder-AG nach dem Vorbild insbesondere von US-amerikanischen Pay-for-Performance-Modellen aufgegriffene Konzept von Qualitätszu- und -abschlägen hört sich zunächst plausibel an, beinhaltet bei näherer Betrachtung jedoch nicht wenige, teils sehr kritische Aspekte, insbesondere dann, wenn der Vergütungsanreiz an die Ergebnisqualität gekoppelt werden soll. Es sollte geprüft werden, ob dieses Wettbewerbsmodell wirklich auf die Versorgung der GKV-Versicherten im Rahmen des Kollektivvertrags passt, weil für die Versicherten eine flächendeckende Gewährleistung von Mindestqualität und die Gleichheit der Versorgung von zentraler Bedeutung sind. Die ebenfalls von der Bund-Länder-AG vorgeschlagene Ermöglichung von qualitätsorientierten Selektivverträgen, für die der G-BA vier geeignete planbare Leistungen aussuchen soll, stellt demgegenüber aus Sicht der Autorin eine angemessenere und auch transparentere Möglichkeit zur Einführung von Qualitätswettbewerbs-Elementen in die GKV-Versorgung dar. Gleichwohl ist es höchst fraglich, ob das der deutschen Pay-for-Performance-Diskussion zugrunde liegende Problem, nämlich die dramatischen Fallzahlsteigerungen bei bestimmten operativen Leistungen wie den minimal-invasiven Wirbelsäulenoperationen, durch das Instrument der Qualitätszu- und -abschläge überhaupt beeinflusst werden kann. Eine Weiterentwicklung des DRG-Systems und die Einführung problemadäquater Zweitmeinungsverfahren erscheinen hier zielführender.

Zusammenfassung und Diskussion

Im Zusammenhang mit der anstehenden Krankenhausreform werden dem G-BA zahlreiche Aufgaben zugedacht, die einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und Versorgungssteuerung auf Länderebene dienen sollen. Hierbei wird auf eine klare Kompetenzverteilung zwischen dem G-BA und den Ländern zu achten sein. Der G-BA ist nicht für die Planung und Sicherstellung der Daseinsvorsorge zuständig, sondern für bundeseinheitliche Mindestvorgaben an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Leistungen sowie weitere Qualitätssicherungsregelungen für die Versorgung. Seine Normen adressieren die Einrichtungsebene. Die Berücksichtigung regionaler Versorgungsaspekte liegt nur insofern in seinem Zuständigkeitsbereich, als aus Qualitätsgründen eine Folgenabschätzung der möglichen Auswirkungen seiner Regelungen auf die Versorgung in der Region erfolgen muss[IV].

Sofern die Länder sich zukünftig an den bundeseinheitlichen einrichtungsbezogenen Qualitätsvorgaben des G-BA orientieren wollen, ist dies als Grundsatzentscheidung nur zu begrüßen. Allerdings darf die Umsetzung auf Landesebene nicht zu einer Unterminierung der für die Krankenhäuser unmittelbaren Rechtsverbindlichkeit der G-BA-Qualitätsvorgaben führen.

Im Zentrum der öffentlichen Diskussion steht die beabsichtigte Einführung von planungsrelevanten Indikatoren sowie von Qualitätszu- und -abschlägen. Für die vom G-BA den Ländern zur Verfügung zu stellenden planungsrelevanten Indikatoren wird erhebliche Entwicklungsarbeit zu leisten sein, da das bisherige esQS-Verfahren beziehungsweise seine Qualitätsindikatoren für Planungs- und Steuerungszwecke nur eingeschränkt nutzbar sind.

Die Idee der Qualitätszu- und -abschläge als Ablösung des heutigen Systems der Mehrleistungsabschläge sollte noch einmal grundsätzlich überdacht werden. Die bisherige gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung zielt auf den Abbau von Versorgungsvarianz und Qualitätsunterschieden. Mit der Differenzierung in „Exzellenz"- und „Normal-Qualität" der im Rahmen des Kollektivvertrags erbrachten Leistungen würde – was die Gleichheit der „Regelversorgung" für alle GKV-Versicherten anbelangt – ein Paradigmenwechsel eingeleitet werden. Für die Förderung von Qualitätswettbewerb erscheinen andere Instrumente

— — — —

III: vgl. hierzu das Urteil des BSG vom 1. Juli 2014 zu den Vergütungsansprüchen bei Nicht-Erfüllen von Strukturqualitätsvorgaben des G-BA beim Bauchaortenaneurysma (Az. BSG B 1 KR 15/13 R).
IV: vgl. hierzu das Urteil des BSG zu den Mindestmengen bei Frühgeborenen vom 18.12.2012 (Az. B 1 KR 34/12 R).

Literatur

1 B. Augurzky, Präsentation: Die Zukunft des deutschen Krankenhauses - Neues vom Krankenhaus Rating Report 2013, ALKK Jahrestagung 2013
2 Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung: BTG-Drs. 16/6339, http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf (zuletzt gesichtet: 11-03-2015)
3 Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015, 05-12-2015, http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf (zuletzt gesichtet: 11-03-2015)
4 Koalitionsvertrag CDU/CSU und SPD „Deutschlands Zukunft gestalten" vom 17-11-2013, http://www.bundesregierung.de/Content/DE/_Anlagen/2013/2013-12-17-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=F310AEA48D0516DB533767C987996491.s2t1?__blob=publicationFile&v=2 (zuletzt gesichtet: 24-02-2015)
5 Indikatoren in den Strukturierten Qualitätsberichten, AQUA, https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Themen/Strukturierter_Qualitaetsbericht/Qualitaetsindikatoren_in_den_Strukturierten_Qualit%C3%A4tsberichten.pdf, (zuletzt gesichtet: 11-03-2015)
6 AQUA-Qualitätsreport 2013, https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Qualitaetsberichte/2013/AQUA-Qualitaetsreport-2013.pdf, (zuletzt gesichtet: 11-03-2015)

eher tauglich, wie zum Beispiel selektive Qualitätsverträge, für die der G-BA geeignete planbare Leistungen bestimmen soll.

Auf Ebene der Fachdiskussion stehen aus Ländersicht die Entwicklung von Kriterien für Sicherstellungszuschläge sowie die Festlegung eines Stufensystems für die Notfallversorgung im Vordergrund. Dies erscheint auch als pragmatischerer Ansatz, um die Krankenhausplanung versorgungsrealitätsnah weiterzuentwickeln. Die weitaus meisten, zum Teil jahrzehntelang aufgestauten Probleme der deutschen Krankenhauslandschaft werden im Übrigen durch QS-Maßnahmen nicht hinreichend steuerbar sein. Dies trifft sowohl auf das Problem der Fallzahlsteigerungen zu, als auch auf den notwendigen Abbau von stationären Überkapazitäten in bestimmten Regionen. Insofern ist begrüßenswert, dass das Eckpunktepapier der Bund-Länder-AG neben der Orientierung an den Qualitätsvorgaben des G-BA weitere Säulen für die Krankenhausreform zumindest dem Grundsatz nach vorsieht, wie zum Beispiel die Weiterentwicklung des DRG-Systems und die Einrichtung eines Strukturfonds. Wünschenswert wäre, wenn im Zuge der Konkretisierung der Krankenhausreform auch die Idee einer besseren sektorenübergreifenden Abstimmung der Versorgungsplanung wieder aufgegriffen würde. <<

Prioritization on quality: From Measuring to Controlling

The Federal Joint Committee (G-BA) creates nationwide, directly legally binding requirements on the structure, process and outcome quality of hospital services and other quality assurance provisions for health care. In the context of the upcoming hospital reform the G-BA is assigned with numerous new tasks, which are aimed at a quality-driven development of hospital planning and supply management at federal state level. In particular, the planning-relevant indicators to be provided for the federal states must meet the highest demands on methodological quality, competitive neutrality and legal certainty. To meet these standards a significant amount of development work will have to be rendered.

Keywords

Federal Joint Committee (G-BA), quality assurance, planning-relevant indicators, quality-premiums and quality-discounts, DRG-system, managed care, hospital planning, hospital reform

Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.
ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe mit einem Abschluss Magister Artium (Germanistik, Philosophie und Anglistik). Von 2004 bis 2012 war sie bei der Bundesärztekammer Abteilungsleiterin für das Dezernat „Qualitätssicherung“, ab 2005 parallel Stv. Hauptgeschäftsführerin und ab 2008 zusätzlich Abteilungsleiterin für das Dezernat „Gebührenordnung“. Seit Juli 2012 ist sie Unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss und Vorsitzende der Unterausschüsse „Qualitätssicherung“, „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ und „Disease-Management-Programme“.
Kontakt: regina.klakow-franck@g-ba.de

